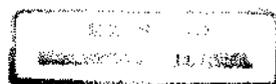


ANA TARGINA RODRIGUES FERRAZ

**CONSELHOS GESTORES EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO
DURANTE A GESTÃO PETISTA**

CAMPINAS, SETEMBRO DE 1998



ANA TARGINA RODRIGUES FERRAZ

**CONSELHOS GESTORES EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO
DURANTE A GESTÃO PETISTA**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Departamento de Ciência Política do Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas da
Universidade Estadual de Campinas, sob a
orientação da Profa. Dra. Evelina Dagnino.

Este exemplar corresponde à redação final da
dissertação defendida e aprovada pela comissão
julgadora em ___ / ___ / ___

Prof. Dra. Ana Maria Doimo

Prof. Dra. Angela Maria Carneiro Araújo

Prof. Dra. Raquel Meneguello (suplente)

Prof. Dra. Evelina Dagnino (orientadora)

CAMPINAS, SETEMBRO DE 1998

Aos meus pais, Waldemar Vieira Ferraz e Manoela Rodrigues Ferraz, cuja dedicação e estímulo fizeram com que eu pudesse provar a importância da escola pública.

Agradecimentos

Aos membros do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, cuja colaboração foi imprescindível à realização deste trabalho;

Às minhas irmãs Leila Fabíola Rodrigues Ferraz e Vasty Veruska Rodrigues Ferraz, fonte permanente de alegria, amor e apoio emocional;

Às minhas primas e primos Amanda, Muriel, Cássia, Sólon, Thales, Gustavo e Iara, responsáveis por genuínas alegrias;

Às minhas queridas tias Galzinha e Gê (minha Dinha) que, apesar da minha “adultice”, continuam me cobrindo de mimos;

Aos colegas do Departamento de Serviço Social/UFES, especialmente Eugênia Célia Raizer, Vanda Valadão Aguiar e Angela Bueno;

Às especialíssimas funcionárias do Departamento de Serviço Social/UFES Andréa Furieri Rodrigues e Ruth de Oliveira Rocha Puppim;

À minha orientadora, Professora Evelina Dagnino, pela orientação clara e segura, impelindo-me a realizar o melhor neste trabalho;

Às amigas Ana Claudia F. Santana, Ana Cristina Givigi, Rosa e Marta Zorzal pelo apoio recebido durante minha estada nesta terra estrangeira que é Campinas;

Aos amigos Roni e Bereco pelo conforto dado em momentos de muita dor;

Às queridas amigas Rosângela Morello, Shirlei Inês Mendes da Silva, Marlene Simonetti, Janaína Carla Silva dos Santos e Crismery Cristina Alves Moratori por estarem presentes mesmo ausentes, unidas que estamos por elos de amizade profunda, fonte de muita alegria e certeza de um porto seguro.

Lista de Siglas

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIS- Ações Integradas de Saúde

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CES-ES- Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

FAMOPES- Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo

FUNRURAL- Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MOPS- Movimento Popular de Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

PC do B- Partido Comunista do Brasil

PCB- Partido Comunista Brasileiro

PDT- Partido Democrático Trabalhista

PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSDB- Partido da Social Democracia Brasileira

PT- Partido dos Trabalhadores

SESA- Secretaria de Estado da Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas

Lista de quadros**Quadro**

- 1 Número de Reuniões Realizadas pelo Conselho Estadual de Saúde..... 136
- 2 Número de Resoluções Tomadas pelo Conselho Estadual de Saúde..... 136

RESUMO

Este estudo tem por objetivo verificar através da análise da experiência de participação proporcionada pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo nos anos de 1996 e 1997, durante a gestão petista, em que medida a implantação de novos mecanismos para incorporação e participação da sociedade no processo decisório na esfera do Estado, criando um novo espaço de interlocução entre os diversos atores sociais coletivos, tem contribuído para democratizar este processo e ampliar a esfera pública.

O Conselho Estadual de Saúde foi escolhido para análise desta problemática em virtude de que a definição acerca da organização do setor saúde durante o processo constituinte, e mesmo antes, contou com um expressivo envolvimento de movimentos sociais organizados tanto entre a população quanto entre os profissionais de saúde, fazendo com que todo o arcabouço institucional para organização do setor contasse com elevado nível de elaboração e detalhamento, ao mesmo tempo em que consagrava em lei o princípio de participação da sociedade no processo de formulação e definição desta política.

Este trabalho foi um esforço no sentido de compreender um pouco mais a inserção dos Conselhos no quadro da institucionalidade política do país, seu papel na construção de nossa experiência democrática e as mudanças operadas não apenas no aspecto institucional, mas as transformações culturais, as inter-relações e implicações existentes entre esta institucionalidade e a emergência de um novo padrão a conformar as relações políticas na sociedade brasileira.

ABSTRACT

This study has the purpose to find out, through the analysis of practices of participation provided by the Espírito Santo state health council during the years of 1996 and 1997, when the Workers Party was in the state government, in what measure the news organizations implements for the society incorporation and participation in decisive proceedings in the state dimension, creating a new space of interlocution between a number of social community actors, was cooperated to the democratization of its process and to amplify the public dimension.

The state Health Council was been choosed for the analysis of that problematic because the definitions concerning to the organization of the health setor during the Brazilian representative process and, even before, the health setor had an expressive involvement with the socials organizations so as with the formulation as well with the health's workers its involements made that the establishment framework for the setor organization depend on one high level of elaboration and details, at the same time sanctify as a low, the society participation principles in the formulation and in the definition of the health political.

This work was been an effort to understand one little be more about the councils inserction in the politicals institutional board of the countrie, it's role in the brazilian democratic experience and changing operated not just in the institutional aspects but also in the cultural transformations, as well as the interrelations and the implications between the stablishment and the emergency of a new standart to adjust the political relations in the brazilians society.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
METODOLOGIA DE PESQUISA.....	19
CAPÍTULO 1- PROBLEMATIZANDO A NOÇÃO DE ESFERA PÚBLICA: ESTADO, SOCIEDADE CIVIL E DEMOCRACIA.....	22
1.1 A PROBLEMÁTICA DA ESFERA PÚBLICA.....	22
1.2 DEFININDO ESFERA PÚBLICA.....	24
1.3 A RELAÇÃO ESTADO-SOCIEDADE CIVIL NA ATUALIDADE.....	37
1.4 AS REDEFINIÇÕES DA DEMOCRACIA: DISCUTINDO A REPRESENTAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO.....	44
1.5 A EMERGÊNCIA DE NOVAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO: OS CONSELHOS: UMA NOVA FORMA DE PARTICIPAÇÃO POLÍTICA?.....	54
CAPÍTULO 2- A ESFERA PÚBLICA NO BRASIL.....	63
2.1 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO BRASIL.....	63
2.2 A TRANSIÇÃO BRASILEIRA À DEMOCRACIA.....	70
2.3 MOVIMENTOS SOCIAIS ORGANIZADOS, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NO BRASIL.....	76
CAPÍTULO 3- O MOVIMENTO SOCIAL NA SAÚDE E A REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA: AS RAÍZES SOCIAIS DAS PROPOSTAS DE REFORMA SANITÁRIA E DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE.....	83
3.1 MOVIMENTO SANITÁRIO, A REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA E AS PROPOSTAS DE DEMOCRATIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE.....	97

3.1.1 O MOVIMENTO SANITÁRIO NO ESPÍRITO SANTO	110
---	-----

**CAPÍTULO 4- O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (CES-
E.SANTO): TENSÕES E AMBIGÜIDADES DO NOVO MODELO DE GESTÃO
POLÍTICA..... 115**

4.1 OS ANTECEDENTES DA ATUAL FORMAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO	115
--	-----

4.2 ARCABOUÇO LEGAL E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO INTERNO DO CES- E.SANTO	125
--	-----

4.3 A COMPOSIÇÃO DOS ATORES, SUAS ARTICULAÇÕES E O PROCESSAMENTO DAS DECISÕES NO CES-E. SANTO	135
--	-----

4.4 PERFIL DE ATUAÇÃO DO CES-E. SANTO.....	153
--	-----

4.5 O MITO DA PARTICIPAÇÃO CONSELHISTA SOBREVIVE?	173
---	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
----------------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA.....	192
--------------------------	------------

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A existência, hoje, de todo um arcabouço legal no qual são definidos tanto o direito à saúde quanto a organização das instituições estatais para viabilização e garantia deste direito, se construiu a partir de um processo intenso de disputas na sociedade, envolvendo Estado, trabalhadores, movimentos sociais, profissionais de saúde, empresas médicas, de equipamentos médicos e indústria farmacêutica, no qual estes atores se posicionaram e explicitaram seus projetos para o setor.

A intensidade do debate, desenvolvido também em outras áreas (habitação, meio-ambiente, assistência social, educação, etc.), culminou com a mobilização de diferentes atores em torno do processo constituinte e a incorporação pela nova Carta de 1988 do princípio da participação da sociedade na formulação de políticas públicas, tornando possível a instituição de novos arranjos para a tomada de decisões políticas, nos quais atores sociais coletivos pudessem ser incorporados ao processo decisório.

A Lei Orgânica da Saúde foi pioneira na operacionalização deste princípio ao instituir conselhos gestores nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), responsáveis pela definição e fiscalização da política de saúde, e compostos por representantes governamentais, dos usuários, dos segmentos de profissionais e prestadores de serviços ligados a esta política.

E, a exemplo do que ocorreu na saúde, para várias outras temáticas (habitação, meio-ambiente e assistência social, por exemplo) os conselhos gestores tornaram-se a forma de operacionalização do princípio participativo inscrito na constituição.

Com o intuito de verificar como esta experiência está se desenvolvendo estudamos o processo de implantação do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo com especial atenção para a experiência desenvolvida durante os anos de 1996 e 1997, durante a gestão do Partido dos Trabalhadores/PT no governo do estado. A delimitação destes dois anos é necessária em função de que a partir de agosto de 1997 com a saída do governador Vítor

Buaiz do PT, o governo descaracteriza-se como governo do Partido dos Trabalhadores. Após a sua saída a quase totalidade do secretariado (apenas um de seus secretários permaneceu no PT), os ocupantes de cargos de primeiro escalão e um dos 4 deputados estaduais, se desfiliam do partido.

Mas, apesar desta inflexão, o estudo deste caso particular adquire relevância, em primeiro lugar, em decorrência de que a implantação de conselhos para gestão de políticas públicas, especialmente na área da saúde, é uma experiência que tem se generalizado por todo o país e, portanto, o contorno do desenvolvimento particular desta experiência poderá falar, ao mesmo tempo, de sua singularidade e também dos sinais que possam sugerir características do processo como um todo. Em segundo lugar, porque o Espírito Santo até meados de 1997, juntamente com o Distrito Federal, foi um dos primeiros estados a ser administrado por uma frente de partidos de esquerda aglutinados em torno do PT, partido para o qual a participação popular na gestão dos negócios públicos, a incorporação dos movimentos sociais e do movimento sindical como atores políticos relevantes, e a criação de canais que possibilitem essa incorporação, é uma das principais bandeiras.

A partir desta perspectiva, o estudo de novos formatos de participação política representados pelos conselhos setoriais para definição de políticas públicas se insere num desejo de compreender tanto o processo de constituição destes conselhos como uma inovação institucional para o processamento das decisões políticas, quanto as mudanças representadas por esta inovação nas relações entre os atores sociais coletivos que se fazem representar nos mesmos.

Para realização do presente estudo e análise recorreremos à noção de esfera pública, por abranger a noção de democracia e a de participação social, sendo a mesma concebida como esfera indeterminada em que as próprias esferas social e política se constituem, como o espaço onde se delimitam a própria estrutura de relações e a organização da sociedade.

Por este caráter de esfera de constituição do ordenamento social e político, e por seu caráter público ser dado pelos atores que se inserem neste processo definidor, é que modernamente a noção de esfera pública tem um vínculo estreito com a democracia, compreendida não apenas como processo para tomada de decisões políticas, mas para a tomada de decisões em todos os âmbitos da vida em sociedade.

Subjacente a esta compreensão de esfera pública e de democracia, que será melhor explicitada nos dois primeiros capítulos, está uma compreensão do processo de constituição do social e do político como um processo de disputa pela direção dada à ordem social entre os atores que compõem a sociedade (entre classes sociais, grupos de interesse e outras associações e organizações), a partir do conceito gramsciano de hegemonia. A esfera pública seria o espaço por excelência de disputa pela hegemonia, no qual os atores sociais se constituem, formulam suas visões de mundo e disputam a direção da sociedade, tanto a direção moral e intelectual, quanto política, ou seja, disputam a direção do processo de estabelecimento de um ordenamento para a mesma.

Esta compreensão da hegemonia implica em que o processo de direção se faça com base no consentimento ativo por parte dos atores sociais, implica necessariamente na incorporação por estes atores de valores, crenças e no estabelecimento de práticas e instituições (nas quais estas práticas se viabilizem) que as reiterem.

Uma ampliação da esfera pública significa uma ampliação dos espaços onde as disputas por esta direção possam se processar, de maneira que a disputa política não se reduza ao jogo da disputa partidário-eleitoral, mas se realize nos mais diferentes âmbitos da vida em sociedade e nas diferentes instituições nas quais as visões de mundo e as práticas que lhe são correspondentes se instituem e operam (movimentos sociais, igrejas, escolas, órgãos de divulgação e informação, associações, sindicatos, etc.).

Contudo, o espaço definido como propriamente político (as instituições do parlamento, do executivo, do judiciário e do sistema partidário e eleitoral) tem papel relevante neste processo. Estas instituições ao se constituírem como espaços apropriados à expressão de conflitos, interesses, demandas e projetos, fazem com que o próprio significado do espaço político e de como as disputas operadas em seu interior serão processadas, esteja sujeito à redefinição por parte dos atores da sociedade. Ou seja, a própria definição de quais são as instituições políticas e de como devem se processar as decisões neste âmbito, estão em discussão.

Sob este aspecto é que se torna possível compreender a construção dos conselhos setoriais para definição de políticas públicas como um momento de redefinição desta institucionalidade (da institucionalidade definida como especificamente política) e dos procedimentos tradicionalmente utilizados para tomada de decisões coletivas, como um movimento no sentido de expandir o processamento democrático das decisões neste âmbito, como parte de um movimento em direção à expansão do espaço público. Em relação ao Brasil, trata-se da própria construção da esfera pública, através do reconhecimento de associações e organizações de diversos segmentos da sociedade constituídas em torno de algumas temáticas, como interlocutores válidos, cuja legitimidade é obtida no próprio âmbito da vida em sociedade, no desenvolvimento de relações, visões de mundo e práticas.

Os conselhos têm, então, se construído como um novo arranjo institucional no qual decisões coletivas se processam, paralelos, porém, ao processamento das decisões no interior do executivo e do parlamento, que têm uma dinâmica decisória própria, pautada pelo princípio da representação e da autonomia decisória dos representantes e das instâncias representativas. Isto significa que o processamento das vontades e das decisões obedecem a uma lógica de estreitamento dos conflitos e de estabelecimento de consensos, na qual os partidos políticos e os detentores de cargos eletivos no executivo são os atores fundamentais.

A lógica da representação e dinâmica conselheira também se pauta pela negociação dos conflitos e estabelecimento de consensos, porém, cada representante dos segmentos com assento nos conselhos mantém com seus representados uma relação de maior proximidade, na qual a relação entre dirigentes, representantes e representados é mais direta devido aos vínculos estreitos que estes representantes normalmente tem com as entidades que representam. Isto estimula a que os interesses e posições de cada um dos segmentos sejam postos com maior clareza, bem como as decisões sejam processadas publicamente e negociadas continuamente. O processamento particularista e clientelista de demandas, na medida em que a publicidade dá o tom da dinâmica conselheira, tende a ser minado nestes novos arranjos. As disputas entre os diferentes atores em torno de projetos e posições são continuamente repostas no interior do próprio executivo, com uma tendência à ampliação dos limites destas disputas e dos conflitos pela variedade de atores incorporados ao processo decisório.

Contudo, estas experiências são recentes e ainda não consolidadas, o que torna difícil afirmar que estejam de fato alterando a própria dinâmica dos institutos democráticos formais, ou que todas as questões relevantes que envolvam as temáticas em torno das quais se constituem os conselhos sejam processadas em seu interior. Configura-se, então, uma certa ambiguidade em decorrência de que as prerrogativas de cada instância (executivo, parlamento e conselhos) ainda não estão claramente definidas e os conselhos não se consolidaram como centro decisório.

Neste sentido, todas as possíveis inovações representadas pelos conselhos (incorporação de novos atores, maior democracia e publicidade no processamento das questões coletivas) estão postas como virtualidades, dependentes da dinâmica de inserção dos conselhos no quadro institucional (existência puramente formal ou casuística) e da importância atribuída pelos próprios atores sociais coletivos a este novo arranjo.

No primeiro capítulo deste trabalho discutimos o conceito de esfera pública/espço público a partir das formulações de Hannah Arendt, Claude Lefort e Richard Sennett, compreendendo a mesma como espaço indeterminado no qual as disputas pela direção a ser dada ao ordenamento da vida em sociedade (definição de um mundo comum, de direitos e deveres a serem compartilhados) se processam e cuja existência está intimamente vinculada a uma compreensão da democracia como conjunto de princípios e regras com as quais se poderá definir o processamento das relações em sociedade, não restrita, portanto, ao conjunto de regras definidas para distribuição do poder político e processamento das decisões coletivas em sentido restrito, embora estas regras sejam fundamentais para a construção do espaço público.

Na perspectiva adotada neste trabalho e detalhada neste capítulo, a criação de novos canais para processamento de decisões políticas, os conselhos especialmente, assinalam uma mudança importante na constituição do que Lefort denomina como instituições especificamente políticas, contribuindo para que, na medida em que estes novos canais ampliam o conjunto de questões e atores sociais coletivos a serem incorporados ao processo decisório, ampliam também o espaço público, ou seja, o espaço para o debate e a disputa em torno das questões coletivas.

No segundo capítulo, discutimos a constituição da esfera pública no Brasil, a partir da compreensão, explicitada no primeiro capítulo, da democracia, como conjunto de princípios e regras com as quais se poderá definir o processamento das relações em sociedade, e da centralidade das regras do jogo democrático como elementos fundamentais à construção desta esfera, assinalando a importância fundante dos movimentos sociais na luta pela constituição da institucionalidade democrática e pela ascensão de uma cultura democrática, compreendendo a vida social de modo mais abrangente. Assinalamos ainda como o autoritarismo constitutivo da sociedade brasileira tem impedido a construção desta esfera, como um elemento de resistência

a transformações mais profundas, na direção da construção da democracia, na institucionalidade política e na nossa cultura política.

O terceiro capítulo reconstrói sumariamente a história do Movimento Sanitário no Brasil e no Espírito Santo, com o intuito de remontar, através da trajetória particular deste movimento, parte da trajetória percorrida pelos movimentos sociais brasileiros na luta pelo respeito à dignidade de sua população, à vida, por equidade e por participação na vida política do país, reivindicando, nos anos 70 e 80, tanto o restabelecimento da democracia quanto a ampliação dos fóruns de participação democrática, momento em que emergem as propostas de constituição dos conselhos como canais para viabilização desta participação.

O quarto e último capítulo descreve e analisa a trajetória de constituição do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo enfatizando um momento muito peculiar: a ascensão do PT ao governo do estado. Na análise desta experiência buscamos sinais que possibilitem afirmar que a transformação de nossas instituições políticas, ainda que de modo contraditório e tenso, têm propiciado a ascensão de algumas condições para a construção e ampliação do espaço público, na medida em que a publicidade, como atributo destas novas instâncias de decisão (os conselhos), é fundamental tanto ao rompimento com práticas clientelistas e privatistas no processamento de interesses e demandas quanto para que projetos, interesses e conflitos possam ser expressos e negociados em condições mais livres e igualitárias.

Ao incorporar atores da sociedade civil ao processo decisório, esta nova instância de decisão tem contribuído fundamentalmente para que atores (o movimento social e o movimento sindical) até bem pouco tempo excluídos deste processo tenham assegurado o direito à expressão de suas demandas, projetos e opiniões num espaço menos hierárquico e no qual se coloca no horizonte de possibilidades a construção de um outro padrão de relacionamento entre Estado e sociedade: um padrão de relacionamento mais público e definido por normas mais igualitárias.

METODOLOGIA DE PESQUISA

O estudo da formação dos conselhos setoriais para definição de políticas públicas como uma inovação significativa nos formatos de participação e decisão política focalizou o processo de implantação e consolidação do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo durante a gestão petista no governo do estado.

O estudo de caso se mostrou mais adequado para análise da problemática a que nos propomos estudar em virtude da generalidade e, simultaneamente, a particularidade deste fenômeno, pois ao mesmo tempo que os conselhos, especialmente os de saúde, se espalham por todo o país, cresce a diversidade no processo de sua formação, inserida, entretanto, no conjunto de uma experiência maior: a luta pela direção a ser dada ao processo de consolidação e expansão da democracia no Brasil. Por isso, nos pareceu importante analisar mais detidamente uma experiência concreta, observando proximamente os desdobramentos possíveis na construção desta instância.

Para coleta dos dados usamos a entrevista semi-estruturada (a partir de um roteiro base), a observação não-participante e a análise documental. As entrevistas foram realizadas com os atuais conselheiros -os representantes de todos os segmentos com assento no conselho (usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e governo) -, três ex-secretários de saúde do estado responsáveis pela formulação das primeiras leis de criação do Conselho e por algumas das tentativas de implantação, o ex-assessor de um dos secretários de saúde durante a gestão petista que trabalhou na formulação da atual lei e foi o primeiro secretário-executivo do CES, um dos assessores do governador do estado durante a gestão do PT na prefeitura de Vitória (capital do Espírito Santo), integrante da atual equipe de governo e membro do grupo político dentro do PT ao qual pertencia o governador Vítor Buaiz, e uma ex-integrante do Movimento Popular de Saúde, atualmente sem militância na área, uma das organizadoras do MOPS no Espírito Santo, num total de 19 entrevistas. Foram observadas 08 reuniões do

Conselho no período de fevereiro à julho de 1997, bem como a Conferência Estadual de Saúde realizada em julho de 1996. Foram analisadas a Lei Orgânica da Saúde, as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde, todas as atas de reuniões do Conselho desde que as mesmas passaram a ser registradas, os regimentos internos, as leis de criação do Conselho Estadual de Saúde, as leis de criação e de regulamentação do Fundo Estadual de Saúde, o Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo e as resoluções e notas produzidas pelo Conselho. Também foram estudados vários jornais e relatórios produzidos pelo Movimento Popular de Saúde do Espírito Santo até o ano de 1985.

Todos os conselheiros entrevistados têm vínculos estreitos com a temática da saúde, seja por meio da militância no movimento social ou sindical, seja pelos vínculos e compromissos profissionais com uma concepção mais abrangente de saúde (na qual a doença é resultante da conjugação de fatores de ordem social e econômica), gestada no interior do Movimento Sanitário e Movimento Popular de Saúde. Isto significa que, além de relatarem a sua experiência no Conselho Estadual de Saúde, estes conselheiros contaram um pouco da história do Movimento Sanitário no Brasil e no Espírito Santo. Alguns têm muita clareza sobre o continuo existente entre as lutas e experiências do passado recente e as dificuldades experimentadas, hoje, na construção dos conselhos.

A leitura e análise dos documentos, conjugada à observação direta das reuniões e às entrevistas, permitiu um quadro bastante abrangente do movimento de constituição e consolidação do Conselho. Os resultados produzidos pelo CES e documentados não conseguem traduzir todo o processo de disputa desenvolvido até que se chegasse aos mesmos; porém, o relato dos diferentes atores ligados ao processo (proporcionado pelas entrevistas) permitiu remontar a história e compreender como foi possível chegar a tais resultados.

Considero que a observação das reuniões do Conselho e da Conferência Estadual de Saúde, de fato, permitiram maior nitidez quanto às posições políticas dos diferentes atores que

compõem o conselho e como cada um desenvolve ações na defesa destas posições, possibilitando um melhor dimensionamento, inclusive, das articulações entre questões de princípios, os interesses mais imediatos e os interesses de longo prazo em jogo.

Apesar da pesquisa se restringir à ação dos conselheiros e ao modo de operação do próprio Conselho, ou seja, não estudamos em profundidade o impacto do surgimento desta nova instância sobre a dinâmica dos próprios movimentos ali representados, foi possível compreender um pouco melhor o impacto provocado na dinâmica de funcionamento dos mecanismos existentes para tomada de decisões, o que possibilitou verificarmos o quanto modificações no espaço denominado como especificamente político, reportando à definição dada por Claude Lefort, no espaço delimitado pelos institutos democráticos tradicionais, pode estimular, ou não, transformações mais profundas no espaço público.

Em cada trecho de entrevista citado no texto aparece uma breve caracterização do entrevistado, entre parênteses, de modo a preservar ao máximo sua identidade.

Anexamos no final deste trabalho os roteiros utilizados na realização das entrevistas.

CAPÍTULO 1- PROBLEMATIZANDO A NOÇÃO DE ESFERA PÚBLICA: ESTADO, SOCIEDADE CIVIL E DEMOCRACIA

1.1 A PROBLEMÁTICA DA ESFERA PÚBLICA

Os últimos anos têm sido fecundos na produção de pesquisas e debates acerca da problemática da Esfera Pública, tanto no interior das instituições universitárias como em centros de pesquisa de caráter mais independente, no Brasil e no mundo. Na América Latina em especial, a preocupação com esta discussão se deve aos intensos debates e disputas processados no interior da sociedade em torno da construção não apenas da institucionalidade democrática, mas de uma cultura democrática, no decorrer dos processos de transição e consolidação da democracia nos países recém saídos de regimes autoritários.

A transição democrática nestes países colocou de maneira contundente a necessidade de discutir o caráter destas sociedades, os traços que permitiram o surgimento do autoritarismo político e que explicariam a sua sustentação, fundamentada não apenas em interesses econômicos, mas na própria constituição destas sociedades, na própria estrutura de sustentação da ordem social, na construção particular das esferas pública, social e privada. Tratava-se e trata-se de discutir a constituição do público nestas sociedades, a partir do pensamento político ocidental, ou seja, no interior do pensamento ocidental sobre o que constitui cada uma destas esferas, cabendo discutir também o significado da democracia.

O que tem sido posto em dúvida e gerado grandes discussões, entretanto, é uma definição do que se compreende por esfera pública, bem como as evidências de sua realidade. E, se podemos falar na existência dessa esfera, o que a caracterizaria, como diferenciá-la das demais. Tal discussão remete tanto a uma definição das outras esferas quanto da especificidade do político, ou seja, de quais são as peculiaridades do que se compreende comumente como o político (tantas vezes amalgamado nas definições do que seja o público e do que seja o estatal)

no interior de um conceito de esfera pública, se político se confunde com esfera pública, e o caráter da esfera pública nas modernas sociedades capitalistas ocidentais, incluindo, obviamente, as sociedades latino-americanas.

A discussão da esfera pública, neste sentido, implica necessariamente discutir os pares Estado-sociedade civil, Público-privado, bem como a democracia, se esta pode ser considerada como uma mera forma de governo ou se ela define o tipo de ordenamento, de organização de uma sociedade. Isto significa dizer que, necessariamente, uma definição de esfera pública estará imbricada nos arranjos que constituem e estruturam uma determinada sociedade, ou seja, nas regras estabelecidas para a convivência, na estrutura de distribuição do poder decisório, na organização econômica.

A problemática da esfera pública se coloca, então, como a da delimitação desta esfera, em que espaço e em como é construído este espaço no qual a discussão da vida em sociedade se processa. Em como são definidos os papéis sociais, os acordos, o espaço para expressão das individualidades e coletividades, o discurso comum, a linguagem com a qual o debate irá se processar, enfim, um espaço de criação e recriação do social e do político, de definição e redefinição do discurso e da linguagem, de constituição dos próprios atores sociais.

Nesta direção, o grande problema que se coloca hoje para os estudiosos do assunto e para a própria sociedade é justamente o da delimitação das fronteiras, o de identificar a existência ou não de fronteiras entre as diversas esferas da vida em sociedade e como as mesmas são construídas, quem as constrói, quem autoriza a sua construção. E talvez mais importante do que descobrir e estabelecer as fronteiras seja saber como elas estão se estabelecendo ou se, ao contrário, estão se diluindo, e que implicações estes fatos têm para toda a vida em sociedade.

1.2 DEFININDO ESFERA PÚBLICA

O debate acadêmico em torno da problemática da esfera pública tem se realizado em torno de uma definição do que é esta esfera, de qual compreensão histórica e filosófica se estabeleceu no mundo ocidental acerca de suas características, sua construção e suas peculiaridades. Parte-se de todo um arcabouço teórico já construído para, enfim, problematizá-lo e confrontá-lo com nossa própria experiência.

Neste estudo, as principais discussões em torno da compreensão do que seja a esfera pública serão apresentadas através dos trabalhos de três autores sobre o tema, os filósofos políticos Claude Lefort e Hannah Arendt e o ensaísta Richard Sennett. Os três autores mantêm alguma espécie de diálogo com o marxismo, ainda que para evidenciar o que consideram equivocados. A importância dos mesmos reside justamente na discussão de uma temática fundamental para a política (a da esfera pública) e negligenciada pela tradição marxista. Os trabalhos aqui utilizados são os livros “Pensando o Político” e “A Invenção Democrática” de Claude Lefort, “A Condição Humana” de Hannah Arendt e “O Declínio do Homem Público” de Richard Sennett, nos quais os autores trabalham exaustivamente a própria compreensão do que seja esfera pública a partir de sua construção na história social e política do mundo ocidental.

Para Claude Lefort, os âmbitos da política e da esfera pública tem um entrelaçamento tal que tratar o político como um setor particular da vida social é estabelecer limites muito estreitos para sua compreensão, posto que o político refere-se a “noção de um princípio ou de um conjunto de princípios geradores das relações que os homens mantêm entre si e com o mundo.” (Lefort, 1991, p.10)

Com isto o autor enuncia que o político ao mesmo tempo que pode ser identificado a um setor específico da sociedade, ao lugar em que se processam os conflitos, a competição partidária, em que se definem e se redefinem as instâncias e instituições do poder, é também o

conjunto de princípios e regras que regem as relações entre os homens em sociedade. Assim, constitui a esfera pública o espaço, indeterminado, em que os homens são induzidos a falar, a ouvir, a reconhecer uns aos outros, em que definem e redefinem estas regras, ou seja, em que instituem o político e as demais esferas da convivência em sociedade.

De tal modo estão imbricados o político e a esfera pública que, para Lefort, a questão política chave de nosso tempo é a da sobrevivência e ampliação do espaço público, no sentido de uma ampliação dos espaços de interlocução entre indivíduos, grupos, classes, de sua capacidade de expressão, de emissão de opiniões, de demandas, do debate público em que a verdade e a legitimidade das opiniões, das reivindicações e demandas só poderá se estabelecer pela publicidade, a partir dos conflitos e trocas presentes neste debate e dos acordos e consensos estabelecidos em função do mesmo. É, então, no âmbito do político que se situa a possibilidade de existência e garantia mínima do espaço público¹.

O espaço público é este espaço de indeterminação e ao mesmo tempo o espaço em que alguma determinação é estabelecida, em que alguma estrutura e regras de relacionamento são firmadas, e também o espaço em que as mesmas poderão ser questionadas, revistas e substituídas por outras. Ultrapassa, portanto, o âmbito do meramente político ou estatal no sentido de instituições estabelecidas como propriamente políticas (o parlamento, o executivo, o judiciário, o sistema eleitoral e partidário), posto que opiniões e demandas, o estabelecimento de preceitos jurídicos e leis, para terem validade necessitam, antes de tudo, que a sociedade como um todo concorde com esta normatividade.

Para o autor, a invenção da democracia foi o evento histórico responsável pela aparição do espaço público como uma necessidade e também pela efetiva historicidade das sociedades ocidentais, como produtos do agir e pensar do homem, sem que devessem sua

¹ Após a apresentação do pensamento dos três autores passarei a utilizar prioritariamente a expressão "espaço público", por compreender que a mesma não apresenta diferenças relevantes em relação à expressão "esfera pública" (autores como o brasileiro Sérgio Costa usam indistintamente, com a mesma conotação, tanto "espaço

existência a qualquer princípio racional (idealismo/hegelianismo) ou de justiça que transcendesse a vida terrena. Sob este aspecto, a democracia não é apenas uma forma de governo como proclamam os liberais e como condenam os marxistas, mas é, ao mesmo tempo, um modelo de sociedade, cuja principal característica é a

“dissolução dos marcos de referência da certeza. A democracia inaugura uma história na qual os homens estão à prova de uma indeterminação última quanto ao fundamento do poder, da lei e do saber, e quanto ao fundamento da relação de um com outro, sob todos os registros da vida social” (Lefort, 1991, p.34)

É esta dissolução dos marcos de referência da certeza, do poder como emanção divina (referência à monarquia absolutista, em que a autoridade do rei emanava de um princípio religioso: ele era o eleito por Deus para governar os homens), da transcendência ou do princípio divino como fator de coesão entre os homens, que torna o espaço público o espaço por excelência de constituição do social e do político, sujeitando a sociedade ao debate público de seus princípios, a definir e redefinir suas regras de convivência segundo suas necessidades concretas, e segundo a própria experiência das relações dos homens entre si e com a natureza.

A concepção de Lefort de democracia será discutida com mais detalhes no item “As redefinições da democracia: discutindo a representação e a participação”. Por enquanto é importante registrar sua argumentação da democracia como modelo de sociedade, mais do que como um modelo de governo ou de distribuição do poder político no qual o espaço público é o espaço de indeterminação, de constituição das demais esferas da sociedade.

Ao definir sua compreensão do político, do espaço público e da democracia, Claude Lefort mantém um certo diálogo com Hannah Arendt, a quem tributa fundamental contribuição para a reflexão filosófica acerca da importância da política no mundo ocidental. Contudo, apresenta diferenças significativas em relação a esta autora.

público” quanto “esfera pública”), mas sobretudo por adotar como referência para toda a análise a ser feita

Hannah Arendt trabalha sua concepção de esfera pública através de uma reflexão histórica sobre o agir humano, sobre a ação dos homens.

Sua preocupação se concentrará na reflexão sobre as condições do homem na terra, expressas pelas atividades do labor, trabalho e ação e que compõem o que denomina de “vita activa” (vida ativa). Estas atividades correspondem respectivamente a cada uma das condições básicas da vida do homem na terra, o labor corresponderia à própria vida e à necessidade de sobrevivência, o trabalho à construção do mundo artificial, daquilo que difere do mundo natural e é produzido pelo próprio homem e, finalmente, a ação corresponderia ao fato, à condição de que o homem não está sozinho no mundo e mais, de que cada homem é único, de que ninguém é exatamente igual ao outro. Este fato é a condição básica para a política, ou seja, para que os homens estabeleçam formas de relações, de convivência, pois o fato dado da pluralidade humana coloca a necessidade de consideração destas diferenças no estabelecimento das relações e dos contatos.

As reflexões da autora, neste livro, não recobriram a atividade de pensar, posto que sua preocupação estava totalmente voltada para o agir e para o campo de ação que considerava acessível à todos os homens (o labor, o trabalho e a ação).

A partir do estabelecimento da distinção entre as atividades fundamentais correspondentes a cada uma das condições básicas de existência do homem na terra, Arendt fará uma reflexão histórica acerca do desenvolvimento de cada uma no mundo ocidental, analisando sua configuração no mundo grego e no mundo romano.

Apesar de considerar que o século vinte caracteriza-se não por uma ruptura, mas por um vácuo em relação às tradições ocidentais na definição dos parâmetros para o agir e pensar humano, a autora remete-se a estas tradições em seu trabalho. O que implica necessariamente conhecê-las e ser capaz de se colocar em suspenso por um momento entre o passado e o

futuro, suspensão possível somente através do pensamento reflexivo.

O remeter-se a estas tradições é feito justamente em função de que na antiguidade a compreensão da vida ativa obedecia a uma hierarquia na qual a atividade contemplativa e reflexiva era considerada de ordem superior e como essencial à vida ativa, pois somente o repouso e a reflexão possibilitariam ao homem o alcance da verdadeira beleza do kosmos físico. Para Arendt, apesar da inversão e ruptura operada na era moderna por Marx e Nietzsche, pensadores nos quais a atividade produtiva adquiriu centralidade na constituição da vida humana, a atividade contemplativa continuou a ser considerada de ordem superior e a inversão não se realizou de modo completo. A autora faz estas considerações para enunciar que considera como vida ativa as atividades de labor, trabalho e ação e como vida contemplativa, as atividades de pensar e refletir, que não correspondem às condições básicas da existência humana. Isto significa que para Arendt a contemplação é considerada atividade de natureza diferente das demais, nem superior nem inferior às mesmas.

Para Arendt, tais considerações são importantes em face de que a vida ativa é o modo próprio, específico do estar do homem na terra, constituindo o caráter histórico da existência humana, retirando-lhe a possibilidade de possuir um caráter transcendente intrínseco, que não se situe no próprio agir humano.

Mas, apesar de Arendt dar ao que chama de vida ativa o mesmo status do que denomina vida contemplativa, a diferenciação permanece intocada e a atividade de pensar apresenta-se como naturalmente inacessível a todos os homens (concepção radicalmente diferente de Antônio Gramsci, por exemplo). Sob este aspecto, Arendt ao fazer esta distinção entre vida ativa e vida contemplativa subtrai da vida ativa o processo de pensar e refletir reiterando a superioridade da atividade reflexiva, apesar da tentativa de afirmar o contrário.

Dentre as três atividades que compõem a vida ativa, a ação deriva sua especificidade do fato de que é impossível realizar-se fora da sociedade dos homens, posto que “Só a ação é

prerrogativa exclusiva do homem; nem um animal nem um deus é capaz de ação, e só a ação depende inteiramente da constante presença de outros.” (Arendt, 1995, p.31)

Como a ação só tem significado em sociedade, na relação que os homens estabelecem entre si, por um certo tempo (principalmente no período medieval), a asserção de Aristóteles do homem como animal político foi traduzida como animal social, esquecendo-se, segundo Arendt, do significado atribuído pelos gregos à política. (Arendt, 1995, p.32)

A vida em sociedade no mundo grego era considerada como elemento intrínseco da condição humana na terra, estando a vida social do homem diretamente relacionada à sua vida privada, aos laços familiares, ao atendimento de suas necessidades humanas básicas (alimentação, abrigo, proteção). A vida política, ao contrário, referia-se a uma vida em comum que ultrapassava a mera união em função do atendimento do conjunto de necessidades humanas básicas. A esfera pública seria, então, esta esfera de ultrapassagem da vida familiar para uma vida com os outros homens, a esfera do discurso e da ação, a esfera, segundo Arendt, da política. Sob este aspecto, não havia no mundo grego a distinção que modernamente fazemos entre esfera pública, privada e social, posto que privado e social eram um só.

Para a autora experimentamos hoje uma grande dificuldade em

“compreender a divisão decisiva entre as esferas pública e privada, entre a esfera da pólis e a esfera da família, e finalmente entre as atividades pertinentes a um mundo comum e aquelas pertinentes à manutenção da vida, divisão esta na qual se baseava todo o antigo pensamento político, que a via como axiomática e evidente por si mesma. Em nosso entendimento, a linha divisória é inteiramente difusa, porque vemos o corpo de povos e comunidades políticas como uma família cujos negócios diários devem ser atendidos por uma administração doméstica nacional e gigantesca.” (Arendt, 1995, p.37)

A ascensão de uma esfera especificamente social seria, segundo Arendt, o resultado desta diluição dos limites entre esfera privada e esfera pública nas modernas sociedades ocidentais. A esfera social seria esse espaço híbrido em que as atividades específicas de uma e outra não podem ser nitidamente distinguidas, resultado de uma atividade econômica, produtiva, coletivizada no seu processo e que adquiriu centralidade na organização da vida e das relações entre os homens. Ou seja, as necessidades humanas básicas tornaram-se o eixo em torno do qual toda a vida em sociedade foi organizada. Neste sentido, modernamente, a esfera pública, que Arendt assimila à esfera política, se confunde com a esfera social, através da ascensão das atividades econômicas, antes restritas à esfera privada da família, como matéria de interesse coletivo.

A esfera pública é o mundo comum, o compartilhar de um espaço (no sentido geográfico também), de uma linguagem, de códigos e símbolos capazes de instituir este comum, estabelecer os fatores de união, os elementos de unidade e ao mesmo tempo de separar, de estabelecer o que lhe é próprio e reconhecer a pluralidade humana. A existência desta esfera é elemento essencial para dar um caráter permanente ao mundo, ao que foi construído de modo coletivo e que deveria ter como preocupação subjacente a continuidade e a permanência.

A preocupação com a continuidade e a permanência é condição para a existência da esfera pública e também o elemento que a caracteriza, que a constitui. Entretanto, a imediatividade do mundo moderno e toda a organização da vida em sociedade em torno das necessidades humanas básicas/econômicas tem contribuído para que estas preocupações se diluam, ou mesmo desapareçam, indicando, conseqüentemente, o desaparecimento da esfera pública.

Este constitui o elemento de radical diferença entre a concepção de Lefort e de Hannah Arendt acerca da esfera pública/espço público. Para Lefort a esfera pública/espço público é o

espaço do indeterminado, em que os atores sociais se constituem como atores e estabelecem ao mesmo tempo as diferenças entre as diversas esferas, definindo e redefinindo continuamente os fundamentos e bases para as suas relações. Já para Arendt a esfera pública é o próprio compartilhamento de um mundo comum, o estabelecimento da unidade do social, das regras de relacionamento e dos comportamentos sociais, confundindo-se com a esfera política. Se para Lefort a existência de um espaço público é o fator necessário para a definição deste mundo comum, do que deve ser compartilhado, de direitos e deveres a serem observados, da continuidade ou não do que foi definido como comum, para Arendt o que configura a existência de uma esfera pública é exatamente a existência tangível deste mundo comum, de uma objetividade em termos do compartilhamento e reconhecimento de regras, direitos, deveres. Embora, para ambos, seja fundamental para a existência desta esfera o espaço para o debate, no qual os homens possam ouvir e serem ouvidos, em que se reconheçam mutuamente, para Arendt este espaço é dado pela vida política, pela existência das instituições políticas e para Lefort ele abarca toda a vida social, sem negar, é claro, a importância dos espaços designados como propriamente políticos.

Para Lefort, a construção do espaço público só é possível nas sociedades democráticas, em que a incerteza e o lugar do poder como lugar vazio são as características fundantes, implicando necessariamente a expressão e negociação dos conflitos, interesses, opiniões, demandas e reivindicações entre indivíduos, grupos e classes.

Para Arendt, vivemos um processo de desaparecimento da esfera pública correspondente ao desaparecimento das preocupações com o mundo comum, com a política, por uma expansão crescente do mundo privado, das preocupações subjetivas, criando-se esta esfera híbrida que a autora denomina social.

É neste aspecto, na polémica em torno do desaparecimento da esfera pública e das condições para sua existência, que se inserem as elaborações de Richard Sennett em torno do

tema.

Trabalhando mais intensamente os elementos que evidenciam o declínio desta esfera em aspectos da vida social, Sennett trabalha ao mesmo tempo suas implicações para a vida política e para a própria manutenção de algum nível de coesão para toda a sociedade.

Segundo Sennett:

"Uma res pública representa, em geral, aqueles vínculos de associação e de compromisso mútuo que existem entre pessoas que não estão unidas por laços de família ou de associação íntima: é o vínculo de uma multidão, de um "povo", de uma sociedade organizada, mais do que vínculo de família ou de amizade. Como na época romana, a participação na res pública é hoje, na maioria das vezes, uma questão de estar de acordo; e os fóruns para essa vida pública, como a cidade estão em decadência." (Sennett, 1988, p.16)

Sua discussão girará em torno da decadência da vida comum nas cidades, dos códigos que delimitavam o comportamento em público, o discurso, a maneira de se vestir, o relacionamento com os estranhos e que estabeleciam um modo de vida comum, elementos que poderiam ser compartilhados por todos aqueles que não tinham vínculos íntimos, e que determinavam com relativa clareza os limites entre vida pública e vida privada.

Para Sennett o processo de decadência se inicia por volta das últimas décadas do século XVIII, adentra o século XIX e século XX, com a consolidação da sociedade burguesa, o primado das relações capitalistas de produção, a centralidade da troca e do lucro como forma de estabelecer intercâmbios tanto na economia como nas demais relações.

Nestes séculos o processo de transformações verificadas nas sociedades ocidentais, através do desmonte das estruturas de organização da economia, dos códigos de convivência social, das estruturas de poder e dos instrumentos para conhecer a realidade (iluminismo e racionalismo científico), foram de tal modo intensos e violentos, que a incerteza e a

insegurança pareciam ser tudo que restava. Ao mesmo tempo em que se desmontava um mundo, códigos e crenças perdiam sua validade, a construção de novas estruturas, novos arranjos, dependiam e dependem da existência de uma esfera pública, que na emergente sociedade do primado do indivíduo, segundo Sennett, encontrava-se em processo de erosão.

A violência das transformações, o desmonte dos velhos códigos de relacionamento social e de convivência entre estranhos no espaço público, fez com que as relações íntimas se constituíssem no único refúgio seguro e no único parâmetro para uma vida social relativamente satisfatória, onde o indivíduo poderia ter alguma certeza sobre os sentimentos, as características das pessoas com as quais ele estava lidando.

"As sociedades ocidentais estão mudando a partir de algo semelhante a um estado voltado para o outro para um tipo voltado para a interioridade- com a ressalva de que, em meio à preocupação consigo mesmo, ninguém pode dizer o que há dentro. Como resultado, originou-se uma confusão entre vida pública e vida íntima: as pessoas tratam em termos de sentimentos pessoais os assuntos públicos, que somente poderiam ser adequadamente tratados por meio de códigos de significação impessoal." (Sennett, 1988, p.18)

Trata-se de um fenômeno de sobreposição do privado sobre o público, na medida em que os antigos modelos e códigos de convivência social se desmontam o indivíduo empreendedor e a economia, tornam-se os eixos organizadores da vida em sociedade.

Sennett fala de um primado da personalidade, das características pessoais, em detrimento da objetividade das ações dos indivíduos, em que os julgamentos para o estabelecimento de relações passaram a se pautar pelo que poderia ser visto imediatamente, pelas características pessoais possuídas pelo indivíduo e menos pelo que ele efetivamente faz e que constitui o seu modo de ser no mundo. É o primado da imagem e da aparência.

Na política (no sentido estrito de institucionalidade política/parlamento, executivo,

sistema partidário e eleitoral) este primado do indivíduo, dos sentimentos pessoais e da personalidade tem contribuído para um declínio ainda maior da esfera pública. O processamento das escolhas dos indivíduos para ocupação dos cargos públicos, principalmente no executivo e nos parlamentos, realizam-se através de uma identificação pessoal dos membros da sociedade com o indivíduo postulante ao cargo, pelo que ele apresenta em termos de espírito empreendedor, força, agressividade, instrução, capacidade de convencimento, disposição, etc. Ou seja, seu programa de governo, sua compreensão da realidade, seus vínculos partidários e políticos são desprezados em função do que ele é como pessoa (bem expressa na tão corrente frase usada no Brasil de que “o que importa não é o partido, mas a pessoa”). O resultado é que uma discussão dos problemas propriamente públicos, de propostas para o ordenamento da sociedade, para a convivência, para a resolução dos problemas coletivos, é minimizada.

O próprio âmbito da política deixa, então, de ser um *locus* privilegiado para a construção da esfera pública, servindo, porém, segundo Sennett, para a manutenção da ordem social burguesa fundamentada na propriedade privada, no primado do empreendimento individual, na dominação econômica: a vida coletiva deixa de ser o principal eixo da política.

A diluição dos fóruns da vida pública (Sennett dá especial atenção à vida nas cidades, ao próprio espaço urbano tecendo longas considerações sobre as mudanças na arquitetura de praças, ruas e prédios) e dos fóruns da vida política, na medida em que a personalidade também ocupa este domínio, contribuem desta maneira para um esvaziamento e talvez até para o desaparecimento da esfera pública.

Para o autor, este domínio da intimidade como padrão para a vida pública, caracteriza também os movimentos sociais que reivindicam reconhecimento, direitos e participação na vida política. Tal domínio se caracterizaria pelo estabelecimento de uma identidade de grupo que se faz principalmente através do compartilhar de sentimentos, do sentimento de

comunidade, de pertencer a um grupo com características comuns, fechando-se a contatos e relações com aqueles que não participem destas características, ainda que possam compartilhar dos mesmos interesses e opiniões, criando, assim, uma proteção contra os estranhos, por um temor de relações impessoais.

"Uma sociedade que teme a impessoalidade encoraja as fantasias de vida coletiva de natureza paroquial. Quem somos "nós" se torna um ato altamente seletivo de imaginação: os nossos vizinhos mais próximos, os companheiros de trabalho, a família. Identificar-se com pessoas que não se conhece, pessoas estranhas, mas que podem compartilhar dos interesses étnicos, dos problemas familiares, ou da religião, torna-se algo penoso. Ligações étnicas impessoais, tanto quanto as ligações impessoais de classe, não constituem realmente um vínculo: a pessoa se sente obrigada a conhecer as outras pessoas a fim de utilizar o "nós" ao descrever as suas relações para com elas." (Sennett, 1988, p.378)

Este sentimento de comunidade, para Sennett, é um elemento poderoso no impedimento da construção de uma vida pública, pois reforça a existência de laços íntimos e se coloca "contra a própria essência da sociabilidade, o intercâmbio...." (Sennett, 1988, p.379)

O quadro apresentado por Sennett é dos mais desoladores. Estaríamos vivendo no mundo ocidental num processo muito próximo a um estado de barbárie, em que a quase total dissolução de parâmetros públicos para a convivência, ausência de códigos, regras impessoais para o estabelecimento de relações e mesmo para a atividade propriamente política, estaria criando um mundo desprovido de qualquer padrão comum de relação, de unidade e de sentido coletivo, em que cada um é o seu próprio juiz.

Neste sentido, qualquer iniciativa objetivando uma recriação do público ou mesmo um resgate da vida pública, como parecem ser as iniciativas no sentido de democratizar a vida social (democratização das relações familiares, de trabalho, na escola e outras instâncias) e

mesmo a criação de novos formatos de participação política e de instituições políticas que incorporem uma maior variedade de atores sociais coletivos, parecem fadadas ao fracasso. Para Sennett, a natureza das transformações ocorridas na sociedade burguesa parecem profundamente arraigadas, constituindo-se mesmo em crenças profundas que fundamentam a ordem social.

Sob este aspecto, a concepção de Lefort da democracia como modelo de sociedade, e não apenas como um modelo de estruturação e distribuição do poder político, como condição fundamental para a existência de um espaço público e para a própria constituição das demais esferas sociais, parece ser muito mais adequada à perspectiva adotada neste estudo. Portanto, através de sua concepção analisaremos o surgimento de novos formatos de participação política e de construção de novos institutos democráticos, como elementos que sinalizam para a criação ou expansão do espaço público, como expansão do espaço para o debate e para a disputa de opiniões, reivindicações e poder entre os diversos atores sociais (indivíduos, grupos, classes, movimentos sociais, instituições).

As regras do jogo democrático, os princípios de convivência democrática e sua expansão para diversas outras esferas da vida em sociedade, criam as condições para que se amplie este espaço de indeterminação, de criação e recriação da vida social e possibilitam que iniciativas para alterar os seus significados, os acordos estabelecidos, consensos e regras de convivência possam ser tomadas e estejam permanentemente sujeitas à discussão.

A indeterminação do espaço público se caracteriza fundamentalmente pela impossibilidade de identificá-lo a um setor específico, ou instituições sociais e políticas específicas. Em decorrência desta indeterminação, talvez seja mais factível e produtor de observar registros de sua existência em instituições, movimentos sociais, articulações e reuniões de instituições e movimentos sociais, em que o debate da vida coletiva e a tentativa de estabelecer ordenamentos para a mesma se realizem.

Esta definição (do espaço público como espaço indeterminado de constituição do social e do político) impede que o mesmo seja diretamente assimilado ao Estado, como instância especificamente política, e às instituições estatais. Obriga-nos, contudo, a sermos mais sensíveis à sua presença em todas as instâncias da vida social e nas inter-relações Estado-sociedade civil.

O Estado como aparato particular de organização da vida política e social é elemento importante no registro de manifestações da existência do espaço público e mesmo de sua expansão. O Estado democrático, na medida em que é ao mesmo tempo interpelado por atores individuais e coletivos, condiciona e é condicionado pelas relações e disputas entre estes atores sociais na sociedade, se constrói como importante instância de definição do tipo de relacionamento que estes atores estabelecerão, de regras asseguradas em lei, do reconhecimento destes atores, de sua capacidade e legitimidade para expressão de opiniões, reivindicação de demandas e postulação de direitos.

A sociedade civil, como espaço por excelência de encontro e constituição dos atores sociais, em que cada um deles estabelece sua identidade na sua relação com os outros, é o espaço em que as disputas em torno da organização, de visões de mundo, do ordenamento da vida social, econômica e política se realiza de modo mais amplo, onde cada ator interpela e é interpelado pelos demais. Neste sentido, até mesmo a existência de espaços físicos em que tais encontros, disputas e debates possam se realizar é fator condicionante de sua existência.

Portanto, uma discussão acerca do inter-relacionamento Estado-sociedade civil como elemento constitutivo do espaço público é repleta de sentido.

1.3 A RELAÇÃO ESTADO-SOCIEDADE CIVIL NA ATUALIDADE

A sociedade civil se caracteriza como esfera de relações desenvolvidas entre indivíduos, grupos e classes sociais em instituições e espaços diferenciados dos aparatos de Estado. A lógica das relações entre estes atores sociais nesta esfera é pautada por princípios de

solidariedade e consensos reflexivos, para a qual é fundamental que sejam assegurados os direitos à liberdade de opinião, de expressão das opiniões, de reunião, de associação, proteção à privacidade e inviolabilidade do indivíduo.

Tais direitos, assegurados apenas em sociedades democráticas, são elementos fundamentais para garantir a existência da sociedade civil, dos processos de comunicação e interação social cujos vínculos construídos não se limitam aos interesses puramente econômicos (vínculos individuais no mercado) ou de classe (construídos a partir da percepção e elaboração das experiências derivadas da posição dos indivíduos na estrutura da sociedade²). Isto significa que na esfera da sociedade civil é que se constroem os vínculos e separações entre os atores sociais, nucleados pela tradição, cultura, religião, autoridade. Ou seja, a sociedade civil, e aqui reporta-se à concepção gramsciana da mesma, não deve ser compreendida como a associação de indivíduos, grupos e classes sociais em função apenas de interesses materiais e econômicos (como presente nas primeiras formulações do próprio Marx), isto é associações realizadas a partir da infra-estrutura econômica, mas envolve as dimensões da tradição, pressupostos comuns, cultura, bem como as disputas entre estes atores sociais pela definição dessas dimensões. Implica necessariamente a sua reprodução por processos de comunicação, transmissão da cultura e socialização, que se realizam através de instituições especializadas na preservação das tradições, identidades e solidariedades (família, escola, igreja, sindicatos, movimentos sociais, entidades associativas, veículos de comunicação e informação, etc).

O espaço público como espaço em que os problemas, as preocupações, interesses, visões de mundo e crenças são tematizados, discutidos, absorvidos e processados pela mediação de instituições, movimentos sociais e das articulações que nele se realizam, é o espaço de interseção e de definição das particularidades das esferas da Economia, do Estado e

²Concepção de Thopson exposta em "A Formação da Classe Operária Inglesa" de 1968.

da Sociedade Civil, compreendidas como dimensões da vida social e que se constituem neste espaço especialmente através da construção de um conjunto de direitos, deveres, regras que delimitam e regulam as relações que caracterizam cada esfera.

A partir destas considerações pode-se concluir que o inter-relacionamento Estado-sociedade civil é parte constitutiva do espaço público. O estabelecimento de instâncias de mediação entre estas esferas, no setor especificamente político representado pelos sistema eleitoral e partidário, e a criação de novas instâncias de participação política, de incorporação de atores da sociedade civil ao processo decisório na esfera estatal, contribuem para sua expansão.

Este inter-relacionamento nas modernas sociedades democráticas se realiza fundamentalmente através da cidadania, do estabelecimento de um padrão definidor do pertencimento e reconhecimento dos atores sociais como membros da sociedade, de um padrão de sociabilidade que reconheça o outro como sujeito de interesses válidos.

A dimensão da cidadania se define a partir da construção de um conjunto de direitos e deveres que estabelecerão quais são as condições para pertencimento à sociedade. Os direitos operam como princípios reguladores das práticas sociais, estabelecendo os padrões de relacionamento a serem observados, as regras que regulam estes relacionamentos, os vínculos entre indivíduos, grupos e classes, e que permitem tanto a continuidade quanto o processamento de alterações nestes padrões.

Neste sentido, a cidadania tal como a conhecemos hoje, como arco de direitos, foi se definindo no âmbito de uma sociedade civil em construção, principalmente através das lutas dos trabalhadores, de conflitos violentos, disputas armadas e lutas de outros movimentos sociais pelo reconhecimento da legitimidade de seus interesses, durante o processo de expansão e consolidação da sociedade capitalista e dos conflitos presentes no mesmo. Isto significa que a definição deste padrão e deste conjunto de direitos foi e é construída

historicamente, resultado do desenvolvimento de estratégias e lutas, de práticas concretas dos atores sociais para se afirmarem e ao mesmo tempo criarem um padrão de reconhecimento mútuo.

A extensão dos direitos civis e políticos nos séculos XVIII e XIX, na Europa, a um conjunto maior de membros da sociedade (mulheres e menores de 18 anos estavam excluídos) possibilitou sujeitar a consolidação da sociedade capitalista às disputas e lutas por mudanças e transformações em seus elementos definidores. Estes direitos foram firmados pelo estabelecimento de um padrão minimamente igualitário para pertencimento à sociedade, exigindo para tanto a existência de todo um ordenamento legal-institucional (aparato estatal e judiciário, legislação e regulação) que garantisse sua validade.

A cidadania estabelece um padrão para reconhecimento do outro, de estruturação das relações sociais, de uma linguagem para a problematização e discussão das questões referentes à igualdade e à justiça para indivíduos estruturalmente desiguais (ocupam posições radicalmente diferentes no processo produtivo, detêm recursos de poder também muito desiguais e possuem outras diferenças e desigualdades). Entretanto, considerá-la uma ilusão deformadora pode significar diminuir sua importância histórica no desenvolvimento das transformações observadas nas sociedades capitalistas européias e mesmo latino-americanas. A ampliação do número de atores incorporados ao processo decisório na esfera estatal, contribuiu para alterar a regulação do processo produtivo, das relações de trabalho, as relações em outras esferas e mesmo as condições individuais e coletivas de existência (trata-se aqui da expansão dos direitos sociais, responsáveis por garantir um mínimo de recursos institucionais e materiais para manutenção de um padrão mínimo de bem-estar).

Fundamentalmente, a expansão do número de detentores do status de cidadão (principalmente a inflexão representada pela extensão aos trabalhadores dos direitos políticos, o sufrágio universal) representou uma expansão da incorporação de outros atores ao processo

social e político, antes restrito aos proprietários e detentores de riqueza, definindo os direitos que regulariam suas relações. A cidadania foi produto e ao mesmo tempo produtora da expansão da democracia. Neste sentido, hoje, os direitos que estabelecem o reconhecimento e incorporação dos diversos atores sociais ao processo político e às instâncias de decisão em outras esferas são responsáveis pela definição do que seja uma sociedade democrática.

Nas últimas décadas são visíveis enormes dificuldades quanto à capacidade reguladora dos direitos, principalmente no tocante à esfera econômica, em que se nota uma incapacidade do ordenamento legal-institucional construído no pós 2ª guerra para garantir princípios igualitários (e aqui se pensa especialmente nas críticas e medidas de contenção do *welfare-state* propostas pelos neoliberais na Europa e no mundo). Porém, historicamente, a existência das liberdades formais possibilitou aos indivíduos, grupos e classes se organizarem, reivindicarem, disputarem o poder e alterarem suas condições de vida e de inserção nesta sociedade. Assim, a existência de uma esfera pública, a manutenção do inter-relacionamento Estado-sociedade civil (representada pela cidadania e por sua definição como produção histórica) e de espaços de interlocução entre os diversos atores da sociedade, se colocam como necessidade e desafio à construção de sociedades democráticas face ao crescimento da lógica de mercado (competição, individualismo, lucro, privatismo) no âmbito não apenas desta esfera, mas de todas as demais.

A expansão da lógica de mercado, torna o inter-relacionamento Estado-sociedade, representado pela manutenção e ampliação dos direitos de cidadania, um enorme desafio às forças sociais de sentido democratizante presentes no interior da sociedade civil, pois caberá às mesmas lutar não apenas para expandir direitos, benefícios, mas principalmente pela manutenção de conquistas consolidadas.

Na América Latina, o quadro torna-se ainda mais dramático, pois a conquista da democracia política não implicou uma conquista concomitante de direitos que garantissem um

minimo de bem-estar social e de condições para que o exercício da atividade e da participação política pudesse se fazer com certa liberdade (com um mínimo de constrangimento representado pela pobreza e miséria material). O que significa que convivemos cotidianamente com o desrespeito aos direitos civis, políticos, humanos, com a violência e o processamento clientelista das decisões políticas, comprometendo seriamente o debate democrático e a própria existência da democracia. Se toda a mobilização das forças sociais de sentido democratizante na emergente sociedade civil durante a vigência dos regimes autoritários na América Latina foram fundamentais para o estabelecimento da democracia política, estas forças enfrentaram e enfrentam enormes barreiras para a expansão da democracia até limites mais amplos, nas esferas dos processos produtivos e de trabalho, na definição dos gastos públicos, das diretrizes e gastos com políticas públicas e outras. Ao mesmo tempo, a expansão destes limites se coloca como uma necessidade para que se possa garantir a existência do espaço público, a manutenção e expansão da cidadania.

Deste modo, torna-se clara a força definidora da cidadania como constitutiva do inter-relacionamento Estado-sociedade civil, da definição de direitos e de sujeitos portadores de direitos, a partir dos quais se pode estabelecer e se pode alterar a regulação das relações em sociedade. Isto talvez signifique que no Brasil e na América Latina tenhamos uma sociedade de não-cidadãos ou uma sub-cidadania, em que o próprio exercício do poder político via sistema partidário e eleitoral, está comprometido pela permanência do clientelismo na manifestação das escolhas eleitorais e políticas, assim como no processamento das decisões no interior do próprio aparato estatal. Em nossas sociedades é débil a figura do cidadão como sujeito portador de direitos.

Atualmente a situação se tornou mais complexa na medida em que o processo de fragmentação social decorrente de mudanças no mercado de trabalho, na composição do emprego (desemprego crescente, degradação dos padrões salariais, extinção de especialidades

e profissões), nos processos de produção e circulação de informações, tem contribuído para um aumento da exclusão de amplos segmentos da população, na América Latina e no resto do mundo, tanto da participação num padrão mínimo de bem-estar social quanto no processo político, posto que o acesso à informações, a capacidade de formação de uma opinião que possa pautar as escolhas e tomadas de decisões estão, pelos motivos expostos acima, altamente comprometidas.

Em consequência, o acirramento dos conflitos sociais no mundo contemporâneo vem

“...criando situações inéditas dificilmente padronizáveis nas formas da lei, (...) se resolvendo, cada vez mais, através de práticas de arbitragem que combinam a livre interpretação dos princípios da lei, transgressão consentida de normas legais e produção de “regras de direito” com uma jurisdição própria e localizada.” (Faria apud Telles, 1994, p.9)

Para Telles, porém, o acirramento dos conflitos sociais, o aumento das desigualdades e das diferenças, tem colocado “questões novas e não previstas”. A principal delas é uma lógica da desigualdade, caracterizada não pelo estabelecimento de uma igualdade básica, mas por regras compensatórias, que possam reestabelecer equilíbrios, compensar assimetrias e definir algumas garantias para os desiguais. Ou seja, isto significa que

“Entre uma sociedade atravessada por conflitos específicos e não-generalizáveis e uma ordem legal também ela assimétrica na garantia de direitos e prerrogativas, configura-se uma dinâmica política que carrega o risco de produzir uma “geometria variável de direitos” conforme as diferenças no poder de negociação dos grupos envolvidos.” (Telles, 1994, p.10)

Telles ressalta que este processo é parte das tendências contemporâneas de transformações no reordenamento global da economia, que fragmenta o mercado de trabalho, o processo de produção, aumenta as diferenças de ganhos entre categorias de trabalhadores e

faz com que se ampliem as diferenças de recursos de poder dos diferenciados atores sociais. Estes processos contribuem para um debilitamento, mesmo nas sociedades de maior tradição democrática, das regulações e direitos historicamente estabelecidos, fazendo com que a garantia de direitos, a aplicação de códigos e leis se faça de acordo com os conflitos e a capacidade de articulação, mobilização e barganha dos grupos e interesses envolvidos.

O desafio posto neste quadro é o de que as forças sociais de sentido democratizante presentes na sociedade civil consigam reivindicar e estabelecer mecanismos de controle sobre o mercado e o Estado, através da construção de novas instâncias de decisão que, sem levantar a bandeira do fim das instituições especificamente políticas (o Estado, o Parlamento), incorporem uma amplitude maior de atores sociais e estabeleçam formas de regulação sobre a ação destes atores na esfera da Economia, do Estado e da Sociedade Civil. Assim seria ampliado consideravelmente o espaço público, se contribuiria para a construção de uma sociedade democrática, de uma democracia que não se reduza aos mecanismos políticos de tomada de decisão, mas pautado todo o modelo de organização e processo decisório das instituições nestas esferas.

Estes novos problemas e desafios colocam no centro do debate político a necessidade de ampliação da regulação democrática, de que se discuta os pressupostos da representação e da participação, redefinindo os termos de sua continuidade e expansão.

1.4 AS REDEFINIÇÕES DA DEMOCRACIA: DISCUTINDO A REPRESENTAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO

Até o momento foi abordada a necessidade de ampliar a compreensão da democracia, de modo que sua definição não se reduza a um de modelo para tomada de decisões confinado ao ordenamento especificamente político de uma sociedade, no sentido de instituições que operacionalizam ou possibilitam a execução de regras para a tomada de decisões coletivas.

Neste sentido, a própria compreensão da política deve ser discutida, uma vez que esta compreensão irá condicionar uma definição da democracia como modelo de sociedade.

Segundo Claude Lefort

“que algo como a política tenha vindo a circunscrever-se em uma época, na vida social, tem precisamente um significado político, um significado que não é particular, mas sim geral. A constituição do espaço social, a forma da sociedade, a essência do que era outrora nomeado por cidade é que está em causa com esse acontecimento. O político revela-se assim não no que se nomeia atividade política, mas nesse duplo movimento de aparição e de ocultação do modo de instituição da sociedade. Aparição, no sentido em que emerge à visibilidade o processo crítico por meio do qual a sociedade é ordenada e unificada, através de suas divisões; ocultação, no sentido em que um lugar da política (lugar onde se exerce a competição entre os partidos e onde se forma e se renova a instância geral do poder) designa-se como particular, ao passo que se encontra dissimulado o princípio gerador da configuração de conjunto.”(Lefort,1991, p.26)

Ou seja, o político se define a partir dos princípios estabelecidos para as relações em sociedade, em função da própria compreensão de quais são os fundamentos que devem organizar a vida em sociedade.

Talvez não seja possível realizar uma correspondência direta entre as leis e regulações estabelecidas pela institucionalidade política em sentido restrito (parlamento, executivo, sistema partidário e eleitoral) e as conexões e relações existentes no âmbito da vida em sociedade. Entretanto, neste trabalho, a política, na qual se inclui esta institucionalidade, será compreendida como a invenção e pactuação de regras para a vida social; o estabelecimento de compromissos entre os atores sociais na construção de uma ordem pública.

Sob este aspecto, a pactuação e construção de uma ordem pública pode se estabelecer a partir de consensos, acordos entre seus membros (modelo democrático) ou com base num

princípio divino, em que a coesão entre os membros da sociedade se faz tendo como fundamento um princípio exterior a sua própria existência. De qualquer modo, exige um espaço próprio para o estabelecimento dessas definições (o parlamento, o Estado, o poder judiciário, na democracia, ou o Rei, na monarquia). O processo político é, então, o processo de formação das opiniões e vontades e de tomada de decisões com base nas mesmas. O lugar da política, o seu espaço, se definirá em função de como a própria sociedade se organiza historicamente, de como percebe e formula os problemas de sua existência e de como se projeta no futuro.

A inflexão operada pela democracia, segundo Lefort, se estabeleceu por uma ruptura com uma concepção de existência da sociedade, da capacidade para estabelecer o seu ordenamento e para dirigi-la como emanção de uma vontade divina, de um princípio divino ou transcendente (ele está tratando basicamente da democracia moderna e da ruptura operada com a monarquia nos séculos XVIII e XIX. A sociedade e democracia grega comportava um mundo de deuses, e se organizava também em princípios deístas), numa relação de exterioridade em relação às ações humanas.

“Incorporado no príncipe, o poder dava corpo à sociedade. E, assim, havia um saber latente, mas eficaz, do que um significava para o outro, em toda a extensão do social. Tendo em vista esse modelo, designa-se o traço revolucionário e sem precedentes da democracia. O lugar do poder torna-se um lugar vazio. Inútil insistir nos pormenores do dispositivo institucional. O essencial é que impede aos governantes de se apropriarem do poder. Seu exercício depende do procedimento que permite um reajuste periódico. É forjado ao termo de uma competição regrada, cujas condições são preservadas de maneira permanente. Esse fenômeno implica a institucionalização do conflito. Vazio, inocuável - de tal maneira que nenhum indivíduo, nenhum grupo poderá lhe ser consubstancial -, o lugar do poder mostra-se infigurável. São visíveis unicamente os mecanismos de seu exercício, ou então os

homens, simples mortais, que detêm a autoridade política.” (Lefort, 1991, p.32)

A democracia é, então, um modelo para tomada de decisões políticas baseado no pressuposto do homem como senhor de seus próprios atos, responsável pela construção de sua própria história, uma vez que serão os próprios homens a estabelecerem os princípios sobre os quais a sociedade irá se organizar, que fundamentam o exercício do poder, constituindo-se em sujeitos autônomos capazes de estabelecê-los. O fim da crença num princípio divino e num destino transcendente para estabelecimento de um ordenamento para a sociedade representa o fim da certeza, o fim da crença numa justiça divina e a introdução de princípios de autodeterminação humana, de construção da lei, da justiça e da legitimidade a partir do debate entre os homens sobre o que é o justo e o injusto, sobre o legítimo e o ilegítimo e sobre a própria verdade. Ou seja, não há um juiz supremo (rei ou justiça divina) que arbitrará acerca destas questões, apenas os próprios homens, através do debate, discutirão e arbitrarão sobre estas questões. E para tanto é necessário que se definam fóruns onde este debate possa se desenvolver.

“A legitimidade do debate sobre o legítimo e o ilegítimo supõe, reafirmemos, que ninguém ocupe o lugar do grande juiz.(....) a negação é operante: suprime o juiz, mas reporta a justiça à existência de um espaço público-um espaço tal que cada um é suscitado a falar, a ouvir, sem estar sujeito à autoridade de um outro; o poder que lhe é dado, é induzido a querê-lo. Constitui a virtude deste espaço-sempre indeterminado, pois não é propriedade de ninguém, apenas correspondendo aos que nele se reconhecem e lhe dotam de sentido- deixar que se propague o questionamento do direito. Que em função dele, uma maioria se forme, aqui e agora, liberando uma resposta que tome o lugar da verdade, nenhum artifício poderia impedi-lo” (Lefort, 1991, p.59)

A democracia como fundamento da organização social institui como princípio apenas o debate público e a incerteza. Sua essência está na instituição de regras que garantam a

participação do conjunto dos membros da sociedade no debate dos problemas e interesses que dizem respeito à sua totalidade, e não apenas a um grupo ou classe; a realização livre do debate, o respeito aos que foram vencidos e aos seus resultados, garantindo, entretanto, que estes resultados estejam sujeitos a permanente discussão. Portanto, ela não é apenas um sistema político como afirma Alain Touraine (Touraine, 1986, p.5). Uma vez que define o debate público como a regra fundamental para o estabelecimento de qualquer ordem social e a incerteza como constitutiva da ordem estabelecida, a democracia revela-se como eixo ordenador para a construção dos princípios, regras, leis, códigos para o estabelecimento de qualquer ordenamento para as relações em todas as esferas da vida em sociedade. A partir desta compreensão, a democracia talvez deva ser melhor definida como projeto de sociedade assim como o que temos, nas sociedades consideradas democráticas, denominado de modo mais preciso de “democracia realmente existente”.

As regras básicas, e que constituem o núcleo da democracia, definem os procedimentos necessários para garantir a participação dos cidadãos, de forma direta ou indireta, nas decisões que dizem respeito à coletividade.

A primeira e mais importante é a regra da maioria, regra segundo a qual as decisões só serão consideradas válidas para todo o conjunto da sociedade se forem aprovadas pela maioria de seus membros ou pela maioria daqueles escolhidos pelos seus membros para tomarem estas decisões.

A partir desta regra fundamental (grande número de membros da sociedade tomando as decisões vinculatórias para toda a coletividade) o que se segue refere-se a um corpo de regras e garantias necessárias para que os membros da sociedade possam processar suas escolhas e decisões, para que o debate público se processe, e dizem respeito às liberdades individuais: acesso à informação, liberdade de associação, de opinião e de expressão das opiniões. Uma outra condição considerada fundamental é de que aqueles chamados a decidir tenham

alternativas reais para processar suas escolhas e que tenham condições de escolher entre uma e outra.

Segundo Bobbio, estas não são exatamente as regras do jogo democrático (as regras do jogo seriam basicamente as regras da maioria, da impessoalidade e alternância na ocupação dos cargos de poder), mas regras preliminares que permitem o seu desenvolvimento.

O que definiria, para Bobbio, o quanto uma sociedade é democrática ou não, seria não apenas a expansão do número dos chamados a decidir (ou escolher os que irão decidir) acerca das questões coletivas, mas a expansão do processamento democrático de decisões em outras esferas da vida social. Todavia, esta expansão da democracia em Bobbio circunscreve-se à sociedade e às diversas instituições que a compõem (escola, empresa, associações, etc), mas não à própria institucionalidade política (parlamento, executivo, judiciário, sistema partidário e eleitoral). Se por um lado a democratização da vida social, das relações sociais, é relevante para que se processem mudanças na qualidade da participação na institucionalidade política e tornem a sociedade mais democrática, por outro este mesmo arcabouço institucional tem se mostrado insuficiente para processar e incluir novos conflitos e atores que emergem do processo de complexificação das sociedades contemporâneas e estabelecer novos ordenamentos para a vida social.

Os modernos sistema partidário e eleitoral são os arranjos institucionais que possibilitam a formação das opiniões e vontades, bem como o processamento das decisões. Os partidos políticos articulam, agregam e transmitem as demandas que provêm da sociedade civil. O sistema eleitoral, o executivo e o parlamento são as instituições através das quais as escolhas são feitas. Entretanto, a existência deste conjunto de procedimentos e de uma institucionalidade que viabilize a sua execução não são suficientes para definir uma sociedade como democrática, tal como postulamos ao apresentar o pensamento de Claude Lefort.

O processo capitalista de produção econômica, a apropriação privada da riqueza produzida, a produção de mercadorias, o lucro privado, o individualismo e o primado do privado em detrimento do público, são elementos que definem todo um modo de organização de uma esfera extremamente importante da sociedade (a esfera econômica), estabelecendo limites à existência de uma esfera pública e ao próprio debate público. A inserção dos atores sociais nesta esfera irá condicionar, ainda que não seja de maneira determinante, as condições de sobrevivência destes atores, o acesso aos bens produzidos na sociedade, o acesso à informação, produção e apropriação das informações e mesmo às formas de sociabilidade e de percepção da realidade, condicionando o debate propriamente político e o estabelecimento de regras, leis, direitos, reconhecimentos estabelecidos para a coletividade e para o ordenamento social.

Entretanto, as lutas dos trabalhadores, seu questionamento da ordem econômica, o surgimento de outros projetos de sociedade, de outros princípios para a organização econômica e política (o comunismo, o socialismo, o anarquismo e outros) foram fundamentais para a expansão das liberdades públicas, dos direitos civis e políticos aos não proprietários e à construção de uma sociedade civil, em que o exercício do debate público, a possibilidade de organização e de reivindicação são fundamentais para que, hoje, os princípios da ordem vigente possam ser postos em discussão e problematizados.

Desde meados dos anos 50, a complexificação das sociedades capitalistas e o aparecimento de conflitos e disputas em torno de outras questões (gênero, etnia, problemas urbanos, ambientais, religiosos, orientação sexual e outros) que não às referentes às relações capital-trabalho, com a conseqüente expansão de organizações e mobilizações em torno destas questões, expuseram a fragilidade dos institutos democráticos formais para negociação e resolução destes novos conflitos.

Modernamente, as rápidas mudanças técnicas no processo de produção, o crescimento

populacional, o desemprego, a fragmentação social, têm acirrado não apenas os problemas de ordem econômica (aumento da miséria, rebaixamento de salários, o desaparecimento de postos de trabalho e outros), mas também as diferenças e problemas que já se anunciavam nos anos 50, comprometendo a capacidade de envolvimento dos indivíduos, sozinhos ou em grupos, nos problemas coletivos (por dificuldades no acesso à informações, particularização das demandas e reivindicações). Como consequência, cresceram as reivindicações dirigidas ao Estado (aumentando, em consequência, suas atribuições) e as dificuldades para a participação via institutos tradicionais da democracia política e da representação, pois os partidos políticos e o parlamento tem se mostrado incapazes de agregar estes interesses e mesmo formular projetos que os contemplem.

Estes problemas tornaram difícil a convivência de uma liberdade crescente de associação, reivindicação e expressão com um Estado que se agigantou (cresceram os organismos e instituições estatais), tendo a sua capacidade decisória cada vez mais concentrada no executivo e um sistema eleitoral e partidário incapaz de processar os conflitos e demandas emergentes. Sob este aspecto, os movimentos sociais organizados, as associações em torno de problemas e temáticas particulares, tem assumido uma preponderância crescente na articulação e organização das reivindicações, demandas e propostas dirigidas ao Estado e ao conjunto da sociedade, colocando-se como alternativa à participação política via partidos.

Neste quadro, o debate acerca da eficácia da participação via processo representativo têm contribuído para o surgimento de reivindicações de ampliação da participação política e de aprofundamento da democracia pelos movimentos sociais organizados, de sentido democratizante, no mundo contemporâneo.

Cabe neste momento discutir os novos sentidos dados à participação política, o que significa ampliá-la e como podemos estabelecer os diferenciais entre os diversos tipos de participação vigentes e em construção em nossa sociedade.

Em seu livro “A Vez e a Voz do Popular: Movimentos Sociais e Participação Política no Brasil pós-70” Ana Maria Doimo estabelece uma distinção entre “participação movimentalista” e “participação institucional”, a partir da qual podemos distinguir a participação dos indivíduos nos movimentos sociais organizados da participação no processo eleitoral, respectivamente, obediente cada uma à lógicas também distintas.

A característica definidora da “participação movimentalista” é a ação direta e a exigência de uma interlocução direta com o Estado, regida pela lógica consensual solidarística. Sob esta lógica, os membros dos movimentos sociais organizados compartilham não apenas dos mesmos interesses e objetivos, mas também valores e afetos, a partir dos quais torna-se mais difícil o estabelecimento de regras para a definição de consensos e negociação dos conflitos internos ao próprio movimento. Este elemento é destacado por Sennett e conceituado como domínio da intimidade e do privado como padrão para a vida pública.

A “participação institucional” se pautaria por uma lógica racional-competitiva, estabelecimento de espaços para a competição de interesses, projetos e regras para tomada de decisões e negociação dos conflitos, viabilizando-se através do sistema eleitoral e partidário.

Os conflitos de ação direta prescindem do sistema de representação política, pois estabelecem um “diálogo” direto com o Estado. Contudo, este diálogo direto dos movimentos sociais com o Estado não é presidido por regras ou normas procedimentais, propiciando um confronto de forças entre os próprios movimentos sociais organizados e entre estes e o Estado, sobre cujos resultados não se tem nenhuma capacidade de previsão (possibilidade presente nos confrontos estabelecidos via sistema partidário e eleitoral no parlamento, em que cada partido negocia a partir de sua capacidade eleitoral, de conquistar votos na sociedade).

A impossibilidade de transposição direta da lógica da “participação movimentalista” às arenas de participação institucional evidencia-se na fragmentação destes movimentos (muitas vezes os conflitos são resolvidos através da dissidência e da negociação em separado) e

decorrentes dificuldades para o diálogo e negociação entre eles no estabelecimento de acordos na relação com o Estado. Tal problemática coloca o

“desafio de se construírem novas formas de participação política, de sorte a compatibilizar as lógicas consensual-solidarística e racional-competitiva. Trata-se, pois, de alterar o sistema de representação de interesses, de modo a garantir a participação das diferenças através de alguma medida de equalização desses interesses junto à esfera decisional”(Doimo, 1995, p.60)

Coloca-se, assim, o desafio de estabelecer arranjos institucionais que sejam capazes de traduzir a necessidade de novas mediações na relação Estado-sociedade civil, incluindo uma gama mais ampla de atores sociais coletivos no processo de tomada de decisões. Outro desafio é o de alterar a institucionalidade política através da construção de novas arenas decisórias, compondo um novo espaço para negociação de conflitos, formação das vontades políticas e estabelecimento de nova contratualidade.

Neste sentido, o surgimento de novos modelos de participação política, no Brasil e no mundo, que não podem ser enquadrados no campo da “participação movimentalista” ou da “participação institucional” (fóruns de participação democrática como os conselhos setoriais e o orçamento participativo) e que convivem ao mesmo tempo com ambos, tanto pode ser interpretado como o surgimento de modelos complementares, ou como a emergência de um padrão alternativo, que pode ou não substituir os demais. Assinalam, sobretudo, não apenas o esgotamento do padrão tradicional de participação política nas democracias representativas, mas também a necessidade de uma revisão e até de ruptura com o modelo face às transformações pelas quais passam as sociedades capitalistas contemporâneas.

O que é fascinante e ao mesmo tempo complexo no problema das diferentes experiências de novos formatos de participação política (entre elas os conselhos setoriais para definição de políticas públicas), são suas possibilidades de, ao mesmo tempo, integrar e romper

com o modelo democrático representativo: a possibilidade de que o exercício do poder de forma mais plural, pública e descentralizada tanto pode ser um mecanismo complementar à forma democrático-representativa (em que os centros decisórios continuam a ser o parlamento e o executivo) quanto pode por em questão a própria dinâmica de funcionamento e exercício do poder neste formato. O que está em jogo provavelmente não são apenas as regras procedimentais para exercício do poder, mas uma concepção de poder, correspondente ao modo de organização da sociedade. E neste sentido, está em jogo a oposição entre uma concepção de exercício do poder como tarefa de poucos, mais capazes e disponíveis para exercê-lo, numa elitização das tarefas públicas, e uma concepção de exercício do poder por toda a sociedade, de forma descentralizada e plural, com a expansão de seu exercício de “baixo para cima” e não mais de “cima para baixo”.

É importante discutir dentre as propostas e experiências de novos formatos de participação política, a sua emergência no interior da sociedade, as articulações e apoios suscitados, as disputas realizadas em torno das mesmas e até como tem se concretizado. Neste trabalho, a análise se concentrará em torno dos conselhos setoriais para definição de políticas públicas na experiência brasileira. O que segue no próximo item é um resumo histórico e teórico da proposta de gestão através de conselhos, tanto as propostas do movimento operário para gestão da sociedade e gestão do processo produtivo, quanto as propostas mais recentes de gestão pública.

1.5 A EMERGÊNCIA DE NOVAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO: OS CONSELHOS: UMA NOVA FORMA DE PARTICIPAÇÃO POLÍTICA ?

A proposta de expansão do poder da classe trabalhadora através da instauração de um sistema de conselhos tem longa data no interior do movimento operário e de esquerda. A Comuna de Paris é talvez a primeira experiência de exercício do poder pelos trabalhadores através deste sistema. Analisada por Marx em “A Guerra Civil em França”, esta experiência

deixou marcas profundas no interior do movimento e no pensamento de esquerda, que o concebia como exemplo de forma de exercício do poder político pela classe operária.

Esta forma de exercício do poder político, analisada por Marx como uma forma própria de organização da classe operária, para a qual eram eleitos delegados com mandato imperativo e revogável-ou seja, eles poderiam ser suspensos de suas funções caso não seguissem as instruções de seus representados- foi considerada radicalmente diferente da organização do poder pela burguesia, pois seu objetivo era articular a esfera política à esfera econômica e extinguir os fundamentos econômicos sobre os quais repousa o domínio de classe. Os conselhos seriam instâncias de construção de um poder autogerido, as bases para a instituição de um novo Estado. Através do sistema de conselhos a sociedade se auto-organizaria, e estes seriam órgãos ao mesmo tempo legislativo e executivo, responsáveis por seus atos perante toda a sociedade e sob seu controle.

Para o pensamento de esquerda no interior do marxismo, em fins do século XIX e início do século XX, o governo representativo instituiu inúmeras dificuldades e impossibilitava um verdadeiro controle da sociedade sobre seus órgãos por meio da rígida separação entre governantes e governados, entre esfera econômica e esfera política, em que a primeira sujeita a segunda à sua lógica, não se submetendo ao seu controle.

Desde a Comuna de Paris e até meados do século XX, várias experiências gestionárias através dos conselhos se desenvolveram na Itália, Alemanha, Espanha, ex-Iugoslávia e ex-União Soviética, no interior das fábricas e no exercício do poder político.

Por volta dos anos vinte, o apoio dado pelas direções sindicais à primeira guerra, o seu distanciamento em relação ao conjunto dos trabalhadores, bem como a compreensão por parte dos teóricos de esquerda de que o processo de dominação era parte constitutiva do próprio processo de produção, possibilitaram a emergência do debate acerca dos conselhos de fábrica como órgãos dos trabalhadores para exercício da direção do processo produtivo, criando

condições para a luta socialista no interior das próprias fábricas, minando por dentro os fundamentos do processo de dominação.

Porém, o mais significativo é a consideração dos conselhos como a forma, por excelência, da democracia operária, suplantando o sistema de representação, e através dos quais os trabalhadores dirigiriam todo o processo de produção e organização da sociedade, suplantando em definitivo a ilusória separação entre esfera econômica e esfera política.

Sob este aspecto, a utopia conselhistas jamais foi abandonada pelo movimento de esquerda, seja como movimento estratégico de erosão das formas de exercício do poder consagradas na sociedade capitalista, às quais o próprio movimento operário e de esquerda sucumbiu (representação, elitização, burocratização), seja como forma mesma de exercício do poder nas futuras sociedades socialistas.

Sua inspiração utópica e os seus significados foram objetos de disputa no interior do movimento operário e dos partidos comunistas na Europa, sobretudo em fins dos anos 50 e na década de 60, face à emergência dos novos movimentos sociais (movimentos que manifestavam objetos outros de conflito- questões étnicas, de gênero, problemas ambientais, urbanos- que não a relação capital/trabalho) e da contestação dos próprios trabalhadores aos seus sindicatos, que expuseram as fragilidades das formas de negociação e regulação tradicional estabelecidas pela democracia representativa e parlamentar, e mesmos dos fóruns corporativos reunindo capitalistas, trabalhadores e Estado, capazes de alterar as condições de vida dos trabalhadores sob o capitalismo, mas não de aboli-lo.

O aparecimento destes movimentos e da reivindicação de expansão da democracia, inclusive aos próprios sindicatos e partidos, constituíram uma ameaça às posições conquistadas por estas instituições no interior do sistema democrático representativo na Europa. Havia, entretanto, disputas no interior dos mesmos em relação às reivindicações, formas de luta e problemas expostos por estes novos movimentos, que contaram inclusive, em alguns países,

com forte adesão dos trabalhadores (maio de 1968 na França). Tais disputas influenciaram as posições dos Partidos Comunistas (PCs) no mundo inteiro em relação ao processo democrático e aos conselhos.

As principais diferenças referiam-se à crítica ao sistema representativo e à sua incapacidade para possibilitar o desenvolvimento de novas relações de poder no interior das fábricas, na esfera econômica, nas escolas e mesmo no aparato de Estado, impedindo a constituição de um poder operário popular e a destruição da sociedade capitalista, pois as tensões e conflitos, ao serem mediados por estes aparatos, tornariam difíceis o desencadeamento de uma crise revolucionária. Nesta perspectiva, os conselhos seriam células constitutivas de um novo poder estatal, com uma lógica de exercício do poder radicalmente diferente, posto que nos mesmos o poder seria exercido diretamente pelos trabalhadores ou por seus representantes com mandato imperativo e revogável. Através dos conselhos a classe trabalhadora sairia de sua posição subalterna, se alçaria à direção do processo produtivo e do processo político e eliminaria as linhas rígidas que os separam na sociedade capitalista, separação sancionada pelo sistema representativo parlamentar.

Os conselhos seriam, num primeiro momento, estratégicos, no sentido de capacitar a classe trabalhadora ao exercício de direção, oferecendo uma alternativa de governo e contribuindo para o desencadeamento de crises revolucionárias; posteriormente, se constituiriam na forma de exercício do poder na futura sociedade socialista.

Uma segunda posição postulava que os conselhos construiriam “um tipo novo de poder no qual a força dos movimentos de base se ligue com a construção de grandes organizações de massa ... até a conquista de posições majoritárias da classe operária nos organismos políticos baseados no sufrágio universal.” (Ingrao apud Magri, 1977, p.51)

Estas grandes organizações de massa seriam os sindicatos e partidos políticos às quais os trabalhadores e classes próximas se filiariam, elegendo representantes da classe e

conquistando o poder a partir de dentro do próprio aparato de Estado e das instituições representativas, subvertendo sua lógica de atendimento dos interesses das classes economicamente dominantes.

Os conselhos, nesta perspectiva, apenas tornariam mais democráticas as relações Estado-sociedade e as relações trabalhadores/partidos e sindicatos.

Esta posição acabou se fortalecendo no interior de alguns PCs e influenciando os demais partidos comunistas no resto do mundo. De certa maneira, é uma posição que gira em torno de uma concepção instrumental da democracia, vista como um meio para se alcançar o poder. Uma vez ocupado os espaços considerados o seu locus privilegiado, seriam realizadas as transformações econômicas e sociais necessárias à instauração da sociedade comunista.

O debate destas duas posições é bastante emblemático tanto da postura da esquerda comunista frente à democracia, quanto de sua concepção de Estado e do processo revolucionário. Como a tradição do pensamento de esquerda só muito recentemente vem mudando de maneira significativa, é possível falar de sua influência sobre os partidos de esquerda e sobre os movimentos sociais de sentido democratizante, bem como sobre o próprio movimento sindical, até os nossos dias.

A discussão do problema, no Brasil em especial, ganhou vulto com as lutas pelo fim da ditadura militar e instauração da democracia, em que iniciativas de democratização das gestões municipais possibilitaram o debate acerca de formas de democratização da relação Estado-sociedade civil. O debate, presente na Europa, sobre a ampliação dos canais de participação política e de seu papel na luta pelo socialismo, aqui dizia respeito a própria instauração da institucionalidade democrática. Contudo, os termos deste debate no final dos anos 80, com a consolidação da institucionalidade democrática, eram semelhantes aos termos do debate na Europa nos anos 60, em decorrência principalmente das discussões em torno da nova constituição e da vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores/PT em vários municípios

brasileiros no ano de 1988.

“Com a eleição de 1988, em que algumas prefeituras passaram ao controle de partidos como o PT, a discussão se acirra, inclusive internamente, envolvendo questões como natureza dos conselhos, competência, composição, iniciativa de criação, relação com o Estado.

A questão central dizia respeito a ser ou não o conselho um órgão embrionário de um novo poder, de uma forma de democracia direta, com autonomia em relação ao Estado; a posição final prevalecente o concebia como uma das formas de participação visando mudanças na gestão pública e na elaboração de políticas, tendo em vista sua democratização e transparência, portanto como canal de relação entre Estado e sociedade, espaço de administração de conflitos.” (Teixeira, 1996, p.8)

Um elemento que pode ser considerado inovador neste debate, no final dos anos 70 e nos anos 80 no Brasil e no mundo, diz respeito ao questionamento de uma concepção instrumental da democracia, vista como mero sistema de distribuição do poder político. Dentro desta perspectiva, inicia-se uma reflexão voltada à sua compreensão como conjunto de valores e de procedimentos para tomada de decisões, de caráter universal, que possibilitam ao conjunto da sociedade participar da determinação de seu ordenamento e regras de relacionamento, bem como pode garantir uma participação nas decisões em diversas outras instâncias da vida social, que não às propriamente políticas.

A luta pela ampliação da democracia através da construção de outras instâncias decisórias que possam incorporar outros atores da sociedade e mediar a discussão dos mais diferentes problemas e conflitos, envolvendo aqueles diretamente afetados ou que lhe são próximos, se insere nesta perspectiva e reflexão.

A discussão da temática dos conselhos na atualidade não mais os concebe como o remédio milagroso que poderá sanar todos os problemas da democracia representativa ou

mesmo substituí-la, mas como instâncias capazes de transformar de maneira substantiva o processamento das decisões, principalmente às referentes à definição de políticas públicas, transformando esta institucionalidade, contribuindo para expansão da esfera pública e para a construção de um espaço público menos hierárquico, em que a proposição de demandas, os interesses, as discussões dos direitos, possam se processar e os mesmos possam ser definidos e redefinidos.

A construção destes arranjos institucionais poderá possibilitar tanto a apresentação, de forma mais clara, das clivagens existentes entre os atores na sociedade, quanto acentuá-las a partir da necessidade de que estas clivagens se coloquem de forma mais precisa e que estes atores definam suas posições. Sob este aspecto, os conselhos gestores para definição de políticas públicas se diferenciam dos arranjos neocorporativistas das sociedades capitalistas mais avançadas nos anos 40, 50 e 60, por terem em sua composição atores coletivos diversificados que não detêm o monopólio da representação e não se vinculam a uma classe ou grupo social. O que não significa que isto não possa ocorrer, apenas que as clivagens presentes nos mesmos são de outra natureza (qualidade de vida, gênero, direitos, problemas ambientais, outros).

Isto significa que a construção dos conselhos gestores para definição de políticas públicas e para a discussão de alguns problemas e temáticas, é permeada de conflitos, limitações e ambigüidades. A ampliação da democracia não é um projeto que interesse a todos os atores coletivos indistintamente, principalmente àqueles que terão suas posições, privilégios e direitos, redefinidos e afetados. Neste sentido, os conselhos se colocam como um novo espaço de luta, articulação e negociação com o qual, principalmente os movimentos sociais organizados de sentido democratizante, estão aprendendo a lidar.

Face às tensões e conflitos que permeiam a constituição e efetividade dos conselhos, faz-se necessário estabelecer alguns parâmetros que possam definir em que medida estão de

fato alterando a institucionalidade política, permitindo um controle do Estado por parte da sociedade, e contribuindo, especialmente no Brasil, para a construção de uma cultura democrática.

Estes parâmetros referem-se principalmente ao:

- Processo de criação dos conselhos: atores envolvidos (movimentos sociais organizados, sindicatos, governo, partidos políticos, grupos de interesse e outros), os que se posicionam a favor de sua criação e àqueles que se opõem, a discussão de competências, papéis, composição, como se realiza a escolha dos representantes de cada segmento da sociedade a ter assento no conselho;

- Composição dos conselhos: quem define e como são definidos os segmentos a serem representados nestas instâncias, como intervêm na prática efetiva do conselho cada um deles, quais são seus objetivos, demandas, estratégias de intervenção;

- Representatividade da participação: refere-se à capacidade dos representantes dos segmentos com assento nos conselhos expressarem os interesses, posições e propostas destes segmentos, articular-se internamente e com outros segmentos;

- Funcionamento dos conselhos: avaliar o suporte administrativo do conselho, as ações propostas e desenvolvidas, a produção de resultados concretos (deliberações, leis, normatizações, etc.) e sua capacidade de modificar a dinâmica de funcionamento do setor no qual se insere (saúde, habitação, meio-ambiente, assistência social, direitos da criança e do adolescente e outros), real controle sobre a aplicação dos recursos e ações estatais, debates realizados com o conjunto da sociedade;

- Papel dos conselhos: se estes se constituem como instâncias decisórias ou apenas consultivas ou mesmo têm uma existência apenas formal, quais elementos (atores coletivos, conjuntura) contribuem para que tenham uma destas configurações.

A resposta a cada um destes itens possibilitará indicar que tipo de inserção tem estes conselhos no quadro da institucionalidade democrática, que atores estão se incorporando à sua constituição e que mudanças os mesmos tem operado na consolidação de uma cultura democrática a partir da inovação, no sentido de uma ampliação da democracia, no modelo institucional vigente.

CAPÍTULO 2 - A ESFERA PÚBLICA NO BRASIL

2.1 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO BRASIL

Neste capítulo será abordada a problemática da Esfera Pública no Brasil a partir de um estudo das relações Estado-sociedade civil, fazendo, principalmente, um resgate de nossa história recente, enfatizando o processo de democratização, a emergência de movimentos sociais organizados e sua importância tanto para a reconstituição da sociedade civil quanto para a democratização do país.

Vários autores de expressão nas ciências sociais brasileiras (Francisco de Oliveira e Otávio Ianni, por exemplo), têm ressaltado que até muito recentemente era impossível falar na existência de uma esfera pública no Brasil. Seus argumentos se concentram, principalmente, no fato de que o Estado brasileiro, historicamente, tem servido aos interesses supranacionais e classistas de nossa burguesia, que se utilizava dos fundos públicos e dos poderes reguladores e de direção do Estado de maneira casuística, de acordo com os interesses particulares de grupos ou classes, sem qualquer mecanismo que possibilitasse a outros (mesmo elementos da própria burguesia) tomar parte no processo decisório ou exercer sobre este algum controle.

Na ausência de regras, leis e projetos que tivessem validade e legitimidade junto a todo o conjunto da população, este Estado foi um poderoso instrumento para a execução dos interesses econômicos de grupos e classes, para a viabilização de políticas que atendiam tão somente às suas necessidades mais imediatas de expansão (notadamente as políticas de proteção aos proprietários agrícolas e setor exportador).

Isto significou o uso privado e particularista dos aparatos de Estado, a não constituição de um arcabouço legal que fosse reconhecido, aceito e respeitado por toda a sociedade. Significou também o abuso da força no tratamento das questões que não dissessem respeito aos interesses destes grupos e classes e de todos aqueles que se organizavam e reivindicavam o

reconhecimento de sua existência, seus problemas e interesses, notadamente as classes trabalhadoras.

A existência do regime de escravidão (apesar das lutas e experiências de resistência dos negros no Brasil), contribuiu para a formação de uma sociedade altamente excludente, onde apenas uma pequena minoria decidia os destinos do país.

Não deixa, então, de ser verdadeira a imagem de uma nação que se construiu por meio de pactos realizados pelo alto, acordos firmados entre as classes detentoras do poder econômico e que definiram, sem a participação da população brasileira, os rumos da economia e da política. Sob este aspecto, também não é de todo incorreto falar na quase inexistência, até bem recentemente, de uma sociedade civil no Brasil, de atores coletivos organizados, que por meio de processos associativos, organizativos e de expressão pública de demandas, interesses e reivindicação de direitos, pudessem ser reconhecidos enquanto tais. Não que tais atores não tenham se constituído ao longo de nossa história, apenas foram, por meio da força, sistematicamente excluídos do processo político ou incluídos de maneira restrita e controlada³.

A conjugação destes elementos, de fato, torna difícil reconhecer a existência de uma esfera pública no Brasil até os anos 80, pois o uso da força para controle e exclusão, principalmente do movimento de trabalhadores, desde o início do século XX, do processo político e econômico, e o reconhecimento e inclusão tutelada deste mesmo movimento a partir dos anos 30, demonstram o quanto os processos políticos no país se fizeram pautados por uma lógica de apropriação privada do que seria de domínio público, por um autoritarismo social censitário em que apenas os proprietários tomam as decisões de caráter político e pelo processamento clientelista das necessidades da população, em que a exclusão econômica faz

³ Sindicalismo corporativo de tipo estatal, em que é o Estado quem diz quem deve ser reconhecido como interlocutor e quais os pré-requisitos para que isso ocorra e cidadania regulada, em que este mesmo Estado define os benefícios e os direitos de um número restrito de elementos da população, particularmente trabalhadores com vínculo formal de trabalho e profissão legalmente reconhecida. Situação vigente no Brasil a partir da ditadura varguista e do crescimento industrial. E também as associações de bairros dos anos 40 e 50 cuja vinculação e aparelhamento pelos partidos políticos era bastante comum.

com que a mesma abdique de seu poder decisório em troca de favores e benefícios pessoais.

Deste modo, se é possível reconhecer a existência de lutas, movimentos e de resistência a esta situação (constituição do movimento sindical, greves, lutas no campo e revoltas localizadas contra medidas governamentais/ Revolta da Vacina, por exemplo), não deixa também de ser notório o fato de que estas lutas foram abortadas em seu nascedouro, ou cresceram sob o controle e auspícios de regimes autoritários, em que o público (aqui na acepção restrita de estatal) nada mais era que uma extensão, para as classes econômica e politicamente dominantes, de seus domínios privados.

Compreendendo-se espaço público como espaço de indeterminação no qual se define o conjunto de regras, normatizações e legislação que irá organizar e dar alguma unidade às relações em sociedade, em que o inter-relacionamento entre os atores da sociedade civil e entre estes e o Estado são seus elementos constitutivos, é difícil considerar o tipo de vida pública existente no Brasil até os anos 80 como característico e constitutivo de um espaço público. A constante recorrência à força para execução dos projetos e interesses das classes economicamente dominantes, a ausência de parâmetros gerais que regulassem mesmo as relações entre estas classes, e um jogo político eleitoral extremamente restrito (mesmo nos períodos de vigência de regras democráticas para a vida política), se não tornaram o mesmo inexistente, fizeram com que seus sinais fossem muito precários. A qualquer momento as partes envolvidas nos acordos realizados, submetidas a algum controle ou legislação, mesmo no período populista (de incorporação tutelada dos trabalhadores), poderiam rompê-los.

Tais características não possibilitam falar na existência de um poder estatal e de uma vida pública que se fundamentou pelo estabelecimento de consensos, a partir da existência de uma sociedade civil vigorosa em que a alteridade, a diferença e oposição entre seus membros tornassem estes atores interlocutores reconhecidos e legitimados. Isto significa que o poder dos grupos e classes econômica e politicamente dominantes no Brasil não se estabeleceu por

sua capacidade de direção intelectual e moral do conjunto da sociedade, ou seja, por sua capacidade de direção hegemônica⁴, de gerar consensos. Ao contrário, este poder se estabeleceu pela sistemática exclusão das classes trabalhadoras (urbanas e rurais) e de outros atores, da distribuição da riqueza produzida e da vida política.

No Brasil, a constituição de um terreno comum para expressão dos conflitos (Espaço público/ inter-relacionamento sociedade civil e Estado) foi constantemente impedida, mesmo nos períodos de suposta vigência de regras democráticas (primeira República e pós ditadura Vargas), pela repressão à organização de trabalhadores rurais e urbanos e pela constituição de associações de bairros, e até de um partido político, para sua incorporação tutelada.

A existência deste terreno comum significa a existência de um espaço de expressão de diferenças e conflitos, onde a hegemonia de grupos ou classes irá se estabelecer tanto pela capacidade de direção intelectual e moral, quanto pela capacidade de organização de uma vida e de uma ética pública, sendo o consenso social o eixo do poder político de grupos ou classes e de sua capacidade de direção do Estado.

O sistema democrático é, então, um requisito fundamental para constituição deste terreno comum, do que denominamos espaço público. É através da garantia das liberdades de expressão, associação, organização e de escolha (elementos fundamentais para o processamento democrático das decisões) e de espaços para expressão das individualidades e coletividades, que se torna possível a expressão dos conflitos, a organização e a disputa pelo consenso social e pela hegemonia⁵.

Neste ponto, a especificidade da reconstituição da sociedade civil no Brasil decorre do fato de que sinais mais visíveis de sua existência foram notados durante o regime autoritário,

⁴ Concepção gramsciana de hegemonia, que pressupõe o consentimento ativo, implicando no compartilhamento de uma visão de mundo e de uma prática que expresse a mesma.

⁵ Gramsci já o enunciara (o diferencial representado pela democracia) ao analisar as especificidades dos conflitos de classe e da disputa política nas sociedades ocidentais (democráticas), em contraste com as sociedades orientais (despóticas).

num período de fechamento dos canais políticos formais para expressão política e social de conflitos, interesses e demandas.

Em que pese o fato de o próprio olhar dos estudiosos de nossa sociedade estar mais voltado para o Estado, bem como as estratégias políticas da esquerda comunista se situarem dentro de um projeto revolucionário pensado a partir deste mesmo Estado, e desta esquerda manter com os sindicatos de trabalhadores também uma relação tutelar, o fato é que durante a vigência do regime militar a sociedade brasileira sofre mudanças econômicas profundas, que alteram de modo significativo o seu perfil social (que já se anunciava desde os anos 50 com o projeto desenvolvimentista executado pelo governo JK) e as condições de vida de amplas camadas da população. Estas mudanças, certamente, contribuíram para a expansão das práticas associativas e organizativas observadas no decorrer dos anos 70.

O aprofundamento do projeto de crescimento industrial via substituição de importações significou um enorme giro no perfil de nossa economia, que de agrário-exportadora transforma-se em urbano-industrial. Com isso observa-se no período uma mudança no mercado de trabalho, no perfil dos postos de trabalho e na concentração populacional. Crescem os empregos na indústria e no setor de serviços, a agricultura se mecaniza e passa a exigir um número cada vez menor de trabalhadores, e há um rápido e intenso crescimento do fluxo migratório de trabalhadores do norte e nordeste do país em direção às regiões sul e sudeste (onde se concentrou o crescimento industrial). Simultaneamente, o Estado nos primeiros anos do regime militar reprimiu com violência os sindicatos de trabalhadores e fechou-se a qualquer diálogo com os mesmos, mas manteve canais de comunicação com o empresariado, embora os militares tenham, em certa medida, se autonomizado também em relação a estes atores.

Estas mudanças significaram não somente uma alteração na composição da força de trabalho, mas também nas clivagens e problemas que atingiam a população brasileira. O Estado

passa a ter uma interferência cada vez maior na regulação das relações de trabalho, as cidades não têm infra-estrutura para comportar o aumento da população, e as políticas voltadas para o atendimento das questões sociais, principalmente as políticas previdenciárias e de saúde, continuaram restritas à população trabalhadora empregada formalmente (apesar de existirem projetos de ampliação da população atendida, principalmente na área de saúde).

As relações entre o Estado e os novos atores sociais, que se constituem a partir do aprofundamento de algumas clivagens (desigualdades sociais) e do aparecimento de outras (problemas urbanos, problemas ambientais, clivagens de gênero e etnia), se pautam pela ambiguidade. Ao mesmo tempo em que algum tipo de comunicação era mantida com este Estado, numa relação quase sempre direta com suas agências (principalmente entre os movimentos organizados em torno de problemas urbanos), o discurso comum que estabelecia alguma identidade entre estes novos atores era o discurso de rejeição à institucionalidade estatal, de qualquer relação com o Estado que pudesse significar uma perda em termos de independência (cooptação, clientelismo, etc.).

Todavia, o que se quer ressaltar é que o aparecimento de novas clivagens, o aprofundamento de outras e o surgimento de associações e organizações em torno das mesmas, delimitaram um novo campo de constituição de atores sociais e políticos, não circunscritos à esfera da economia, independentes da sanção estatal (sindicalismo corporativista), que se configuraram a partir de outras problemáticas e delimitaram um espaço de publicidade, de interlocução e de expressão, que se diferenciava do Estado (identificado no Brasil da ditadura com a esfera da política) e do parlamento.

Na ausência dos espaços e das liberdades consideradas próprias à política na democracia (sistema partidário plural e liberdade de associação e expressão) o espaço de sociabilidade representado pela vida nos bairros, na igreja, em grupos cujas relações pessoais eram fortes, ganha relevância, tornando-se um espaço de resistência ao regime e de

constituição de um novo campo para a política. Neste novo campo estes atores exigiam, ao mesmo tempo, por parte do Estado e dos demais atores, o reconhecimento da legitimidade de suas necessidades, de suas organizações e do que passou a reivindicar como direitos (direito à um mínimo de bem-estar, à liberdade política, às liberdades individuais).

Isto significou o surgimento com maior vigor e visibilidade de um movimento social heterogêneo, multifacetado e plural, que se caracterizou por uma certa independência em relação aos partidos políticos e por um discurso anti-estatal (apesar de manter alguma interlocução com o mesmo). Sinalizou para a construção de uma sociedade civil vigorosa e para as possibilidades de construção do espaço público, de um espaço de indeterminação onde os conflitos, interesses e projetos destes diversos atores sociais pudessem ser expostos e disputados.

A emergência destes novos atores foi fundamental para uma reorientação do espaço considerado político e da própria política, na medida em que estes criaram um espaço próprio para expressão pública de problemas, conflitos e manifestação de seus interesses. E, se naquele momento (anos 70 e 80) desprezaram a representação e os canais institucionais de interlocução, rejeitaram os espaços e procedimentos parlamentares, não deixaram posteriormente de reivindicar o restabelecimento das liberdades civis e políticas, da institucionalidade democrática e a constituição de uma institucionalidade que incorporasse estes novos atores ao processo decisório.

O diferencial representado pela emergência de movimentos sociais organizados e pela constituição de um espaço público não restrito à esfera estatal, foi o vigor com que estes movimentos expuseram a necessidade de que fossem reconhecidos e incorporados ao processo político. Isto impossibilitou o uso continuado e irrestrito da força no tratamento dos conflitos e provocou o aparecimento dos primeiros sinais de uma mudança político-cultural nas relações Estado-sociedade civil.

Estes sinais, de uma cultura democrática em ascensão, referiam-se principalmente à incapacidade dos mecanismos corporativistas e clientelistas de processarem os conflitos e demandas, de incorporarem estes novos atores e de representarem uma mudança real face aos problemas e questões apresentados pelos mesmos (acesso à bens e serviços públicos, alteração nas condições de vida e outros).

A transição brasileira à democracia é um momento emblemático dos conflitos e tensões representados pela emergência destes novos atores, das continuidades e rupturas que envolveram tanto a sua constituição, quanto suas ações e suas relações com o Estado, bem como com os tradicionais donos do poder em nosso país.

2.2 A TRANSIÇÃO BRASILEIRA À DEMOCRACIA

Compreende-se como transição o intervalo entre a dissolução de um regime político e a instauração de um outro, que em relação aos processos vividos pela América Latina significa a dissolução de regimes autoritários e a instauração de regimes democráticos. Porém, se concebermos o processo de transição não apenas como a dissolução da institucionalidade autoritária e a instauração da institucionalidade democrática, mas como um processo de transformações culturais substantivas de valores e práticas dos atores nele envolvidos, pode-se até mesmo cogitar a possibilidade de que o processo de transição não se completou no Brasil e mesmo na América Latina, em face dos sinais visíveis de permanência de traços autoritários não apenas nas relações Estado-sociedade civil, mas nas relações sociais de um modo geral (ineficácia e violação de direitos recém adquiridos, prática da tortura e violência, sobrevivência do clientelismo, pouca transparência nos negócios públicos e outros).

A transição, neste sentido, representa tanto as continuidades e rupturas na construção e operacionalidade da institucionalidade democrática (estabelecimento do pluripartidarismo, eleições livres e diretas para cargos públicos, liberdades civis e políticas) quanto nos valores e

práticas que substanciam e sinalizam (ou não), não apenas na direção de um Estado democrático, mas de uma sociedade e uma cultura democrática.

Desde fins dos anos 70 observa-se no Brasil um esgotamento da capacidade do Estado para financiar o modelo de industrialização por substituição de importações apoiado no capital internacional, para projetar e executar um novo ciclo de crescimento econômico e articular os setores empresariais. Na esfera política o regime autoritário brasileiro caracterizou-se pela manutenção de um sistema eleitoral semi-competitivo (apenas dois partidos políticos, inexistência das liberdades de associação e expressão, suspensão dos pleitos para escolha de governadores, etc.), numa evidente distorção de uma das instituições básicas da democracia política, mas que possibilitava algum debate político e um canal, ainda que bastante restrito, à expressão das insatisfações da população.

O final dos anos 70 é, então, marcado pela conjugação das crises econômica e política, em que emergem a crise da dívida externa (o endividamento externo foi o pilar de sustentação financeira do projeto autoritário de desenvolvimento econômico) e um amplo movimento social e político pela democratização do país.

Neste momento, iniciam-se os primeiros programas de ajuste e estabilização econômica, que definiram com maior clareza o distanciamento existente entre o Estado autoritário, a emergente sociedade civil e suas aspirações por democracia e por mudanças em suas condições de vida (emprego, salário, políticas de saúde, educação, habitação, etc.).

Alguns acontecimentos, como a alta da taxa de juros internacionais e a conseqüente expansão da dívida externa, contribuíram para agravar a crise econômica e, de certo modo, aprofundaram a crise política. As dívidas dos setores privados foram absorvidas pelo Estado, contribuindo para a expansão da dívida interna, uma vez que o Estado deveria captar os dólares gerados pelo setor exportador (vendendo papéis no mercado financeiro) para pagamento da dívida externa, num amplo processo de substituição do endividamento externo

pelo interno. Isto comprometeu drasticamente a capacidade de investimento do Estado, cronicamente debilitada pela sua fragilidade fiscal. Tal problema exigiria uma ampla reforma tributária de modo a capitalizá-lo, solução amplamente rejeitada pelas elites econômicas, por afetar a estrutura de distribuição de renda no país.

Deste modo, temos durante toda a década de 80, tentativas de estabilização econômica por meio do controle monetário, fiscal e de uma política cambial de desvalorização da moeda nacional, bem como medidas de incentivos fiscais, subsídios às exportações e arrocho salarial. O que tornou os produtos brasileiros bastante competitivos no mercado internacional, promoveu o incremento das exportações, o necessário ajuste externo e equilíbrio do balanço de pagamentos (equilíbrio entre exportação e importação de mercadorias).

Tais medidas se por um lado lograram o necessário ajuste externo, por outro foram incapazes de conter a alta inflacionária, geraram recessão, desemprego, arrocho salarial e aprofundaram sensivelmente as desigualdades sociais.

Estes fatores aliados ao crescimento das associações e organização de movimentos sociais, contribuíram para minar as bases de apoio ao regime também entre as classes empresariais e médias, acentuar as divergências políticas entre estas classes e entre os próprios militares, e iniciar um processo de esvaziamento de seu conteúdo autoritário, através da autonomização do congresso e dos governos estaduais a partir do restabelecimento das eleições em 1982, dentro do projeto de abertura e democratização "lento", "gradual" e "seguro", iniciado pelos militares em 1974, a partir dos evidentes sinais de insatisfação popular com o regime (emitidos nas eleições municipais daquele ano).

Este processo de desagregação do regime e que criou as condições para o início de nossa transição, culminou com um amplo movimento social, o movimento "Diretas Já", pelo fim da ditadura e restabelecimento da democracia, através da exigência da restauração de eleições livres e diretas para escolha do Presidente da República.

Nesta campanha, um amplo leque de forças sociais e políticas, representadas pelos movimentos sociais, movimento de trabalhadores, entidades civis (OAB/Organização dos Advogados do Brasil, ABI/Associação Brasileira de Imprensa, etc.) partidos de oposição e a oposição até então institucionalmente aceita (o PMDB, antigo MDB), alinharam-se em torno da bandeira da restauração das eleições diretas para a presidência da república, num amplo movimento nacional, cuja reivindicação de fundo era a restauração da democracia. Tal movimento, entretanto, foi derrotado pela não aprovação no congresso da emenda constitucional que restabelecia as eleições presidenciais diretas, mas, principalmente, pela aceitação do PMDB, o maior partido de oposição ao regime, desse resultado e a consequente formação da Aliança Democrática, pactuada com forças políticas provenientes do partido de sustentação do regime militar, o recém-criado PFL (dissidência do PDS, antiga ARENA).

Este amplo movimento social, bem como o específico movimento de trabalhadores, excluído na primeira hora do pacto da transição, foi, entretanto, virtualmente incorporado pelos artífices do pacto e da Aliança Democrática por intermédio do discurso de instauração da democracia e da justiça social e por tentativas, nos primeiros anos da “Nova República”, de realização de um amplo pacto social envolvendo as organizações de trabalhadores e empresários para enfrentamento da crise econômica.

A tentativa de realização de tais pactos evidenciou o interesse por parte das elites econômicas e políticas de controlar o movimento de trabalhadores, tentando obter dos dirigentes das principais centrais sindicais, que se constituíram no início dos anos 80, a aceitação das políticas de arrocho e de desinvestimento. A percepção de tais interesses fizeram com que os dirigentes das principais centrais sindicais se recusassem a participar destes pactos.

A exclusão dos trabalhadores e dos movimentos sociais do pacto da transição e do estabelecimento das diretivas para o reordenamento da economia e da política nos dois

primeiros anos da “Nova República”, contribuiu para desnudar os campos políticos diferenciados dos atores sociais que estavam unidos no movimento das “Diretas”, revelando profundos fossos entre os mesmos “...o espaço político estava recortado, pelo menos, entre três campos: os herdeiros do antigo regime; os condutores da transição (opositores tradicionais + autoritários convertidos) e os marginais - o ‘basismo petista’ e o ‘nacional populismo’ dos seguidores de Brizola.” (Cruz, 1992, p.130)

Neste sentido, a transição brasileira caracterizou-se pela tensão entre a emergência e expressão de demandas dos movimentos sociais organizados e de trabalhadores por direitos e justiça social e a não incorporação de seus movimentos e entidades representativas ao processo decisório. As decisões relevantes para o país, notadamente às referentes à política econômica, continuaram a ser tomadas com total desconsideração pela legitimidade das entidades representativas de trabalhadores, dos setores populares, e por suas demandas.

O processo constituinte e a própria constituição, marco da montagem institucional democrática, são momentos representativos destas tensões e clivagens entre estes atores, dos interesses de cada um e de como os mesmos pensavam conduzir o processo de democratização do país. Havia o reconhecimento da necessidade de mudanças pelos diferentes campos políticos, mas as mudanças postuladas pelos atores sociais em cada um deles eram bastante diferentes “Para governo e elites empresariais agora, ‘mudar’ significava principalmente romper com o legado nacional estatista que nos vinha de Vargas, reassegurar a figura do indivíduo proprietário e instituir o mercado como matriz organizadora da sociedade” (Cruz, 1992, p. 144)

Para os setores populares representados pelos movimentos sociais organizados, esquerda e classes trabalhadoras significava a rejeição de fórmulas autoritárias e centralizadoras na organização do Estado, a incorporação de direitos sociais e de mecanismos que garantissem a participação dos setores populares no processo decisório.

A mobilização da sociedade civil em torno do processo constituinte garantiu, contudo, a discussão de temas relevantes para a população, como a inclusão de direitos sociais, mecanismos participativos para elaboração de políticas públicas e alguns avanços em termos de democracia política (voto do analfabeto, de militares e de jovens à partir dos 16 anos), mesmo após a organização das forças conservadoras para impedir tais mudanças, ao perceberem a movimentação societária e sua influência sobre o congresso constituinte. A Constituição aprovada, entretanto, nunca foi bem aceita por estas forças. Mal foi formalmente apresentada ao país e as mesmas já apostavam na reforma constitucional prevista na própria carta num prazo de cinco anos.

Mas se a elaboração da nova carta, a constituição de uma linguagem pública, a garantia de direitos e a realização de eleições presidenciais diretas em 1989, foram fundamentais para a consolidação dos marcos institucionais democráticos e para delimitar os termos da transição em seu aspecto legal, a existência de práticas que desafiam o enraizamento social destes novos direitos e da democracia como mecanismo de regulação social (direitos que são sistematicamente desrespeitados, leis violadas, manutenção de práticas clientelistas e privatistas), apontam para a complexidade e dificuldades na constituição do espaço público, de um campo democrático para expressão de conflitos, interesses e demandas e para regulação das relações entre os atores sociais.

Neste sentido, o desafio posto com maior nitidez a partir da nova Carta, é o da construção de instâncias em que o reconhecimento da legitimidade de direitos e valores dos diferentes atores sociais, a prática da representação e negociação de seus interesses, posições e projetos se faça de modo mais amplo e público e possibilite a pactuação de regras para a vida social, a democratização das decisões e maior controle social sobre o Estado.

Este desafio torna-se ainda maior também porque os os grandes problemas macroeconômicos do país, desde o período autoritário, ainda são tematizados e processados

com pacotes governamentais de medidas econômicas, sem qualquer negociação com empresários (como classe ou grupo/ator coletivo) e trabalhadores ou articulação parlamentar que aglutine estes interesses, valendo-se para tanto dos decretos-leis e atualmente, das medidas provisórias (vide Proer, o programa de auxílio aos bancos, cuja existência se mantém pela constante reedição de medidas provisórias).

Tais pacotes são montados por meio de articulações internas do executivo, vulneráveis aos interesses, pressões de empresários e grupos privados e distantes do controle democrático do parlamento ou outras instâncias, indicando a permanência de um padrão autoritário e elitista na definição das políticas econômicas, com a exclusão de qualquer articulação institucional (parlamentar ou outra) para negociação dos interesses dos atores sociais.

Entretanto, se é visível a permanência deste padrão na relação Estado e sociedade em matéria tão vital para o país, também são visíveis outros pequenos sinais⁶ que indicam alterações no padrão de relacionamento Estado e sociedade, no sentido da construção de uma esfera ao mesmo tempo mais pública e mais democrática.

2.3 MOVIMENTOS SOCIAIS ORGANIZADOS, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NO BRASIL

A campanha “Diretas Já” em 1984, sinalizou emblematicamente a existência dos movimentos sociais organizados como um novo ator político na cena pública brasileira. A despeito da derrota sofrida pela campanha, a presença destes movimentos irá marcar fortemente os desdobramentos posteriores da transição, da montagem da institucionalidade democrática e das tensões entre uma cultura democrática em ascensão e a permanência de atores e práticas representativos do autoritarismo, elitismo e clientelismo, tão característicos da vida política do país.

⁶ Experiências de gestão pública de governos locais através da constituição de fóruns de participação social para tomada de decisões públicas, como os conselhos e o orçamento participativo.

A expansão dos movimentos sociais organizados, grupos e associações de interesse nas décadas de 70 e 80, se não podem ser atribuídas com exclusividade às transformações econômicas sofridas pelo país no processo de modernização conservadora aprofundado no curso do regime militar (intensificação da industrialização por substituição de importações), também não podem ser tomadas como produto exclusivo do fechamento da vida política, com a consequente montagem de estratégias de sobrevivência e resistência ao autoritarismo, por parte da população. Melhor, talvez, tomar a diversidade de temáticas em torno da qual se organizaram estes movimentos, a fragmentação e a heterogeneidade dos mesmos, como resultado da combinação destes e de outros fatores, entre os quais a emergência de movimentos sociais em torno de outras clivagens e conflitos no cenário internacional (movimento de mulheres e Homossexuais/questões de gênero e respeito à diferença na orientação sexual e movimento ambientalista).

Podemos falar, então, de um processo de aprofundamento das mudanças econômicas que alterou a configuração de forças sociais na composição da sociedade brasileira, acentuando clivagens já existentes (cresceram as distâncias entre os mais ricos e os mais pobres) e explicitando outras (as de gênero e raça, por exemplo), e de uma combinação perversa de crescimento econômico e, simultaneamente, exclusão econômica e política de trabalhadores e outros atores sociais.

Neste quadro, os sindicatos amargaram uma violenta restrição de suas atribuições, uma vez que toda as questões relativas às relações de trabalho e salários estava submetida ao controle do Estado. Isto não impediu que, a partir do próprio aparato sindical, os trabalhadores constituíssem núcleos de questionamento ao controle corporativo e estatal sobre suas entidades e expandissem valores e práticas participativas (as comissões de fábrica, por exemplo), que redundaram em formas de resistência ao regime.

Em relação aos movimentos sociais expandem-se as práticas associativas nos locais de moradia, em torno de problemas de gênero, raça e de meio-ambiente, reivindicando desde soluções para problemas referentes à serviços urbanos e bens de consumo coletivo até a defesa de direitos humanos e de cidadania, numa intensa diversidade de conflitos, *locus* de organização, demandas e interesses.

“A fragmentação de movimentos sociais aparece em primeiro lugar vinculada à diversidade das próprias condições em que emergem. A heterogeneidade constitutiva da estrutura social induziria a reprodução das diversidades no plano das manifestações sociais. Nesse aspecto a diversidade em si mesma não constitui uma novidade. O que talvez seja um elemento significativo, que diferencia os movimentos sociais da década de 70, é que eles não apenas emergiam fragmentados, mas ainda se reproduziam enquanto formas singulares de expressão. Ou seja, embora tenham inclusive desenvolvido mecanismos de coordenação, articulação, unidade, eles se mantiveram como formas autônomas de expressão de diferentes coletividades, não redutíveis a alguma forma “superior” e “sintetizadora”. (Sader, 1988, p.198)

E, se, de fato, não era possível vislumbrar na constituição destes movimentos, notadamente os movimentos organizados em torno de problemas urbanos, a existência de entidades nacionais ou instâncias mais gerais como federações ou confederações, que lhes propiciassem alguma síntese superior ou um caráter nitidamente corporativo, fazia-se notar, contudo, a existência de uma trama articulatória, redes, que envolviam os próprios movimentos, igrejas, organizações não governamentais (ONGs), grupos e entidades de assessoria, capazes de tematizar os problemas comuns, fazer circular exigências, propostas, valores, e mobilizá-los para manifestação de suas reivindicações (o movimento social na saúde e toda a mobilização em torno da elaboração da nova carta, são exemplos desta capacidade).

A existência destas tramas não evitou, entretanto, que estes movimentos desenvolvessem uma relação tensa e ambígua com o Estado autoritário, em que demandas

eram dirigidas ao mesmo, exigindo-se algum nível de intervenção e regulação, ao mesmo tempo em que mantinham pretensões autonomistas, nas quais buscavam redefinições políticas deste Estado a partir de suas próprias aspirações e demandas.

Apesar de não configurarem organizações de caráter formal, estas tramas articulatórias plurais, possibilitaram que este novo ator se tornasse elemento fundamental para o processo de transição, para a constituição de um arcabouço institucional democrático de caráter mais amplo (introdução de mecanismos em que o exercício da soberania popular se expande para além do voto - plebiscito, referendo, iniciativa popular de lei, tribuna popular, conselhos) e do que tem sido chamado neste trabalho de uma cultura democrática em ascensão, pois estas articulações foram responsáveis pela construção de um campo político-democrático, que por não estar diretamente referido às instâncias do Estado ou do parlamento e ter como alvo as próprias relações sociais, possibilitou colocar no horizonte da vida política brasileira a construção de uma esfera pública.

Isto significou que estes movimentos além de exigirem o reconhecimento de suas organizações e a legitimidade de suas demandas, reivindicaram mudanças no tipo de relacionamento estabelecido entre os próprios movimentos, as autoridades constituídas e demais atores sociais, no sentido do estabelecimento de relações pautadas pelo respeito à sua dignidade, à vida e por um tratamento minimamente igualitário.

Estas reivindicações, durante o processo constituinte, se consubstanciaram em mobilizações pela incorporação na nova carta de direitos e garantias legais que consolidassem institucionalmente novas regras de relacionamento e garantissem um padrão igualitário (definição de quais seriam os direitos fundamentais de cada cidadão brasileiro) a partir do qual estes atores poderiam pautar suas lutas. Ou seja, reivindicaram o reconhecimento legal da necessidade de um outro padrão para regulação da vida social e política, que delimitaria o

campo de ação dos diversos atores, por ao menos inscrever a legitimidade destes direitos (dos direitos sociais, particularmente).

Neste sentido, a reivindicação dos movimentos sociais organizados de ampliação dos fóruns de participação democrática, se inscreve no interior da necessidade do estabelecimento de um campo de interlocução no qual o debate dos direitos, a regulação das relações entre os diversos atores sociais e o controle sobre as ações do Estado, poderia contar com uma amplitude maior de atores e manter uma relação de maior proximidade com os mesmos (uma vez que se postulava a construção destas instâncias nos três níveis de governo/municipal, estadual e federal).

A presença destes movimentos na cena pública, se não alterou radicalmente o caráter excludente e autoritário da sociedade brasileira, contribuiu decisivamente para que a própria exclusão (econômica, social e política) e o autoritarismo fossem postos em xeque e tematizados, para que sobre eles não se fizesse mais um escandaloso silêncio.

Os movimentos sociais ao mesmo tempo que alteraram a dinâmica do regime militar e foram capazes de colocar em pauta temas relevantes para estes movimentos (fim das discriminações de toda espécie, acesso à bens e serviços públicos, maior participação na vida pública e reconhecimento de direitos sociais e políticos) durante a transição e o processo constituinte, também tiveram sua própria dinâmica alterada. O discurso anti-Estado deu lugar às práticas de intercâmbio e inter-relacionamento e à reposição de velhas práticas clientelísticas e de cooptação. A própria reivindicação de expansão dos espaços de decisão democrática colocou a necessidade de que mediações institucionais para viabilização destes espaços fossem formuladas, minando a prática do confronto e do relacionamento direto com o Estado e as agências estatais.

Sob este aspecto, a construção da institucionalidade democrática colocou para os movimentos sociais o desafio da construção de formas institucionais que fossem capazes de

romper com o monopólio dos partidos políticos, do sistema eleitoral e do parlamento na formação das vontades e das decisões políticas, ampliando os canais onde estas poderiam se processar e criando uma esfera de entrecruzamento entre Estado e sociedade civil, representada pelos movimentos sociais, na qual a legitimidade das organizações destes novos atores seria reconhecida e os mesmos realmente incorporados ao processo decisório.

O que se coloca como novidade na democratização brasileira é exatamente a capacidade articulatória destes movimentos, a criação de arenas públicas não governamentais em que o exercício do debate, da tematização de problemas, da capacidade de reconhecimento e interlocução com o outro, são elementos fundamentais ao próprio exercício da participação democrática. Ou seja, para que a participação política e a construção destes novos formatos institucionais não caia no vazio, ou perca seu potencial ruptor.

Isto não significa, contudo, que a estes movimentos deva ser atribuída toda a responsabilidade pelos problemas e debilidades de nossa democracia, ou pela permanência ainda vigorosa de elementos autoritários e elitistas nas relações Estado-sociedade civil e mesmo entre os diferentes atores sociais. Significa apenas que os mesmos tem pela frente o desafio da consolidação de uma cultura democrática, de romper com o autoritarismo que ainda impera nos institutos democráticos tradicionais (preponderância do executivo em detrimento do legislativo, clientelismo e processamento particularista de questões que afetam todo o país), consolidar os novos formatos de participação política colocados a partir da constituição de 1988 e as experiências bem sucedidas de uma relação mais democrática no interior deste Estado a partir da abertura destes canais.

O desafio é enorme, posto que nos anos 90 a expansão dos programas neoliberais de reestruturação e estabilização econômica configuraram um novo equilíbrio de forças no qual o Estado perde o seu papel empresarial, restringe o seu papel de provedor de políticas públicas, sujeitando-se à lógica e padrões de mercado, ou seja sujeito à racionalidade

econômica, em que apenas a manutenção dos lucros privados e interesses empresariais se colocam como prioritários. Isto se torna patente pela retração dos investimentos produtivos em detrimento do financeiro, pelo crescimento do desemprego, pelo achatamento dos salários, crescimento da corrupção e violência nos centros urbanos e pela incapacidade do Estado para atender às necessidades de bens públicos como saúde, educação e saneamento básico, em função da insuficiência da arrecadação fiscal e do aumento da demanda por estes bens.

Também a fragmentação social produzida, principalmente em decorrência do desemprego e da expansão da economia informal, tem contribuído fortemente para desarticulação da classe trabalhadora e das forças sociais populares, gerando desconfiança em relação à atividade política (em sentido amplo) e comprometendo a articulação de uma resistência democrática ao projeto neo-liberal, por ampliar as diferenças de recursos de poder dos diferenciados atores sociais, ampliando, notadamente, a subordinação do poder decisório do Estado aos interesses e pressões das classes e grupos empresariais. Ou seja, corre-se o risco de que a inserção destes atores (classes trabalhadoras, movimentos sociais organizados) na vida política do país, após as lutas travadas e conquistas políticas obtidas, se reduza cada dia mais à participação eleitoral.

Neste sentido, a experiência do Movimento Social na Saúde é bastante significativa do jogo de forças em que estão envolvidos Estado, classes produtoras e empresariais, trabalhadores e outros atores, desde o início do século XX até os nossos dias, e no qual a configuração deste jogo num setor em particular demonstra um pouco de como o mesmo se desenvolvia e se desenvolve na sociedade brasileira como um todo, ou seja, de como se desenvolviam e se desenvolvem as relações Estado-sociedade civil, como se articulavam e se articulam os movimentos sociais de saúde espalhados pelo país, seu papel na democratização e no processo constituinte, os diferentes projetos em disputa para o setor, que representavam e representam a diversidade de grupos e interesses envolvidos nesta problemática específica.

CAPÍTULO 3 - O MOVIMENTO SOCIAL NA SAÚDE E A REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA: AS RAÍZES SOCIAIS DAS PROPOSTAS DE REFORMA SANITÁRIA E DEMOCRATIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

Para compreender de que maneira emerge no interior de movimento social na área da saúde a proposta de constituição de conselhos gestores para definição da política para o setor, nos reportaremos às origens do Movimento Sanitário, o grande defensor de reformas na estrutura e nos rumos da política de saúde no país, bem como reconstituiremos um pouco da história da saúde pública no Brasil. Elementos que, conjugados, permitirão caracterizar o processo de construção social da proposta e de luta pela sua viabilização.

O modelo de atenção à saúde vigente no Brasil até o início deste século era o mesmo da grande maioria dos países capitalistas até o século XVIII, no qual toda a prática médica se fundamentava no binômio diagnóstico-cura, com atenção individualizada e exercício liberal da medicina. O processo saúde-doença era definido em função do comportamento individualizado e da interação de indivíduos ou grupos com as condições ambientais.

Somente a partir do século XVIII, na Europa, com a consolidação do modelo econômico capitalista e a centralidade do trabalho como elemento gerador de riqueza, surgiram e se consolidaram preocupações com as condições de saúde coletiva e com a responsabilidade estatal no seu controle e promoção. A intensificação do processo de industrialização, com o conseqüente aumento da população urbana, o trabalho de mulheres e crianças, expuseram a população trabalhadora à riscos de saúde e colocaram para as classes dirigentes destes países "a necessidade de introduzir medidas sanitárias que atenuassem a intensa expoliação da força de trabalho nas cidades industriais nascentes e assegurassem melhores condições para sua reprodução e manutenção." (Costa, 1985, p.21)

Vários estudos foram feitos na França, Alemanha e Inglaterra evidenciando a correlação existente entre as condições sanitárias (falta de saneamento, acúmulo de lixo e dejetos nas ruas e outros detritos) nas cidades e as condições de saúde da população trabalhadora. A partir destas constatações foram propostas medidas que pudessem prevenir e evitar a expansão de doenças, pelo controle das condições sanitárias da população pobre, e que deveriam ser implementadas sob a responsabilidade estatal. Médicos e estudiosos do assunto recomendavam que fossem feitos investimentos em obras de saneamento e melhoria das habitações nos bairros populares, evitando assim a permanência das condições que possibilitavam o aparecimento de doenças.

Todavia, o desenvolvimento do conhecimento na biologia (microbiologia, bacteriologia e parasitologia) assinalaram uma inflexão nas ações de saúde pública, permitindo o desenvolvimento de formas de combate às doenças epidêmicas que possibilitavam o controle das mesmas sem a recorrência à medidas de prevenção e de melhoria das condições ambientais nas cidades, implicando uma interferência cada vez menor nas condições de vida da força de trabalho, e no desenvolvimento de ações de extermínio de doenças pelo combate aos seus vetores (elementos transmissores e causadores das doenças/animais e insetos). Ou seja, as ações de saúde pública passaram a se restringir à vacinação e ao combate aos focos e vetores de epidemias e doenças parasitárias sem onerar substantivamente as ações estatais no setor. Não deixa de ser notório, entretanto, um estreito vínculo entre atenção à saúde coletiva, direcionando inclusive as pesquisas científicas, e as necessidades de reprodução do capital, buscando-se evitar e controlar o desgaste e deterioração da força de trabalho através da atenção, primeiro às condições sanitárias e posteriormente aos transmissores e focos de doenças.

No Brasil, as primeiras medidas de saúde pública tem um caráter militarizado, a partir do enfoque dado pela saúde pública internacional de combate aos vetores (elementos

transmissores e causadores das doenças), realizando-se através de campanhas de combate aos transmissores das mesmas e do desenvolvimento de ações punitivas, policiaiscas, sobre os hábitos e comportamentos da população, principalmente a população pobre, sem qualquer preocupação mais relevante com as condições sanitárias de reprodução desta população, tendo ainda um vínculo mais do que estreito com o modelo de desenvolvimento econômico do país. Neste sentido, no Brasil, a preocupação com a saúde pública em fins do século XIX e início do século XX, cresce na medida em que o aparecimento de epidemias de doenças como a malária, a cólera, a peste bubônica e a varíola constituem entraves à expansão das exportações ou ao processo de imigração da força de trabalho estrangeira, configurando inclusive um declínio das mesmas. Isto significa que o projeto higiênico-sanitário do Estado brasileiro objetivou fundamentalmente permitir condições mínimas de existência às cidades portuárias brasileiras, preservando estes espaços econômicos e mantendo as condições gerais de permanência e expansão do modelo econômico, sem qualquer preocupação mais geral com a saúde da população.

Como o crescimento das atividades econômicas do Brasil republicano dependia fundamentalmente da manutenção de condições sanitárias saudáveis nos portos e entre a população estrangeira, as ações de saúde pública deste período caracterizam-se por serem instrumentalizadas e militarizadas, de caráter autoritário (as medidas de prevenção eram impostas à população) e objetivamente determinadas, direcionadas a não comprometer o curso econômico do país. São desenvolvidas principalmente através de campanhas de vacinação e medidas de controle higiênico das habitações populares, exercendo sobre as mesmas um verdadeiro poder policial, com aplicação de multas e destruição não apenas dos focos de doenças, mas muitas vezes das próprias moradias.

O caráter militarizado das ações de saúde pública, a imposição da obrigatoriedade da vacinação, o desrespeito à inviolabilidade da residência dos indivíduos para eliminação dos

focos de mosquitos ou outros elementos (ratos, lixo, etc.) causadores de doenças, evidenciaram a precariedade da intervenção estatal nas condições de vida da população e a despreocupação governamental com tais condições. Estas medidas, de caráter policialesco, foram as primeiras medidas de caráter social implementadas pelo governo republicano no início deste século. Caracterizaram, sobretudo, o total descaso para com as condições gerais de vida da população e os conflitos decorrentes desta omissão, dos quais a revolta popular contra a obrigatoriedade da vacina, ocorrida em 1904 na campanha para erradicação da varíola, é uma das mais emblemáticas. Esta revolta contou com o apoio de outros segmentos da sociedade brasileira (intelectuais, empresários do setor industrial, etc.), evidenciando um certo descontentamento com as diretivas da política governamental e seu estreito vínculo com o setor agro-exportador. Também vieram à tona as tradicionais disputas entre tendências centralizantes e descentralizantes, características da política brasileira, e que estiveram neste momento bem demarcadas, pois a maior parte destas ações se desenvolveram na capital federal, Rio de Janeiro, em decorrência da evocação ao respeito do princípio federativo de autonomia dos estados e municípios, expresso na constituição. Contudo, estas divergências foram superadas em favor de uma ação estatal centralizada, a partir de uma compreensão de que o Estado deveria viabilizar as condições necessárias ao desenvolvimento econômico do país. Para tanto foram formulados dispositivos legais que permitiam a intervenção do governo federal nos estados e municípios sempre que os problemas de saúde requeressem e uma vez que estados e municípios por si só não pudessem resolvê-los.

Os anos que se seguem, até o início dos anos trinta, serão marcados pelo recrudescimento da questão social, pelo crescimento da organização dos trabalhadores da indústria e por uma preocupação por parte da intelectualidade e dos setores médios com a inserção do país numa ordem moderna. Neste sentido, aparecem no final dos anos 10 e início dos anos 20, as primeiras manifestações em favor de algum tipo de intervenção do Estado na regulação das relações econômicas e na solução dos problemas sociais, que deixam

paulatinamente de serem encarados como problemas de polícia e passam a ser inseridos no modelo de organização econômica e social do país. Tratava-se, então, de modernizar o modelo impondo controles e limites legais a estas relações.

Neste quadro os problemas de saúde da população trabalhadora passam a ocupar um lugar central entre as classes dirigentes e a intelectualidade, como elemento necessário à viabilização do crescimento econômico, principalmente como garantia da produtividade da força de trabalho urbana e rural. Para médicos e sanitaristas fazia-se necessário e com certa urgência, que fossem tomadas medidas para saneamento do país, permitindo seu pleno ingresso na era moderna.

A preocupação central deste setor irá se concentrar sobre as moléstias que atingem a população rural e que são responsáveis pela diminuição da produtividade destes trabalhadores e pelo alto índice de mortalidade entre eles. Porém, apesar de recomendarem a melhoria das condições ambientais e das habitações populares na zona rural, as medidas tomadas para combate ao problema continuam a se dirigir basicamente aos vetores de propagação das moléstias, sem atingirem diretamente as condições de vida desta população.

Os sanitaristas⁷ consideravam de fundamental importância para a resolução dos problemas sanitários brasileiros o envolvimento efetivo do Estado no seu combate. E para divulgação de suas propostas criaram em 1918 a "Liga Pró-Saneamento", através da qual propõem a criação do Ministério de Higiene e Saúde Pública.

Em 1920 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão com o qual

"as classes dirigentes objetivaram enquadrar, em um único aparelho de Estado, determinadas questões sociais e sanitárias que a ordem republicana compreendera, ou através de experiências isoladas, ou simplesmente transformara em questão policial"(Costa, 1985, p.99)

⁷ Médicos dedicados ao estudo da microbiologia e das condições para o aparecimento de doenças.

A criação deste órgão objetivou atender, simultaneamente, a crescente organização e movimentação dos trabalhadores, reivindicando melhorias salariais e regulamentação das condições e termos do trabalho, bem como às expectativas de setores médios e dos sanitaristas de que algum tipo de intervenção estatal na problemática de saúde do país era imprescindível para garantir o crescimento da força de trabalho e de sua produtividade.

E foi, principalmente, com o objetivo de oferecer alguma resposta à estes segmentos e ao mesmo tempo garantir a viabilidade da expansão da economia capitalista, que medidas de saúde pública são adotadas. A busca por garantir a produtividade da força de trabalho é o elemento definidor e articulador das ações estatais desenvolvidas na área da saúde pública, pois ao mesmo tempo em que diminuía, em decorrência da ação do Estado, os casos e a mortalidade causadas por doenças como varíola, febre amarela, peste, cresciam os casos e mortes por tuberculose, sem que medidas mais consistentes de combate a esta doença fossem tomadas por parte do poder público. Ou seja, como a tuberculose ainda não se configurara como elemento de alto risco à reprodução da força de trabalho ou mesmo constituía uma ameaça a sua produtividade e denunciava apenas as precárias condições de vida desta população, a intervenção estatal não era necessária.

A eficácia das ações desenvolvidas pelo Estado foi demonstrada pela real diminuição do índice de mortalidade entre a população trabalhadora.

A partir do final da década de 20 observa-se um declínio acentuado de medidas de controle sanitário e de esforços no sentido de combater outros problemas de saúde da população brasileira, pois as doenças que colocavam em risco a vida da população, principalmente da população trabalhadora, estavam sob relativo controle. As últimas ações tomadas nesta direção foram a adoção do modelo norte-americano de Centros de Saúde, objetivando o desenvolvimento de educação em saúde, atenção à maternidade e à infância e participação comunitária no controle de doenças. Esta participação era de tipo instrumental,

em que à população era facultado seguir e executar as medidas propostas pelos profissionais que ali trabalhavam. O modelo, entretanto, apesar de parecer bem sucedido, pois os centros de saúde rapidamente se espalharam pelas capitais do país, principalmente entre 1930 e 1934, não se generalizou como prática nas décadas seguintes.

A década de trinta marca uma grande inflexão no modelo de saúde pública adotado no país. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, porém grande peso foi dado ao setor educação, refletindo o novo quadro político e modelo de desenvolvimento econômico em gestação (voltado à industrialização do país), em que a qualificação da força de trabalho apresentava-se como prioridade fundamental.

A revolução de 30 marcou não apenas o início de uma ruptura com o modelo econômico agrário-exportador, como também deu início a uma nova modalidade de relacionamento entre Estado e classe trabalhadora, marcada pela sua incorporação tutelada à vida política do país. As organizações sindicais existentes foram reprimidas e estimulou-se a criação de outras, desde que nos moldes definidos pelo Estado. As relações de trabalho passaram a sofrer regulamentação e controle do Estado, que também passou a ser uma espécie de "mediador" entre capitalistas e trabalhadores, com a criação do Ministério e da Justiça do Trabalho.

Esta nova conjuntura política e econômica irá marcar muito fortemente o modelo de atenção médica e de saúde pública adotado a partir de então, com um distanciamento cada vez maior do Estado da responsabilidade com a mesma. O elemento definidor e característico do período será a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, o modelo Previdenciário adotado a partir de 1933, que incorporam as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões, articuladas em torno das Empresas, e passam a congregam toda a categoria de profissionais de determinado setor. A assistência médica, desde as caixas, já era definida como um dos benefícios a que faziam jus os seus associados e contribuintes, sendo prestada através,

principalmente, da contratação do serviço de terceiros. Os serviços médicos prestados pelos próprios institutos ainda eram raros, embora tenham crescido entre os anos 50 e 60.

Este é um dos marcos do que Wanderley Guilherme dos Santos no seu livro “Cidadania e Justiça” definiu como cidadania regulada, pois apenas os trabalhadores pertencentes às categorias reconhecidas e regulamentadas legalmente e com contrato formal de trabalho tinham acesso aos benefícios da previdência, à assistência médica inclusive, restando aos demais recorrerem aos poucos postos, centros de saúde públicos e hospitais filantrópicos, onde eram atendidos na categoria de indigentes.

Esta modalidade de atenção médica, centrada no exercício liberal da medicina e sustentada pelos recursos oriundos da previdência (dos Institutos), se tornou o pilar do modelo médico assistencial brasileiro, construindo inclusive todo um imaginário popular do que seria ideal em termos de atenção médica, em detrimento da medicina preventiva e de caráter público. Houve, contudo, entre os próprios teóricos da previdência, intensas discussões acerca da prestação de serviços assistenciais (dentre os quais os serviços de assistência médica), se competia ou não a previdência presta-los. Os argumentos destes teóricos se chocavam com a própria história das primeiras caixas de aposentadorias e pensões, que definiam entre seus principais objetivos a prestação de serviços assistenciais, e baseavam-se principalmente em princípios de contenção econômica, segundo os quais a prestação de serviços assistenciais aos segurados e seus dependentes acabaria por comprometer os recursos que deveriam ser prioritariamente destinados aos benefícios pecuniários tradicionais (aposentadorias, pensões por morte ou invalidez).

Toda esta discussão tem como pano de fundo um esforço por parte do Estado autoritário varguista (que torna-se um dos contribuintes, juntamente com trabalhadores e

empresários, dos fundos de recursos dos institutos e passa também a administrá-los⁸), de conter as despesas previdenciárias e ao mesmo tempo capitalizar a previdência e o Estado, pois os recursos da previdência foram, neste período, utilizados para financiar projetos destinados a montagem da infra-estrutura necessária à industrialização, transformando-a numa poderosa instituição financeira. A política contencionista caracterizou todo o período autoritário do governo Vargas. E ao mesmo tempo em que aumentava a massa segurada, havendo efetivamente um aumento dos recursos arrecadados, diminuía as despesas realizadas. A legislação do período previa um teto máximo para despesas com serviços assistenciais, principalmente a compra de serviços médicos e a construção de serviços próprios, passando a assistência médica a ser considerada uma atribuição secundária da previdência.

Parece, sem dúvida, que as medidas contencionistas que caracterizaram o período compreendido entre 1930 e 1945, foram eficientes mecanismos de poupança, com recursos dos trabalhadores, destinados a financiar o novo modelo de desenvolvimento econômico. O período caracterizou-se ainda pelo afastamento quase total do Estado da responsabilidade com a saúde pública, cujas ações permaneciam concentradas em medidas de combate à doenças epidêmicas.

O curto período democrático compreendido entre 1945 e 1964, irá se caracterizar por uma progressiva desmontagem da legislação contencionista e pela expansão dos segurados da previdência e dos serviços prestados pela mesma sem, contudo, haver um aumento da receita, que continuava ser formada maciçamente pela contribuição compulsória do conjunto dos trabalhadores segurados (Estado e empregadores estavam em contínuo débito com suas obrigações).

Este período corresponde a uma conjuntura internacional caracterizada pela articulação dos países capitalistas vencedores da II Grande Guerra, no sentido de repensar a atenção à

⁸ Antes da criação dos institutos os mesmos eram administrados por um conselho de trabalhadores e

problemática social e a intervenção estatal neste setor, ante a ameaça representada pelo avanço dos partidos socialistas e comunistas no interior do movimento de trabalhadores e do próprio modelo de sociedade socialista presente na Europa oriental.

A II Guerra termina com o mundo dividido em dois grandes blocos: o bloco capitalista e o bloco comunista. A ameaça comunista, o recrudescimento do movimento de trabalhadores na América Latina, as lutas pela independência dos países Africanos e o crescimento da influência de partidos de esquerda nestas áreas, constituem sérios fatores de preocupação para as classes capitalistas no mundo ocidental. Sob este aspecto o projeto social e econômico desenvolvimentista gestado pelos organismos internacionais (ONU e agências financeiras) destinado principalmente aos gigantes da América Latina (Brasil, Argentina e México), constitui um esforço dessas classes em provar a viabilidade do capitalismo, provar que seria possível assegurar crescimento econômico e bem-estar social sob a égide da propriedade privada e do lucro.

Todo o projeto desenvolvimentista brasileiro, em sua vertente internacionalista (crescimento econômico associado ao capital privado internacional), baseava-se no investimento estatal, em associação com o capital internacional, para viabilizar condições necessárias à expansão da indústria. A melhoria da qualidade de vida, nesta vertente, seria uma decorrência quase natural do crescimento econômico.

É possível dizer que neste momento estavam em disputa dois projetos de desenvolvimento para o país, o que foi denominado de desenvolvimentismo internacionalista e o desenvolvimentismo nacionalista, que apregoava o crescimento capitalista autônomo, baseado no incentivo e fortalecimento dos investidores nacionais. Esta última vertente contava com o apoio dos partidos de esquerda (notadamente do Partido Comunista Brasileiro/PCB), dentro da perspectiva de que primeiro era necessário fazer a revolução burguesa no Brasil, e

embutia no seu projeto de desenvolvimento econômico inúmeras propostas de reformas sociais e políticas, entre quais as propostas de reforma agrária, do sistema educacional, do sistema eleitoral e de aumento dos investimentos em saúde pública e da cobertura previdenciária.

É, então, no âmbito deste debate que podemos identificar o ressurgimento, principalmente entre estudantes e pesquisadores da área médica, de uma viva preocupação com os determinantes sociais da doença numa associação, tanto teórica quanto prática, entre as condições sócio-econômicas de produção da existência e os principais problemas de saúde da população. Este novo enfoque é produto da fundação teórica do conceito de saúde coletiva, gestado internacionalmente desde os anos 50, mais abrangente que as concepções de medicina preventiva e social, mas que incorpora ao mesmo tempo elementos de ambas.

Nesta conjuntura, em 1963 realiza-se a III Conferência Nacional de Saúde e uma preocupação com os problemas de saúde coletiva da população brasileira começam a aparecer.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas no ano de 1937, pelo então Ministério da Educação e Saúde Pública, como um espaço para o corpo técnico do governo e mais os "notáveis" da área discutirem a problemática de saúde do país e traçarem diretrizes políticas. Porém, desde sua instituição apenas duas conferências foram realizadas, uma em 1941 e outra em 1950, pouco antes da criação do Ministério da Saúde. A partir da conferência de 1963, entretanto, este espaço foi paulatinamente ocupado por estudiosos e profissionais preocupados com as questões de saúde coletiva e pública no Brasil e mais tarde por diversas organizações da sociedade civil (este processo de ocupação paulatina será total a partir de 1986 com a redemocratização e a realização da VIII Conferência Nacional).

Também nos anos 60 são criados nos cursos de medicina espalhados pelo país, os primeiros departamentos de medicina social e preventiva, destinados a fomentar nos futuros profissionais o interesse por uma compreensão da doença como resultante da conjugação de

fatores de ordem social e econômica, contextualizando o seu aparecimento no conjunto da ordem social dominante (que determina as condições de produção e reprodução da existência) e como resultado desta ordem. Neste sentido, o trabalho médico seria a um só tempo técnico e político, pois para além do processo de cura haveria a necessidade de propiciar à população o conhecimento dos processos sociais determinantes da doença, através deste conhecimento a população poderia, então, lutar para alterar as condições de sua produção. A partir desta compreensão mais totalizante do processo de produção da doença e considerando o caráter restrito da assistência médica previdenciária no país, algumas propostas de trabalho foram formuladas e desenvolvidas dentro desta perspectiva.

Entre elas destacam-se os projetos de medicina comunitária desenvolvidos pelos departamentos de medicina social, cuja orientação fundamental era a de ao mesmo tempo propiciar atenção médica aos excluídos do sistema previdenciário e conscientiza-los para a necessidade de uma intervenção mais efetiva do Estado no setor.

Também dentro desta perspectiva, em 1960 é promulgada a "Lei Orgânica da Previdência Social", que uniformiza todos os benefícios garantidos pelos institutos aos segurados e seus dependentes. A nova legislação ao mesmo tempo em que representa um avanço, no sentido de padronizar a qualidade da cobertura previdenciária à população trabalhadora, não define mecanismos que possam representar um aumento dos recursos da previdência sem onerar ainda mais os seus segurados. Ou seja, amplia o leque dos benefícios garantidos pelo sistema, mas as fontes de recursos permanecem inalteradas. A nova lei acaba por determinar também um aprofundamento de uma tendência visível desde os primórdios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, a de um privilegiamento da assistência médica privada, pois apesar do enorme crescimento do setor próprio da previdência, observado entre 1945 e 1966 (Oliveira e Teixeira, 1989, p.184,185), a compra de serviços médicos de terceiros

continuou a ser a principal modalidade utilizada para o atendimento do número crescente de beneficiários do sistema.

A partir de 1966, dois anos após o golpe militar que fechou os canais de expressão política e reprimiu o movimento de trabalhadores, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), foram extintos os institutos de aposentadorias e pensões e este órgão passa a atender todos os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho (a partir de 1971 são incorporados os trabalhadores domésticos, autônomos e os trabalhadores rurais através do FUNRURAL), ampliando novamente o leque de beneficiários do sistema. Neste período a compra de serviços médicos de terceiros não só se consolida, como se torna a principal modalidade de atendimento, em nome de uma suposta racionalidade necessária à expansão da cobertura efetuada pelo sistema após 1966, inviabilizando tentativas de execução de planos nacionais de saúde de caráter preventivo e público, pois passa a envolver os interesses particularistas de quem se beneficiava do modelo (hospitais privados, médicos liberais, medicina de grupo e etc.).

A drenagem de recursos do setor previdenciário para o setor privado se consolida a partir do momento que o Estado, com a criação do INPS, passa a controlar sozinho todos os recursos e a administração do setor, criando mecanismos de incentivo à entrada do setor privado no mesmo. Os principais mecanismos são o Fundo de Desenvolvimento Social, em que recursos provenientes de repasses diretos dos ministérios, de aplicações da Caixa Econômica Federal (loteria esportiva, loteria federal, lucros operacionais), recursos orçamentários e convênios, destinados ao desenvolvimento de programas sociais são usados para financiar a juros muito baixos a construção de hospitais e clínicas privadas, supostamente de interesse social; do credenciamento de hospitais, clínicas e médicos para a compra de serviços e dos convênios com empresas. Esta última, uma das mais perversas formas de apropriação de recursos públicos. As empresas comprometiam-se junto ao INPS em fornecer assistência

médica aos seus funcionários, para tanto as mesmas passavam a receber do instituto por cada funcionário coberto pelo plano, 5% do maior salário mínimo regional vigente na época e deixavam ao mesmo tempo de repassar a contribuição de cada um ao INPS. A perversão se caracterizou, em primeiro lugar, em decorrência de que os planos, oferecidos em geral por grupos médicos às empresas, não cobriam (e não cobrem) os procedimentos médicos de maior complexidade e mais caros, ou seja, os funcionários continuavam a recorrer aos serviços públicos para a realização destes procedimentos. Em segundo lugar as empresas que recorriam a este expediente eram em geral empresas de grande porte, com um número maior de funcionários, cujos salários eram também mais altos. Ou seja, a previdência era duplamente onerada, pois perdia uma parcela importante de contribuintes e ainda continuava a te-los como beneficiários para os procedimentos mais complexos e caros.

O período pós-golpe militar irá marcar muito fortemente a tendência à priorização do modelo médico assistencial privado e o descaso quase completo com a saúde pública, de responsabilidade do Ministério da Saúde desde sua criação em 1953, para o qual os recursos orçamentários não aumentaram e houve períodos em que até declinaram. Tal descaso se tornará notório com a epidemia de meningite ocorrida em 1975, que revelou tanto o despreparo do ministério, quanto a exiguidade dos recursos destinados à ações de prevenção.

Não é sem resistências, contudo, que o modelo se implanta. No próprio aparato estatal o corpo técnico se divide quanto a melhor maneira de viabilizar a expansão do sistema, e projetos alternativos serão gestados por grupos e movimentos sociais, ligados à partidos políticos ou não, que tem uma outra concepção para o modelo de atenção à saúde a ser seguido pelo Estado.

3.1 O MOVIMENTO SANITÁRIO, A REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA E AS PROPOSTAS DE DEMOCRATIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

Entre 1974 e 1979 o modelo dará sinais visíveis de esgotamento e incapacidade de atender às necessidades da população. Faltam médicos, equipamentos, remédios e os postos de atendimento e hospitais do INPS são insuficientes para atender o crescimento da demanda. Ao mesmo tempo, em diversos municípios do país, em geral governados por prefeitos do partido de oposição (MDB/Movimento Democrático Brasileiro) em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná, experiências bem sucedidas de atenção à saúde baseadas no modelo de atenção primária com privilegiamento de ações preventivas e relativo envolvimento da população, indicaram as possibilidades de um outro modelo de atenção e gestão em saúde e fortaleceram um projeto de reforma para o setor, do movimento que, em fins dos anos 70, ficou conhecido como Movimento Sanitário.

Além destas experiências desenvolvidas nas prefeituras administradas pelo partido oficial de oposição (MDB), um outro projeto de atenção à saúde da população de baixa renda é desenvolvido pela Igreja Católica, através das Pastorais de Saúde, nas Comunidades Eclesiais de Base (CEB'S), contando com o trabalho voluntário de médicos católicos e estudantes de medicina. O trabalho se caracterizou pela realização de consultas médicas e por um esboço de trabalho preventivo, através da realização de palestras, visitas à população, detecção das condições sanitárias e de higiene e indicação das causas e medidas necessárias à prevenção de doenças. Em algumas das muitas CEB'S espalhadas pelo país o trabalho tinha como principal orientação o desenvolvimento de medidas assistencialistas, priorizando a realização de consultas médicas e a distribuição de medicamentos. Em outras, a tentativa de desenvolvimento de um trabalho preventivo contribuiu para que a população melhor formulasse os seus problemas cotidianos em termos de saúde, elaborasse esta experiência, percebesse a ausência do Estado no setor, a necessidade de tomar atitudes concretas para

alteração da realidade e constituiu um amplo movimento, de caráter nacional, pela melhoria e ampliação dos serviços públicos de saúde: o MOPS (Movimento Popular de Saúde).

Foram estas experiências, juntamente com as experiências de algumas cidades administradas pelo MDB e o debate existente no meio acadêmico acerca da saúde coletiva e pública no país, bem como o desenvolvimento de projetos de medicina comunitária, que compuseram parte substantiva do que ficou conhecido como Movimento Sanitário. Importante neste processo, como elemento de articulação e divulgação das propostas e debates no interior do movimento, foi a criação do CEBES (Centro brasileiro de Estudos de Saúde com sede em Londrina/Paraná) em 1976, reunindo intelectuais e profissionais de saúde de todo o país, muitos deles ligados ao PCB e MDB, e que de certa maneira se constituiu em referência para todos os que tinham alguma afinidade com a temática e com a luta pela democratização da saúde.

De caráter nacional, congregando tendências partidárias diversas, a igreja, o movimento sindical de médicos e trabalhadores da saúde, estudiosos e o MOPS, o Movimento Sanitário assumiu em fins dos anos 70, durante toda a década de 80 e parte dos anos 90 importância fundamental no debate e mesmo na operacionalização de mudanças concretas na legislação e organização da saúde no país. Parte de sua força decorria da grande penetração de sua militância, principalmente entre os médicos e demais profissionais de saúde, tanto por entre instâncias estatais (secretarias de saúde, departamentos e outros órgãos), quanto entre o movimento social organizado de bairro, nos quais a presença de médicos sanitaristas e outros profissionais da área foram, muitas vezes, de importância fundamental para que este movimento chegasse a formular com precisão suas demandas em termos de saúde e mesmo passasse a conhecer os canais institucionais por onde as mesmas poderiam ser melhor encaminhadas.

O acúmulo de experiências em medicina comunitária e de trabalho junto à população de baixa renda demonstrou, principalmente para os profissionais de saúde com vínculos acadêmicos (professores e pesquisadores vinculados à Universidade e à Programas de Estudos sócio-econômicos em saúde), que organizar a população para uma luta localizada por melhoria de suas condições de vida e saúde parecia ser insuficiente para alterar substantivamente o quadro sanitário e de todo o arcabouço legal e financeiro da saúde. A luta deveria passar necessariamente por um ingresso efetivo das forças populares e sociais organizadas na arena política, de modo que pudessem não apenas expressar suas opiniões e demandas, mas também disputar posições e decisões sobre a alteração de todo o quadro de condições sociais de produção das doenças. Neste sentido, a luta por mudanças no quadro institucional e de prioridades para o setor saúde, passava necessariamente pela democratização do Estado e da sociedade brasileira, pela incorporação destes novos atores sociais (movimentos sociais organizados, movimentos sindical, etc.) à cena política.

Sob este aspecto, a democratização do Estado e da sociedade brasileira parece ter sido até meados dos anos 80, um forte elemento de aglutinação dos principais atores do Movimento Sanitário (MOPS e movimento dos profissionais de saúde), principalmente entre os profissionais de saúde, reunidos em seus congressos, nas plenárias de saúde, nas conferências nacionais de saúde e até o início dos anos 80, no interior do MDB, uniformizando de certa maneira o conjunto de propostas de reforma para o setor. Contudo, isto não significava que não houvessem no interior do movimento clivagens substantivas, referentes principalmente à compreensão do processo de democratização do setor e às estratégias para a luta e alcance da mesma. É possível identificar diferenças tanto em relação à concepção do significado das reformas do arcabouço legal-institucional, quanto às estratégias para processamento da luta. E as principais divergências são expressas principalmente por parte de elementos de ponta do movimento, muitos deles diretamente envolvidos no debate teórico e responsáveis pelas proposições concretas de reformas para o setor (algumas incorporadas durante a vigência do

regime militar) e com fortes vínculos com o Partido Comunista Brasileiro e setores mais progressistas do MDB.

Estas clivagens, numa simplificação que toca apenas a superfície do debate, referiam-se principalmente a uma compreensão do processo de transformação social como erosão contínua dos aparatos de Estado, a partir de dentro, pelo desmonte de sua lógica (de sustentação dos negócios privados), incorporando ao mesmo uma lógica de priorização do público (aqui entendido como estatal), de privilegiamento da atenção às classes dominadas (vertente ligada ao PCB). Os segmentos progressistas do MDB (mais tarde PMDB), em sua vertente social-democrata, pensavam as reformas do aparato estatal como a única possibilidade de tornar acessíveis à população um mínimo de bem-estar social, com o Estado definindo e assegurando, ao mesmo tempo, a cidadania política e social e realizando a tão clamada redistribuição de renda, sem alterar, é claro, a ordem vigente ou mesmo erodi-la.

Apesar destas clivagens, estas posições tornaram possíveis a incorporação de militantes e defensores de reformas no setor saúde, ainda no período autoritário, aos aparatos de Estado, ocupando muitas vezes cargos na alta hierarquia dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social, nas secretarias estaduais de saúde e em órgãos afins, e também a gestação de uma proposta concreta de intervenção com vistas à transformações no setor: o projeto de Reforma Sanitária.

Não pode deixar de ser mencionado, entretanto, o fato de que além das clivagens citadas anteriormente, havia uma outra clivagem, de dimensões talvez um pouco mais complexas. Esta se referia ao conjunto da grande maioria de médicos e profissionais da área de saúde imersos no complexo médico assistencial privado e na lógica da prática liberal da medicina, e que configuram até hoje forte fator de tensão entre o discurso dos defensores da Reforma Sanitária e a prática de amplos segmentos da categoria médica. Esta clivagem se tornará mais nítida a partir dos anos 90, quando em contraste com um arcabouço institucional

voltado para o privilegiamento do setor público na saúde, o país submerge nas propostas neoliberais de ordenamento da economia e do Estado, e assistimos a uma política deliberada de não investimentos no setor, bem como à manutenção da modalidade de compra de serviços médicos privados para atender as demandas da população.

Porém, observa-se em fins dos anos 70 e em toda a década de 80, a incorporação progressiva de propostas de reforma para o setor saúde por parte dos governos estaduais sob a gestão do PMDB, a partir da realização das primeiras eleições diretas para governadores de estado após o golpe militar, no ano de 1982, e também pelo governo federal, antes mesmo da instauração do governo da Nova República. Estas medidas foram principalmente a implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde), objetivando integrar as ações das três instâncias governamentais com prioridade às ações de prevenção, a constituição das comissões inter-institucionais (além dos gestores contavam com 01 representante da sociedade civil organizada), nos municípios e nos estados, para gestão da política do setor e principalmente a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), com vistas ao estabelecimento de uma diretriz única para o sistema e de maior autonomia gerencial para cada nível de governo (municipal, estadual e federal). Estas medidas refletiam de alguma maneira os eixos fundamentais e princípios do Movimento Sanitário para uma profunda reforma do setor, e sobre os quais havia relativo consenso:

- A saúde como direito do cidadão e dever do Estado;
- A unificação institucional dos serviços de saúde, sob o comando único do Ministério da Saúde;
- A descentralização dos serviços de saúde;
- A hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos;
- A participação popular nos serviços e na definição da política de saúde.

Todavia, sua implantação foi produto de um intenso debate no interior do movimento sanitário, da sociedade civil organizada e do próprio aparato de Estado. O debate desenvolveu-se em torno de que mecanismos poderiam realmente efetivar uma maior responsabilidade do Estado com a saúde coletiva, minando o modelo médico assistencial privatista, descentralizando as ações estatais, atribuindo maior poder às instâncias locais de governo e permitindo a ingerência e controle social sobre sua direção e execução.

Neste sentido a proposta de controle social sobre a política e ações estatais no setor foi objeto de vivas controvérsias. Havia propostas que restringiam ao máximo este controle e ingerência social, pregando o mero reforço das comissões inter-institucionais de saúde (que envolviam os órgãos governamentais e representantes da sociedade civil, escolhidos pelos representantes do executivo local, municipal ou estadual), mas não possuíam caráter deliberativo. O reforço destas comissões restringia-se a proposta de que a indicação dos representantes da sociedade civil fosse realizada por suas entidades organizadas. Havia ainda propostas de que estas comissões exercessem este controle sem qualquer alteração de sua composição, e propostas mais avançadas de constituição de conselhos gestores com representação paritária dos principais segmentos envolvidos com a questão.

O debate acerca desta temática, entretanto, não era recente no interior do Movimento Sanitário. As primeiras experiências de participação popular na gestão dos serviços de saúde apareceram em meados da década de 70, em São Paulo, no Rio de Janeiro e no Paraná, em cidades e regiões em que a luta dos movimentos sociais organizados de bairro por equipamentos coletivos de saúde, evidenciaram, em decorrência muitas vezes da falta de equipamentos, vacinas, materiais de consumo, remédios nos postos e centros de saúde e da negligência e desrespeito de médicos e funcionários para com a população usuária, a necessidade de que a população controlasse e fiscalizasse a execução destes serviços. Esta necessidade impulsionou a luta pela incorporação aos postos e centros de saúde de órgãos

colegiados, os conselhos, reunindo representantes, em geral das comissões e movimentos de saúde dos bairros, escolhidos diretamente pela população, para juntamente com médicos e funcionários e às vezes representantes das secretarias de saúde, discutirem os principais problemas enfrentados na execução dos serviços.

Estas experiências evidenciaram a viabilidade e necessidade desta participação, ao mesmo tempo em que colocaram em relevo de que maneira ela poderia se efetivar em âmbitos mais complexos da organização do setor, em suas instâncias executivas e decisórias. Em princípio, segundo o depoimento de alguns militantes do Movimento Sanitário (Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Mehry e Nelson Rodrigues dos Santos) havia setores no interior do movimento que percebiam na participação popular a solução para todos os problemas enfrentados na área da saúde, considerando irrelevantes, muitas vezes, mudanças mais significativas na legislação que alterassem o quadro de financiamento e organização do setor.

Tais clivagens refletiam, de certa maneira, as principais discussões presentes na sociedade brasileira por volta dos anos de 1984 e 1985, com o movimento pelas eleições diretas para a presidência da República, a sua derrota, a escolha de Tancredo Neves pelo colégio eleitoral e a posse de Sarney (com a morte de Tancredo) como presidente, inaugurando o que se convencionou chamar de "Nova República".

Neste momento (meados da década de 80), o debate era dominado pela preocupação em construir o arcabouço institucional democrático, eliminando decretos, leis, atos institucionais e todo o conjunto da normatividade autoritária. Tratava-se de garantir o máximo de avanços possíveis em termos da construção da ordem democrática, de mudanças legais que refletissem todo o ascenso de forças e atores sociais que emergiram no período autoritário e que lutaram pelo direito não só à vocalização de suas demandas, mas pelo reconhecimento de

suas organizações e de sua legitimidade. E aprofundando a discussão, também o debate acerca da enorme dívida social legada pelo regime autoritário ganhou grande centralidade.

É possível afirmar, então, que ocorre neste momento uma relevante inflexão no interior do Movimento Sanitário. A luta pela afirmação das propostas de Reforma Sanitária e por sua incorporação à institucionalidade, torna-se prioritária, sendo até mesmo vista como possibilidade concreta de garantir uma efetiva melhoria no acesso, na qualidade dos serviços e nas condições de saúde da população. Não que toda a discussão em torno dos princípios de organização da saúde e que deveriam inclusive orientar a prática dos que trabalhavam no setor, tenha sido abandonada. Mas houve, por parte significativa deste movimento, uma priorização da luta pela construção de um novo arcabouço para a saúde em detrimento, por exemplo, de um trabalho mais contínuo e próximo às organizações do Movimento Popular de Saúde/MOPS (reunia as comissões e movimentos de saúde do movimento social de bairro) objetivando a criação de bases de sustentação para o projeto de mudanças no interior destes movimentos.

Em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi palco para a apresentação do corpo de propostas do projeto de Reforma Sanitária. Esta conferência reuniu cerca de 5.000 pessoas em Brasília, dentre todo o conjunto de atores ligados ao Movimento Sanitário, movimento social organizado de bairro e também movimentos organizados em torno de outras questões, movimento sindical, movimento sindical de trabalhadores da saúde, estudiosos e pesquisadores do tema. Durante cinco dias de trabalho discutiu-se e formulou-se um projeto bastante detalhado de reforma do sistema nacional de saúde, cujo objetivo mais imediato era a discussão e incorporação deste projeto no processo de elaboração da nova carta constitucional. Além da realização da VIII conferência, e como um desdobramento da mesma, é fundamental neste momento a articulação da "Plenária Nacional de Entidades pela Saúde na Constituinte", que montou um substitutivo bem acabado para a seção saúde na constituição.

"O relatório da conferência passou a ser a carta de princípios de todos os segmentos democráticos da sociedade brasileira, defendendo as teses de que a saúde é fruto e manifestação da própria organização social e portanto influenciada por todos os fatores que determinam a qualidade de vida; a saúde é direito de todos e dever do Estado; as ações de saúde são de natureza pública; entre outras daí decorrentes."

(Michiles, 1989, p.343)

Um dado no mínimo curioso em relação ao processo de articulação do movimento sanitário em torno da elaboração da nova carta e que foi ressaltado por alguns estudiosos e mesmo participantes do movimento,⁹ diz respeito ao fato de que poucos parlamentares pertencentes à subcomissão de saúde, seguridade e meio-ambiente, tinham completo domínio e opinião formada acerca de como deveria ser o funcionamento do sistema de saúde, o que acabou possibilitando que o conjunto bem montado e consistente de propostas de reformas para o setor elaborados na VIII conferência e defendidos pela "Plenária Nacional de Entidades pela Saúde na Constituinte", encontrasse entre os mesmos um terreno propício à sua discussão e aceitação.

Este dado certamente tem sua importância, contudo, desde fins da década de 70 o Congresso Nacional realizava discussões sistemáticas acerca do tema e elementos muito próximos ao Movimento Sanitário eram constantemente chamados a participar destes debates.

Ao longo das décadas de 70 e 80 o Movimento Sanitário construiu uma enorme rede de articulações que se espalhou pelas mais diversas esferas da sociedade, através do desenvolvimento de todo um sistema próprio de articulação. Esta rede congregava desde encontros nacionais dos movimentos sociais organizados do setor (MOPS), congressos médicos, publicações de revistas, pesquisas e livros, cursos de especialização e pós-graduação

⁹ Depoimento de Francisco Barbosa Costa, da coordenação da Plenária de Saúde durante a constituinte, na mesa redonda "Reforma Sanitária e Constituinte", em seminário da ABRASCO/Associação brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública e publicado na revista Saúde em Debate de abril de 1988; e observação de Eleutério Rodrigues Neto no texto "Saúde: Luta Permanente pelo Avanço da Democracia" publicado no livro

na área de saúde pública, a militância e assessoria aos movimentos sociais organizados de bairro, a ocupação de espaços institucionais de debate como as Conferências Nacionais de Saúde, existentes desde fins dos anos 30, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Juntamente com a discussão dos problemas de saúde do país, discutiam-se os problemas de natureza macro-econômica e social e era montado um conjunto de propostas de mudanças profundas em todo o arcabouço institucional do sistema. Também se construía um projeto de democratização do setor, tanto do ponto de vista do acesso aos serviços do sistema quanto do processo decisional nesta esfera, que se articulava a um projeto mais amplo de democratização da sociedade.

A existência desta rede de articulações constituiu a força e ao mesmo tempo a fraqueza do Movimento Sanitário, pois esta rede possibilitou a propagação quase imediata das principais propostas que circulavam no interior do movimento, o seu debate e defesa, principalmente durante o processo constituinte. Mas a mesma refletia, entretanto, toda a heterogeneidade das forças sociais e movimentos que se organizavam em torno de ou defendiam a bandeira da democratização do acesso à saúde, fazendo com que a concretização de suas propostas se desse de maneira diferenciada pelo país afora.

E nesta perspectiva o debate permitiu que se estabelecesse com maior clareza o teor das propostas de participação da sociedade e a que projetos de sociedade democrática estas propostas se articulavam. A discussão adquiriu contornos mais definidos exatamente durante o processo constituinte, em que o princípio participativo foi inscrito na nova carta, mas o modelo a ser adotado para sua viabilização permanecia em aberto, devendo ser definido posteriormente através de legislação complementar.

Cabe, então, resgatar um pouco da história do teor das propostas de participação discutidas no interior do movimento. Uma delas se remete à propostas de participação

comunitária, em estreito vínculo com o projeto desenvolvimentista dos anos 50 e 60, no qual esta participação consistia na adesão "voluntária" (os mutirões e assembleias de caráter consultivo) à propostas previamente definidas por governantes e técnicos. Esta foi uma das características do projeto participacionista implementado pelas administrações do MDB e que permeavam propostas de participação social mais limitadas na gerência da política e dos serviços de saúde (principalmente as de simples reforço das comissões inter-institucionais).

Todavia, as propostas do Movimento Sanitário que ganharam corpo e permearam a montagem de todo o projeto de legislação complementar (a Lei Orgânica da Saúde), pautaram-se por uma compreensão abrangente de participação, abarcando todo o complexo de decisões nos níveis do planejamento, do controle, fiscalização, avaliação, execução da política, serviços e programas de saúde e envolvendo os segmentos dos prestadores públicos e privados de serviços, os sindicatos de trabalhadores da saúde e as organizações comunitárias (como representantes dos usuários). Somente um mecanismo que incorporasse todos os atores envolvidos com a questão e abarcasse todo o complexo de decisões já citado, seria capaz de efetivamente democratizar as instâncias decisórias em todos os níveis de governo, erodindo com o processamento clientelista de demandas no interior do aparato estatal, com a ingerência dos interesses privados na definição dos rumos para a política do setor (notadamente o complexo médico empresarial da indústria farmacêutica, de equipamentos hospitalares e dos prestadores privados de serviços) e possibilitando a discussão no âmbito da sociedade, pela incorporação dos atores mais diretamente atingidos e interessados no desenvolvimento desta política setorial, de qual o melhor modelo médico assistencial a ser adotado.

Para operacionalização da proposta, os mecanismos projetados foram órgãos colegiados na forma de conselhos gestores, cuja inspiração são mecanismos semelhantes adotados no projeto de Reforma Sanitária italiano, reunindo os principais atores envolvidos com a temática. Neste ponto verifica-se uma outra divergência relevante, referente ao debate

entre os comunistas do PCB e militantes do PT/Partido dos Trabalhadores, quanto ao caráter destes conselhos. Enquanto para os comunistas assegurar institucionalmente a existência dos conselhos constituía passo fundamental para democratizar a gestão da política, concebendo-os como embriões de um novo Estado, um mecanismo para miná-lo por dentro, para os petistas o fortalecimento das organizações da sociedade civil e sua incorporação à diversas instâncias decisórias, é que permitiria assegurar o caráter genuinamente democrático destes órgãos, com uma certa independência até de seu desenho formal. Isto não significa que o PT desprezasse a importância deste mecanismo, mas que a ênfase atribuída aos mesmos, pelos dois partidos, no processo de democratização era diferenciada e reveladora de quais atores eram privilegiados por cada um deles no processo de transformação social (o partido e seus quadros a partir do próprio Estado, para os comunistas do PCB; a classe trabalhadora e as forças sociais populares com suas organizações autônomas e o partido, para o PT).

E talvez em decorrência de todo este debate, esta inovação institucional pareceu demasiado avançada para os ocupantes do executivo federal à época (governo Collor de Mello/1990). Os vetos presidenciais sobre o projeto de lei orgânica (Lei 8.080 de setembro de 1990) aprovado na câmara para regulamentação do SUS-Sistema Único de Saúde, recaíram exatamente tanto sobre o conjunto de proposições que estabeleciam mecanismos reguladores do setor privado, quanto sobre a instituição dos conselhos, com representação paritária dos usuários, como mecanismos deliberativos de gestão, controle e fiscalização da política e ações estatais no setor. Foram necessários novos esforços (reuniões, manifestações e vigílias) por parte dos militantes do Movimento Sanitário e propositores do projeto de lei junto ao congresso e ao governo, para que uma nova lei fosse montada, restabelecendo os dispositivos e mecanismos reguladores para o setor privado e os conselhos (a lei 8.142 de dezembro de 1990).

Contudo, o modelo de organização burocrática do Ministério da Saúde e órgãos de gerenciamento do setor, através das Normas Operacionais Básicas (NOB)-dispositivo que estabelece regulamentações internas para execução e operacionalização da legislação mais geral-permite que o mesmo detenha uma parcela considerável de poder sobre a operacionalidade concreta da lei e mecanismos de gestão, pois este dispositivo faculta-lhe poder até para contrariar estas determinações legais (ainda que de maneira nuançada). Foi o que aconteceu, por exemplo, com a questão referente ao repasse automático de verbas aos municípios e estados, que na legislação/Lei Orgânica independiam da existência de convênios com os prestadores de serviços, e que a NOB/01 de janeiro de 1991 restabelece como base para o repasse dos recursos.

Até a formulação da NOB 01/91, a existência dos conselhos de saúde nos municípios e estados não constituía uma das condições para que os mesmos recebessem recursos da União com destino à aplicação na saúde. Porém, a partir da NOB 01/96 a existência dos conselhos passa a ser uma condição fundamental para o repasse de verbas aos municípios (no caso dos Estados da federação a partir da NOB 01/93). O teor das normas revela o nível de institucionalização da proposta de gestão via conselhos, mas pode significar uma perigosa instrumentalização, uma vez que independe da vontade e da organização dos atores envolvidos com a temática a existência ou não dos conselhos, possibilitando a permanência de mecanismos clientelistas para escolha dos representantes dos diversos segmentos com assento na instância e mesmo que sua existência seja puramente formal, como um apêndice do executivo. Entretanto a existência deste dispositivo pode ainda significar a incorporação deste novo formato de gestão à cultura institucional e organizacional do setor, contudo parece ser muito cedo para fazer qualquer afirmação.

Atualmente o desafio ao processo de democratização do setor, passados 09 anos desde a promulgação da nova carta e 07 desde a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, parece ser

ultrapassar a construção da institucionalidade democrática, o processamento administrativo das reformas e o deslocamento formal dos centros de poder em direção à sociedade civil, que se num primeiro momento refletiram o ascenso de forças e atores sociais democratizantes no interior da sociedade brasileira e foram fundamentais para construção do novo ordenamento institucional, necessitam agora consolidar-se efetivamente como novos centros de poder político, consolidando sua capacidade para produzir mudanças nas relações entre os diferentes atores sociais e refletindo as tensões que atravessam a sociedade, no sentido de que as disputas por significados, projetos e recursos possam se explicitar publicamente. Se o equacionamento dos problemas de saúde no país parecem longe de alcançar algum nível de resolutividade, a existência de fóruns deliberativos e que incorporam os atores sociais interessados no tema, como os conselhos nos três níveis de governo e as conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde (que definem diretrizes políticas para a área), representam a possibilidade de que os diferentes projetos e soluções para o setor possam ser democraticamente disputados.

Em que medida a existência destes conselhos têm sido capaz de alterar, no sentido de tornar mais públicas, menos hierárquicas e descentralizadas as relações Estado-sociedade civil e as relações entre os diferentes atores sociais que os compõe, é o que na análise do desenvolvimento da experiência de implantação do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo se pretende observar.

3.1.1 O MOVIMENTO SANITÁRIO NO ESPÍRITO SANTO

No Espírito Santo, como em todo o Brasil, o Movimento Sanitário tem suas origens nas articulações existentes entre movimentos sociais que lutavam por equipamentos de saúde e melhoria dos serviços e atendimento e o movimento de profissionais do setor, a partir das experiências de medicina comunitária desenvolvidas pela igreja católica nos bairros pobres da Grande Vitória.

Mas, ao contrário do que aconteceu no restante do país, em que desde os anos 70 os movimentos ligados à saúde se articulavam através de encontros locais e dos Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária (os ENEMECs) dando origem ao MOPS (Movimento Popular de Saúde) em 1981¹⁰, no Espírito Santo as articulações envolvendo estes movimentos e as experiências de medicina comunitária só se intensificaram a partir de 1984, quando membros deste movimento passaram a organizar encontros estaduais reunindo as diferentes experiências espalhadas pelo estado e a participar mais ativamente dos encontros nacionais.

Até o início dos anos 80 a articulação com o movimento nacional era precária e se fazia, principalmente, através da Comissão de Saúde e Ecologia da Arquidiocese de Vitória. Esta comissão participou de alguns dos encontros nacionais de experiências em medicina comunitária, organizou o primeiro Encontro Estadual dos Movimentos Populares de Saúde do Espírito Santo, em fevereiro de 1984, como preparação para o V Encontro Nacional do MOPS em novembro daquele mesmo ano, e trabalhou na organização da Pró-Comissão Estadual do Movimento Popular de Saúde, produzindo boletins, jornais informativos e relatórios.

Participavam desta comissão profissionais de saúde, membros dos movimentos de luta pela saúde e estudantes. Muitos profissionais, além de estarem envolvidos com a Comissão de Saúde e Ecologia da Arquidiocese de Vitória, também militavam no movimento sindical contribuindo para que o trabalho envolvendo estes profissionais, as comissões de saúde das associações de moradores e as próprias associações, fossem o eixo de sustentação do Movimento Sanitário no estado.

A Igreja Católica, através de suas pastorais, deu ampla sustentação a este movimento fornecendo material informativo, espaço para as reuniões e encontros e montando cursos de formação que contavam com o apoio de agentes pastorais de diversas outras temáticas, entre

¹⁰ Em 1981, no III Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária, os participantes decidiram

as quais a Pastoral da Terra. Trabalhava-se com uma concepção abrangente de saúde, desenvolvendo, ao mesmo tempo, práticas médicas alternativas, através do retorno à sabedoria médica popular e da educação preventiva, e um trabalho de organização e mobilização popular para o enfrentamento político dos principais problemas de saúde da população.

A maior parte das lideranças de associações de moradores e movimentos de luta pela saúde surgidas neste período tinham fortes vínculos com as Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica, constituindo-se na sua principal base de sustentação e renovação. A desarticulação das CEBs após o restabelecimento da democracia foi um dos elementos responsáveis pelas dificuldades enfrentadas pelo MOPS, no Espírito Santo, para renovar seus quadros. A maior parte dos atuais representantes dos movimentos sociais de bairro e movimentos de saúde no Conselho (são os representantes da Federação de Associações de Moradores e Movimentos Populares do Espírito Santo/FAMOPES), bem como alguns dos representantes de entidades da sociedade civil, já eram lideranças destes movimentos desde os anos 80.

Paradoxalmente, a articulação um tanto tardia dos movimentos de saúde em todo o estado do Espírito Santo com o MOPS nacional pode ser apontada como um dos elementos responsáveis pela criação do Conselho Estadual de Saúde já em 1987, num contexto em que vários municípios no país haviam passado por experiências bem sucedidas de gestão da política de saúde e de equipamentos através de conselhos e no qual a VIII Conferência Nacional de Saúde também havia debatido e definido o modelo de atenção à saúde a ser adotado no país, incluindo uma proposta de gestão do sistema através de conselhos envolvendo Estado e sociedade civil, influenciando decisivamente na definição de bandeiras de luta e propostas incorporadas pelo MOPS e movimento de trabalhadores do setor no estado.

Neste aspecto, toda a mobilização articulada em torno do processo constituinte em 1987 e 1988 foi importante na luta em defesa do projeto de Reforma Sanitária aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde, impulsionando a constituição de conselhos, em alguns estados (Espírito Santo incluído), antes mesmo da formalização da Lei Orgânica da Saúde em 1990.

Também se observou no Espírito Santo, a partir de 1982, com a eleição de um governador do PMDB, um outro fenômeno: a ocupação de cargos e espaços no governo do estado, principalmente nos órgãos de atendimento das chamadas questões sociais, por militantes envolvidos ativamente, ou que lhe eram próximos, com o movimento social organizado e vinculados às correntes de esquerda ligadas ao PCB, PC do B e outras, abrigadas no interior do partido. Esta ocupação aconteceu em todo o país e foi responsável pela incorporação, ainda durante a ditadura militar, de uma gama enorme de proposições do movimento sanitário para a reforma do sistema público de saúde.

No Espírito Santo isto significou a incorporação da proposta de gestão do sistema através de conselhos e a explicitação das divergências e conflitos existentes no interior do próprio movimento quanto à reforma do sistema e ao controle social sobre o mesmo, divergências que serão melhor explicitadas no próximo capítulo.

A constituição do Conselho Estadual de Saúde em 1987 (com caráter consultivo e informal) e a implementação de algumas propostas de reforma do setor contribuíram para a explicitação de uma tendência que já se desenhava no interior do movimento sanitário em todo o país: o privilegiamento da luta institucional e da ocupação de espaços no aparato de Estado, priorizando as ações de saúde e a extensão da assistência médica. Muitos quadros do movimento sanitário e importantes apoiadores do MOPS no movimento sindical e na Igreja Católica foram incorporados ao aparato de Estado como formuladores e executores da política de saúde, contribuindo para o esvaziamento da vertente popular do movimento, centrada na

mobilização, organização e participação da população e na discussão profunda das questões da saúde.

Esta inflexão no interior do movimento teve algumas consequências sobre as lutas pela saúde no Espírito Santo, fragilizando a articulação, existente no passado, entre o movimento de profissionais de saúde e o movimento social organizado (associações de moradores, comissões de saúde, etc.). Ao mesmo tempo que os representantes do movimento sindical têm uma concepção mais abrangente das questões da saúde no estado, sua ação, hoje, se pauta por uma priorização dos problemas que atingem mais de perto a categoria. As articulações entre este movimento e o movimento social são pouco frequentes ainda que alguns dos quadros do movimento sindical sejam remanescentes das experiências de medicina comunitária da Igreja Católica e tivessem vínculos com o Movimento Popular de Saúde.

Apesar da existência de uma comissão de saúde no interior da FAMOPES, a entidade que reúne as associações de moradores e movimentos populares do estado, a articulação estadual das experiências e movimentos de saúde isolados e espalhados pelo Espírito Santo não existe, dificultando a participação deste segmento no Conselho e esvaziando por completo o MOPS (este movimento simplesmente não existe mais no Espírito Santo).

Esta desarticulação progressiva do movimento sanitário, principalmente em sua vertente popular, pode ser um dos elementos que explique, como veremos no próximo capítulo, os principais problemas enfrentados pelo movimento social organizado e pelo movimento sindical para uma participação mais propositiva e qualificada no Conselho.

CAPÍTULO 4 - CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (CES-E. SANTO): AS TENSÕES E AMBIGÜIDADES DO NOVO MODELO DE GESTÃO POLÍTICA

4.1 OS ANTECEDENTES DA ATUAL FORMAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

O Espírito Santo desde 1987, anterior à promulgação da Lei 8.080, de setembro de 1990, e que regulamenta o funcionamento do SUS (Sistema Único de Saúde), contava com um Conselho Estadual, de caráter consultivo, sem existência formal, e que foi criado um ano após a VIII Conferência Nacional de Saúde, em decorrência das pressões do MOPS (Movimento Popular de Saúde) no estado. Este conselho, por ser apenas consultivo e ter uma existência informal (“clandestina” na expressão usada nos depoimentos dados por quem participou da experiência), não tinha um funcionamento regular, suas reuniões eram esporádicas e não foram objeto de registro. Constituiu-se, naquele momento, como espaço para o confronto de posições entre o Poder Executivo, o Movimento Social Organizado e o Movimento Sindical, acerca do processo de implantação do SUS e do controle social sobre o sistema. Posições estas polarizadas entre os que defendiam um conjunto de reformas para o sistema de saúde a ser implantado a partir da máquina burocrática do Estado, com ênfase na democratização do acesso aos serviços (portanto, partia-se de um entendimento de que a discussão sobre o controle social e a democratização do processo decisório era secundária e dificultaria a reforma da estrutura e dos órgãos do setor) e os defensores de uma mudança radical no eixo de concepção do sistema de saúde de modo a privilegiar o enfrentamento das condições de vida da população a partir das quais se produzem as doenças, com ênfase na participação popular na definição da política, no controle sobre a prestação dos serviços e na constituição de mecanismos que possibilitassem esta participação (órgãos de gestão colegiada, nos quais se sancionasse a partilha de poder entre Estado e sociedade).

A indefinição das atribuições do conselho e a ausência de poder legal para discutir e deliberar sobre a política estadual de saúde impediam que o mesmo, além de espaço para expressão e confronto entre as posições dos diferenciados atores, se constituísse como espaço de articulação, negociação e reconhecimento destes atores coletivos (em especial os de caráter democratizante) sobre a direção a ser dada ao sistema estadual de saúde.

Entretanto, apesar de não existir formalmente, esta primeira experiência foi capaz de tornar públicas licitações e convênios realizados entre a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e o setor privado, com o movimento social exercendo um papel fiscalizador sobre suas ações.

Até o ano de 1990, a legalização e constituição formal do CES como instância de formulação e decisão foi o tema que polarizou as discussões entre os atores sociais ali presentes, com pressões do movimento social organizado e sindical munidos das resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, dos princípios de participação da sociedade na formulação da política e controle das ações estatais inseridos na nova constituição e de alguns resultados das discussões acerca da futura Lei Orgânica da Saúde (LOS) já em andamento no Congresso Nacional. Neste momento, é possível afirmar, que a disputa entre as diferentes posições acerca da reforma do sistema, da democratização do acesso aos serviços e do processo decisório foi parcialmente resolvida em favor do Movimento Social Organizado e do Movimento Sindical de caráter democratizante, pois em janeiro de 1990 (pouco antes da promulgação da LOS) o governador do Estado, pertencente ao PMDB, fez publicar a Lei 4.317 que instituía o Sistema Estadual de Saúde e estabelecia como seus órgãos centrais a Secretaria de Estado da Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Regionais de Saúde. Esta atitude do executivo ganha sentido se a analisamos no contexto de ascensão e fortalecimento das forças sociais de caráter democratizante no interior do congresso constituinte, principalmente na formulação dos tópicos referentes à garantia dos direitos sociais, em que a articulação e presença do movimento social foram fundamentais para assegurar e ampliar alguns direitos de cidadania e a democratização do processo decisório no

que se refere às políticas públicas. Também devemos considerar a trajetória pessoal do governador do Estado (o Sr. Max Mauro) de resistência à ditadura e vínculo com as forças democráticas. Neste contexto, a publicação da lei 4.317 apontou na direção do atendimento às reivindicações por participação das forças sociais democratizantes, presentes no movimento sindical e no movimento popular de saúde do estado. Esta lei estreitava, entretanto, os limites para a representação e participação destes atores, refletindo pouca disposição para a partilha efetiva de poder por parte dos atores governamentais. Ou seja, ao mesmo tempo em que através da publicação da lei se reconhecia a legitimidade destas reivindicações, limites eram impostos à participação destes atores, não alterando significativamente a estrutura de poder vigente, tornando apenas parcial a vitória obtida pelos movimentos sociais e movimento sindical de caráter democratizante.

A referida lei estabelecia qual seria a composição dos respectivos conselhos, determinando previamente que entidades e setores seriam os legítimos representantes do governo estadual, das instituições prestadoras de serviços¹¹ (particularmente os hospitais filantrópicos e privados) e da sociedade civil organizada. O conselho instituído contava com 24 membros e destes, 13 eram representantes das instâncias governamentais de nível federal, estadual e municipal. Os demais eram representantes da sociedade civil organizada. De acordo com esta legislação a distribuição dos representantes de cada segmento era a seguinte:

“§ 1o - O Conselho Estadual de Saúde será composto por:

I - Representantes das Instituições Públicas comprometidas direta ou indiretamente com o Sistema Estadual de Saúde:

Secretário de Estado da Saúde, que será o seu Presidente;

4 Representantes do Governo Federal, através dos Ministérios da Saúde, da Educação, do Trabalho e da Previdência e Assistência Social;

¹¹ Instituições prestadoras de serviços médico-assistenciais, ou seja, hospitais, clínicas, laboratórios, pronto-socorros e outras.

1 Representante da Coordenadoria Estadual do Planejamento;
 1 Representante da Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social;
 1 Representante da Secretaria de Estado do Meio Ambiente;
 1 Representante da Secretaria de Estado do Interior;
 1 Representante da Secretaria de Estado da Educação;
 4 Representantes das Prefeituras Municipais, sendo um de cada Região de Saúde,
 indicados pelos respectivos Conselhos Regionais de Saúde.

II - Representantes da Sociedade Civil Organizada através de suas representações estaduais:

1 Representante da Associação de Hospitais - ES;
 1 Representante das Entidades Filantrópicas - ES;
 1 Representante das Entidades Cíveis do Meio Ambiente;
 1 Representante do Movimento Popular de Saúde;
 1 Representante dos Servidores de Saúde;
 1 Representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Espírito Santo;
 1 Representante da Federação dos Trabalhadores na Indústria do Espírito Santo;
 1 Representante dos Trabalhadores no Comércio do Espírito Santo;
 1 Representante da Federação da Indústria do Espírito Santo;
 1 Representante da Federação da Agricultura do Espírito Santo;
 1 Representante da Federação do Comércio do Espírito Santo.” (Espírito Santo, Lei 4.317 de 04/01/90)

As instituições prestadoras de serviços e os trabalhadores da saúde foram considerados sociedade civil organizada, contrariando frontalmente o princípio da paridade (igualdade na representação de governo, prestadores de serviços e trabalhos da saúde e entre estes e a sociedade civil organizada) que permeava as discussões em torno da LOS efetuadas pelo Movimento Sanitário no Congresso Nacional.

De 1990 à 1992 (ano em que através da Lei 4.709 de dezembro de 1992 o conselho foi finalmente regulamentado, pois a legislação de 1990 era muito genérica acerca de suas atribuições), sua existência ainda era uma ficção (não há registro de reuniões ou das deliberações tomadas), suas reuniões, muitas vezes boicotadas pelos diferentes segmentos, eram palco para expressão de suas insatisfações, principalmente com a arbitrariedade na definição dos percentuais que estabeleciam a representação de cada segmento na instância e com a conseqüente perda de espaço advinda daí. Cada segmento considerava que o número de representantes definidos na lei 4.709 não contemplava a força e a importância do segmento para o setor (principal problema levantado pelo segmento dos trabalhadores da saúde e prestadores de serviços).

A Lei 4.709, promulgada exatamente dois anos depois que a Lei federal 8.142 de dezembro de 1990 definiu os processos e mecanismos de participação da sociedade na gestão do SUS e estabeleceu qual a proporcionalidade a ser obedecida entre os segmentos que compõem os conselhos nas diferentes instâncias governamentais, consegue gerar ainda mais insatisfação entre os diferentes segmentos com direito a assento no CES, pois ampliava a sua composição (o conselho passou a ter 32 membros), ampliava o número de representantes governamentais e dos usuários, instituía a representação do legislativo e a obrigatoriedade de que um dos quatro representantes a que os trabalhadores da saúde tinham direito fosse um profissional de medicina, afrontando ainda uma das resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a 33/92, na qual se recomenda que os conselhos estaduais e municipais tenham a composição de “50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviço (público e privado)”. A representação governamental, nesta resolução, passou a compor o segmento dos prestadores de serviços, representando os serviços públicos de saúde e seus gestores (as respectivas secretarias de saúde).

A própria elaboração da lei e o ato de criação da instância foi altamente revelador dos interesses que a rondavam. A iniciativa do executivo não implicou no estabelecimento de

negociações ou contratualidade prévia com qualquer segmento. Instalou-se um órgão de gestão da saúde, supostamente mais democrático e descentralizado, de maneira autoritária e centralizada.

Os anos de 1993 e 1994, apesar da formalização (a partir de abril de 1993 as reuniões começam a ser registradas em atas), foram marcados pelas disputas, principalmente entre prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, pela ampliação de sua representação. Todas as reuniões ocorridas neste período (entre abril de 1993 e junho de 1994), desde a primeira reunião, ocorrida para instauração oficial do conselho, tiveram como principal tema a mudança na legislação, de modo a contemplar a paridade estabelecida na LOS. Os principais prejudicados com a composição estabelecida pela lei estadual foram os trabalhadores da saúde, que passaram a lutar não apenas pelo respeito à paridade, mas também contra o privilégio na representação dado à categoria médica.

Através de uma comissão criada no interior do próprio conselho, a legislação foi reformulada. Mas com o conselho já instalado, seus membros empossados e toda e qualquer mudança na legislação sendo discutida no interior do próprio conselho, esta disputa ficou ainda mais complicada, com os segmentos que tinham sua representação garantida na legislação em vigor, como as diversas secretarias de Estado e a categoria médica, defendendo firmemente a manutenção de suas posições. Esta defesa se fazia, principalmente, através de articulações junto aos deputados na assembléia legislativa. O resultado deste processo foi a manutenção desta legislação até novembro de 1994, quando uma nova lei altera mais uma vez a composição do conselho e novamente não atende às exigências de paridade estabelecidas na LOS.

De julho de 1994 à outubro de 1995 não há no livro de ata do CES-E. Santo o registro de qualquer reunião o que, segundo o depoimento de militantes do movimento sindical e do movimento popular, aconteceu em decorrência tanto do esvaziamento proposital do conselho provocado por estes dois segmentos, que se recusavam a atender as convocatórias em face das

distorções apresentadas pela legislação, quanto por uma recusa do executivo em convocá-las (esta era uma das prerrogativas do presidente do conselho, necessariamente o secretário estadual de saúde, segundo a lei). No livro de atas, entre junho e julho de 1994, duas reuniões não dão quórum e depois não há mais qualquer registro até outubro de 1995. Os segmentos dos trabalhadores da saúde e do movimento popular se recusavam a dar legitimidade a uma instância montada de maneira autoritária, arbitrária e ilegal que, ao mesmo tempo em que buscava atender as demandas por participação expressas no interior do Movimento Sanitário e incorporadas à LOS, cerceava a representação e participação destes movimentos.

No primeiro momento (processo constituinte e aprovação da LOS) a montagem do arcabouço institucional do SUS demonstrou a amplitude e força dos atores coletivos democratizantes ao inserirem na lei uma estrutura de poder (os conselhos) que incorporava os mais diversos atores sociais envolvidos com a temática ao processo decisório. Num segundo momento, o processo de construção desta institucionalidade e de viabilização desta nova estrutura de poder em cada estado da federação e município revela uma continuidade da disputa existente durante a transição e no processo constituinte entre as forças sociais democratizantes (que reivindicavam uma ampliação não só dos espaços de participação, mas também da capacidade efetiva de exercício de poder nestes espaços), as forças sociais conservadoras e setores progressistas no campo da oposição ao regime militar que tinham e têm uma concepção bastante restrita de democracia (reduzida à representação parlamentar) e que agora se expressavam na construção e efetividade destes espaços. Neste sentido, a definição de quais atores serão representados no conselho e com que peso (definido em função do número e dos percentuais para a representação de cada segmento) delimita a capacidade desta instância para propiciar a articulação e incorporação destes atores ao processo decisório, estabelecendo limites para a democratização das relações de poder representada pelo conselho.

Demonstrativo desta disputa no caso do CES-ES é o fato de que em todo este período fica patente uma recusa dos ocupantes de cargos de poder no executivo, mesmo no interior do

chamado campo democrático (todo o processo envolvendo as diversas modificações na legislação se desenvolveu durante os governos do PMDB/86-90 e do PDT/90-94), em compartilhar este poder com qualquer outro tipo de representação, notadamente a das entidades sindicais e do movimento social organizado. Esta posição se apresenta de modo muito claro no depoimento de um dos secretários de saúde do período: “O conselho não deve deliberar sobre a aplicação dos recursos do Sistema de Saúde. Isso é prerrogativa do executivo, que foi eleito para isso, que tem legitimidade para isso.”(Ex-secretário de saúde no governo Albuino Azeredo/PDT)

Tal postura, compartilhada por vários secretários de saúde, demonstra a existência de uma forte tensão entre o movimento social de sentido democratizante, que reivindicou e não deixou de ocupar este espaço (o esvaziamento do conselho ocorrido em meados de 1994 também está associado a uma retirada provisória e conjuntural face ao processo eleitoral em curso e à possibilidade de que a frente partidária hegemônica pelo PT pudesse ser vitoriosa no pleito de outubro daquele mesmo ano), mesmo com os seus vícios de origem, e as forças sociais representativas de nossa tradição autoritária e excludente situadas no PMDB e PDT e mais tarde, como veremos, dentro do próprio PT.

A recusa sistemática do executivo em encaminhar ao legislativo um projeto de lei que contemplasse as reivindicações, principalmente do movimento sindical, e respeitasse toda uma legislação já em vigor, demonstra o quanto a criação de uma instância que pudesse incorporar estes outros atores, por em xeque as decisões tomadas pelo executivo, exercer algum controle sobre suas ações e ao mesmo tempo orientá-las, apresentava-se como uma ameaça ao acenar com a possibilidade de ruptura com o padrão privatista na gerência dos negócios públicos, marcados por privilégios, corrupção e centralismo.

A disputa entre estas duas posições se torna ainda mais relevante se considerarmos que a partir de julho de 1993, num esforço para impulsionar a constituição e institucionalização destas instâncias, a NOB 01/93 estabelece que a existência do conselho estadual de saúde é

uma pré-condição para que todos os Estados da federação recebam os recursos do Ministério da Saúde. No Espírito Santo o estabelecimento desta obrigatoriedade tornou ainda mais evidentes as diferenças entre as forças que disputavam tanto o processo de legalização quanto a composição do conselho, pois a partir da NOB 01/93, as diferentes posições foram convocadas a se manifestarem ante o imperativo de existência da instância para que o estado pudesse receber recursos.

Toda a discussão e disputa em torno da composição do conselho e de suas atribuições (extremamente genéricas na primeira legislação) evidenciaram o fortalecimento dos setores conservadores no processo de construção desta instância, pois evitaram que se discutisse seriamente a política de saúde do Estado do Espírito Santo, se fiscalizasse de modo mais permanente e sistemático as ações da Secretaria de Estado da Saúde e que o conselho orientasse, de fato, suas prioridades e princípios. Ou seja, a estratégia usada pelo executivo na montagem desta legislação cerceava a representação e participação do movimento social e do movimento sindical no interior do conselho e simultaneamente inviabilizava a capacidade decisória da instância, pois em todo este tempo nenhuma questão relevante para a política de saúde do estado do Espírito Santo foi objeto de discussão e deliberação no conselho; tanto porque tais assuntos não chegavam a entrar em pauta (tática usada pelo executivo) quanto porque os representantes dos segmentos de usuários e trabalhadores da saúde resistiam a dar legitimidade à instância.

Com a vitória eleitoral para o governo do Estado de uma frente partidária aglutinada em torno do PT¹², a constituição do Conselho Estadual de Saúde voltou a ser objeto de disputa no interior da sociedade e do próprio aparato estatal (alguns dos ocupantes de cargos de confiança dentro da secretaria de saúde eram os mesmos de governos anteriores e defensores da legislação estadual em vigor). Os principais temas em discussão naquele

¹² As circunstâncias da vitória foram muito particulares e como a eleição foi vencida no segundo turno, o leque amplo de alianças realizadas pelo PT para vencer as eleições fez com que o espectro partidário reunido em

momento referiam-se ao tamanho do conselho (o que estava em vigor era bastante amplo), à representação da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), e ao conjunto de suas atribuições. Para os atores governamentais, representados principalmente pelo titular da pasta, parecia lógico que a SESA ocupasse um espaço considerável no interior do conselho (o percentual definido e ocupado pelos representantes governamentais, incluindo a SESA, é superior aos percentuais dos prestadores de serviços e dos trabalhadores da saúde) pois, como gestor do sistema de saúde, caberia ao seu corpo técnico-político orientar o processo de discussões desenvolvidas neste espaço. Em que medida esta sobre-representação governamental e da secretaria poderia facilitar a imposição de uma direção a estas discussões era o que questionavam alguns representantes dos trabalhadores do setor. Porém, tal problema só se tornou evidente para este segmento e para o segmento dos usuários após a saída do secretário de saúde (na época um profissional bastante conhecido por seu compromisso com a defesa da saúde pública e ex-secretário de saúde da prefeitura de Vitória durante a gestão do PT) no início de 1996, pois o mesmo contava com considerável confiança da direção sindical do movimento das diversas categorias de trabalhadores. Para os trabalhadores da saúde tratava-se de garantir a paridade, tornar mais justa a representação deste segmento na instância e dar ao conselho amplos poderes para direcionar e controlar as ações da secretaria. Reivindicações estas compartilhadas por alguns membros do movimento social organizado.

Em julho de 1995 a legislação foi reformulada (lei 5.074/95). Em 26 de setembro, por um decreto governamental, o novo conselho foi instalado. E em 09 de outubro os novos conselheiros tomaram posse para um mandato de dois anos. Contudo, mais uma vez, a nova legislação obedece com rigor a lei 8.142, mas desconsidera as resoluções 33/92 do CNS e da IX Conferência Nacional de Saúde (que estabelece um percentual de 25% de representantes para os prestadores de serviços públicos e privados, 25% para os representantes dos

trabalhadores da saúde e 50% para os representantes dos usuários), superdimensionando a representação governamental e diminuindo a representação dos trabalhadores da saúde.

4.2 ARCABOUÇO LEGAL E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO INTERNO DO CES-E.SANTO

A formação legal do CES-E. Santo reflete tanto a disputa existente para ocupação de espaço nesta instância durante as discussões nacionais para aprovação da LOS e, posteriormente, nas discussões da resolução do CNS que redefiniu a representação, quanto os vencedores desta disputa no estado (neste caso o secretário de saúde e aqueles que compartilhavam de suas concepções acerca da importância da representação do gestor estadual no conselho).

A atual legislação obedece rigorosamente a lei 8.142 e estabelece que os segmentos a serem representados no conselho são: Governo, Prestadores de Serviços, Trabalhadores da Saúde e Usuários (como figura no parágrafo 2 do Artigo 1o da referida lei).

De acordo com esta nova legislação a distribuição dos representantes de cada segmento é a seguinte:

Representantes do Governo:

-Três representantes da Secretaria de Estado da Saúde, sendo um deles o Secretário de Estado da Saúde;

-Um representante do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde/COSEMS;

-Um representante do Ministério da Saúde.

Total: 05 representantes

Percentual: 20,83%

Representantes dos Prestadores de Serviços:

-Um representante dos hospitais privados;

-Um representante dos hospitais filantrópicos;

-Um representante do Hospital Universitário “Cassiano Antônio de Moraes-HUCAM”.

Total: 03 representantes

Percentual: 12,50%

Representantes dos Trabalhadores de Saúde:

-Quatro representantes das categorias de profissionais de saúde.

Total: 04 representantes

Percentual: 16,66%

Representantes dos Usuários:

- Dois representantes das centrais sindicais de trabalhadores;

-Um representante dos portadores de deficiência física;

-Um representante dos portadores de doenças crônicas degenerativas;

-Um representante dos movimentos de saúde das instituições religiosas;

-Um representante das federações dos trabalhadores;

-Um representante da federação dos empresários;

-Quatro representantes da Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo/FAMOPES;

-Um representante dos movimentos ambientais.

Total: 12 representantes

Percentual: 50,00%

As resoluções do CNS e da IX Conferência Nacional de Saúde objetivavam romper com o superdimensionamento da representação governamental e privilegiar a representação de segmentos e forças sociais que de outro modo não têm acesso aos espaços de decisão no âmbito do executivo, refletindo, tanto no interior do CNS quanto na Conferência, a força dos movimentos sociais organizados de sentido democratizante e demais setores comprometidos

com o projeto de Reforma Sanitária consubstanciado no SUS e com a democratização, não apenas do acesso aos serviços de saúde, mas do controle social sobre o sistema.

Embora a nova legislação não tenha sido imediatamente contestada (o que aconteceu em meados de 1996), o envolvimento do movimento social organizado e do movimento sindical dos trabalhadores da saúde na escolha de seus representantes não apresentou a mesma mobilização observada em anos anteriores, quando para efetuar esta escolha os trabalhadores da saúde chegaram a organizar eleições diretas, com os candidatos apresentando propostas e compromissos, com o objetivo de dar ampla representatividade ao processo eleitoral (em 1993), e a FAMOPES (Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo) realizou uma assembléia da entidade que contou com um elevado número de participantes.

Para escolha dos atuais conselheiros o movimento sindical reuniu a Intersindical da Saúde (Colegiado reunindo todos os sindicatos das categorias de trabalhadores do setor) e a escolha foi feita a partir dessa reunião. A FAMOPES, por sua vez, reuniu sua direção, entidades e pessoas do movimento popular que tinham militância e afinidade com o tema e também fez sua escolha de maneira tímida e sem alarde. Fato interessante em relação à escolha dos representantes da FAMOPES é o de que os membros escolhidos são os mesmos que vem representando o movimento popular e a entidade no CES desde 1990! A entidade possui uma comissão interna de saúde, responsável pela discussão desta temática, que não tem conseguido renovar os seus quadros, desenvolver qualquer trabalho de articulação junto ao movimento popular do estado, ou mesmo reunir-se para discutir as questões postas para deliberação no interior do conselho. Seus representantes, ao mesmo tempo que representam o movimento popular no CES, também são os representantes deste movimento nos conselhos de saúde dos municípios onde moram e nos conselhos gestores de unidades de saúde, comprometendo até a capacidade física (dificuldade em estar presente em vários lugares e de fazer o repasse de

informações) para realização de um trabalho de articulação e negociação junto aos membros deste movimento.

Para os prestadores de serviços e para as demais entidades no interior do segmento dos usuários, a escolha dos representantes foi feita através de reuniões da direção das respectivas entidades. Direção do HUCAM e direção da “Associação dos Hospitais do Estado do Espírito Santo” para o setor hospitalar filantrópico e privado e direção das demais entidades organizadas da sociedade civil incluídas no segmento dos usuários.

O decreto de instalação do CES exigia que o seu regimento interno fosse montado num prazo de trinta dias, o que de fato ocorreu. Porém, a sua montagem contou com uma ampla colaboração dos assessores do Secretário de Estado da Saúde, que contava naquele momento com uma enorme confiança dos conselheiros, pois o principal defeito do regimento, a manutenção nas mãos do presidente do conselho (o Secretário de Estado da Saúde, segundo a lei) de prerrogativas para organizar e definir as pautas das reuniões, bem como dirigi-las (o regimento era omissivo nestes pontos), não foi amplamente questionado até a saída do secretário em fevereiro de 1996.

O regimento interno é responsável pela definição da dinâmica de funcionamento do conselho, por facilitar ou não o processo de articulação entre seus membros, pela transparência na definição de quais temas terão prioridade na discussão, por definir como será a participação dos atores no processo de discussão e por comprometer ou não a participação igualitária dos atores. Ou seja, ele conforma as regras e condições para expressão, disputa de interesses, projetos, posições e demandas de cada ator, as condições para as negociações e tomada de decisões. Portanto, a própria definição do regimento é resultado da correlação de forças presentes no interior da instância, pois ele delimitará o conjunto de regras e procedimentos definidores do processamento das discussões e que podem impedir ou facilitar a expressão de cada ator e as disputas entre os mesmos.

O CES tem apresentado efetivamente alguns problemas de funcionamento decorrentes da operacionalização destas regras e de como cada ator tem se apropriado de suas lacunas e ambigüidades para fortalecer sua própria posição. Durante nossa pesquisa, observamos vários exemplos dessa apropriação.

O quórum para instalação da reunião é de 50% + 1 de seus membros (ou seja, 13). Para evitar problemas com o quórum são enviadas convocatórias aos titulares e suplentes pela secretaria executiva do conselho. Até julho de 1997 havia um acordo tácito de que os suplentes eram suplentes do segmento e não de um titular em especial. No entanto, na votação de um tema polêmico (a demissão de trabalhadores da saúde com duplo vínculo), um dos representantes dos trabalhadores da saúde, vislumbrando a possibilidade de que sua proposta perdesse a votação, impediu que uma representante dos usuários votasse, sob a alegação de que o titular do qual ela era suplente (situação até aquele momento meramente formal, já que até então, mesmo que o “referido” titular estivesse na reunião, a presença desta representante dos usuários sempre fora considerada para estabelecimento do quórum) estava na reunião, desrespeitando, portanto, esse acordo. Ou seja, o segmento dos trabalhadores da saúde valeu-se da inexistência no regimento de regras explícitas, formalizadas, sobre esta questão para impedir que um dos representantes dos usuários se manifestasse e votasse, fortalecendo, assim, sua própria posição ao bloquear, com o desrespeito a um acordo tácito e alegação da inexistência do mesmo, a expressão da posição daquela representante dos usuários. Em reunião posterior esta representante fez lembrar, por escrito, o referido acordo tácito e solicitou que ele fosse objeto de registro em ata, bem como a anulação daquela votação. O registro foi feito e o que era tácito se formalizou, mas a anulação da votação não aconteceu, já que o entendimento dos dirigentes da reunião foi de que seu voto não alteraria o resultado geral. Nenhum dos representantes dos trabalhadores da saúde foi contra a formalização do acordo ou mesmo alegou a sua inexistência, demonstrando mais uma vez que o expediente foi usado para alteração da correlação de forças naquela votação em particular.

Um outro elemento determinante para conformação de toda a dinâmica decisória e de funcionamento do conselho é a montagem das pautas das reuniões. Se qualquer conselheiro deseja incluir um assunto para discussão em reunião, ele deve apresentar, com antecedência, sua solicitação ao secretário-executivo do conselho e este a encaminhará ao presidente do conselho que faz, então, a seleção dos assuntos a serem incluídos na pauta.

Este expediente permite que alguns assuntos, normalmente temas que a secretaria de saúde não tem interesse em discutir com o CES ou para os quais ainda não tem uma resposta, não entrem em pauta ou sejam protelados através do recurso a sua colocação como um dos últimos pontos de pauta das reuniões. Se o conselheiro que fez a solicitação percebe o uso de um destes recursos, pode, no momento da reunião, solicitar ao presidente do conselho que o plenário aprecie sua demanda. Esta estratégia acaba por gerar disputas acirradas entre os conselheiros, cabendo ao solicitante convencer o plenário da importância do que ele quer discutir. Em pelo menos três reuniões pude observar a Secretaria de Estado da Saúde, através do presidente do conselho, usar este expediente. Na primeira, para evitar informar a um grupo de usuários sobre o andamento das reformas e reabertura de uma unidade de saúde do Estado (o Estado não tinha dinheiro para terminar as obras e as associações de moradores do município sede desta unidade exigiam o retorno de seu funcionamento); na segunda, para protelar a aprovação de alterações no regimento interno do conselho, por conterem propostas que restringiam o poder de direção do secretário de saúde; e, na terceira, para evitar a discussão de uma medida extremamente polêmica e que afetaria todo o funcionamento dos serviços públicos do Estado: a demissão de servidores não estáveis com o objetivo de enxugar a folha de pagamento. Quanto às informações sobre as reformas na unidade de saúde nada foi feito, pois a solicitante esperou sem reclamar a entrada de seu assunto na pauta (uma espera de cinco meses), mas quanto ao regimento interno e ao projeto de demissão de servidores, os conselheiros não só perceberam a manobra como a denunciaram e conseguiram aprovar a

inversão da pauta (no caso do regimento interno) e a inclusão do tema (no caso das demissões).

Para evitar o uso destes recursos e democratizar a direção do conselho, bem como tornar mais transparente o processo de definição do que é prioritário discutir, a principal modificação introduzida no regimento interno do CES, em maio de 1997, foi a constituição de uma mesa diretora composta por um presidente, um vice-presidente, um primeiro secretário e um segundo secretário, escolhidos por meio de votação dentre o plenário do conselho, e obedecendo a paridade estabelecida na resolução 33/92 do CNS (para ser fiel a esta resolução, já citada na página 119, a mesa diretora possui quatro membros, conforme esta regra da paridade dois devem pertencer ao segmento dos usuários, um ao segmento de trabalhadores e um ao segmento dos prestadores de serviços, no qual se inclui o governo através dos representantes da secretaria de saúde). O presidente do conselho e também presidente da mesa diretora, é o secretário de Estado da saúde e, como a paridade seguida para a composição da mesa não é a mesma usada na composição do conselho (ver páginas 125 e 126 onde esta paridade é explicitada), na qual governo e prestadores de serviços tem representações diferenciadas, ele representa também os prestadores de serviços. Esta alteração nas regras da paridade fez com que os representantes dos prestadores de serviços se sentissem lesados, pois o secretário, em sua opinião, não os representava convenientemente. Para modificar esta situação e fazer com que a mesa diretora obedecesse a mesma composição existente no Conselho, os representantes deste segmento (prestadores de serviços privados, filantrópicos e públicos) propuseram que a a paridade para composição da mesa diretora fosse a mesma paridade usada na composição do conselho, mas foram, entretanto, derrotados na votação da questão, pois havia em torno deste item do regimento uma forte articulação entre os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, em maioria numérica nesta reunião, isolando completamente governo e prestadores de serviços.

O secretário e presidente da mesa diretora tem agora, claramente explicitadas no regimento, as prerrogativas de elaborar a pauta das reuniões extraordinárias e organizar as das reuniões ordinárias. Porém, a mesa diretora deve participar deste processo. Mas, uma vez que o secretário de saúde e o seu substituto legal parecem não frequentar as reuniões da mesa diretora (conforme denúncia formulada pela segunda secretária), a mesma não tem tomado conhecimento das solicitações de inclusão de assuntos em pauta, ou, das razões pelas quais eles não foram incluídos (o que aconteceu em relação às demissões). Ou seja, apesar da existência do instrumento legal, a ausência tem sido um importante recurso usado pelo governo para evitar que o conselho tome conhecimento dos problemas enfrentados pela secretaria e de como seus dirigentes tem encaminhado soluções, bem como discuta e tenha real capacidade de ingerência sobre os mesmos.

O que se revela em todos estes episódios é o desenvolvimento de ações bem sucedidas por parte dos atores governamentais para ter o Conselho Estadual de Saúde sob seu controle, usando de todos os recursos a sua disposição para evitar que o conselho tenha condições de discutir substantivamente seus projetos e suas ações e efetivamente deter a capacidade de direção da política. Por outro lado, a alteração no regimento interno do conselho e a constituição da mesa diretora foram propostas pelos representantes do segmento dos trabalhadores da saúde e dos usuários, num esforço para evitar o uso e abuso destes recursos de poder dos representantes da SESA, democratizar a definição dos temas a serem discutidos e tornar mais igualitária a ocupação de espaço por cada ator nesta instância, ou seja, para modificar as regras que estabelecem definições acerca do processamento das discussões no interior do conselho e contribuem decisivamente para determinar a inserção de cada ator nesta instância.

A existência da mesa diretora, contudo, produziu uma significativa mudança na dinâmica de condução das reuniões. Ela demonstra maior preocupação com uma definição clara da pauta, exige que as discussões a esgotem e que sejam capazes de gerar deliberações,

evitando também medidas protelatórias desnecessárias como o adiamento da discussão de determinados assuntos porque o tempo estipulado para realização da reunião se esgotou.

No momento, a maior preocupação da mesa diretora é fazer com que a secretaria de saúde propicie condições e forneça a infra-estrutura necessária ao funcionamento do conselho. Desde a instauração do atual conselho, em outubro de 1995, o mesmo não dispõe de uma sala equipada para o seu funcionamento (com mesas, cadeiras, arquivos, armários, computador, material de consumo e etc.) e de uma equipe de profissionais (a câmara técnica)¹³ que possa dar suporte técnico aos conselheiros para, por exemplo: fazer a análise dos pedidos de enquadramento de gestão nos processos de municipalização, pois apesar de serem analisados pela Comissão Intergestores Bipartite -uma instância decisória intermediária, um órgão colegiado no qual se reúnem governo estadual e prefeituras municipais, sem a participação de qualquer representante da sociedade civil, responsável principalmente pelos processos de municipalização e pelas ações conjuntas dos gestores da saúde no nível estadual e municipal- a palavra final é dada pelo CES; analisar as denúncias de irregularidades encaminhadas por entidades da sociedade civil; apreciar o orçamento da secretaria e a prestação de contas de seus gastos e dos gastos dos hospitais conveniados.

Uma das primeiras solicitações dos conselheiros, ainda no ano de 1995, foi a de que o conselho tivesse orçamento próprio, solicitação esta desestimulada pelo então secretário de saúde, sob a alegação de que os gastos do conselho seriam pequenos e poderiam ser supridos com o orçamento da secretaria. Os conselheiros, porém, resolveram encaminhar à Assembléia Legislativa uma solicitação de verbas para o conselho no orçamento do Estado. Sem sucesso. É muito frequente o conselho receber de municípios do interior do estado denúncias de irregularidades envolvendo hospitais filantrópicos e privados contratados pelo SUS e depender

¹³ Desde dezembro de 1997 devido às pressões dos conselheiros e dos movimentos aos quais estão ligados, esta situação se modificou. O conselho agora possui uma sala própria, razoavelmente ampla e bem equipada. A câmara técnica, porém, ainda não foi constituída. E numa dessas coincidências incríveis, exatamente um ano depois, em 17/07/97, a constituição da câmara técnica era ponto de pauta da reunião do CES, o mesmo ponto

da disponibilidade de veículos da secretaria para tomar algumas medidas, inviabilizando uma ação independente.

Tais dificuldades revelam que os atores estatais, mesmo que os ocupantes de cargos no executivo tenham uma trajetória política de vínculo com as lutas pela democracia como na experiência aqui relatada, resistem firmemente à proposta de incorporação e participação da sociedade no processo decisório na esfera do Estado, à ampliação dos espaços nos quais as disputas políticas possam se processar, ampliando o espaço público e evitando que estas disputas se restrinjam ao jogo partidário e eleitoral. Esta resistência se faz principalmente através da adoção de medidas, como o não fornecimento de elementos de infra-estrutura, que prejudicam tanto a existência e funcionamento autônomo do conselho, uma existência independente da disponibilidade orçamentária e de recursos da secretaria de saúde, quanto sua consolidação como uma instância do executivo, com amplos poderes para orientar, deliberar e exercer efetivo controle sobre suas ações. Prova do desprezo pelos processos participativos e do temor de que esta instância possa ter condições efetivas para ocupar um lugar de destaque no circuito decisório, é o fato de que a Comissão Intergestores Bipartite desde sua criação conta com uma sala equipada e uma câmara técnica com um corpo de profissionais habilitados a auxiliar os gestores na tomada de decisões.

Este conjunto diferenciado de problemas, de natureza aparentemente funcional ou técnica, são constitutivos do processo de construção desta instância, dos entraves à sua consolidação impostos por cada ator e demonstram um pouco de como cada um deles tem ocupado este espaço. Dizem respeito a quais concepções de democracia orientam suas ações e, principalmente, a atitudes que sob essas orientações representam um esforço -ou constituem empecilhos - no sentido de ampliar a capacidade desta instância para efetivamente aprofundar a gestão democrática das políticas estatais e para que esta nova arena política, este novo

mecanismo de representação da sociedade, se constitua como um legítimo espaço de negociação de interesses, projetos e posições.

4.3 A COMPOSIÇÃO DOS ATORES, SUAS ARTICULAÇÕES E O PROCESSAMENTO DAS DECISÕES NO CES-E.SANTO

Nos anos de 1995 e 1996, período de instalação do conselho e no qual o perfil do governo do estado se definiu com mais nitidez, com amplas consequências sobre a atuação da SESA e sobre as discussões e embates realizados dentro do CES, observa-se uma concentração grande de reuniões e de resoluções conforme apresentado nos quadros abaixo.

Quadro 1- Número de reuniões realizadas pelo CES-E.Santo

Ano	1995	1996	1997
Reuniões	05	23	12
Reuniões Ordinárias	02	11	07
Reun. Extraordinárias	03	12	05
Reuniões s/quórum*	01	03	02

*Do total de reuniões realizadas em cada ano estes números representam, em termos percentuais, 20%, 13% e 17% respectivamente.

No mesmo período foi produzido o seguinte número de resoluções:

Quadro 2- Número de Resoluções Tomadas pelo CES-E.Santo

Ano	1995	1996	1997
Resoluções	07	10	03

Neste período, o governo do estado deu início à concretização de seu projeto para o setor saúde, voltado inicialmente para a valorização dos serviços públicos, ampliação da oferta de serviços, melhoria na qualidade (reciclagem de profissionais e incentivo financeiro para melhoria do desempenho) e fortalecimento do controle da sociedade sobre o sistema.

A saída do primeiro secretário de saúde em fevereiro de 1996 foi representativa de uma inflexão tanto no processo de condução e de definição das prioridades do governo do estado quanto na condução e definição de prioridades para a saúde, em que a ênfase passou a recair sobre a manutenção e melhoria na qualidade dos serviços existentes, em decorrência da prioridade governamental de combate ao déficit público, pagamento das dívidas do estado e equilíbrio das contas governamentais, evitando-se a ampliação dos gastos do governo. Para o executivo, a ingerência dos movimentos sociais e dos sindicatos dos trabalhadores da saúde na gestão da política poderia significar uma mudança de direção que implicasse uma ampliação de gastos.

Os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, entretanto, fizeram inicialmente uma aposta no fortalecimento do conselho, comparecendo maciçamente às reuniões (era comum a presença constante dos suplentes dos trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviços) e participando com certo vigor dos debates (era raro o representante dos trabalhadores da saúde ou dos usuários que não se posicionava claramente diante de todo o plenário).

Nestes dois anos de atuação, os temas que mobilizaram e exigiram do CES uma tomada de posição foram fundamentalmente a **Municipalização** -transferência de responsabilidades pelo gerenciamento dos serviços de saúde das duas esferas de governo (federal e estadual) para os municípios- ; sua **Estruturação Interna** -elaboração e reformulação do regimento interno, bem como constituição da câmara técnica- ; os **Recursos Humanos** do SUS -política de pessoal, qualificação, salários, etc.- ; e o **Controle Social** sobre o sistema -discussão do papel do conselho e do tipo de controle a ser feito sobre as ações da secretaria e prestadores de serviços. As iniciativas de discussão destes temas, entretanto, na maior parte das vezes, foram tomadas pelos ocupantes do executivo e pelo segmento dos trabalhadores da saúde, sendo seguidos por alguns representantes dos usuários, isoladamente. Estes temas, que foram objetos de embates no interior do Movimento Sanitário no país,

polarizaram as discussões ocorridas no interior do conselho fortemente influenciados pelo fato de que a Saúde, uma das prioridades de campanha do PT, a partir de 1995, com a posse dos novos governantes, passou a ser repensada também na própria SESA através da ocupação de cargos e da própria titularidade da pasta por profissionais vinculados ao Movimento Sanitário e também ao Movimento Popular de Saúde e comprometidos com mudanças profundas na estrutura do sistema.

Uma das primeiras medidas tomadas pelo titular da pasta foi regulamentar o Fundo Estadual de Saúde, criado em janeiro de 1994, e uma das pré-condições para o recebimento de recursos do Ministério da Saúde desde julho de 1993. O gerenciamento dos recursos do fundo foi, segundo a maioria dos depoimentos, o principal motivo da saída prematura do primeiro secretário de saúde do governo do estado durante a gestão petista (janeiro de 1995 à janeiro de 1996) e marcou o início da ruptura entre o partido, o governador e a equipe de governo.

A crise econômica pela qual passa o Espírito Santo colocou em evidência de maneira mais nítida as diferenças existentes entre as várias correntes políticas que convivem no interior do PT, principalmente quanto aos projetos de Reforma do Estado, democratização das relações Estado/sociedade e definição das prioridades governamentais.

Desde que tomou posse, o governador Vítor Buaiz ainda não conseguiu colocar o pagamento do funcionalismo em dia, não há recursos para fazer investimentos e o governo optou por combater o déficit público e equilibrar as contas públicas através do corte de gastos, em detrimento de uma política de enfrentamento dos sonegadores de impostos e de combate à política de diminuição de gastos proposta pelo governo federal, principalmente nas áreas sociais, e levada à cabo pelo governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB).

O alinhamento do governador com a política adotada pelo governo federal e a ocupação de cargos de primeiro escalão por membros do PSDB (direção do BANDES/Banco de Desenvolvimento do Estado do Espírito Santo, por exemplo, a quem compete parcela importante da direção a ser dada a qualquer política de desenvolvimento para o estado), bem

como de lideranças da corrente Articulação do A em secretarias consideradas fundamentais para a implementação de seu projeto político como as Secretarias de Estado da Fazenda, Planejamento e da Justiça e Cidadania, fortaleceram o grupo político (Articulação do A) ao qual o governador era vinculado, no interior do aparato de Estado (dentro do PT este alinhamento acirrou ainda mais as disputas existentes no interior do partido, com uma vitória, na última convenção estadual, bastante apertada da chamadas correntes de “esquerda” sobre a chamadas correntes de “direita”, grupo ao qual pertencia o governador) e os partidos considerados de direita (PSDB e setores do PMDB, PDT e PTB) aglutinados em torno da candidatura de Vitor Buaiz no segundo turno das eleições.

Isto significou uma concentração de poderes muito grande nas mãos do governador e de seu grupo, com o qual, além de todos os secretários de Estado, se alinhavam a maior parte dos ocupantes de cargos de confiança do primeiro e segundo escalão.

Neste contexto, a crise pela qual passou a secretaria de saúde no início de 1996 teve como principal elemento o fato de que a Secretaria de Estado da Fazenda, ocupada por um membro da mesma tendência partidária do governador e pessoa de sua confiança pessoal, passou a concentrar amplos poderes para gerenciar os recursos do Estado, inclusive os recursos do recém regulamentado Fundo Estadual de Saúde, cujo gerenciamento deve ser feito pela Secretaria de Estado da Saúde (Decreto No 3.868 de 14 de julho de 1995/regulamenta a Lei 4.873 de janeiro de 1994 que cria o FES) e cuja proposição de gastos, bem como a sua fiscalização, deve ser feita pelo CES. Esta disputa, interna ao governo do estado, enfrentada pelo então secretário de saúde, se aprofundou e culminou, em janeiro de 1996, com o acirramento dos confrontos entre a SESA e o movimento grevista dos médicos do Estado. No confronto com este movimento as divergências de posições entre o titular da pasta da saúde e o restante do corpo político governamental ficaram mais claras.

Os médicos em greve (e somente estes profissionais, dentre todos os servidores do Estado, estavam em greve) reivindicavam, principalmente (entre os 32 pontos da pauta de

reivindicações), aumento do salário base da categoria e reajustes salariais. Entretanto, havia um compromisso do governo do Estado em não atender demandas particulares de qualquer categoria de servidores, evitando conceder aumentos e reajustes diferenciados que, além de comprometer as finanças do estado, pudessem gerar distorções entre as categorias profissionais de mesmo nível. Sob este aspecto, a posição assumida pelo secretário de saúde, ao não discutir aumentos e reajustes no salário base da categoria, parecia encontrar apoio nos demais setores do governo. O problema maior parece ter sido o enfrentamento público feito pelo secretário à ameaça de alguns grevistas (os cirurgiões gerais) de pedirem demissão coletiva. O secretário usou os meios de comunicação e concedeu entrevistas nas quais afirmava claramente que o objetivo das demissões coletivas era a formação de cooperativas médicas e a terceirização dos serviços de saúde, forçando a contratação destas cooperativas e forçando o Estado a pagar por um serviço que ele mesmo poderia prover, destruindo o sistema público de saúde.

No confronto com o movimento grevista, o então secretário de saúde reafirmou seus compromissos com a saúde pública e com o aumento dos investimentos na área, colocando-se frontalmente contra a política de contenção de gastos do grupo político ligado ao governador.

Suas acusações públicas de que os médicos estariam, deliberadamente, contribuindo para a destruição do sistema público de saúde e sua conseqüente privatização geraram mal-estar na direção do movimento sindical dos médicos, embora fosse parcialmente verdadeira. Para os seus adversários políticos no interior do próprio governo, porém, o secretário não se mostrou capaz de enfrentar o problema colocado para a SESA com a greve e o caos gerado na provisão dos serviços. Assessores pessoais do governador e membros do governo avaliavam que suas declarações só pioraram o já difícil diálogo com a categoria médica.

Estas posições foram para o secretário uma demonstração cabal de que sua situação dentro do governo havia se tornado insustentável, impossibilitando-o, conseqüentemente, de contar com respaldo governamental para o aumento dos investimentos públicos em saúde e a

defesa intransigente do SUS (estavam em discussão no conselho neste momento propostas para valorização dos profissionais e melhoria na qualidade dos serviços, como a criação de gratificações para os profissionais que trabalhavam nas UTIs e pronto-socorros).

Sua saída do governo provocou um desmonte da equipe que o acompanhava e gerou uma certa comoção entre os servidores da saúde e conselheiros, que chegaram a sugerir ao CES a elaboração de uma nota recomendando ao governador a recondução do secretário de saúde, nota esta que foi aprovada pelo conjunto do CES e encaminhada ao governo. Mas seu pedido de demissão foi definitivo, grupos de especialistas do corpo médico do Estado de fato pediram demissão e formaram cooperativas e a categoria como um todo ficou, entre abril de 1995 e final de maio de 1997, cerca de dois anos em greve, com alguns intervalos nos quais suspenderam temporariamente o movimento ou quando usaram a estratégia do atendimento parcial.

Este episódio foi um dos mais emblemáticos das disputas existentes entre as diferentes forças e projetos políticos que se encontram no interior do PT, que se encontravam no governo, e estão espalhadas no interior do movimento sindical e do movimento social organizado. Marcou muito fortemente todas as discussões e posicionamentos posteriores dos segmentos que compõe o CES-E.Santo e pode-se afirmar que determinou uma inflexão, a partir da qual o CES se transformou num dos palcos privilegiados para expressão destas disputas. As chamadas correntes de esquerda a partir deste momento ou se afastaram (seus militantes pediram exoneração de seus cargos) ou foram definitivamente afastadas do governo (seus militantes foram exonerados). Os secretários de saúde seguintes foram escolhidos com base em critérios mais técnicos.

Ainda que as diferenças entre estas forças políticas e seus respectivos projetos de sociedade e governo não fiquem suficientemente claras para o conjunto da sociedade, elas existem e encontraram expressão no desenvolvimento das políticas governamentais e no próprio movimento social. Dizem respeito sobretudo ao papel do Estado na sociedade, às

estratégias para conquista da hegemonia social, aos processos de ruptura com o atual modelo de sociedade e ao papel dos governos de esquerda neste processo.

Para um conjunto significativo de correntes políticas no interior do Partido dos Trabalhadores, representadas principalmente pelas tendências Articulação do A e Democracia Radical¹⁴, correntes às quais pertenciam os atuais quadros do governo do estado, alguns deputados estaduais, vereadores e prefeitos e que dirigiram o projeto governamental concretizado no estado do Espírito Santo, a ruptura violenta com o modelo capitalista de organização da sociedade via assalto às instâncias estatais e transformações profundas na organização da economia não se coloca sequer como possibilidade remota. No interior desta perspectiva o recurso à violência seria um ato extremo que não está no horizonte de suas propostas de transformação social. Tais transformações se processariam no interior e a partir da própria sociedade na direção, principalmente, do aprofundamento da democracia e da cidadania, em que esta mesma sociedade definiria os termos do que seria o melhor para ela. A partir daí, aos governos de esquerda caberia criar condições, abrir canais e viabilizar a ampliação e aprofundamento da democracia e da cidadania, tornando visível para o conjunto da sociedade que é possível governar atendendo às demandas e necessidades da maior parte da população. Ao mesmo tempo, a abertura de canais de comunicação e participação da sociedade no governo demonstraria a viabilidade da co-responsabilidade da mesma na gestão pública, fazendo com que os atores coletivos representados pelos movimentos sociais deixem “o seu papel tradicional de captadores de novas demandas e reivindicações em ‘estado bruto’ para uma participação mais complexa e qualificada no processamento dessas demandas em instâncias políticas decisórias” (Carvalho, 1997, p.44)

Contudo, há inúmeras contradições na viabilização desta proposta, a principal delas se refere ao autoritarismo e elitismo de seus defensores, que, ao mesmo tempo em que postulam a

¹⁴ Esta última tendência possui pouquíssimos quadros no Espírito Santo e não se configura como uma força política dentro do partido.

participação, a partilha de poder e a co-responsabilidade da sociedade na definição de seus rumos, tomam medidas que limitam suas possibilidades de participação, evitando a discussão de determinadas questões e problemas em instâncias colegiadas como os conselhos e deixando-as a cargo dos técnicos e competentes, não reconhecendo os atores sociais coletivos como capazes de participar efetivamente do circuito decisório.

Há ainda um certo pragmatismo nesta postura, pautado, principalmente, por uma compreensão de que os resultados de curto prazo e mais visíveis, obtidos através da tomada de decisões rápidas e centralizadas, satisfazem melhor o conjunto do eleitorado, cuja experiência de participação, co-responsabilidade e partilha de poder é quase inexistente. Este pragmatismo está exemplificado no seguinte depoimento:

“Tem hora que as coisas tem que ser conversadas durante seis meses, mas tem coisa que eu quero a solução amanhã. O carro está caindo no buraco, é preciso tapá-lo amanhã. E aí não adianta fazer aquela discussão: ‘Nós precisamos ver, refletir’, é amanhã e o buraco está ali e o carro vai cair e você vai se arrebentar politicamente, materialmente e moralmente. Não vai dar tempo de fazer uma reflexão, tem que resolver. Porque ninguém te elegeu para você ficar num divã de um psiquiatra, esperando. Ele te elegeu porque quer uma solução.”(Ex-assessor de Vítor Buaiz durante a gestão do PT na prefeitura de Vitória)

O problema, entretanto, é que esta postura “pragmática” não tem caracterizado apenas o processo decisório relativo às questões que exigem solução rápida, mas definido com precisão um estilo político no qual se reiteram algumas das piores características de nossa cultura política: o centralismo e o elitismo.

Na direção do governo do estado esta postura se estendeu ao tratamento dado aos adversários políticos dentro e fora do Partido dos Trabalhadores e no interior da equipe de trabalho. O alinhamento do governador e de seus apoiadores com o projeto político neo-liberal desenvolvido pelo governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB/PFL) foi objeto de inúmeras

discussões no interior do PT, inclusive pela direção nacional do partido, que chegou a estabelecer linhas de ação a serem seguidas pelo governador do Espírito Santo, sem que isto significasse uma mudança nos rumos tomados pela equipe de governo. A partir deste momento se inicia o rompimento entre governo e as correntes de esquerda do partido¹⁵, cuja influência sobre sua direção se tornara cada vez menor.

Para as correntes de esquerda no interior do PT, representadas pelas tendências Articulação de Esquerda, Democracia Socialista e Força Socialista, a direção dada pelo governador e seus apoiadores à condução da política no estado revelava um descompromisso total com as diretrizes partidárias cujas propostas de reforma do Estado pressupunham uma articulação entre democracia representativa/parlamentar e outras modalidades de representação, bem como mecanismos de democracia direta, efetivando a participação popular através do orçamento participativo e da valorização dos Conselhos, possibilitando uma alteração estratégica na correlação de forças no interior do aparato de Estado e na própria sociedade, invertendo as prioridades governamentais e criando uma área de atrito entre governo federal, capital privado nacional e internacional e o governo do estado. Segundo os representantes destas correntes, de um governo de esquerda esperava-se uma incorporação efetiva da sociedade ao processo decisório e um ataque frontal ao projeto de privatização do Estado e de inserção subordinada de nossa economia na economia global, abrindo-se uma frente para um debate mais amplo acerca do projeto político e econômico dos setores dominantes no Brasil e no mundo. Ou seja, para estas correntes, em função das derrotas sofridas pelo “socialismo real”, disputar, estar na direção de um governo de estado e no parlamento representava uma alteração significativa nas estratégias adotadas na condução do projeto revolucionário socialista, valorizando as disputas político-eleitorais e o aprofundamento da democracia. Significava, sobretudo, pensar um projeto de democracia socialista que compreendesse todas as dimensões da vida das pessoas, articulando democracia

¹⁵ Por volta de agosto de 1997 há um rompimento total entre governo e partido.

política e democracia social, mas considerando, ao mesmo tempo, a ruptura com a ordem, o emprego da violência por parte das classes dominadas, como momentos da luta política pela hegemonia e construção de uma nova ordem. Neste sentido, a convivência simultânea de propostas de valorização e aprofundamento da democracia, ampliando sua compreensão, com propostas de emprego da violência como elemento importante na conquista de uma nova ordem, talvez explique a permanência nestes grupos de uma concepção fundamentalmente instrumental de democracia e de um certo vanguardismo, a partir do qual reiteram uma postura um tanto autoritária ao lidar com os demais atores políticos.

No interior do CES o segmento que melhor expressa estas posições é o dos trabalhadores da saúde. Este segmento tem direito a quatro representantes e os escolhidos representam cada um deles as principais categorias de trabalhadores da saúde do Estado e são: um médico, um dentista, uma enfermeira e um representante dos trabalhadores de nível médio. Todos com uma larga experiência no movimento sindical ou/e fortes vínculos com o Partido dos Trabalhadores. A maior parte destes representantes se vinculam às chamadas correntes de esquerda do partido e mantêm uma postura sempre desafiadora face aos representantes do executivo e de “vanguarda” em relação ao segmento dos usuários e prestadores de serviços, colocando em dúvida, constantemente, a veracidade das informações do executivo, desprezando a capacidade analítica de alguns representantes dos usuários e prestadores de serviços e temendo, ao mesmo tempo, a realização de qualquer espécie de parceria com o governo. Tais posturas têm contribuído para o aparecimento de inúmeras dificuldades na alteração da correlação de forças no interior do aparato de Estado, pois percebe-se uma forte tendência neste segmento à rejeição a qualquer postura que possa significar de alguma maneira apoio à propostas governamentais e, conseqüentemente, compromisso com seu projeto, dificultando assim a consolidação do conselho como centro decisório na medida em que existem dificuldades para reconhecer esta instância como espaço de articulação, negociação e deliberação, que conjuga atores diferenciados e compõem um espaço de tangenciamento entre

Estado e sociedade. Ou seja, na medida em que há alguma dificuldade para reconhecer o conselho como instância que é parte deste Estado, mas que entranha neste aparato os tensionamentos existentes entre os próprios atores sociais coletivos e entre estes e o Estado, estes atores têm dificuldade em vislumbrar nesta instância possibilidades de construção de outras estratégias para resolução dos conflitos presentes na sociedade, comprometendo uma atuação mais propositiva.

Além das especificidades do movimento sindical dos trabalhadores da saúde e de sua forte presença no interior do Movimento Sanitário, tem contribuído para que este segmento tenha no interior do conselho um perfil de atuação diferenciado dos demais toda a corrente de mobilização dos sindicatos¹⁶ dos servidores públicos estaduais, desencadeada a partir do progressivo processo de desmantelamento que vem sofrendo os serviços públicos no Espírito Santo e de uma política bastante clara por parte do atual governo de resolver os problemas de financiamento do Estado através do corte de pessoal e de gastos em todas as áreas, Saúde e Educação inclusive. Todos os trabalhadores escolhidos para representar este segmento no CES são ou foram ativos militantes do movimento sindical e, portanto, tem no sindicato um espaço privilegiado para reflexão e definição de suas posições. Mesmo que não se reúnam (e isto de fato não ocorre) com o fim explícito de articular suas posições no conselho, esta articulação acaba por ocorrer via sindicato ou via partido. E para este segmento, mesmo nas experiências anteriores, ainda que de maneira precária, o conselho se constituiu como arena de acesso ao poder executivo de um ator que só episodicamente mantinha com este poder algum diálogo (invariavelmente durante os processos de negociação salarial).

Todos os problemas e projetos discutidos no interior do CES nestes dois anos de funcionamento colocaram no centro do debate a postura democrática dos atores governamentais e do movimento social organizado, concepções de Serviço Público, projetos

¹⁶ As atuais direções dos sindicatos dos servidores do Estado têm em seus quadros muitos militantes das chamadas correntes de esquerda do PT, contribuindo para um enfrentamento mais consistente da política de pessoal do governo.

para consolidação do SUS no Esp.Santo e a política de Recursos Humanos do governo do Estado. Algumas questões sobre as quais, diferentemente do segmento dos usuários por exemplo, os trabalhadores da saúde já tem algum debate acumulado. Em alguns temas suas posições são divergentes e não consensuais (caso do processo de terceirização no setor público), mas raramente tem uma posição que não esteja referenciada em alguma discussão coletiva, ainda que apenas no âmbito da direção sindical. Os trabalhadores da saúde possuem, de fato, melhor preparo para enfrentamento destes debates.

Os usuários, apesar da maioria numérica e do fato de seus representantes serem pessoas com alguma militância nos movimentos de saúde, têm apresentado dificuldades para articular-se coletivamente. Dos 12 representantes a que tem direito, apenas 07 tem comparecido com regularidade às reuniões, e não é raro ficarem divididos entre as posições polarizadas dos representantes governamentais e dos trabalhadores da saúde, caracterizando-se como verdadeiros “fiéis da balança”. As posições de alguns representantes dos usuários não refletem quaisquer discussões realizadas no âmbito de suas entidades, pois não é raro as mesmas sequer se reunirem (como é o caso da FAMOPES). Se, por um lado, aparentemente, esta postura pode facilitar a articulação e negociação com os demais segmentos, por outro, esta negociação, para este segmento em particular, se faz a partir das posições individuais de seus representantes e não há uma articulação de mão-dupla, na qual a posição deste grupo tanto é articulada e negociada no interior do movimento social organizado (o segmento dos usuários é representado por diversas entidades da sociedade civil organizada), quanto é articulada e negociada no interior do próprio conselho.

Esta postura dos representantes dos usuários pode estar refletindo dificuldades oriundas de uma inflexão no seu relacionamento com o Estado, em que passado o período das grandes mobilizações e conflitos de ação direta, a criação de espaços de negociação e articulação Estado/sociedade exige uma intervenção mais qualificada por parte do movimento social organizado, uma intervenção mais propositiva, na qual o reconhecimento do movimento

como interlocutor legítimo exige que este abandone um pouco sua postura reivindicativa e passe a também apresentar propostas e projetos concretos para resolução dos problemas coletivos. Tal inflexão coloca mais exigências para o movimento e tem dificultado o seu próprio processo de articulação interna e de articulação com os demais atores coletivos, pois pressupõe um conjunto de informações, as quais são detidas pelo Estado e ainda de difícil acesso a estes movimentos, capazes de dar-lhes condições de refletir, tomar decisões e se posicionar frente aos demais atores nas instâncias decisórias.

Estes problemas adicionais contribuem para um certo isolamento das lideranças na relação com o movimento, pois ao buscarem formas de capacitação e compreensão das questões postas para a tomada de decisões nestas instâncias, além de absorverem parte do tempo necessário à articulação do movimento (realização de reuniões, assembléias, informativos, etc.) transformam-se, simultaneamente, em “especialistas” na temática e na articulação com o Estado, dificultando o envolvimento de outros membros, o crescimento, organização e mobilização do movimento.

As novas exigências postas e as dificuldades de articulação conduzem os movimentos sociais, as organizações da sociedade civil, a uma posição fragilizada no interior do conselho. O segmento dos usuários, que os aglutina, tem se mostrado bastante vulnerável, ora aos discursos inflamados de alguns representantes dos trabalhadores da saúde (que contam com um aliado em potencial também no segmento dos usuários, pois a representante da Central Única dos Trabalhadores/CUT é uma militante do SindiSaúde), ora às estratégias protelatórias dos representantes da SESA, pois alguns de seus membros, por não terem uma posição previamente definida, tomam suas decisões individualmente, a partir do debate realizado nas reuniões.

As decisões tomadas no interior do conselho, ao não se constituírem como posições clara e firmemente referenciadas em movimentos e ações coletivas, se fragilizam. Não refletindo as posições da sociedade civil organizada e com inúmeras dificuldades para, a partir

das discussões e posições tomadas no interior desta instância, suscitarem o debate entre estas organizações, comprometem a capacidade do conselho de se constituir como um mecanismo de ampliação do que denomino neste trabalho de espaço público. A ausência de uma ampla publicidade (através da divulgação em jornais e outros meios de comunicação com capacidade para atingir um leque maior de atores e não apenas os diretamente envolvidos com o setor) dos temas em discussão no conselho e das decisões tomadas pelo mesmo, bem como a complexidade técnica destas discussões, constituem um entrave a um maior envolvimento das organizações da sociedade civil no debate, impedem que estas tenham uma participação mais qualificada nesta esfera decisória e que seus representantes tenham condições mais igualitárias para intervenção.

Contudo, e pode até parecer contraditório, a publicidade na realização dos negócios públicos, no processo de deliberação acerca da política de saúde do Estado, nas relações entre este e os interesses corporativos e privados de trabalhadores e prestadores de serviços, pode ser considerada o avanço possibilitado pela constituição desta instância, um primeiro passo no sentido da construção e ampliação do espaço público, para o qual a igualdade de condições e a ampliação da capacidade decisória da instância são fundamentais, pois é esta igualdade o que possibilitará que neste espaço os atores possam colocar de maneira aberta os seus projetos, suas posições e disputá-las, negociar questões sobre as quais há conflito e estabelecer consensos, minando, assim, o processamento particularista e clientelista de problemas e demandas.

Sob este aspecto, o modo como os usuários tem ocupado o CES-E. Santo é representativo das dificuldades enfrentadas neste novo modelo de gestão de políticas para efetivamente captar as demandas, propostas e projetos do conjunto da sociedade e articulá-los, evitando particularismos de qualquer espécie. Em decorrência da maioria dos representantes dos usuários serem moradores do município de Vila Velha (situado na região metropolitana de Vitória, capital do Espírito Santo), as demandas apresentadas por este segmento para

discussão no CES ou o conjunto de informações solicitadas pelos mesmos à SESA referem-se quase sempre aos problemas das unidades de saúde da SESA instaladas no município, incapazes de refletir sequer os problemas da região metropolitana de Vitória, que concentra em seus cinco municípios mais da metade da população do estado.

Este problema, entretanto, não pode ser atribuído a uma incapacidade individual daqueles que representam este segmento no CES, mas se reporta exatamente às dificuldades organizativas, de articulação e capacitação técnica enfrentadas pelos membros das entidades ali representadas, as quais deveriam estabelecer uma conexão entre o conselho e o coletivo que tais entidades representam.

Os prestadores de serviços constituem o outro segmento cuja atividade articulatória é quase inexistente, porém, como em decorrência de seus vínculos profissionais lidam diretamente com as questões da saúde e se relacionam proximamente com a SESA, têm posições e interesses bastante claros, refletindo normalmente o próprio posicionamento do setor em relação ao modelo assistencial definido com o SUS e que ainda é objeto de disputa no interior da sociedade. Os representantes (é comum estarem presentes o titular e suplente) do Hospital Universitário, apesar de representarem uma instituição pública, tem uma postura de muita independência na definição de suas posições, estabelecem durante as reuniões diálogos com os representantes dos diferentes segmentos e ambos, titular e suplente, foram indicados pela direção do hospital por exercerem há muito tempo uma prática médica comprometida com a saúde coletiva e pública. Dos demais prestadores de serviços (representantes dos hospitais privados e filantrópicos respectivamente), apenas o representante dos hospitais privados comparece com maior regularidade às reuniões, mantendo uma postura ainda mais independente do que a observada entre os representantes do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes/HUCAM, pois não é comum o mesmo buscar qualquer tipo de articulação com os demais membros do conselho.

Entre os representantes governamentais, destaque deve ser dado ao representante do Ministério da Saúde, funcionário da Fundação Nacional de Saúde, representante do ministério no conselho desde 1993, e médico com uma história profissional vinculada à saúde coletiva, à medicina preventiva, à atenção integral e de qualidade aos usuários do sistema. Também é senhor de uma posição individualizada no interior do CES, o que no seu caso significa um compromisso com a defesa do SUS e com os princípios norteadores da Reforma Sanitária brasileira.¹⁷

Notamos que a maioria das pessoas escolhidas para representar os diferentes segmentos no interior do conselho tem em comum uma história de atividade profissional e política intensiva no campo da saúde coletiva e de compromisso com os princípios do projeto de Reforma Sanitária, o que faz com que a representação no interior do conselho se constitua numa representação de projetos políticos vinculados à especificidade do Sistema de Saúde ou ao que mudanças neste sistema representam em termos da luta política por democracia em sentido amplo. Contudo, tal projeto necessita de permanente alimentação e ancoragem na sociedade. Cada medida, projeto, lei ou proposta discutida no interior do conselho representa um passo na direção da consolidação ou redefinição do projeto de reforma sanitária contido no SUS e do projeto de democracia participativa embutido no mesmo. Portanto, apesar da maioria dos conselheiros estarem de algum modo identificados com este projeto, é no debate das questões que são colocadas ou que deixam de ser levadas ao conselho que ele é questionado, atualizado, se concretiza ou é redefinido, requerendo um intercâmbio mais permanente com os atores coletivos que o legitimaram, o tornaram lei e a partir dos quais qualquer alteração deve ser discutida, negociada e pactuada. E sob este aspecto o conselho tem enfrentado problemas para exercer o seu papel de direção, controle e fiscalização da operacionalização deste projeto, concretizado no SUS, em decorrência, principalmente, da

¹⁷ No final de 1997 houve uma renovação dos representantes de cada segmento no conselho, a maioria dos conselheiros obteve um segundo mandato. O representante do Ministério da Saúde, porém, não é mais a pessoa que descrevo aqui.

falta de condições para o seu funcionamento (já explicitadas anteriormente), da dificuldade no acesso às informações necessárias à compreensão das temáticas em discussão no conselho e dificuldade na divulgação destes debates para o conjunto da sociedade de forma a realizar este intercâmbio e articulação.

Na experiência do CES-E.Santo, a saída do secretário de saúde no início da gestão petista e as circunstâncias em que saiu sinalizaram a existência de concepções diferentes do processo democrático, de como enfrentar os problemas do Sistema Único de Saúde e de como implantar medidas que objetivassem a sua consolidação. Concepções que têm encontrado no CES espaço para sua expressão e se caracterizado fundamentalmente nas posições defendidas por trabalhadores da saúde e governo, posições quase sempre polarizadas em torno das prioridades governamentais para a área da saúde, e que expressam desconfianças mútuas quanto à condução das discussões. Para alguns membros da atual equipe da SESA, somente a atual equipe tem de fato um projeto para a consolidação do SUS no Espírito Santo, e foi este projeto o centro das divergências, caracterizando as disputas ocorridas no interior do CES muito mais como disputas por espaço perdido articuladas por quem não se encontra no poder (no caso, a esquerda do partido), não expressando uma preocupação genuína com a defesa de um outro projeto para o sistema de saúde do E.Santo (opinião compartilhada por alguns representantes dos segmentos dos usuários e prestadores de serviços).

“A partir do momento que o governo do estado enfrentou a mais ferrenha oposição dentro do seu próprio campo de atuação, esse campo de luta se manifesta no conselho, que foi construído, foi concebido prá dar outra cara ao governo na área da saúde, dar sustentação política, prá dar a direção no campo da saúde. Entretanto a práxis do conselho é a práxis do confronto político, porque os interesses corporativos, os interesses de cada segmento que está dentro do conselho se multifacetam em cada vez mais interesses, que chega ao ridículo de em alguns casos

representarem interesses pessoais dentro de um campo ou de outro.”(Membro da Equipe de governo na SESA)

Minimizar o caráter político desta disputa constitui uma estratégia, por parte de quem está no poder, de não reconhecimento da existência de um outro projeto político capaz de contrapor-se fortemente ao que está em andamento e, ao mesmo tempo, uma tentativa de convencer os demais atores (usuários principalmente) da inexistência deste outro projeto.

Diferentemente, para a maioria dos representantes dos trabalhadores da saúde não existe disposição política por parte desta equipe para de fato consolidar o SUS, valorizando efetivamente a saúde pública através da ampliação dos investimentos estatais e mais do que isso, respeitando o CES como instância de decisão, como canal para democratização das decisões.

“A secretaria tem apresentado os projetos pra discussão no conselho sempre ‘em cima da hora’ e o conselho é um centro de poder, as pessoas que estão em cargos de poder na secretaria não querem dividir esse poder, então, elas buscam impedir que tudo passe pelo conselho”(Representante dos Trabalhadores da Saúde)

Todo o elenco de temas discutidos no interior do CES nestes anos tem uma clara referência às questões que hoje se encontram na agenda de discussões do processo de consolidação do SUS (a defesa do sistema público, a municipalização, o financiamento e a política de recursos humanos) e que requerem uma tomada de posição e articulação dos propositores e defensores do projeto de Reforma Sanitária nas instâncias criadas com o objetivo de incorporar os diferentes atores da sociedade às decisões sobre os seus rumos. Contudo, a produção de medidas que possam representar mudanças significativas na operação do sistema ainda não é uma realidade evidente. A política de contenção de gastos implementada pelo governo estadual é um dos elementos, mas o principal problema constitui-se no fato de que o executivo, como responsável pela gestão dos recursos e pela execução das decisões tomadas na instância, continua a possuir parcela considerável de poder, detendo

condições e recursos para exercer de modo mais efetivo a capacidade de direção sobre o sistema. O conselho ainda tem dificuldades para fiscalizar as ações do executivo, faltam pessoal e capacidade técnica e, apesar das ameaças de alguns representantes dos trabalhadores da saúde, a justiça, através do Ministério Público, não foi acionada em nenhum momento com o propósito de auxiliar mais consistentemente no controle e fiscalização das ações da SESA.

4.4 PERFIL DE ATUAÇÃO DO CES-E.SANTO

Em dois anos e seis meses de existência (período estudado neste trabalho), a reflexão acerca de determinados temas (Municipalização, Estruturação Interna do CES, Recursos Humanos do SUS e Controle social) se realizou em torno de algumas medidas e problemas bem concretos envolvendo a SESA e a política estadual de saúde, entre os quais se destacaram o projeto de municipalização montado pela secretaria, a elaboração do plano estadual de saúde, a greve dos médicos, o projeto de aprimoramento gerencial (gerência hospitalar), a reformulação do regimento interno do CES e o projeto de demissão de servidores não estáveis em todo as áreas de ação do Estado.

Na primeira reunião do conselho, um dos representantes dos trabalhadores da saúde solicitou a inclusão na pauta do tema “municipalização” e fez a leitura de um documento no qual demonstrava preocupação com o processo. A grande preocupação demonstrada pelos conselheiros, que se pronunciaram sobre o assunto nesta e em outras reuniões, dizia respeito à possibilidade de que a municipalização significasse uma mera transferência de unidades do Estado para as prefeituras municipais, sem que as prefeituras tivessem condições financeiras e gerenciais para assumi-las, fazendo com que o processo de municipalização não significasse mais do que uma desresponsabilização do Estado de obrigações que antes eram suas.

Porém, o maior problema identificado pelos conselheiros em relação à municipalização é o fato da Comissão Intergestores Bipartite-CIB ser a instância a orientar este processo. A Comissão Intergestores Bipartite é a instância na qual os processos de municipalização são analisados e onde são pactuadas ações de saúde entre os dois níveis de governo (estadual e

municipal). A palavra final sobre estes pactos e sobre a municipalização deve ser dada pelo CES. Devido a sua inexistência até o final de 1995, várias municipalizações foram efetuadas com o aval exclusivo da CIB, que na opinião dos conselheiros parecia não estar usando critérios muito claros para o atendimento dos pedidos dos municípios de enquadramento nos diversos modelos de gestão, nem observando as diversas exigências feitas pela NOB 01/93 (posteriormente NOB 01/96) para realização deste enquadramento. As principais falhas identificadas pelos conselheiros são a inexistência dos Conselhos Municipais de Saúde e de Planos Municipais de Saúde aprovados pelos referidos conselhos.

A grande preocupação demonstrada pelos conselheiros neste momento dizia respeito à transparência do processo e ao exercício de um efetivo controle sobre o mesmo, a ser efetuado principalmente pela população de cada município. Esta discussão ocupou um considerável espaço no interior do conselho e deu origem a sua primeira resolução, a 001/95, que regulamentava o processo ao estabelecer que os repasses de recursos financeiros, materiais e humanos do Estado aos municípios só seriam realizados após a aprovação da municipalização pelos conselhos municipais de saúde, em acordo com os planos municipais de saúde e da fiscalização, análise e aprovação do processo pelo Conselho Estadual.

Entretanto, o controle pelo CES deste processo, em consonância com esta resolução, continuou problemático, pois o mesmo não possui condições de manter um esquema de fiscalização dos municípios, através de visitas periódicas a cada um deles, principalmente para verificar a existência e funcionamento regular dos conselhos municipais. Foi criada no interior do conselho uma comissão com este objetivo, mas a falta de recursos para as viagens e de disponibilidade dos conselheiros para a tarefa foi um impedimento. A CIB continuou a deter um controle maior sobre o processo. Era comum as solicitações de enquadramento num determinado modelo de gestão chegarem para análise pelo conselho com a municipalização já em andamento, ou seja, ao conselho não restava mais nada a fazer a não ser referendar a decisão já tomada pela Bipartite.

A existência de instâncias de decisão de participação mais restrita, como as Comissões Intergestores Bipartites, constituiu um esforço por parte dos atores governamentais, mesmo nas gestões “democráticas e populares”, para deter, represar, a expansão da participação da sociedade representada pelos conselhos. É uma evidência de que apesar da conquista obtida pelos movimentos sociais com a inserção na legislação de mecanismos mais democráticos de gestão de políticas públicas, a ruptura com um determinado modelo de gestão, centralizado, elitista e verticalizado não se completou. Ou seja, na medida em que se criam “espaços de deliberações transparentes, criam-se novos espaços, de participação mais restrita, oficiais ou ‘oficiosos’-como os lobbies, para onde o poder real é desviado.”(Carvalho, 1997, p.53)

Este é um processo contínuo de disputa por alterações substantivas na estrutura de poder, nos mecanismos usados para tomada de decisões na esfera do Estado, que implicam uma publicização da política, tornando os negócios públicos mais transparentes e objeto de discussão por todo o conjunto dos atores sociais, desprivatizando-os. A criação de outras instâncias decisórias e a permanência de mecanismos de articulação e decisão, em que se reitera a barganha clientelista e a troca de favores, revelam as tensões existentes em torno desta ruptura incompleta no modelo de gestão e tomada de decisões e as dificuldades existentes para a consolidação de um espaço que, possibilitando a articulação entre atores estatais e atores da sociedade civil em condições não hierarquizadas, amplie o espaço público uma vez que, ao propiciar um intercâmbio entre estes atores em condições minimamente igualitárias, torna possível ao conjunto da sociedade uma participação mais ativa na definição de seus rumos, bem como a construção de uma vida pública.

No interior do CES as disputas em torno da municipalização, nas quais as tensões entre este novo modelo de gestão representado pelo conselho e o desvio de seu poder para outra instância, menos democrática e plural, se tornaram evidentes, ficaram ainda mais acirradas após a posse do novo secretário de saúde e de sua equipe. A SESA montou um projeto de municipalização, no qual incluía visitas do secretário de saúde e de técnicos da secretaria aos

municípios e uma avaliação das suas condições de gestão, cujo principal objetivo era avançar com este processo ainda no governo Vítor Buaiz, cumprindo uma das determinações esboçadas na NOB 01/93 e expressas atualmente na NOB 01/96, de que ao estado cabe

“... exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual (...) promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral (...) assumir em caráter transitório (...) a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade (...) ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual” (NOB 01/96 p. 5 e 6)

As críticas feitas ao projeto, principalmente pelos trabalhadores da saúde, foram veementes, com acusações à direção da SESA de autoritarismo e total desconsideração por toda a discussão e normatização anterior já estabelecida pelo CES. A SESA alegou que o projeto era de caráter técnico e operacional e, apesar da sugestão de alguns conselheiros de que a municipalização fosse suspensa, nenhuma medida foi votada ou tomada; a proposta inicial da secretaria não sofreu alterações e o CES continua sem condições de exercer maior controle e fiscalização sobre este processo. Contudo, este embate produziu algumas medidas que tem contribuído para o fortalecimento do CES como instância responsável por uma decisão final acerca da municipalização. A partir da discussão do plano de municipalização apresentado pela SESA, os pedidos feitos pelos municípios para enquadramento em qualquer um dos modelos de gestão passam necessariamente pelo conselho e os prazos para encaminhamento destes processos respeitam um pouco mais a sua dinâmica de apreciação e deliberação, havendo inclusive solicitações de municipalização, que haviam obtido parecer favorável da Bipartite, que foram barradas pelo CES devido à existência de Conselhos Municipais de Saúde cuja composição não correspondia à paridade recomendada pela IX Conferência Nacional de Saúde.

A relação com a Bipartite foi um problema recorrente em todo este período. Para os conselheiros todas as condições de que desfruta a Bipartite para o seu funcionamento é uma prova da importância cada vez maior desta instância no circuito decisório.

“A lei diz que o conselho é deliberativo, mas tem muitos assuntos[em] que ele só aprova aquilo que a bipartite já discutiu e aprovou”(Representante dos Usuários)

“A comissão bipartite tem sala, câmara técnica, toda uma infra-estrutura para funcionar. Nós estamos entrando no segundo ano, dentro de um governo democrático-popular, e ainda não conseguimos montar uma câmara técnica para atender o conselho”(Representante dos Trabalhadores da Saúde)

“No momento a bipartite tem mais autonomia que o conselho”(Representante dos Trabalhadores da Saúde)

A existência da Bipartite, um mecanismo de articulação e decisão não previsto inicialmente pelos propositores da Reforma Sanitária, foi estabelecida a partir da NOB 01/93 como uma estratégia de execução da descentralização, prevista desde a promulgação da LOS, responsável pelo estabelecimento de ações pactuadas entre os gestores nos três níveis de governo (foi criada também a tripartite/Ministério da Saúde, CONASS-Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde- e CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-, mas a municipalização deve ser totalmente conduzida pelas Bipartites) cujo objetivo seria a consolidação do modelo descentralizado de gestão do SUS.

O maior problema enfrentado pelo conselho em sua relação com a Bipartite, entretanto, parece ser o fato de que o CES, ao contrário da CIB, não tem condições para exercer o papel de direção do sistema de saúde, definindo prioridades para as ações da secretaria e para a alocação dos recursos, papel este que também deveria ser exercido pelos conselhos municipais em relação ao gestor municipal. Isto faz com que estas instâncias tenham sua capacidade de direção e decisão comprometida, pois os ocupantes do executivo (municipal e estadual), ao deterem as informações e as condições necessárias para uma avaliação, planejamento e

finalmente para a tomada de decisões, reúnem capacidade técnica e política para dirigir suas próprias ações. Ou seja, o exercício efetivo do poder pelo conselho, sua constituição como espaço de articulação e deliberação conjunta envolvendo Estado/sociedade, depende tanto da postura democrática por parte dos ocupantes do poder público, garantindo à toda a sociedade e aos conselheiros uma ampla publicidade dos seus atos e acesso às informações e recursos disponíveis no Estado, quanto da organização e mobilização da sociedade na ocupação deste espaço, exigindo o acesso às informações, discutindo-as, apresentando propostas e pressionando pelo cumprimento de suas resoluções.

As dificuldades enfrentadas pelo CES para dirigir o processo de municipalização se reproduziram durante a montagem do Plano Estadual de Saúde, a partir de maio de 1996. Nesta data foi formada uma comissão no interior do conselho para, junto com técnicos da SESA, montarem as diretrizes norteadoras do Plano Estadual de Saúde (a serem aprovadas pelo CES) e o plano propriamente dito.

O plano foi aprovado pelo CES em junho de 1996, com as ressalvas da comissão que acompanhou sua elaboração, de que teve inúmeras dificuldades na execução da tarefa, em decorrência da complexidade técnica de algumas questões e do pouco tempo para realizá-la, prejudicando, conseqüentemente, sua discussão no interior do próprio conselho (apenas a comissão teve condições de acompanhar as discussões realizadas no interior da SESA), pois o mesmo não dispôs de tempo para avaliar detalhadamente o teor do plano (os conselheiros aprovaram o parecer dado pela comissão e submetido ao plenário do CES). Fica evidente para alguns conselheiros que esta é uma das estratégias usadas pela secretaria para aprovar suas propostas e deter a capacidade de direção do sistema estadual de saúde:

“o executivo acaba fazendo tudo por pacotes, apenas consultando o conselho ou enviando projetos para serem aprovados ‘a toque de caixa’.”(Representante dos Trabalhadores da Saúde)

“Não é que exista uma ação deliberada do governo para que o conselho não

funcione. Existe uma ação deliberada para que funcione a favor do governo. Sempre que alguma questão de interesse do governo precisa ser discutida no conselho é aquele 'corre-corre', todo mundo vai atrás. Quando não, é aquele marasmo. Então, o governo não privilegia a participação do conselho.”(Representante dos Trabalhadores da Saúde)

O Plano Estadual de Saúde é um dos valiosos instrumentos no qual se expressam os diferentes projetos e prioridades para a área da saúde. Nas condições em que o mesmo foi montado e discutido, a disputa, o debate, a costura de acordos entre os conselheiros foi simplesmente impedida.

No espaço de apenas um mês os conselheiros deveriam, juntamente com os técnicos da SESA, montar o plano estadual de saúde para que o estado pudesse pleitear o seu enquadramento no modelo de gestão semiplena (NOB 01/93) e, conseqüentemente, receber mais recursos para o desenvolvimento da política de saúde. Este argumento foi fundamental para que os membros do conselho se sentissem “obrigados” a aprovar o plano, mesmo com algumas dúvidas e questionamentos, para evitar acusações posteriores de que por disputas de “pequena importância” o plano estadual de saúde não tinha sido aprovado em tempo hábil e o Espírito Santo deixado de receber mais recursos para o setor. Mas a maioria demonstrou estar bastante consciente da estratégia de direção e manutenção da capacidade decisória usada pelo corpo técnico-político da SESA e da impossibilidade dos conselheiros assumirem a direção do processo devido à inexistência de condições técnicas para tanto.

Esta situação se repetiu no envolvimento do conselho como mediador na relação entre Estado e sindicato durante a greve da categoria médica. As discussões em torno desta greve colocaram em evidência a política de recursos humanos do SUS no Espírito Santo. No contexto de acompanhamento das negociações (foi designada uma comissão do CES para realizar este trabalho) entre a categoria e o governo, realizado pelo CES, ficou evidente a sua impotência para interferir mais decisivamente na situação. O CES limitou-se a recomendar ao

governo que buscasse encontrar uma solução para o problema e a estabelecer, sem resultados práticos, prazos para governo e médicos resolverem a questão. O CES não tinha condições, instrumentos legais, para impor ao governo ou à categoria médica qualquer tipo de penalidade que de alguma maneira fizesse com que estes atores se sentissem impelidos a cumprir as recomendações do Conselho. A representação dos interesses e direitos da população corporificadas no CES não foi suficiente para estimular uma rápida saída para o impasse colocado com a greve.

Estas discussões aconteceram ao mesmo tempo em que grupos de especialistas pediam demissão do Estado, formavam cooperativas médicas e as mesmas eram contratadas pela SESA, contribuindo para que, neste debate, o CES definisse sua posição a respeito do processo de terceirização na saúde (assunto bastante discutido no interior do conselho com posições a favor e contra a formação de cooperativas, principalmente no interior do segmento de trabalhadores e prestadores de serviços). O representante da categoria médica no interior do segmento dos trabalhadores da saúde era o mais árduo defensor da formação de cooperativas, alegava não haver uma outra forma dos médicos continuarem a trabalhar no setor público e serem ao mesmo tempo bem remunerados, a terceirização seria uma consequência inevitável. Os representantes dos prestadores de serviços, também médicos, não eram tão incisivos, mas achavam que o conselho não deveria se posicionar contra todo e qualquer tipo de terceirização na área da saúde (eram favoráveis, por exemplo, à terceirização dos serviços de limpeza e cozinha), posição compartilhada pelos representantes governamentais. Para a maioria dos conselheiros (trabalhadores da saúde e usuários), entretanto, o conselho não deveria admitir qualquer tipo de terceirização. Esta foi a posição definida pelo conselho e posteriormente ratificada pela Conferência Estadual de Saúde. Junto com a reiteração da posição do conselho de se colocar firmemente contra a terceirização, foi emitida pelos participantes da conferência uma moção de repúdio ao movimento grevista da categoria médica. Nesta moção os médicos foram acusados de lutarem por melhores condições de trabalho apenas no plano do discurso,

pois como cooperativados se sujeitavam as estas mesmas condições de trabalho, porém com uma remuneração significativamente maior. O governo, porém, não tem seguido as orientações do CES e da Conferência quanto à terceirização e tem de fato encontrado dificuldade para segui-la.¹⁸ Ao mesmo tempo, não possui qualquer estudo capaz de indicar se a contratação de cooperativas reduz os seus gastos com pessoal, um dos principais argumentos dos defensores da terceirização. A existência de uma câmara técnica a serviço do conselho talvez pudesse realizar um estudo desta natureza, fortalecendo um pouco mais as posições do CES com a comprovação da fragilidade do argumento econômico (diminuição dos gastos com pessoal, maior eficiência na prestação dos serviços, etc.) tanto quanto do político (diminuição das atribuições do Estado para melhor atender a população) evidenciando que a disputa em torno do tema faz parte da disputa política mais ampla em torno de concepções acerca do papel do Estado e dos governos de esquerda nas mudanças sociais e não uma mera estratégia de confronto com o governo como declararam alguns de seus representantes no CES:

“O conselho desde 95 tentou mediar o conflito na greve dos médicos, mas é impossível você mediar um conflito quando esse conflito passa a ser também um espaço de confronto político ao governo, de oposição ao governo. A greve passou a ser também uma arena de confronto ao grupo do governador Vitor Buaiz.”(Membro da Equipe de governo na SESA)

A posição adotada pelo conselho e sua posterior reiteração pela Conferência Estadual de Saúde demonstram a existência de um certo acordo quanto a estas questões entre os trabalhadores do setor e o movimento social organizado, ampliando a capacidade destes segmentos para direcionar as ações da SESA quanto à questão. Representam, neste momento, a defesa de um conjunto de princípios a serem seguidos pela secretaria e a partir dos quais sua ação será fiscalizada. A disputa para impedir que a SESA adote a terceirização continua no

¹⁸ O Espírito Santo possui uma enorme carência de profissionais de determinadas especialidades. Ao mesmo tempo houve uma articulação de âmbito nacional da categoria médica para que profissionais de outros estados da federação não se apresentassem para as vagas, em regime de contratação por tempo determinado,

interior do conselho. A existência destas resoluções (do Conselho e da Conferência) propiciou uma ampliação da capacidade de controle do CES sobre as necessidades de contratação de serviços terceirizados apresentadas pela secretaria e dos contratos realizados, pois qualquer contrato ou convênio deve passar por análise e aprovação pelo conselho. Ou seja, a defesa de uma posição por parte do Conselho e o respaldo dado à mesma pela Conferência ampliaram a disputa em torno da questão em seu interior (as discussões ficaram mais acirradas e cresceram, ao mesmo tempo, as posições contrárias à terceirização) e fortaleceram os defensores da posição definida pelo CES (que não foi obtida por unanimidade), uma vez que qualquer proposta de contratação de serviços terceirizados tem sido objeto de intensos debates até que se chegue a um acordo sobre a necessidade da mesma e da inviabilidade de uma outra solução.

Também foi objeto de acirradas disputas no interior do CES o projeto governamental de aprimoramento da gerência hospitalar, com o qual o governo pretendia melhorar a qualidade dos serviços de assistência à saúde prestados pelas unidades do Estado. Segundo os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, este projeto passou pelo conselho com diferentes denominações até que o governo resolveu encaminhá-lo para aprovação na Assembléia Legislativa, sem qualquer posição tomada pelo conselho, com o nome definitivo de “Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo.”

Em maio de 1996, um dos representantes dos trabalhadores da saúde colocou em reunião a necessidade do conselho discutir o “Projeto Ágora” (primeira denominação dada ao projeto, segundo trabalhadores da saúde e usuários). O projeto ainda se encontrava em fase de elaboração no interior da SESA (e também estava em discussão entre os participantes do curso de “Gestão Hospitalar” promovido pela secretaria) e nenhuma iniciativa no sentido de que o conselho participasse deste processo havia sido tomada até aquele momento. A partir da solicitação desta conselheira, formou-se uma comissão para discuti-lo. Esta comissão, porém,

anunciadas pela SESA. A secretaria ficou, então, sem opções, sendo praticamente obrigada a contratar as cooperativas.

não apresentou nenhuma proposta de mudança do projeto. Apresentou defeitos, acusou os técnicos da secretaria (no momento em que sua avaliação estava em discussão no conselho) de não terem montado uma proposta global e reivindicou a nomeação de uma assessoria técnica para o conselho, mas nenhuma outra alternativa a essa proposta de gerenciamento da rede hospitalar do Estado foi apresentada, mesmo após a ampliação dos prazos para que a comissão a analisasse e discutisse.

Havia um temor por parte dos conselheiros (temor este compartilhado por uma equipe de técnicos e especialistas da UNICAMP que estava assessorando a secretaria na montagem do projeto, manifestado através de uma carta enviada aos conselheiros e divulgada entre os participantes da Conferência Estadual de Saúde) de que a chamada autonomia gerencial introduzida no projeto significasse uma terceirização da gerência das unidades de saúde do Estado através do chamado “Acordo de Resultados” (acordo através do qual seriam pactuadas entre secretaria de saúde e unidades hospitalares metas a serem atingidas por cada unidade). Não estava claro no projeto se este acordo seria realizado entre a SESA, a gerência do hospital e seus funcionários, ou se o Estado contrataria entidades privadas para administração de cada hospital da rede e o “Acordo” seria realizado entre a SESA e a entidade. O temor manifestado em reuniões do conselho e na Conferência referia-se aos possíveis problemas que uma terceirização da gerência dos hospitais poderia acarretar sobre o processo de democratização de gestão (com a criação dos conselhos gestores de unidades envolvendo funcionários e representantes da população local) em curso desde 1995. Além deste, um outro temor em relação às propostas contidas no projeto dizia respeito ao pagamento diferenciado dos trabalhadores com a criação do incentivo desempenho (não estavam claros que critérios seriam usados e se existiriam diferenças entre as categorias profissionais), instituindo os ganhos por produtividade, e a criação do Conselho de Diretores de Hospitais (CDH), mais uma instância de decisão a concorrer com o conselho.

À semelhança da Bipartite, o Conselho de Diretores de Hospitais tem poderes para junto com a SESA definir metas e prioridades envolvendo os serviços prestados pela rede hospitalar do Estado, evidenciando mais uma vez que, a despeito da criação de instâncias decisórias mais plurais e democráticas, o poder vem se exercendo por outros canais, distantes do controle da sociedade.

Em julho de 1996, na Conferência Estadual de Saúde, o assunto voltou a ser discutido e a posição definida pelos participantes da conferência foi a de que o governo não tomaria nenhuma decisão sem que antes se realizasse um amplo debate com toda a sociedade acerca do projeto (proposta apresentada pelos delegados do segmento dos trabalhadores da saúde) e que o CES se posicionasse a respeito. A recomendação era de que a SESA realizasse seminários abertos à toda sociedade, com entidades da sociedade civil organizada e com aqueles que individualmente se interessassem pelo assunto, para discutí-lo. Um único seminário aconteceu e estava marcado antes mesmo das deliberações da conferência, envolvendo apenas os conselheiros e o legislativo. A comissão interna do CES continuou trabalhando no projeto, mas este foi, à revelia das discussões realizadas por esta comissão, encaminhado pela Casa Civil para apreciação na Assembléia Legislativa em novembro de 1996. Bastante emblemático desta reiterada postura de desconsideração do executivo para com as discussões realizadas no interior do conselho foi o fato de que, no exato momento em que este projeto estava sendo apreciado pelos conselheiros em reunião, ele estava entrando em votação na Assembléia Legislativa. Os conselheiros foram avisados, na hora, por um deputado do PT, ligado às correntes de esquerda, membro da comissão de saúde do legislativo, e que sabia de todo o processo de discussão no interior do CES. A notícia apanhou de surpresa os próprios técnicos da SESA que assessoravam o conselho na sua análise. Alguns conselheiros chegaram a ir à Assembléia Legislativa acompanhar a votação e demonstrar sua revolta, como bem indica a fala desta representante dos usuários:

“Na apresentação do projeto na assembléia eu cheguei a falar: vocês querem fazer a

gente acreditar que o conselho é um zero à esquerda, que a gente é um zero à esquerda”(Representante dos Usuários)

Não que os conselheiros desconhecem o fato de que o projeto seria matéria a ser aprovada pelo legislativo, apenas esperavam que o seu encaminhamento só acontecesse após sua aprovação pelo CES, conforme deliberado na Conferência Estadual de Saúde. O conjunto de propostas aprovadas pela conferência acerca desta questão previa um amplo debate com toda a sociedade, para que a mesma conhecesse o projeto e definisse que tipo de gerenciamento e estrutura organizacional melhor atenderia suas próprias necessidades. Ao desrespeitar estas deliberações, o executivo reiterou um padrão para tomada de decisões e de relacionamento com o legislativo: a negociação particularista com cada parlamentar, na qual apoios são trocados por cargos e obras, que desconsidera as mudanças efetuadas na estrutura de poder a partir da criação de instâncias decisórias como a Conferência Estadual de Saúde e o CES. As conferências são instâncias de participação social de caráter mais amplo nas quais se reúnem os mais diversos segmentos sociais interessados em determinada temática e são estabelecidas diretrizes gerais para o setor a serem seguidas pelos órgãos executivos. Ao encaminhar o projeto diretamente para o legislativo e recorrer ao velho mecanismo da barganha clientelista para obter sua aprovação, o executivo usou um conjunto de mecanismos e velhas práticas para afirmação de suas propostas que tem convivido simultaneamente com os novos canais de articulação e tomada de decisões os quais a sociedade, os movimentos sociais organizados, ainda tem inúmeras dificuldades para controlar, mesmo com todo o conjunto de transformações efetuadas na institucionalidade democrática. Tal postura revela que, se há avanços consideráveis em termos do aperfeiçoamento destas instituições, o aprofundamento de uma cultura democrática tem encontrado resistências e é permeado por conflitos e contradições (como o prova o fato de que estes problemas aconteceram num governo supostamente de esquerda).

Este episódio e outras atitudes do corpo técnico-político da SESA (como por exemplo, desmarcar na última hora um seminário interno do conselho marcado com mais de um mês de antecedência e não avisar a todos os participantes, sob a alegação de que o correio não entregou a correspondência à tempo, bem como as constantes ausências do secretário de saúde às reuniões e a não publicação na imprensa de notas com os posicionamentos tomados pelo conselho) contribuíram para o crescimento das desconfianças dos conselheiros em relação ao direcionamento dado às reuniões e à dinâmica imprimida aos debates, e para o aparecimento das primeiras propostas de reformulação da lei de criação do CES e do regimento interno do conselho com o objetivo de resolver estas questões e dar transparência à direção das reuniões. Este debate começou em fins de setembro de 1996, mas somente em maio de 1997 o regimento foi efetivamente reformulado, com os representantes governamentais utilizando alguns recursos protelatórios, como provocar a queda do quórum e a colocação deste assunto como um dos últimos pontos de pauta das reuniões. Os conselheiros desistiram das mudanças na legislação¹⁹, o argumento usado pelo autor da proposta de desistência (um dos representantes dos trabalhadores da saúde) foi o de que a espera por mudanças na lei, a serem efetuadas pela Assembléia Legislativa, iria adiar por muito mais tempo qualquer mudança significativa no funcionamento do conselho, evidenciando não só desconfiança em relação ao legislativo, mas dificuldades para manter articulações com este centro de poder.

As relações clientelistas, de troca de favores, estabelecidas entre executivo e legislativo, mesmo num governo petista, contribuíram para que o descrédito em relação ao legislativo só crescesse entre os conselheiros. No momento em que um dos representantes dos trabalhadores da saúde sugeriu que o conselho desistisse de fazer mudanças na lei, para evitar longas peregrinações ao legislativo que poderiam comprometer o processo de mudanças pretendido, houve uma concordância quase generalizada entre os presentes de que o melhor seria

¹⁹ A principal delas referia-se à composição do conselho, de modo a atender à paridade proposta pela resolução 33/92 do CNS. Também se pretendia que o cargo de presidente do Conselho não fosse necessariamente ocupado pelo secretário estadual de saúde, mas que o ocupante do mesmo fosse eleito entre seus membros.

realmente efetuar mudanças pontuais no regimento interno, mas que poderiam garantir maior transparência e ampliar a participação dos conselheiros na condução dos debates, e evitar o desgaste de longas negociações com o legislativo já que este tinha dado inúmeras demonstrações de que não mantêm uma postura de independência em relação ao executivo, reiterando entre os conselheiros o sentimento de que os parlamentares não se preocupam genuinamente com os problemas que realmente interessam ao conjunto da sociedade e de que amplos segmentos sociais continuam excluídos do exercício do poder.

Ainda é cedo para afirmar que as mudanças (já descritas anteriormente) contidas no novo regimento interno serão capazes de imprimir uma dinâmica completamente diferente ao seu funcionamento. Pude acompanhar apenas duas reuniões sob o comando da mesa diretora, principal mudança introduzida no regimento interno. Contudo, notamos que as pautas tem sido organizadas de modo a estabelecer uma hierarquia que contemple as prioridades estabelecidas pelos conselheiros e que a sua apresentação no início das reuniões tem sido mais detalhada, facilitando a compreensão dos conselheiros presentes dos assuntos a serem discutidos, possibilitando, assim, uma maior transparência na direção das reuniões.

A discussão acerca do projeto governamental de demissão dos servidores não estáveis em todas as secretarias e órgãos do Estado foi um demonstrativo das alterações ocorridas a partir da criação da mesa diretora. Ficou claro para todos os conselheiros, após a denúncia feita por um de seus membros de que solicitara há algum tempo a discussão deste assunto pelo CES, que o presidente do conselho já havia recebido, com certa antecedência, uma solicitação para que o tema fosse incluído na pauta de uma reunião extraordinária do conselho e não o fez. Como a mesa diretora tem se reunido semanalmente para organizar as reuniões e suas respectivas pautas, bem como dar encaminhamento às deliberações, pôde concluir, após esta denúncia, que o secretário de saúde não levou ao conhecimento da mesa esta solicitação. Por outro lado, sua existência ainda não conseguiu evitar a violência verbal entre representantes do governo e representantes dos trabalhadores da saúde que ocorre durante os debates e que

dificultam o processo de reflexão e a tomada de uma posição minimamente isenta de preconceitos e de avaliações baseadas em elementos que não dizem respeito ao assunto em pauta para discussão, como o que aconteceu na reunião em que o projeto de demissões foi o principal assunto discutido pelo conselho. A violência verbal (caracterizada principalmente pela utilização de ofensas pessoais e expressões pejorativas), recurso utilizado principalmente por alguns dos representantes dos trabalhadores da saúde, fez com que aqueles pessoalmente atingidos fossem levados a pensar e se posicionar a partir de suas impressões emocionais, pois mesmo que concordassem com as posições defendidas pelo autor da ofensa, eles não se manifestariam a favor como uma forma de retaliação, comprometendo a clareza e a liberdade no desenvolvimento dos debates.

Esta questão é interessante se considerarmos que facilitar o debate (expondo seus argumentos e posições com clareza) e não utilizar recursos (como a ofensa pessoal e a ultrapassagem de seu tempo de exposição) que comprometam a participação de todos os membros, são também elementos de vital importância para garantia do processamento democrático das discussões e deliberações. Uma postura especialmente desrespeitosa tem sido observada principalmente entre os conselheiros que são militantes de correntes de esquerda no interior do PT, traduzindo um profundo desprezo pelos oponentes e por aqueles que não compartilham das mesmas posições.

Estas posturas ficaram muito claras, por exemplo, no decorrer do debate para definição do posicionamento do CES em relação ao projeto de demissões. Para a maioria dos conselheiros não estava claro, em decorrência do nível de agressividade com que a proposta era defendida, com várias acusações a todas as ações desenvolvidas pelo governo, que a proposta dos trabalhadores da saúde era a de não discutir nenhuma alternativa que representasse uma aceitação do plano global do governo de demissão de servidores e que a outra proposta (que o autor, um dos representantes governamentais, se recusava a colocar como proposta e a caracterizava como um adendo à proposta dos trabalhadores) admitia o

plano de demissões na medida em que propunha que se definisse parâmetros, critérios para sua realização. Apenas uma pessoa, dentre todos os conselheiros, usou o seu espaço para defender a proposta dos trabalhadores da saúde com esta clareza, ressaltando que a posição do conselho a ser divulgada em nota ou resolução²⁰ (isto também foi objeto de disputa) não poderia admitir, em hipótese alguma, qualquer tipo de demissão, com ou sem parâmetros, com ou sem critérios.

Uma resolução conciliatória chegou a ser esboçada, pois até a colocação feita por esta conselheira, tentava-se um consenso entre a proposta de resolução apresentada pelos representantes dos trabalhadores da saúde e o “adendo” do representante governamental (presidente do COSEMS), e o cerne do problema, a posição do conselho em relação ao plano de demissões, não era seriamente discutido. Por fim, com acusações mútuas de manipulação entre os representantes dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviços e do governo, pois cada um deles parecia querer o aval puro e simples, sem muita discussão, do conselho para suas posições, decidiu-se pela resolução e o conteúdo proposto e apresentado inicialmente por um dos representantes dos trabalhadores da saúde foi votado. Sinal das divisões existentes no plenário foi o fato de que a posição defendida pelos trabalhadores da saúde recebeu 06 votos a favor, 05 votos contra e 02 abstenções.

Apesar da fragilidade deste resultado, devido à importância do assunto tratado, ele foi noticiado pelo principal jornal do estado do Espírito Santo na edição de domingo, com relativa generosidade no espaço dado à notícia (além dela só havia mais uma matéria naquela página, dentro da seção “Política”), e recebeu a seguinte manchete: “Conselho é Contra a Demissão de Servidores”.

O tema das demissões dos servidores estaduais vinha ocupando relativo espaço na mídia em decorrência tanto da polarização em torno do tema ocorrida entre as diferentes

²⁰ A resolução tem um caráter de posição definitiva, quase irrevogável, ao passo que a nota tem a conotação de recomendação, sujeita a futuras negociações.

correntes políticas no interior do PT quanto do que tal medida poderia significar em termos de modificações na estrutura administrativa do Estado. No noticiário um dos representantes dos trabalhadores da saúde foi ouvido e apresentou os argumentos que sustentavam a posição do conselho, baseado principalmente no déficit existente entre o número de profissionais disponíveis e as necessidades da população. Esta foi uma das poucas discussões realizadas no interior do conselho que acabou extrapolando as paredes da sala de reuniões e ganhando alguma visibilidade. Entre os motivos para essa repercussão, além da polêmica em torno da demissão de servidores, estava o aumento dos problemas na provisão dos serviços públicos de saúde (falta de material e equipamentos; baixos salários; déficit de leitos, falta de medicamentos e outros) e o fato de que estas deficiências se tornaram um dos principais problemas a serem enfrentados pelo governo estadual, o que talvez explique porque o Conselho Estadual de Saúde se transformou num dos palcos privilegiados para as disputas existentes entre as diferentes correntes políticas no interior do Partido dos Trabalhadores envolvendo a direção a ser dada à gestão estadual, pois os problemas do setor saúde do estado se transformaram num dos pontos sensíveis a serem tratados pela administração.

Indicativo de uma inflexão importante nas discussões sobre o Sistema Estadual de Saúde e de como os debates ocorridos no interior do CES começaram a refletir as preocupações do movimento social organizado com os problemas do setor e a ter repercussão sobre este movimento, foi o surgimento em maio de 1997 do “Movimento Capixaba em Defesa da Saúde e Cidadania”. Um movimento articulado inicialmente pelos trabalhadores do Estado, reunindo principalmente os sindicatos das diversas categorias de trabalhadores dos serviços públicos, para enfrentar a tentativa de desmonte de órgãos e demais políticas públicas do governo estadual.

Segundo lideranças sindicais, a principal preocupação era ampliar a luta dos trabalhadores do Estado, envolver outros segmentos da sociedade civil organizada e retirar o véu corporativo com o qual o governo tentava encobrir o caráter mais amplo da luta. Para

estas lideranças o que estava em discussão já havia ultrapassado há muito tempo a defesa de empregos e salários e expressava a disputa mais abrangente pela preservação dos direitos sociais conquistados com a constituição de 1988, sua ampliação e o aprofundamento da democracia, enfrentando, conseqüentemente, o projeto conservador do governo federal de inserção subordinada de nossa economia na economia global, de não enfrentamento dos nossos grandes problemas sociais e exclusão da maioria dos centros decisórios.

Em 25 de junho de 1997, reunindo mais de 6.000 pessoas²¹, uma grande marcha organizada pelo “Movimento Capixaba em Defesa da Saúde e Cidadania” percorreu as principais ruas de Vitória e culminou com um ato público diante do palácio do governo, no qual foi lido um documento intitulado “Carta de Vitória”, contendo diversas denúncias envolvendo os serviços de Saúde, Educação, Segurança, os processos de municipalização e privatização propostos pelo governo do Estado e exigindo “dos poderes constituídos nas esferas federal, estadual e municipal, uma radical inversão de prioridades para solucionar de vez os graves problemas instalados nos serviços básicos da administração pública”. Em seguida é elencado um conjunto de propostas para solução dos problemas, entre as quais que os governos federal, estadual e municipais invistam pelo menos 10% de seus orçamentos em saúde (resolução tomada pelo CNS, ratificada pelo CES e pela Conferência Estadual de Saúde), que os parlamentares federais votem e defendam a PEC 169 (proposta de emenda constitucional, em andamento no congresso, e que fixa o percentual de 10% dos orçamentos de cada esfera de governo a serem aplicados em saúde), que se ponha fim ao processo de terceirização e de privatização de empresas estatais em curso.

Além dos sindicatos das diversas categorias de trabalhadores do Estado e do setor privado, o documento também foi assinado pelo Conselho Estadual de Saúde, pela FAMOPES, pela Pastoral da Saúde, pelo MST, pelo Movimento de Luta pela Moradia, pelo

²¹ Nem a campanha pelas “Diretas”, nem o movimento pelo impeachment do presidente Collor reuniu tantas pessoas, segundo avaliação dos organizadores e também minha, pois participei de ambos os movimentos no Espírito Santo.

Movimento Nacional dos Direitos Humanos, pelo Conselho Comunitário de Vila Velha, pela Federação das Associações de Moradores da Serra, pela Associação das Igrejas Evangélicas, pelas várias entidades do Movimento Estudantil e por outras associações de moradores de bairros.

O governador do Estado recusou-se a receber as lideranças deste movimento (posteriormente ele recuou em sua posição) para entrega da carta com as denúncias e reivindicações, alegando que os servidores públicos estavam usando o movimento social organizado para chamar a atenção da opinião pública para suas reivindicações corporativas. Entretanto, pude acompanhar a reunião de avaliação da marcha feita pelo “Movimento Capixaba em Defesa da Saúde e Cidadania” e notar a presença não apenas do movimento sindical do setor público e do setor privado, mas de diversas federações de associações de moradores, da Pastoral da Saúde e de entidades do movimento estudantil.

Os episódios e discussões descritas aqui, envolvendo o CES e o conjunto de organizações e movimentos sociais que ali se encontram representados, colocaram no centro do debate não apenas a política estadual de saúde, isoladamente, mas toda uma proposta de governo, todo um conjunto de princípios e propostas políticas simbolizadas pelo PT e demais partidos de esquerda, expressos em bandeiras gerais originadas e alimentadas pelos movimentos sociais e que dizem respeito sobretudo à estatização do transporte coletivo, democratização do acesso ao sistema de ensino público e ao sistema de saúde, transparência no trato das questões públicas e à inversão de prioridades de modo a privilegiar as necessidades e interesses da maioria, ancorados no princípio da participação popular e na ampliação dos espaços necessários a esta efetiva participação, onde opiniões e conflitos possam ser expressos e as decisões democraticamente negociadas. Ou seja, como já mencionado, nas discussões realizadas no interior do conselho tanto estava em jogo a política estadual de saúde em particular quanto a condução pelo governo do estado das demais políticas e operacionalização do projeto de governo do Partido dos Trabalhadores. O que dizia

respeito à política de saúde, a não realização da inversão de prioridades e a dificuldade na democratização do acesso aos serviços e ao poder decisório, era prática corrente também em relação às demais políticas públicas e configurou a erosão de um dos pilares do projeto de governo do PT: a participação popular. Isto significa que entre os atores governamentais a disponibilidade para uma efetiva partilha de poder era virtual e não prática, criando obstáculos ao fortalecimento dos novos centros de poder representados pelos conselhos. Contudo, o avanço representado por estas instâncias em termos do maior controle da sociedade sobre as ações do executivo é inegável. Depois de dois anos recusando ou protelando a prestação de contas dos seus gastos ao conselho estadual de saúde, o executivo, representado pela Secretaria de Estado da Saúde, se viu, no final de 1997, obrigado a fazê-lo, pois caso contrário não contaria mais com a disponibilidade dos conselheiros para discutir seus projetos e nem com a sua relutância em acionar a justiça, provocando uma alteração substantiva nas suas relações com o conselho. As pressões dos atores coletivos ali representados foram responsáveis, neste momento, por uma alteração na correlação de forças entre conselho e executivo, contribuindo para o efetivo exercício de seu papel fiscalizador.

4.5 O MITO DA PARTICIPAÇÃO CONSELHISTA SOBREVIVE ?

Durante as discussões no interior do CES acerca do plano governamental para demissão de servidores não estáveis, em conversas informais entre os conselheiros, foram feitas algumas ponderações nas quais se alegava que demitir era prerrogativa do executivo e que qualquer posição tomada pelo conselho não poderia alterar esta capacidade, e outras tantas de que o governo não poderia se mostrar insensível a voz de mais de 6.000 pessoas reivindicando melhorias nos serviços de saúde, o que significava, conseqüentemente, melhorar o atual quadro do setor e não agravá-lo demitindo servidores.

Estas colocações põem em evidência um dos maiores problemas enfrentados por esta nova instância decisória: as competências concorrentes entre executivo, legislativo e conselho.

Instituído como um órgão deliberativo, ao conselho cabe estabelecer quais serão os rumos dados à política estadual de saúde e, ao executivo, implantá-la em consonância com estes rumos. No momento, entretanto, o CES não dispõe de condições políticas e técnicas para efetuar consistentemente esta direção.

À exceção do debate em torno do plano de demissões do governo estadual, que por meio de uma forte iniciativa do movimento sindical dos demais funcionários públicos desencadeou um movimento pela defesa das políticas públicas (o “Movimento Capixaba em Defesa da Saúde e Cidadania”), e da greve dos médicos, nenhum outro tema encontrou ampla sustentação no movimento social organizado e no movimento sindical, com a constituição de uma frente de defesa do sistema público de saúde e da própria autonomia do conselho. Ao mesmo tempo, o próprio legislativo, em nenhum momento (exceção apenas para a crise desencadeada com a demissão do secretário de saúde, onde alguns parlamentares do PT e PSDB participaram de uma reunião), participou dos embates ocorridos no interior do CES.

Como decorrência da frágil sustentação do conselho no movimento social, até o final de 1997 o CES ainda não dispunha de uma sala onde a mesa diretora e os próprios conselheiros pudessem se reunir e guardar todos os registros e documentos produzidos pelo conselho, bem como de uma assessoria que lhe proporcionasse condições de compreender, analisar e avaliar todas as dimensões da política de saúde (até o momento de finalização deste trabalho -junho de 1998- o conselho não dispunha desta assessoria).

Nestes dois primeiros anos de existência o CES-E. Santo constituiu-se como um espaço de confronto político, espaço para expressão de conflitos que muitas vezes não diziam respeito à política de saúde propriamente, onde os representantes de cada segmento, notadamente os representantes dos trabalhadores da saúde, alguns representantes dos usuários e os representantes governamentais disputavam agressivamente (usavam e abusavam da violência verbal, eram e ainda são comuns acusações mútuas de incompetência, manipulação, “fascismo”) suas posições, com pouca flexibilidade para a negociação.

Os representantes dos trabalhadores da saúde ocuparam este espaço de forma a produzir enfrentamentos com o executivo que pudessem envolver outros setores da sociedade civil organizada, de modo a contar com apoios e aliados no confronto entre o executivo e o movimento sindical, bem como no enfrentamento da política em execução pelo governo estadual, marcando muito fortemente a participação deste segmento com as questões subjacentes às disputas partidárias internas ao PT e com os outros partidos que se aglutinaram na frente eleitoral no segundo turno, e também com o enfrentamento global do projeto político do grupo que se encontrava no poder.

Estes enfrentamentos, que em princípio parecem distantes dos objetivos (discussão da política de saúde) para os quais o conselho foi constituído, refletem, todavia, a necessidade da constituição de espaços em que estes conflitos possam ser expressos e enfrentados, uma vez que o seu processamento no legislativo tem demonstrado sinais de esgotamento e no caso brasileiro sempre foi pautado pelo processamento particularista de demandas, pelo clientelismo e elitismo. Ou seja, o que aconteceu nesta experiência foi uma demonstração da necessidade de construção de canais para expressão dos conflitos, interesses e demandas e para negociações entre os atores coletivos; necessidade essa que o modelo tradicional de processamento destas questões no legislativo e a precariedade com que os demais conselhos (referentes a outras políticas públicas) têm se constituído tem tornado ainda mais patente.

Durante a gestão petista, vários conselhos e mesmo uma comissão para estabelecimento de um canal de diálogo com os funcionários foram criados, sem, contudo, apresentar o mesmo nível de regularidade nas suas reuniões ou contar com espaço físico (ainda que não fosse próprio) para realização das mesmas (o que não acontecia com o CES). A fragilidade na construção destes espaços acabou sobrecarregando o Conselho Estadual de Saúde, fazendo com os conflitos existentes em relação às demais políticas e na relação com os funcionários ganhassem expressão nesta instância, apesar de todas as suas debilidades. O setor saúde em todas as suas dimensões passou a se constituir como o ponto sensível na política

estadual, para onde convergiam todos os demais conflitos políticos.

A ausência de espaços em que estes conflitos pudessem ser expressos e negociados contribuiu para que sua presença, permeando todas as discussões realizadas no conselho, dificultasse enormemente a chegada a qualquer desfecho em muitos dos debates (era e ainda é muito comum um debate durar toda a reunião e ao seu final nenhuma decisão ser tomada por falta de quórum para deliberar) e para o conseqüente fortalecimento da capacidade decisória do executivo, pois os prazos para a tomada de decisões, principalmente as que envolvem o recebimento de recursos do governo federal, frequentemente não observam a dinâmica de discussão e deliberação do conselho e este poder acaba ficando nas mãos do executivo. Embora a secretaria frequentemente apresentasse questões a serem discutidas e deliberadas em prazos muito curtos, uma estratégia para continuar a frear a capacidade decisória do conselho, estes prazos ficavam ainda menores com os frequentes adiamentos nas decisões em decorrência dos longos debates, que muitas vezes não giravam em torno do tema em questão, mas se concentravam na realização de críticas à secretaria, ao seu corpo técnico e ao tratamento de problemas específicos dos trabalhadores da saúde (a discussão do projeto governamental de aprimoramento gerencial do sistema de saúde é um exemplo), provocando dispersão no plenário, a saída de conselheiros e, conseqüentemente, queda do quórum.

O executivo, além de recorrer com frequência ao uso de medidas protelatórias para evitar ou adiar o debate de alguns temas, demonstrou ter maior capacidade de articulação junto ao legislativo (capacidade esta obtida não só graças às alianças realizadas no segundo turno do pleito, mas às estratégias utilizadas para manutenção destas alianças no decorrer de toda a gestão Vitor Buaiz) evitando discutir com o conselho o que poderia negociar diretamente com os deputados²², numa demonstração de que o poder escapa e continua a se exercer pelos mecanismos tradicionais para tomada de decisões. Os demais segmentos demonstraram uma

²² São exemplos o "Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito" e o "Programa de Incentivo ao Desligamento Voluntário no Serviço Público-PDV", que não foram discutidos no CES, mas aprovados diretamente pela Assembléia.

certa rejeição a qualquer relacionamento com o legislativo. Rejeição apoiada tanto no modo como tradicionalmente esta relação se construiu no Brasil, quanto pelas provas dadas pelo governo petista de que nenhuma mudança substantiva aconteceu neste sentido (o governo Vitor Buaiz continuou a negociar cargos e recursos em troca de votos na Assembléia Legislativa).

Essa relação estreita entre executivo e legislativo e a inexistência de qualquer relação deste último com o conselho, bem como as dificuldades enfrentadas para que suas decisões conformem o traçado e desempenho da política de saúde, evidenciam o fato de que o poder legal de que é investido o conselho tem encontrado barreiras para impor-se como realidade, tornando-o um corpo estranho no complexo da estrutura de poder. O executivo deve, necessariamente (é o que está posto na lei 8.142), homologar as decisões tomadas pelo CES; havendo impasse, a última palavra cabe ao executivo. Ou seja, apesar de todas as prerrogativas legais que lhe conferem capacidade decisória, a existência deste dispositivo tende a transformar esta instância num mecanismo de consulta e/ou legitimação para as propostas e ações do executivo, pois a disputa política existente entre executivo e conselho faz com que o primeiro lance mão de todos os recursos disponíveis para impedir o fortalecimento da capacidade decisória desta instância e evitar a plena constituição de um espaço de decisão e de disputa política de difícil controle, um espaço no qual os velhos recursos da barganha clientelista e da imposição autoritária tem sua eficácia minada. Entretanto, apesar da existência deste mecanismo e do uso pelo executivo de recursos que fragilizam a posição do conselho no circuito decisório, há sinais (e as recentes conquistas do conselho como a disponibilidade de espaço próprio e o exame das contas da SESA de 1997 são alguns deles) de que para que esta instância possa ampliar a sua capacidade de direção é necessário não apenas aumentar os seus recursos técnicos (informação técnica, conhecimento da máquina burocrática) e administrativos (equipamentos, sala, recursos financeiros) de poder, como demonstra Carvalho (1995, p.37), mas que os representantes dos diferentes segmentos ali assentados tenham

sólidas relações com suas respectivas entidades e representados para que as discussões processadas no conselho estejam ancoradas no movimento social, se dêem a partir da iniciativa dos representantes da sociedade civil e não se processem em função apenas das iniciativas do executivo.

Sob este aspecto, a principal diferença entre a participação política através dos conselhos e a participação política através dos partidos e dos representantes eleitos para o legislativo é a exigência, para sua eficácia, ou seja, para que nesta instância possam ser expressas as necessidades, aspirações, discussões, projetos políticos e posições dos diversos atores que compõem a sociedade civil, de uma relação mais direta e permanente entre representantes e representados, de uma comunicação menos hierárquica quanto aos espaços e momentos em que esta possa se dar. Ao contrário da legitimidade adquirida via processo eleitoral pelos parlamentares, através do qual supostamente foi dado um OK para determinados projetos e propostas políticas, a característica do processo decisório nos conselhos -a negociação de questões pontuais dentro de um projeto ou programa político de caráter mais amplo- obriga os conselheiros a uma articulação permanente com os seus representados, à reatualização constante de suas posições e à busca do suporte do movimento social organizado e do movimento sindical para as mesmas, num movimento contínuo de renovação de sua legitimidade.

E, neste sentido, apesar da desmobilização em que se encontravam, principalmente as entidades dos representantes dos usuários, os momentos de encontros, assembléias, reuniões da diretoria, segundo o depoimento dos conselheiros, eram aproveitados para o repasse de informações e para consulta acerca da posição a ser assumida em relação a determinados temas. O problemático é que a pequena frequência e a pouca profundidade com que esta comunicação aconteceu criaram barreiras não só à capacidade decisória destes representantes (notadamente os representantes dos usuários cujas posições acabam refletindo suas reflexões pessoais e individualizadas), mas à própria capacidade de decisão e de direção do conselho

para a política, ao enfraquecer a necessária articulação entre conselho e movimento social, criando dificuldades à consolidação do novo modelo de participação política exatamente pela forma frágil (repasso de informes no início das reuniões do movimento, conversas com colegas de militância e conversas entre os conselheiros no momento das reuniões) com que esta articulação, reatualização de posições e busca de suporte no movimento social para sua sustentação, têm acontecido.

Um dos principais elementos de inovação contido nos conselhos é a possibilidade de que esta instância possa se constituir como um canal para expressão política no qual os atores ali representados sejam obrigados a negociar permanentemente suas posições, em que os compromissos políticos estejam sujeitos a constante avaliação e renovação pelo contínuo debate dos mesmos entre os diferentes atores identificados com a temática. Nestas instâncias, a operacionalização da política, dos projetos, são continuamente sujeitos à revisão e negociação, fazendo com que sua lógica de operação seja muito mais dinâmica.

Nesta perspectiva, os conselhos, como mecanismo de participação política, se distinguem tanto das chamadas organizações da sociedade civil, espaços de participação movimentalista, quanto da participação político-partidária, pois tanto os movimentos sociais quanto os partidos políticos encontram nesta instância um espaço para enfrentamento, articulação e disputa pela direção política das ações do Estado e da própria sociedade, que contrasta com as formas particularistas e clientelistas de acesso ao poder, com os conflitos de ação direta na relação Estado-movimentos sociais e com os mecanismos tradicionais de articulação executivo-legislativo (as práticas clientelistas e fisiologistas de troca de recursos e cargos por votos). A permanência destas práticas e a criação de outras instâncias decisórias (como a Bipartite e o Conselho de Diretores de Hospital) evidenciam que, na medida em que se instituem mecanismos mais públicos para formulação de políticas e tomada de decisões com a incorporação de diferentes atores neste processo, velhas práticas continuam a ser usadas e inovações institucionais são encontradas para subtrair poder destas instâncias e reiterar a

exclusão destes atores coletivos do circuito decisório, reduzindo a capacidade de ampliação da participação democrática representada pelos conselhos.

Este novo mecanismo de participação e decisão política possibilita que os conflitos e contradições presentes na sociedade se coloquem de maneira mais explícita no interior do próprio aparato de Estado. Ao mesmo tempo, a incorporação de atores diferenciados ao processo decisório no âmbito do executivo coloca como possibilidade o controle e cooptação (através das estratégias já elencadas), pelos membros do executivo, das posições dos representantes do movimento social e do movimento sindical. Porém, a manutenção por parte dos representantes destes movimentos de fortes vínculos com suas respectivas organizações tende a diminuir o potencial de controle do executivo sobre estes representantes. Na medida em que estes representantes estabeleçam com seu movimento de origem um canal permanente de diálogo, crescem as possibilidades de que o conselho se transforme num espaço efetivo de formação da vontade política pelo contínuo intercâmbio com o movimento social, ampliando, assim, o espaço público.

Nesta direção, a constituição desta nova instância possibilitou um ganho político real para o movimento social organizado: a transparência. É esta transparência que permite a este movimento o exercício do controle sobre as ações da SESA, o que tem limitado articulações particularistas, a realização de contratos e licitações sem que o conselho tenha conhecimento e inviabilizado ações totalmente autônomas por parte da secretaria. Ou seja, mesmo que o conselho não disponha de condições efetivas para o exercício da direção da política de saúde, a secretaria não pode dar qualquer passo sem que o CES tome conhecimento, sem considerar a opinião de seus membros.

“Tá havendo mais participação, tá sendo mais conversado, o que vem de cima prá baixo ‘tratorando’, a gente grita, briga.”(Representante dos Usuários)

“O conselho tem o papel de fiscalizar. Se não houvesse o conselho seria muito pior.”(Representante dos Usuários)

“O principal ganho propiciado pelo conselho foi a transparência.”(Representante dos Trabalhadores da Saúde).

Apesar das inúmeras dificuldades para que esta instância imprima uma direção própria às ações da Secretaria de Estado da Saúde, ela tem estabelecido alguns princípios e diretrizes que possibilitam o exercício de uma ação fiscalizadora, contribuindo para que o conselho não se transforme em mero apêndice do executivo.

No âmbito das ações de controle e fiscalização, cabe ao conselho aprovar a liberação de recursos suplementares para os hospitais e instituições contratadas, bem como a prestação de contas da SESA. Desde a instauração do conselho, a fiscalização do uso dos recursos liberados para estas instituições tem sido bem mais rigorosa. O CES tem acompanhado de perto em que atividades e obras os recursos são empregados e exigido uma comprovação dos gastos realizados para a aprovação de novas solicitações.

Quanto à fiscalização da prestação de contas da SESA, o processo foi bem mais complicado. A secretaria adiou o máximo que pôde a prestação de contas, sob os mais diversos argumentos (os contadores não haviam terminado o trabalho a tempo, os municípios não haviam prestado suas contas e outros), tentando evitar uma análise minuciosa de seus gastos via estreitamento do prazo disponível para que o conselho realizasse essa avaliação.

Estas atitudes da secretaria levaram vários conselheiros a ameaçarem por diversas vezes com a solicitação de intervenção da Justiça via Ministério Público. Estas ameaças não se concretizaram, mas são lembradas frequentemente a cada denúncia de irregularidade no funcionamento das unidades de saúde do Estado ou nas unidades contratadas, como um alerta, uma forma de evitar arbitrariedades. E no final de 1997, quando a secretaria tentou adiar novamente sua prestação de contas e as ameaças quase se tornaram reais, evitar expor-se ao controle do conselho já não foi mais possível e a SESA, finalmente, fez sua prestação de contas a partir das dúvidas e parâmetros estabelecidos pelos conselheiros. É possível dizer que o conselho também aprendeu a ameaçar usar os instrumentos legais a sua disposição para o

exercício efetivo de seu papel de controle e fiscalização sobre o executivo.

A publicidade das informações, atos, propostas e projetos dos órgãos vinculados ao sistema de saúde em todos os níveis governamentais (federal, estadual e municipal) constitui um dos importantes diferenciais representados pelos conselhos no amadurecimento e consolidação de nossa democracia.

No início de 1997 o CNS convocou uma plenária dos conselhos estaduais de todo o Brasil com o objetivo de desencadear uma mobilização nacional em defesa da Proposta de Emenda Constitucional 169 (Pec 169, que define percentuais de orçamentos de estados, municípios e união, bem como o percentual da seguridade, a serem aplicados na saúde) cujo conteúdo foi proposto pelo deputado petista Eduardo Jorge e discutido com o CNS. O CNS recomendou aos CESs de todo o país a realização de plenárias estaduais com todos os conselhos municipais, para que em cada estado da federação o teor da Pec 169 fosse discutido entre os conselheiros e ao mesmo tempo houvesse uma ampla mobilização por sua aprovação no Congresso Nacional. O governo federal também encaminhou um projeto ao Congresso Nacional que prevê a vinculação de percentuais dos orçamentos de estados e municípios com destino à saúde, mas que, entretanto, não altera os percentuais vinculados à seguridade social a serem destinados ao setor (na Pec 169 há um aumento destes percentuais). Desencadear este movimento em defesa da Pec 169 constitui um esforço para impedir que a proposta governamental seja vitoriosa, uma demonstração das possibilidades de articulação com o legislativo e de articulação nacional dos conselhos a partir de uma questão fundamental para a sobrevivência do SUS: o financiamento do setor.

Os desdobramentos possibilitados por esta publicidade (o controle, a fiscalização, a imposição de mudanças em projetos e programas), e que só se tornaram possíveis em função da existência dos conselhos, ainda são pequenos do ponto de vista de modificações mais significativas na direção dada à formulação da política, à definição de prioridades, à operacionalização das ações do executivo no setor saúde. Apontam, entretanto, alguns indícios

que permitem vislumbrar um aprofundamento do processo de ampliação do espaço público, na medida em que a formulação da política de saúde tem se tornado mais permeável ao controle dos diferentes atores sociais que compõem esta instância e qualquer ato da secretaria, qualquer contrato, convênio ou acordo deve necessariamente contar com a aprovação do conselho, ou seja deve estar sujeito ao crivo e análise de segmentos sociais antes excluídos do acesso a estas informações e ao poder. Sob este aspecto, sua existência tem imposto algumas mudanças na cultura institucional ao abrigar no interior do aparato de Estado, na instância executiva, atores (o movimento social e o movimento sindical) até bem pouco tempo completamente excluídos do processo decisório.

Ainda que estes atores e esta instância encontrem inúmeras limitações a sua capacidade decisória e diretiva, decorrentes sobretudo da resistência do executivo e do projeto político dos atores que ali se encontram em realizar uma partilha efetiva de poder, a obrigatoriedade de sua presença e da existência do conselho impõe a alteridade, obriga a que este outro, cuja existência política foi historicamente negada, confinada ou eliminada pelos grupos dominantes, seja tolerado. Garante-se que este outro tenha um espaço no qual estão assegurados os direitos à expressão de suas demandas e opiniões, um espaço menos hierárquico no qual a conformação de um outro padrão de relacionamento político entre Estado e sociedade, mais público e igualitário, seja posto como possibilidade.

A existência de uma certa equidade política no conselho, assegurada, sobretudo, pelo princípio de paridade, em franco contraste com as desigualdades evidenciadas no âmbito da vida social, no qual os recursos de poder destes atores são desiguais, desiguais principalmente no acesso à informação e à produção da informação, ao estabelecer uma situação de maior igualdade para o exercício do diálogo e da disputa política entre os diferentes atores sociais cria um fato, uma situação na qual a imposição desta convivência possibilita que esta nova instância contribua para ampliar e democratizar o espaço público.

O aperfeiçoamento de nossas instituições democráticas representado pelos conselhos e pelas novas regras de relacionamento Estado/Sociedade instituídas nestas instâncias tem contribuído para que estas relações possam ser mais públicas e democráticas. Entretanto, mesmo após sua consolidação institucional, o efetivo deslocamento dos centros de poder do Estado em direção à sociedade civil continua a ser disputado na sociedade e no interior dos conselhos, sinalizando que o aprofundamento de uma cultura democrática tem sido marcado tanto por avanços institucionais e mudanças nestas relações, quanto pela manutenção dos velhos padrões e retrocessos na operacionalização dos novos institutos de nossa democracia.

O registro realizado neste trabalho da participação proporcionada pelo CES-E.Santo apontou algumas tendências neste sentido e procurou demonstrar, principalmente, as dificuldades encontradas para a consolidação de um novo padrão de relacionamento político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redefinição da institucionalidade política representada pelos conselhos gestores constitui, sem dúvida, um avanço considerável em termos da democratização do Estado. Estes novos institutos para processamento das decisões políticas, ao incorporarem atores antes completamente excluídos das instâncias decisórias (os movimentos sociais, o movimento sindical), contribuem para o reconhecimento da existência e legitimidade destas organizações, alterando os papéis desempenhados por cada ator na gestão da “coisa pública” na medida em que estes movimentos deixam de apenas aglutinar e vocalizar as demandas provenientes da sociedade e tornam-se co-responsáveis pela gestão de políticas. O espaço, então definido como especificamente político no sentido dado por Claude Lefort aos aparatos existentes para processamento dos problemas e conflitos em nossa sociedade, se amplia contribuindo para a construção e expansão do espaço público, ou seja, para a construção deste espaço indeterminado em que as próprias regras que conformam a vida em sociedade estão em discussão.

A expansão da publicidade, a incorporação de diferentes atores e demandas, se revelaram elementos fundamentais para constituição da lógica da dinâmica decisória no interior do conselho. Ao mesmo tempo, apesar da expansão da publicidade ser a principal diferença representada por estas instâncias em relação aos institutos democráticos formais, inúmeras resistências tem sido postas a esta expansão. Os problemas a serem discutidos, a definição de prioridades, os elementos envolvidos em cada problema, ainda não estão acessíveis ao conjunto de atores com assento nos conselhos. O Estado ainda possui parcela considerável de poder ao deter as informações referentes aos problemas em discussão e abarcar no seu corpo burocrático os especialistas no manejo dos mesmos.

E embora a publicidade seja constitutiva da própria lógica democrática, a complexidade da participação via mecanismos eleitorais e partidos políticos, o esgotamento da capacidade

destes instrumentos para processar todos os problemas, projetos e interesses presentes na sociedade e para incorporar os mais diferentes atores à dinâmica decisória, têm contribuído para a manutenção do privatismo, corporativismo e clientelismo e o conseqüente esvaziamento do espaço público.

Neste aspecto, como elemento constitutivo da lógica da representação conselheira, a expansão da publicidade (via incorporação de diferentes atores ao circuito decisório e de uma dinâmica de processamento das decisões que exige maior articulação entre estes atores e os setores que representam) e de todas as condições para sua realização é que se encontra em disputa. Os recursos de poder de cada ator nesta instância crescem na medida em que aumentam as condições que lhes permitem compreender os assuntos em discussão, a posição defendida pelos demais atores e os termos para colocação de suas próprias posições, ou seja, na medida em que lhes são dadas as condições para uma efetiva participação no processo decisório, e que lhes permitirá negociar interesses, propostas, projetos, estabelecer consensos, disputar a direção da atividade social e política.

A publicidade e a inexistência (ainda que apenas formal nesta conjuntura) de hierarquia entre os membros do conselho, mesmo que alguma hierarquização seja proporcionada pela posse privilegiada de informações (caso dos atores governamentais), criando uma situação de suposta igualdade, são elementos fundamentais para que neste espaço temas que até bem pouco tempo eram problematizados e decididos em espaços restritos envolvendo apenas os escolhidos durante os pleitos eleitorais e os seus assessores técnicos-políticos de confiança, sejam compartilhados com outros atores e sujeitos à permanente avaliação, crítica e proposição por parte destes atores, configurando um novo modelo de regulação da vida social e da atividade política. Embora, como constatamos na realização deste trabalho, as resistências postas à construção deste novo modelo sejam tão fortes que as dificuldades para sua viabilização são imensas.

Além destas resistências contribuíram para ampliação das dificuldades as disputas existentes no interior do PT acerca da direção a ser dada ao governo estadual e ao desenvolvimento de políticas específicas. O Conselho foi palco para os conflitos existentes entre as tendências do partido pela direção e por espaço no governo, criando entraves ao seu funcionamento.

As conquistas obtidas pelos atores da sociedade civil no caso particular do CES-Esp. Santo, bem como as próprias resistências colocadas, possibilitam, entretanto, afirmar o potencial inovador desta instância, afirmar a sua capacidade para proporcionar a expansão da disputa política para além dos limites colocados pelos partidos políticos e pelas disputas eleitorais e seu potencial para que conflitos e projetos se tornem mais explícitos e para que alterações nos mecanismos existentes para o processamento destes conflitos possam produzir mudanças na constituição do espaço público.

Para que todas estas virtualidades possam se tornar realidade, entretanto, a existência formal dos conselhos como mecanismo de representação e articulação de projetos, interesses e demandas entre atores sociais coletivos e Estado é insuficiente. É preciso que existam algumas condições que possibilitem o seu funcionamento de maneira mais autônoma:

- Garantir em primeiro lugar, formal e efetivamente, o acesso de todos os membros do conselho às informações produzidas pelo corpo técnico-político do Estado em relação à temática objeto de discussão e deliberação na instância.
- Em segundo lugar, é preciso que se garanta condições adequadas de funcionamento para realização das reuniões, dos debates e envolvimento dos demais atores da sociedade civil no processo, ou seja, é preciso que os conselheiros tenham condições de produzir informações e divulgá-las amplamente para o conjunto da sociedade.
- Em terceiro lugar, as regras de funcionamento do conselho devem possibilitar a mais ampla participação de todos os atores na sua dinâmica de discussão e deliberação,

evitando, por exemplo, que a definição das pautas das reuniões fiquem concentradas nas mãos de um único ator.

- Em quarto lugar, é preciso que os conselhos tenham autonomia financeira, tanto para garantir algumas das condições anteriores quanto para que o exercício de uma ação fiscalizadora sobre as ações do Estado possa se concretizar sem constrangimentos ou esteja sujeita à imposição de barreiras por parte dos ocupantes de cargos no executivo.
- Em quinto lugar, é necessário que os representantes de cada segmento com assento nos conselhos mantenham uma permanente articulação, reatualização de suas posições e suporte para as mesmas junto aos movimentos sociais e entidades que representam.
- E por último, mas certamente não por fim, é preciso que os atores sociais coletivos ocupem este espaço de forma mais permanente e ativa, o que implica na capacitação técnica destes atores, na disponibilidade para realização desta capacitação e um trabalho de comunicação e articulação de seus membros de forma independente, principalmente em relação aos recursos estatais.

A existência destas condições também não é um antídoto infalível contra estratégias que possam ser empregadas por qualquer um dos atores, notadamente os atores governamentais, para manter o conselho sob seu controle ou para impedir que outras instâncias de decisão se constituam e o poder se exerça por outras vias. A garantia destas condições poderá possibilitar uma participação mais igualitária nesta instância, principalmente para os representantes de movimentos sociais e entidades da sociedade civil, contribuindo para uma maior efetividade na democratização do processo decisório. Ou seja, contribuindo para que o acesso aos espaços de decisão e a democratização das decisões proporcionados pelos conselhos sejam substantivos e não formais. O aprofundamento desta participação, a garantia de condições para sua viabilização é que poderá colocar como perspectiva uma autonomia

efetiva para a instância, de maneira que sua existência se enraíze profundamente em nossa cultura institucional e promova mudanças em nossa cultura política.

Na experiência aqui relatada, os muitos entraves colocados ao funcionamento da instância, os recursos diferenciados de poder entre atores governamentais e o movimento social organizado não permitem afirmar que uma alteração profunda no modelo de processamento das decisões políticas esteja em curso. Permite, entretanto, afirmar o quanto a sua simples existência tem causado perturbações profundas na maneira como tradicionalmente estas decisões são tomadas, deixando mais explícito o caráter autoritário de nossa sociedade e obrigando a que algumas alterações, ainda que pequenas, se processem. Se essas perturbações não existissem, por que protelar ao máximo a prestação de contas da secretaria? Por que montar pautas que não privilegiam assuntos de interesse da maioria dos conselheiros? Por que retirar-se das reuniões e provocar a queda de quórum quando uma derrota se desenha? Por que não providenciar um espaço adequado para o seu funcionamento? E, por fim, por que criar inúmeras dificuldades ao fornecimento de informações aos conselheiros?

Algumas destas barreiras, no decorrer destes dois anos e seis meses de funcionamento do CES-Esp.Santo, foram superadas pela presença constante dos conselheiros às reuniões acompanhando de perto as posições e ações de cada membro, pela alteração do regimento interno e pelas constantes denúncias das estratégias protelatórias usadas, principalmente, pelos atores governamentais.

Neste contexto, o desencadeamento de algumas discussões de caráter mais amplo, envolvendo a política de saúde e estimulando a participação de outros movimentos e organizações da sociedade civil, foi raro, mas possibilitou vislumbrar o quanto a participação proporcionada por este novo arranjo político pode de fato ampliar o número de atores envolvidos com as questões públicas, tornar mais transparente a discussão de problemas, temas e soluções que afetem o conjunto da sociedade e alterar o modo como tradicionalmente as

questões públicas foram tratadas no país.

Contudo, para que a participação proporcionada pelos conselhos possa ter consequências mais profundas sobre o processamento das decisões no âmbito do executivo, criando um espaço de decisão e disputa de difícil controle por parte dos atores governamentais (ou outros), é preciso garantir tanto condições técnicas e administrativas para seu funcionamento quanto uma participação qualificada dos representantes dos movimentos sociais e a contínua articulação destes movimentos. É preciso que esta participação se sustente numa ampla mobilização social, ampliando efetivamente o espaço de debate, evitando a burocratização do conselho e a discussão de temas que não têm relevância para o conjunto destes atores.

Sob este aspecto, tanto cabe ao movimento exigir condições para o efetivo funcionamento da instância e para a sua participação quanto estabelecer prioridades para o seu envolvimento e para capacitação de seus membros, buscando a qualificação necessária para ocupação destes espaços.

Atualmente, tais tarefas se tornaram mais complexas, vivemos uma conjuntura de relativa diminuição das redes de articulação e apoio mútuo envolvendo movimentos sociais, igreja católica, ONGs de assessoria, universidades e partidos de esquerda, formadas nos anos 70 e 80, em função de uma reorganização e especialização destas forças em torno de diferentes interesses (ONGs que se especializaram no tratamento de determinados temas e com objetivos mais “pragmáticos”, partidos voltados exclusivamente para a disputa eleitoral e ascensão do movimento de “renovação carismática” na igreja católica). Isto significa que, se nos anos 70 e 80 a existência e força destas redes foram fundamentais para o restabelecimento das regras do jogo democrático e ampliação dos espaços de participação democrática, hoje se coloca como tarefa a sustentação destes espaços através da articulação dos atores da sociedade civil, da superação de particularismos e do enfrentamento das dificuldades e barreiras colocadas por

diferentes atores à consolidação deste espaço, à construção efetiva de um outro padrão de relacionamento entre Estado e sociedade civil. Enfim, trata-se de criar condições para o enfrentamento das barreiras colocadas à capacidade desta nova arena de articulação e decisão política contribuir para a ampliação do espaço público no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Além do corporativismo : interesses organizados e democratização. In: SOLA, Lourdes, PAULANI, Leda (Orgs.). **Lições da década de 80**. São Paulo : EDUSP, 1995. p. 171-192.
- ALVAREZ, Sonia, DAGNINO, Evelina. **Para além da “democracia realmente existente”** : movimentos sociais, a nova cidadania e a configuração de espaços públicos alternativos. Trabalho apresentado no 19. Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Caxambú, 1995.
- ARATO, Andrew, COHEN, Jean. Sociedade civil e teoria social. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte : Del Rey, 1994. p. 147-182.
- _____. Ascensão, declínio e reconstrução do conceito de sociedade civil : orientações para novas pesquisas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 27, p. 18-27, fev. 1995.
- _____. Uma reconstrução da teoria hegeliana da sociedade civil. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte : Del Rey, 1994. p. 41-80.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 7. ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1995. Cap. 1, p. 15-30 : A condição humana.
- _____. _____. 7. ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1995. Cap. 2, p. 31-88 : As esferas pública e privada.
- AVRITZER, Leonardo. Cultura política, atores sociais e democratização. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 10, n. 28, p. 109-122, jun. 1995.

- ____, AZEVEDO, Sérgio de. **A política do orçamento participativo** : nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade civil. Trabalho apresentado no 18. Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Caxambú, 1994.
- BAIERLE, Sérgio. **Um novo princípio ético-político** : prática social e sujeito nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre nos anos 80. 1992. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Estadual de Campinas.
- BERLINGER, Giovanni, CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma sanitária** : Itália e Brasil. São Paulo : HUCITEC, 1988.
- BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade** : por uma teoria geral da política. 3. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1990.
- ____. **O futuro da democracia** : uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1992.
- ____. **Liberalismo e democracia**. 4. ed. São Paulo : Brasiliense, 1993.
- BOSCHI, Renato Raul. **A arte da associação** : política de base e democracia no Brasil. Rio de Janeiro : IUPERJ, 1987.
- ____. (Org.). **Corporativismo e desigualdade** : a construção do espaço público no Brasil. Rio de Janeiro : Rio Fundo Ed., 1991.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. In: **MANUAL do gestor**. Rio de Janeiro : Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, 1993.

- _____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. In: **MANUAL do gestor**. Rio de Janeiro : Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. Norma operacional básica 01/96. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 06 nov. 1996.
- BRESSER PEREIRA, Luís Carlos. A crítica da direita e da esquerda a um Estado em crise. **Lua Nova** : Revista de Cultura e Política, São Paulo, n. 25, p. 225-247, 1992.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo : HUCITEC, 1991.
- CARDOSO, Ruth Corrêa Leite. A trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Os anos 90** : política e sociedade no Brasil. São Paulo : Brasiliense, 1994. p. 81-90.
- CARNOY, Martin. **Estado e teoria política**. 4. ed. Campinas : Papyrus, 1994. Cap. 2, p. 63-87 : Marx, Engels, Lenin e o Estado.
- _____. _____. 4. ed. Campinas : Papyrus, 1994. Cap. 3, p. 89-117 : Gramsci e o Estado.
- CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde no Brasil. **Série Estudos** : política, planejamento e gestão em saúde, Rio de Janeiro, n. 3, p. 5-40, 1995.
- CARVALHO, Maria do Carmo Alves de Albuquerque. **Eppur si muove** : os movimentos sociais e a construção da democracia no Brasil. 1997. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Estadual de Campinas.
- CASTRO, Maria Helena Guimarães de. Interesses, organizações e políticas sociais.

BIB : boletim informativo e bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, n. 31, p. 17-48, 1. sem. 1991.

- _____. **Conflitos e interesses na reforma da política de saúde**. Trabalho apresentado no 16. Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Caxambú, 1992.
- CAWSON, Alan. **Organized interests and the state** : studies in meso-corporatism. Beverly Hills : Sage, 1985. Cap. 1, p. 1-21 : Introduction of corporatism : the importance of mesolevel of interest intermediation.
- CHAULÍ, Marilena. **Cultura e democracia** : o discurso competente e outras falas. 6. ed. São Paulo : Cortez, 1993.
- COELHO, João Gilberto Lucas. Reforma sanitária : estratégias políticas para a constituinte. **Revista Saúde em Debate**, Curitiba, n. 20, p. 18-21, abr. 1988.
- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (ES). Atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde, realizadas, em Vitória, de 15 de abril de 1993 a 12 de julho de 1994.
- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (ES). Atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Estadual de Saúde, realizadas, em Vitória, de 09 de outubro de 1995 a 05 de junho de 1997.
- _____. Resolução n. 001/1995.
- _____. Resolução n. 002/1995.
- _____. Resolução n. 003/1995.
- _____. Resolução n. 004/1995.

- _____. Resolução n. 005/1995.
- _____. Resolução n. 006/1995.
- _____. Resolução n. 007/1995.
- _____. Resolução n. 001/1996.
- _____. Resolução n. 002/1996.
- _____. Resolução n. 003/1996.
- _____. Resolução n. 004/1996.
- _____. Resolução n. 005/1996.
- _____. Resolução n. 006/1996.
- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (ES). Resolução n. 007/1996.
- _____. Resolução n. 008/1996.
- _____. Resolução n. 009/1996.
- _____. Resolução n. 010/1996.
- _____. Resolução n. 001/1997.
- _____. Resolução n. 002/1997.
- _____. Resolução n. 003/1997.
- _____. **Regimento Interno do CES-ES.** [Vitória], 1995.

- _____. **Regimento Interno do CES-ES** : modificações aprovadas em reunião realizada no dia 15 de maio de 1997. [Vitória, 1997].
- COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário** : origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis : Vozes, 1985.
- COSTA, Sérgio. Esfera pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 38, p. 38-52, mar. 1994.
- _____. **Contextos da construção do espaço público no Brasil**. Trabalho apresentado no 20. Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Caxambú, 1996.
- CRUZ, Sebastião Velasco. **Estado e economia em tempos de crise** : política industrial e transição política no Brasil nos anos 80. 1992. Tese de Livre Docência- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- DAGNINO, Evelina (Org.). **Os anos 90** : política e sociedade no Brasil. São Paulo : Brasiliense, 1994.
- DANIEL, Celso. Gestão local e participação da sociedade. In: VILLAS-BOAS, Renata (Org.). **Pólis** : participação popular nos governos locais, São Paulo, n. 14,p. 21-41, 1994.
- DINIZ, Eli, BOSCHI, Renato, LESSA, Renato. **Modernização e consolidação democrática no Brasil** : dilemas da Nova República. São Paulo : Vértice, 1989.
- DOIMO, Ana Maria. **A vez e a voz do popular** : movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1995.

- _____. **Movimentos sociais e conselhos populares** : desafios da institucionalidade democrática. Trabalho apresentado no 14. Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Caxambú, 1990.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei n. 4.317, de 04 de janeiro de 1990. Institui o modelo assistencial de saúde do Espírito Santo. In: **MODELO assistencial de saúde do Espírito Santo**. [Vitória : Secretaria da Saúde, 1990].
- _____. Lei n. 5.074, de 10 de julho de 1995. Altera a composição do Conselho Estadual de Saúde, instituído pela Lei n. 4.317 de 04/01/90 e modificado pela Lei n. 4.975 de 21/11/94. **Diário Oficial [do Estado do Espírito Santo]**, Vitória, 12 jul. 1995.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei n. 4.873, de 10 de janeiro de 1994. Institui o Fundo Estadual de Saúde. **Diário Oficial [do Estado do Espírito Santo]**, Vitória, 14 de jan. 1994.
- _____. Decreto n. 3.868-N, de 14 de julho de 1995. Regulamenta a lei de criação do Fundo Estadual de Saúde. **Diário Oficial [do Estado do Espírito Santo]**, Vitória 17 jul. 1995.
- _____. Decreto n. 6.557-E, de 26 de setembro de 1995. Instala o Conselho Estadual de Saúde. **Diário Oficial [do Estado do Espírito Santo]**, Vitória, 28 set. 1995.
- _____. Lei n. 5.341, de 19 de dezembro de 1996. Institui o Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo. **Diário Oficial do Espírito Santo]**, Vitória, 20 dez. 1996.
- _____. Secretaria da Saúde. **Relatório da situação encontrada na Secretaria de Estado da Saúde pelo secretário em janeiro de 1995**. [Vitória, 1995].
- FARIA, José Eduardo. **O Brasil pós-constituente**. Rio de Janeiro : Graal, 1989.
- FIORI, José Luís. Poder e credibilidade : o paradoxo político da reforma liberal. **Lua Nova** : Revista de Cultura e Política, São Paulo, n.25, p. 185-196, 1992.

- FOLLIS, Massimo. Conselhos operários. In: DICIONÁRIO de política. 6. ed. Brasília : Ed. UnB, 1994. v. 1.
- GADELHA, Paulo Ernani, MARTINS, Rute. A política nacional de saúde e a 8.CNS. **Revista Saúde em Debate**, Curitiba, n.20, p. 79-83, abr. 1988.
- GARCIA, Marco Aurélio (Org.). **As esquerdas e a democracia**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1986.
- GENTILI, Pablo, SADER, Emir (Orgs.). **Pós-neoliberalismo : as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995.
- GERRATANA, Valentino. A temática dos conselhos e a extinção do Estado. In: CARDOSO, Fernando Henrique, MARTINS, Carlos Estevam. **Política e sociedade**. São Paulo : Ed. Nacional, 1979. v. 2.
- GIACONINI, Homero Carlos. A sociedade civil e a garantia do processo de reforma sanitária. **Revista Saúde em Debate**, Curitiba, n. 33, p. 64-68, dez. 1991.
- GUIMARÃES, Reinaldo, TAVARES, Ricardo (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil : anos 80**. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1994.
- GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. 6. ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1986.
- IANNI, Octavio. A nação das classes dominantes. In: LARANJEIRA, Sonia. (Org.). **Classes e movimentos sociais na América Latina**. São Paulo : HUCITEC, 1990.
- JACOBI, Pedro. **Movimentos sociais e políticas públicas : demandas por saneamento básico e saúde/São Paulo, 1974-1984**. São Paulo : Cortez, 1989.

- KRISCHKE, Paulo J., WARREN, Ilse Scherer (Orgs.). **Uma revolução no cotidiano?** os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo : Brasiliense, 1987.
- LACLAU, Ernesto. Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 2, p. 41-47, out. 1986.
- LAMOUNIER, Bolívar, ROUQUIÉ, Alain, SCHVARZER, Jorge (Orgs.). **Como renascem as democracias**. São Paulo : Brasiliense, 1985.
- LEFORT, Claude. **Pensando o político** : ensaios sobre democracia, revolução e liberdade. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1991.
- _____. **A invenção democrática** : os limites da dominação totalitária. São Paulo : Brasiliense, 1983.
- MAGRI, Lúcio. **Via parlamentarista ou via consejista?** Barcelona : Anagrama, 1977.
- MANIN, Bernard. As metamorfoses do governo representativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 29, p. 5-34, out. 1995.
- MARX, Karl. **A guerra civil em França**. Lisboa : Avante, 1984.
- MICHILES, Carlos et al. **Cidadão constituinte** : a saga das emendas populares. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1989.
- MISOCZKY, Maria Ceci. Distrito sanitário : desafio de descentralizar com democracia. **Revista Saúde em Debate**, Curitiba, n. 33, p. 54-60, dez. 1991.
- MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Relatórios de encontros e jornais** : 1984 a 1985. [Vitória, 1985].

- NOVARO, Marcos. O debate contemporâneo sobre a representação política. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 42, p. 77-90, jul. 1995.
- O'DONNELL, Guillermo. Sobre o Estado, a democratização e alguns problemas conceituais. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.42, p. 77-90, jul.1995.
- ____, SCHMITTER, C. Philippe. **Transições do regime autoritário** : primeiras conclusões. São Paulo : Vértice, 1988.
- OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado**. 2. ed. São Paulo : Brasiliense, 1994. Cap. 7, p. 225-268 : A atribuição de status público aos grupos de interesse.
- OLIOSA, Durvalina Maria Sesari. **Alcances e limites da participação conselhistas no estabelecimento de políticas sociais** : o caso da saúde. 1996. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Ciências Sociais) - Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Espírito Santo.
- OLIVEIRA, Francisco. Os protagonistas do drama : Estado e sociedade no Brasil. In : LARANJEIRA, Sonia (Org.). **Classes e movimentos sociais na América Latina**. São Paulo : HUCITEC, 1990.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo, TEIXEIRA, Sonia Fleury. **(Im)previdência social** : 60 anos de história da previdência no Brasil. 2. ed. Petrópolis : Vozes, 1989.
- PINHEIRO, Roseni. **Conselhos municipais de saúde** : o direito e o avesso. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- REIS, P. Elisa, CHEIBUB, Zairo B. Pobreza, desigualdade e consolidação democrática. **Dados** : Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p.233-259, 1993.

- RESTREPO, Luís Alberto. **A relação entre sociedade civil e o Estado : elementos para uma fundamentação teórica do papel dos movimentos sociais na América Latina.** **Tempo Social** : Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v. 2, n. 2, q. 61-100, 2.sem.1990.
- SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena : experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice : o social e o político na pós-modernidade.** 2. ed. São Paulo : Cortez, 1996.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça.** Rio de Janeiro : Campus, 1979.
- _____. **Transição em resumo : do passado recente ao futuro imediato.** **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 16-21, 1986.
- SENNETT, Richard. **O declínio do homem público : as tiranias da intimidade.** São Paulo : Cia das Letras, 1989.
- SILVA, Ana Amélia da. **Esfera pública e sociedade civil : uma (re)invenção possível.** **São Paulo em Perspectiva,** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 61-67, abr./jun. 1994.
- SMITH, C. William. **Reestruturação neoliberal e cenários da consolidação democrática na América Latina.** **Dados** : Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 36, n.2, p.209-231, 1993.
- SOLA, Lourdes (Org.). **Estado, mercado, democracia : política e economia comparada.** São Paulo : Paz e Terra, 1993.
- TAVARES, Maria da Conceição, FIORI, José Luís. **(Des)ajuste global e modernização conservadora.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1993.

- TEIXEIRA, Carmem Fontes. *Municipalização da saúde : os caminhos do labirinto. Revista Saúde em Debate*, Curitiba, n. 33, p. 27-32, dez.1991.
- TEIXEIRA, Elenaldo Celso. *Movimentos sociais e conselhos. Cadernos ABONG*, São Paulo, n. 15, p. 7-19, jun. 1996.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma sanitária : em busca de uma teoria*. São Paulo : Cortez, 1989.
- TELLES, Vera Silva. *Sociedade civil e a construção de espaços públicos*. In : DAGNINO, Evelina (Org.). *Os anos 90 : política e sociedade no Brasil*. São Paulo : Brasiliense, 1994. p. 91-102.
- _____. *Sociedade civil e os caminhos (incertos) da cidadania. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 7-14, abr./jun.. 1994.
- TELLES, Vera Lúcia. *Sociedade civil, direitos e espaços públicos*. In: VILLAS BOAS, Renata (Org.). *Pólis : participação popular nos governos locais*, São Paulo, n. 14, p. 43-54, 1994.
- TOURAINE, Alain. *As possibilidades da democracia na América Latina. Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-15, jun. 1986.
- WAMPLER, Brian. *The construction of citizenship: municipal health council of São Paulo, Brazil*. Trabalho apresentado ao Departamento de Estudos Governamentais Universidade do Texas, Austin, 1 maio 1996.
- WARREN, Ilse Scherer. *Organizações não governamentais na América Latina : seu papel na construção civil. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 6-14, jul./set. 1994.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA/CONSELHEIROS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

ATUAÇÃO DO MOVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MOVIMENTOS SOCIAIS NO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

- 1- Quando foi criado o conselho estadual de saúde?
- 2- De que maneira o movimento popular e sindical participou de sua criação?
- 3- A criação do conselho era uma reivindicação do movimento popular e sindical? De que maneira esta reivindicação se expressava?
- 4- Quais são os objetivos do conselho?
- 5- De quais conselhos o seu movimento participa?
- 6- Como são escolhidos os representantes do segmento dos profissionais de saúde para o conselho estadual de saúde?
- 7- Para você é importante a presença do movimento popular/movimento sindical nos conselhos? Por que?
- 8- Houve mudanças na gestão e qualidade dos serviços de saúde prestados pelo Estado a partir da implantação do conselho? Quais?
- 9- Como o movimento tem ocupado o conselho? Apresenta demandas, reivindicações, propostas?
- 10- Como os interesses dos diferentes segmentos representados no conselho se expressam? (Ações diretas, apresentação de documentos e abaixo-assinados com demandas e reivindicações com os órgãos governamentais, etc.).
- 11- Como estes interesses são negociados no fórum do conselho?
- 12- Como são as relações entre os diferentes segmentos representados no conselho? Há algum tipo de hierarquia? Costumam discutir entre si os problemas apresentados no conselho?
- 13- Como o movimento apóia a atuação de seus representantes no conselho?

- 14- Que tipo de articulação e comunicação os representantes do movimento/entidade com assento no conselho mantêm com o movimento?
- 15- Como as decisões são tomadas no interior do conselho?
- 16- Que tipo de decisão é tomada no interior do conselho?
- 17- Que tipo de regulação o conselho tem estabelecido para a política de saúde e ações estatais no estado?
- 18- As decisões e regulações são respeitadas por todos os segmentos representados no conselho?
- 19- Que tipo de problema os diferentes segmentos têm apresentado para resolução no conselho?
- 20- Como as demandas, reivindicações, interesses e problemas do segmento do qual você é representante no conselho estadual são discutidas no interior do segmento?E de que maneira são encaminhadas e apresentadas ao fórum do conselho?
- 21- Faça uma avaliação da participação do movimento no conselho levantando problemas, conquistas, os principais enfrentamentos do passado e os desafios presentes.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA/CONSELHEIROS DO CONSELHO ESTADUAL
DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

**ATUAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NO CONSELHO ESTADUAL
DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

- 1- Quando foi criado o conselho estadual de saúde?
- 2- De que maneira o movimento popular e sindical participou de sua criação?
- 3- A criação do conselho era uma reivindicação do movimento popular e sindical? De que maneira esta reivindicação se expressava?
- 4- Quais são os objetivos do conselho?
- 5- De quais conselhos sua entidade participa? a) () Conselho Municipal de Saúde de Vitória b) () Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo c) () Outros
- 6- Como são escolhidos os representantes do segmento dos prestadores de serviços para o conselho estadual de saúde?
- 7- Para você é importante a presença dos prestadores de serviços no conselho? Por que? E dos outros segmentos? Por que?
- 8- Houve mudanças na gestão e qualidade dos serviços de saúde prestados pelo Estado a partir da implantação do conselho? Quais?
- 9- Como as entidades dos prestadores de serviços têm ocupado o conselho? Apresentam demandas, reivindicações, propostas?
- 10- Como os interesses dos diferentes segmentos representados no conselho se expressam? (Ações diretas, apresentação de documentos e abaixo-assinados com demandas e reivindicações, negociações particulares de demandas e reivindicações com os órgãos governamentais, etc.).
- 11- Como estes interesses são negociados no fórum do conselho?
- 12- Como são as relações entre os diferentes segmentos representados no conselho? Há algum tipo de hierarquia? Costumam discutir entre si os problemas apresentados no conselho?
- 13- Como o movimento apóia a atuação de seus representantes no conselho?

- 14- Que tipo de articulação e comunicação os representantes da entidade com assento no conselho mantêm com o movimento?
- 15- Como as decisões são tomadas no interior do conselho?
- 16- Que tipo de decisão é tomada no interior do conselho?
- 17- Que tipo de regulação o conselho tem estabelecido para a política de saúde e ações estatais no estado?
- 18- As decisões e regulações são respeitadas por todos os segmentos representados no conselho?
- 19- Que tipo de problema os diferentes segmentos têm apresentado para resolução no conselho?
- 20- Como as demandas, reivindicações, interesses e problemas do segmento do qual você é representante no conselho estadual são discutidas no interior do segmento?E de que maneira são encaminhadas e apresentadas ao fórum do conselho?
- 21- Faça uma avaliação da participação do movimento no conselho levantando problemas, conquistas, os principais enfrentamentos do passado e os desafios presentes.