

A participação popular na gestão da saúde de São Paulo

Joana Aparecida Coutinho*

Resumo:

O objetivo deste artigo é mostrar o processo de institucionalização do Conselho Municipal de Saúde e indagar se os canais de participação popular têm propiciado a participação dos cidadãos na gestão da política de saúde na cidade, quais os entraves políticos enfrentados pelo Movimento de Saúde e o seu real poder de decisão no Conselho.

A participação popular na gerência das políticas públicas de saúde é reivindicada desde o final da década de 70. O primeiro conselho popular foi implantado em 1978, no Jardim Nordeste, bairro da região leste da cidade de São Paulo.

O conselho popular estabeleceu um novo canal de participação que ampliava a conscientização por parte dos integrantes do movimento de Saúde sobre os seus direitos. Legitimado pelas autoridades, representava uma inovação importante da participação popular construindo o elo entre a população, os funcionários do Centro de Saúde e o Estado (Machado, 1995). Ressalta-se que, neste momento, os participantes do conselho popular são representantes da população usuária, os funcionários podem participar, desde que morem na região e na condição de usuário. Neste primeiro momento, o conselho funciona como um veículo de *consulta* do poder público.

Essa participação popular foi corroborada pela Constituição de 1988, através das Leis 8.080 e 8.142 (Lei Orgânica da Saúde) e, no caso da capital paulista pela Lei Orgânica do Município de São Paulo.

A Lei Orgânica estabelece a participação da população — através do movimento organizado — em conjunto com o Estado, na tomada de decisão sobre as políticas de saúde para o município. Neste caso, o conselho passa a ser *deliberativo*.

* Mestre em Ciências Sociais pela PUC-SP, professora da Faculdade Santa Rita de Cássia, assistente de pesquisa na Cenpec e membro do Neils.

A organização do movimento de saúde pode ser dividido em três momentos: o primeiro caracteriza-se pela reivindicação dos equipamentos para a prestação do serviço à população usuária; no segundo acrescenta-se a necessidade de que os usuários possam *fiscalizar e controlar* o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde — são instituídos os primeiros conselhos populares; e, por último, no terceiro momento, a reivindicação é *qualificada* com a formação de conselhos paritários. Em parceria com o poder público e outros setores da sociedade civil, se constitui o Conselho Municipal de Saúde, não mais como um espaço de consulta do poder público, mas como um canal de deliberação de políticas.

Para Evelina Dagnino, essa nova fase dos movimentos sociais é representada pelo esforço de adequação à institucionalidade democrática e revela uma alteração qualitativa nas suas práticas. Este processo representa um salto de qualidade que interpela, embora não invalide, algumas observações sobre o caráter dos movimentos sociais, por exemplo, a predominância de interesses do tipo corporativo, que os fariam competir frente ao Estado pelo seu atendimento, uma relação meramente clientelista com o Estado ou com quem pudesse atender a esses interesses.

Essas experiências apontam para a redefinição dos modos de tomada de decisões no interior do Estado e também de como se dão as relações Estado/sociedade. Portanto, elas expressam e contribuem para reforçar a existência de *sujeitos-cidadãos* e de uma cultura de direitos que inclui o (direito) de ser co-partícipe da gestão da cidade (Dagnino, 1994).

Por outro lado, estudos como o de Carlos Estevam Martins (1994) assinalam que os canais de participação popular seriam uma correção da democracia representativa. Ou seja, a participação estaria restrita às áreas nas quais simples representação é insuficiente; ou para resolver uma crise de representação provocada pelo estiolamento dos partidos políticos. Nesta ótica, a sociedade invade o Estado e tende a reproduzir no interior do Estado as contradições de classe, hierarquias socioculturais, desequilíbrios regionais, relações de dominação e de exploração. Este tipo de análise revela o temor de que, quanto mais participação social menos autonomia e, portanto, maior restrição ao Estado soberano.

Outros autores vêem os conselhos populares como um meio fundamental para complementar a representação política formal (Singer, 1992). Esses canais de participação popular institucionalizados no interior do Estado comporiam um sistema

misto. A *democracia representativa* conviveria com a democracia participativa, através dos parlamentares eleitos e da participação dos grupos organizados da sociedade, como movimentos sociais, igreja, movimentos ecológicos etc. (Benevides, 1991:44).

O Conselho de Saúde e a gestão petista

Os conselhos populares foram apoiados pelo PT como meio para a participação popular direta na elaboração de políticas. A relação entre esses conselhos e outros veículos de representação política, como as Câmaras Municipais, não foi definida com clareza; assim como esses conselhos deveriam ser organizados, e quais seriam suas atribuições .

Para alguns petistas, os conselhos deveriam substituir os órgãos mais tradicionais, enquanto para outros, deveriam ter um papel suplementar. Nos dois casos, os órgãos parlamentares eram considerados insuficientes para o tipo de política democrática que o PT queria praticar (Keck, 1991:264).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), com membros oriundos de um movimento com experiência de mais de 16 anos de participação em conselhos populares, conseguiu imprimir no projeto de Lei apresentado pelo governo municipal, respaldado pela garantia constitucional de participação da comunidade na gestão do sistema de Saúde, os princípios básicos que norteariam a sua atuação, com base em uma participação intensa do movimento social organizado e da sociedade civil. O termo "sociedade civil", é entendido aqui, no sentido gramsciano, isto é, o conjunto de organismos chamados de privados. São privados no sentido, de que se distinguem da sociedade política ou Estado e que no processo de auto-organização criam *aparelhos privados de hegemonia* (Gramsci, 1995). Assim, a composição do Conselho Municipal de Saúde contempla representantes de empresários e empresas privadas da área de saúde e entidades de classe, sindicatos, além do movimento de Saúde.

No período de elaboração da Lei Orgânica (1990), o CMS já fazia parte da hierarquia da Secretaria Municipal de Saúde. Portanto, a mobilização em torno da Lei Orgânica, se deu para garantir, em lei, a existência e o funcionamento do conselho. A preocupação com a legalidade do conselho vai tomar boa parte do tempo e mobilização dos conselheiros¹ na gestão petista.

Documento elaborado pela SMS destaca como justificativa para a institucionalização do Conselho Municipal de Saúde: "(...)que os

1. Referimos sempre ao segmento do CMS com maior interesse na mobilização e participação, o Movimento de Saúde.

canais de participação institucional constituem-se em espaços onde a partir da apropriação das informações e do conhecimento, a população pode efetivamente participar das decisões, definir seus caminhos, exercer o seu direito de cidadania".²

Ressalta que estes canais de participação popular junto ao Poder Executivo não têm o propósito de competir com a participação da sociedade e do cidadão junto ao Legislativo, nem substituir as formas autônomas de organização dos movimentos sociais, mas sim servir de alavanca para impulsionar os movimentos.³

Neste sentido os canais de participação teriam duas finalidades: participar, elaborar, controlar e avaliar a saúde para o município de São Paulo e exercer o papel de "impulsionador" da organização dos movimentos na sua base. Gerschman assinala que os movimentos populares não podem ser "arte e parte". Esse procedimento descaracteriza a participação popular na medida que torna-se pouco determinante na implementação da política. O movimento passa a ser um instrumento de negociação política entre facções do partido ou de autoridades. Assim, a mobilização popular torna-se provedora de recursos (Gerschman, 1995:159).

O papel do conselho como elaborador das políticas de Saúde para o município esbarrava na falta de conhecimento técnico por parte do segmento do conselho com maior atuação, o Movimento de Saúde. Tendo sua atuação se baseado na confiabilidade, honestidade e seriedade dos administradores na SMS, durante a gestão petista : "mesmo você sendo da população, usuário, não conhecendo toda aquela máquina, você via que a direção fazia questão de informar a gente: 'olha, é assim!' para você entender como é e poder cobrar se é isso mesmo (...) tinha todo o interesse de que a gente que não era da área técnica pegando aquele material todo, começando a ter uma formação, para depois a gente dizer 'é assim que a coisa funciona, foi feito assim'" (Luzinete, presidente da Secretaria Executiva do CMS de 1993-1996).

Assim, a participação na elaboração das políticas de saúde esbarrava em dificuldades previsíveis devido à falta de informação técnica por parte dos conselheiros, que não acompanhavam todas as discussões necessárias para elaborar o orçamento, controlar e fiscalizar a implantação do SUS no município: " elaborar o orçamento e poder cobrar. Isso teve na gestão passada (PT) dentro das limitações, nem todo mundo participa da discussão, não

2. Documento da Secretaria Municipal da Saúde, *Participação e controle social*, junho de 1992.

3. *idem*, :1

consegue acompanhar, a maioria dos membros, em geral, não só do segmento da população. Nem todo mundo tem aquele interesse; mas eu acho que é assim”(Zulmira — Movimento de Saúde Zona Leste).

A eleição de Paulo Maluf, do PPB, abalou a estrutura do Conselho Municipal de Saúde. Tão logo tomou posse dizimou os conselhos gestores, porque estes não tinham se consolidado como previsto na lei e desejado pelo movimento social em Saúde e iniciou-se uma nova relação do CMS com a administração municipal.

O Conselho e o Plano de Atendimento à Saúde — PAS

Os canais de participação popular implantados na cidade de São Paulo na gestão Erundina, sofreram um enorme baque sobre suas ações durante a gestão malufista seguinte. No caso da Saúde, essas dificuldades apareceram desde o início da gestão, com o não reconhecimento dos conselhos gestores das unidades. Os diretores das unidades não participavam das reuniões e os funcionários deixaram de participar com medo de represálias da administração. Portanto, o movimento ficou sem interlocutores. “Se você reúne só a população, não é um conselho gestor. O conselho gestor precisa de população, administração e funcionários. Como a administração não deixa os funcionários participarem, dificulta, faz coações, ameaças, então a população ficou discutindo com ela mesma” (Mário — Movimento de Saúde Zona Oeste).

A gestão malufista, para estes conselhos que estavam “começando” a participar da elaboração das políticas sociais, foi um retrocesso no que diz respeito à continuidade da ação. Ela minou a participação destes conselhos na gestão da coisa pública. O entendimento da administração de participação da comunidade divergia daquele defendido pelo Movimento de Saúde e previsto pela Lei Orgânica. Na gestão malufista, entendia-se que estes canais deveriam ter apenas um papel “consultivo” e seus membros serem indicados pelo prefeito,⁴ em nenhuma hipótese com poder de deliberar sobre políticas que, em tese, caberiam àqueles que fossem eleitos para tal finalidade.

O número de conselhos gestores diminuiu significativamente no período da administração Maluf, embora tenha aumentado o número de Unidades Básicas de Saúde sob gerência do município⁵.

4. Em 1969 Maluf cria Conselhos de Saúde com participação restrita às autoridades locais. Em 1995 encaminha Projeto de Lei à Câmara mudando a composição do conselho, sendo que os representantes deveria ser indicados pelo prefeito.

5. Segundo levantamento feito pelo Conselho Municipal de Saúde, apresentado no II Encontro dos Conselhos de Saúde, realizado em junho de 1995, em 1992 a cidade contava com 218 Unidades Básicas de Saúde, sendo que em 132 delas havia conselho gestor. Em 1995, embora o número de unidades tenha aumentado para 246, o número de conselhos decaiu para 88. Em 1996, com a implantação do PAS, os conselhos deixaram de existir.

QUADRO COMPARATIVO DO NÚMERO DE CONSELHOS GESTORES POR REGIÃO

Região	1992/ GESTÃO ERUNDINA		1995/ GESTÃO MALUF	
	Número de unidades	Número de conselhos gestores	Número de unidades	Número de conselhos gestores
ARS 1	9	3 (33%)	1	6 (54%)
ARS 2	21	14 (67%)	22	15 (68%)
ARS 3	26	15 (58%)	33	10 (30%)
ARS 4	18	12 (67%)	19	5 (26%)
ARS 5	29	22 (76%)	35	10 (29%)
ARS 6	22	20 (91%)	24	6 (25%)
ARS 7	35	7 (20%)	36	9 (25%)
ARS 8	10	6 (60%)	14	0 (0%)
ARS 9	24	20 (83%)	26	8 (31%)
ARS 10	24	13 (54%)	26	19 (73%)
Total	218	132 (61%)	246	88 (36%)

Fonte: documento do II Encontro dos Conselhos de Saúde do Município de São Paulo

A falta de clareza do papel dos conselhos gestores ficou evidenciada no encontro realizado em maio de 1995. Neste encontro, uma parte do Movimento de Saúde avaliava a existência do conselho como importante porque entendia o controle social das unidades como verificação do livro de ponto, da existência de remédios; e outra parte entendia que não era este o papel do conselho. Para este segundo grupo a ausência da participação na elaboração da política do distrito, da unidade, demonstrava que os conselhos não estavam cumprindo o seu papel.

Um documento elaborado pelo Conselho Municipal de Saúde foi apresentado como "contribuição" ao encontro e propunha a implantação e definição do papel e caráter dos conselhos como controladores, fiscalizadores dos serviços e da execução das ações, além de seu caráter deliberativo.

A relação da administração municipal (tanto a malufista como a de Celso Pitta) com o CMS é ambígua. A ambigüidade consiste no fato de que, ao mesmo tempo que a Secretaria passa por cima das determinações do regimento do conselho não o reconhecendo como parte da estrutura da secretaria, a existência do CMS é um condicionamento legal para que haja o repasse de verbas federais para a Saúde no município.

A gestão de Paulo Maluf na área da Saúde foi marcada pelo Plano de Atendimento à Saúde, PAS. Este plano é formado por cooperativas de trabalhadores da área da Saúde como médicos, enfermeiras, que se tornam responsáveis pelo gerenciamento de hospitais e unidades básicas de saúde do município.

A prefeitura firma um convênio com a cooperativa⁶ e, mediante permissão de uso, cede bens municipais como móveis, imóveis e equipamentos necessários à implantação do programa. Para se adequar os distritos às cooperativas muda-se a estrutura da Secretaria. Assim, foram criados os Módulos de Saúde em substituição aos Distritos de Saúde e às Administrações Regionais.

Na verdade, regionalização, descentralização e hierarquização, princípios básicos do SUS, foram traduzidos pelo PAS como uma forma de represar a demanda na região de moradia. Assim, os moradores de determinada região devem ser cadastrados, as cooperativas recebem um valor já determinado por morador, independente do atendimento.⁷

As Administrações Regionais de Saúde e os Distritos de Saúde foram substituídos por Módulos de Atendimento, sofrendo alterações na sua composição. Assim, a ARS 1 composta de 3 DS (Bela Vista, Sé e Consolação) alterou-se para Módulo de Atendimento Centro, acrescentando ao módulo mais 14 DS (Barra Funda, Vila Mariana, Belém, Bom Retiro, Santa Cecília, Pari, República, Brás, Liberdade, Cambuci, Perdizes, Jardim Paulista, Pinheiros e Itaim Bibi).

Cada módulo tem a liberdade de contratar empresas gerenciadoras,⁸ chamados pela secretaria de "gestoras". Estas gestoras recebem 6% da verba repassada pela Secretaria aos módulos.

As justificativas apresentadas no projeto de Lei encaminhado à Câmara Municipal para legitimar o PAS são as seguintes: citando o artigo 196, que coloca a "saúde como direito de todos e dever do Estado", e o artigo 212 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, que estabelece a saúde como "direito de todos, assegurado pelo poder público", diagnostica-se que o poder público tem se mostrado ineficaz e as ações, condução e execução dos serviços de saúde são insuficientes para a materialização de um atendimento adequado à população. Ressaltando-se o quadro caótico em que vive a saúde pública, propõe-se a otimização dos recursos destinados à área da saúde pública, por meio da participação de profissionais e de organizações comunitárias não-governamentais, na gestão dos recursos, "no intuito de propiciar à população alvo, atendimento de melhor qualidade".⁹

O objetivo do plano é explicitado no 1º artigo do projeto: a) a melhoria do atendimento à saúde; b) o estímulo à co-participação no campo da saúde; c) facilitação do acesso universal e igualitário

6. No projeto de lei é feita uma distinção entre contrato e convênio. No primeiro, as partes têm interesses diversos e opostos; no segundo os participantes têm interesses comuns e coincidentes.

7. O valor estipulado no início da implantação do plano era de R\$ 10,00 sendo, posteriormente, alterado para R\$ 10,90.

8. As gerenciadoras são contratadas são responsáveis pela parte administrativa e contábil das unidades. Sendo que 9 das 14 gerenciadoras são ligadas diretamente a empreiteiras ou escritórios de engenharia e não tinham nenhuma experiência na gestão de sistemas de saúde. "Gerenciadoras podem mudar". *Folha de S. Paulo* 26/3/97.

9. O projeto de Lei n.º 01-0493/1995-Das justificativas p.2. Esse projeto foi instituído pela Lei n.º 11.866 de 13/9/95 e regulamentado pelo Decreto n.º 35.664 de 16/11/95.

da população às ações e serviços mantidos e desenvolvidos pela prefeitura, voltados à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

A primeira tentativa de implantação do PAS através de um decreto teve várias manifestações contrárias. O CMS exigiu que o plano passasse por discussão ampla na sociedade e no próprio conselho e a Câmara Municipal, através da bancada petista, exigiu que o plano fosse apresentado no Legislativo como um projeto de Lei. Acreditava-se que ele seria derrotado em votação, em decorrência dos problemas levantados por juristas, políticos e, claro, pelo conselho.

O projeto apresentado à Câmara Municipal foi aprovado, apesar de todas as controvérsias e contradições do plano. O costumeiro rateio das administrações regionais entre os vereadores (Chaia, 1991) permeou a barganha em troca da votação do referido plano. A tentativa do conselho de entrar com representação no Ministério Público para que a votação fosse suspensa e o plano submetido à apreciação do conselho, como lhe assegura a Lei Orgânica da Saúde, mostrou-se inútil. Apesar disso, foi feita uma auditoria por técnicos do Ministério da Saúde, que acabou por revelar que o dinheiro repassado pelo SUS tinha sido gasto de forma irregular. Além disso, constatou que a gestão Paulo Maluf havia congelado de forma irregular a verba recebida do governo federal. Segundo esta auditoria, a prefeitura gastou 18% do dinheiro recebido, aplicando o restante no mercado financeiro, em bancos, como garantia de empréstimos. O inquérito que se iniciou com ação impetrada pelo deputado do PT, Eduardo Jorge, com largo apoio do CMS, acusava a prefeitura de prejudicar o atendimento ao não usar a verba destinada à saúde.

10. São exatamente 19 contas bancárias, sendo 13 no Banco do Brasil, 2 no Banco do Estado de São Paulo, 1 no Banco do Estado do Paraná, 1 no Banco do Estado do Rio Grande do Sul, 1 na Nossa Caixa e 1 na Caixa Econômica Federal S.A.

Relatório elaborado por esta auditoria destaca ainda que o CMS se limitou à aprovação dos regimentos internos, não tendo sido publicado no Diário Oficial do Município nenhuma "decisão" que se referisse ao seu papel de elaborador, controlador ou fiscalizador dos serviços de saúde na cidade: "não ficou evidenciada nenhuma atuação do CMS/SP quanto ao acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde ou ainda de fiscalização do desenvolvimento das ações e serviços de saúde o que caracteriza a inexistência de participação da sociedade na administração do SUS municipal, propiciando o controle social de que tratam os artigos 194 e 198 da Constituição Federal e a Lei 8142 de 28.12.90".

A auditoria cita ainda a existência de várias contas bancárias¹⁰ para recebimento do Fundo Municipal de Saúde (Fumdes). A

conclusão a que chegaram os auditores, de que não houve controle do uso da verba do Fumdes por parte do conselho, não foi uma novidade, já que os conselheiros sabiam de suas limitações, tanto no governo como na gestão Maluf.

Apesar de a auditoria realizada sugerir que se apurassem as responsabilidades pelo uso inapropriado da verba do Fumdes e da posição dos auditores contrários ao uso da verba na implantação do PAS,¹¹ este programa foi implantado em toda a cidade de São Paulo.

Outro problema destacado pelos opositores do plano diz respeito à forma de pagamento às cooperativas. Como elas recebem por número de pessoas cadastradas, independente de serem atendidas ou não, tal sistema criaria várias distorções, uma das quais envolveria o repasse de verbas para as cooperativas.

Todas as manifestações contrárias ao PAS abordam sua inconstitucionalidade por restringir o atendimento a uma parcela da população que não consegue se inserir no mercado formal de trabalho. Neste sentido, o atendimento estaria restrito aos "pobres", considerados cidadãos de segunda classe. De um lado, a classe média recorre cada vez mais à medicina de grupo que oferta planos individualmente (Golden-Cross, Amil, Blue Life etc.). De outro, há planos de seguro de grupo com participação financeira das empresas privadas. Este fato responde à estratégia das empresas de conceder benefícios sob a forma de salário indireto que, além de não sofrerem taxações usuais, previdência por exemplo, ainda têm deduções fiscais. Ou ainda algumas empresas de menor porte que, mediante um desconto proporcional à folha dos empregados, oferecem um convênio de saúde (Faveret Filho, 1990: 48-149).

O PAS promove um desmantelamento da rede pública no que diz respeito ao atendimento terciário. Programas de Saúde como *saúde mental*, *Aids*, *combate à tuberculose* e *atendimento à gestante* foram desestruturados.¹²

A segunda distorção é que, pela lógica do plano, se recebe por número de pessoas cadastradas e, portanto, quanto menos atende, mais a cooperativa recebe. A terceira consiste no fato de o atendimento ser restrito aos tipos primários e secundários;¹³ o atendimento terciário, que é o mais oneroso, sendo encaminhado ao SUS.

Os funcionários públicos da Secretaria da Saúde que não aderiram ao plano foram transferidos para outras Secretarias:

11. Os promotores pediam que o contrato da prefeitura com a Fundação Escola de Sociologia e Política fosse cancelado e que a prefeitura devolvesse CR\$ 5 milhões gastos no cadastramento de moradores. Alegavam que a prefeitura contratou a Fundação com dinheiro do Fumdes, que só pode ser usado em ações diretamente relacionadas ao atendimento médico e ainda a falta de licitação pública para efetuar o referido cadastro. Mostraram ainda que a Fundação apresentou proposta detalhada de trabalho no mesmo dia em que a Prefeitura enviou o ofício solicitando o trabalho (*Folha de S. Paulo*, 30/12/95 C 3-3.)

12. O PAS compromete demais áreas da saúde (*Folha de S. Paulo* 17/3/97.)

13. O atendimento primário seria aquele realizado na UBS, que pela concepção do SUS, funcionaria como referência para o atendimento secundário (hospitais, cirurgias) e o terciário é o atendimento mais especializado.

14. Em uma das transferências, 15 médicos tiveram como lugar de "lotação" um ônibus estacionado ao lado da regional de saúde de Pirituba-Perus, considerado irregular pelo CRM (*Folha de S. Paulo*, 4/4/96:C3-6). Nestas transferências, psiquiatras estariam indo trabalhar na Guarda Civil Metropolitana, cirurgiões, na Secretaria do Verde etc. Segundo o CRM, há ainda funcionários removidos que não sabem para onde vão. O presidente do Sindicato dos Professores Municipais, Cláudio Gomes Fonseca, afirma que há ginecologistas, especialistas em raio x, trabalhando em escolas. É o caso da Escola de 1º Grau Jean Mermoz, na Zona Sul, que recebeu 14 funcionários da Saúde, que não têm o que fazer no novo local de trabalho (*Folha de S. Paulo*, 5/7/96:C3-9).

15. Como já foi enfatizado, esse processo era incipiente na gestão

Educação, Bem-Estar Social, Verde e Meio Ambiente, Esportes, Obras e Governo.¹⁴

O PAS não prevê a participação dos usuários na sua execução. Na verdade, os conselhos regionais e distritais perdem a razão de ser com o funcionamento do PAS. Antes mesmo da implantação do plano, a Secretaria interrompeu o processo de repasse de verbas para as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Distritos de Saúde (DS),¹⁵ voltando a centralizá-las no gabinete do secretário, dificultando assim, a participação dos conselhos gestores porque "na medida em que centraliza, você tira o poder do nível local e descaracteriza o papel dos conselhos gestores, que só têm razão de ser num espaço de poder. Se antes a população procurava o prefeito ou o secretário, é porque intuitivamente ela percebia que conversar com o diretor do posto, do distrito ou da regional, não resolvia. Ela procurava quem tinha o poder, quem tinha a caneta, quem podia decidir" (Carlos Neder, secretário municipal de Saúde de 1990-1992).

Na realidade, a população não só procurava quem tinha a caneta, quem podia decidir, mas também quem tinha vontade política para isso. Observa-se que na gestão de Jânio Quadros (1986-1988) o já bem organizado Movimento de Saúde canalizava suas reivindicações de participação institucional ao governo do Estado que se propunha ao diálogo, ou seja, o movimento tinha um interlocutor para dialogar.

Telles (1988:12) ressalta que a novidade dos movimentos organizados nas lutas populares consiste no fato de que passaram a estabelecer, com os poderes municipais, práticas que se deslocaram do mandonismo, clientelismo e assistencialismo através de espaços de participação e de negociação nos quais demandas e reivindicações estabelecem a pauta de responsabilidades dos atores envolvidos.

O fato é que as cooperativas não possuem espaço para a participação popular tal como concebido nos conselhos gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos conselhos distritais ou regionais. Se o papel principal de tais conselhos é elaborar, em conjunto com o poder público, as diretrizes da política municipal de Saúde, o PAS não contempla essa forma de participação direta na gestão da saúde. Ao contrário, estabelece de forma genérica que as Cooperativas deverão desenvolver ações e serviços de saúde de acordo com as diretrizes previstas nos artigos 198 da Constituição Federal, 222 da Constituição do Estado de São Paulo, 213 da Lei Orgânica do Município de São Paulo e nos princípios fixados no

artigo 7º da Lei Federal 8.080. Todas essas leis prevêm a “participação da comunidade”, mas a Lei 8.142, que é explícita ao mencionar a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas e assegura ao Conselho de Saúde, caráter permanente e deliberativo, sequer foi citado pelo projeto de lei que cria o PAS.¹⁶ Para o representante do Movimento da Zona Oeste, na gestão Maluf¹⁷ “o controle social é fiscalizar os hospitais. Nós achamos que o papel do conselho é fiscalizar a ação do poder público, fazer o controle social” (Wilson, Movimento de Saúde Zona Oeste-Butantã/Pinheiros).

Cabe ressaltar que a atual administração apresentou um projeto de Lei, em dezembro de 1995, regulamentando o Conselho Municipal de Saúde, contrapondo-se ao apresentado pela gestão petista no final de dezembro de 1992. Destacamos a seguir os principais pontos que sofreriam mudanças:

“Parágrafo 1º do Artigo VI: o *secretário Municipal da Saúde* integrará o Conselho Municipal de Saúde na condição de *membro nato e o presidirá, com direito a voz e apenas ao voto de qualidade, que será exercido em caso de empate;*

Parágrafo 3º: os representantes e seus respectivos suplentes serão indicados pelos correspondentes segmentos, *conforme disciplinado em decreto;*

Artigo VII: Os membros do Conselho Municipal de Saúde e seus suplentes *serão nomeados pelo prefeito;*

Parágrafo único do Artigo IX : *o quórum de instalação do Conselho Municipal de Saúde será definido por decreto;*

Artigo 10º : São mecanismos de controle social do SUS do Município de São Paulo: *I- A Conferência Anual de Saúde; e II- As Audiências Públicas Periódicas;*

Parágrafo 1º: A Conferência Anual de Saúde realizar-se-á no mês de outubro, *mediante convocação do secretário Municipal de Saúde;*

Artigo XV: *Ficam extintos os atuais Conselhos Distritais de Saúde.*¹⁸

Pelo projeto de lei proposto, que destacamos, percebe-se a clara intenção de minar a participação de grupos organizados em tais canais institucionais de participação popular. O fato dos membros do Conselho passarem a ser indicados pelo prefeito significa a perda da autonomia desses canais de participação em relação ao Estado. O que era uma contradição no governo petista — os conselhos, ao mesmo tempo que faziam parte da hierarquia interna da Secretaria,

petista. Nem todos os distritos eram unidades orçamentárias. Segundo dados do secretário neste período dos 32 distritos, 28 eram unidades orçamentárias.

16. Ver projeto de Lei 01-493/1995 que institui o PAS, Constituição Federal de 1988 (Título VIII Da ordem social, Seção II da Saúde), Lei 8.080 de 19/9/90, Lei 8.142 de 28/12/90

17. Esse quadro não muda com Celso Pitta, sucessor de Maluf.

18. Projeto de Lei n.º 1420/95. Até o momento (julho de 1996) o projeto não foi votado pela Câmara, resultado de pressão do CMS junto à Câmara Municipal de São Paulo em conjunto com gabinetes de vereadores da oposição.

deveriam se manter autônomos — na proposta de Maluf, ficam completamente atrelados à vontade do prefeito.

A experiência do CMS na cidade de São Paulo pode ser dividida em dois momentos. No primeiro, na gestão petista, no que pese todas as dificuldades de exercer o seu papel devido à falta de clareza ou de conhecimento técnico como indicado pelos depoimentos, havia vontade política, e determinação para que tais conselhos viessem a exercer o papel de, em conjunto com o executivo, deliberar sobre as políticas de saúde no município. Pode-se destacar, neste período, a realização das Conferências Municipais (I, II e III) convocadas pelo Executivo e pelo CMS. Na gestão de Maluf, a participação da administração nas Conferências Municipais (IV,V) foram pouco significativas. Na V Conferência, o CMS usou da prerrogativa de poder convocar a conferência sendo que o Executivo não contribuiu com infraestrutura para sua realização.¹⁹

As dificuldades assinaladas para o pleno exercício do CMS devem ser abordadas sob dois prismas. Primeiro, a experiência do CMS na gestão petista, que era sobretudo incipiente, tinha uma dupla responsabilidade: a de se estruturar — e com isso gastou-se boa parte do mandato na elaboração de regimentos internos — necessários para garantir sua existência; segundo, a mobilização e organização do movimento para que este não perdesse sua autonomia frente ao Estado.

O fato destes conselhos serem deliberativos representou uma grande mudança na co-responsabilidade com o Estado na gestão da coisa pública, e este aprendizado demanda tempo. Este espaço foi subitamente interrompido na gestão de Maluf, tornando o CMS o lugar de resistência na SMS ou, se preferirem, na prefeitura.

Se, durante a gestão do PT, o CMS não conseguiu exercer plenamente o seu papel, pelas dificuldades já mencionadas neste artigo, na gestão Maluf se viu ameaçado de ter a sua composição alterada, contrariamente à história de luta do Movimento de Saúde na cidade de São Paulo.

O PAS, de certa forma, corrobora essa idéia porque contraria o princípio que norteia a participação do segmento *usuário* no conselho, que é o acesso universal ao serviço de saúde, garantido pelo SUS. Neste aspecto os opositores do PAS são unânimes ao declarar que o SUS nunca foi implantado e, por isso, não se pode afirmar que não funciona.²⁰ O PAS repassa responsabilidade do Estado em atender às necessidades básicas da população, como Saúde, Educação etc., para a iniciativa privada. Neste sentido, o plano está inserido em uma estratégia neoliberal de diminuir a

19. A entidade que mais contribuiu para a realização da Conferência foi a representante dos sindicatos patronais, a Fiesp.

20. "O PAS fere de morte o SUS que nunca foi implantado", Pedro Henrique Silveira, presidente do CRM, dia 12/7/96 mesa redonda da SBPC-PUC- SP

atuação do Estado no terreno do bem-estar social. Laurell (1995) assinala quatro estratégias concretas da implantação da política social neoliberal: o corte dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização. A privatização é o elemento articulador dessas estratégias, tendo como objetivo político-ideológico remercantilizar o bem-estar social.

Para Laurell, “a estratégia de centralizar os gastos sociais em programas seletivos dirigidos aos pobres ultrapassa, na América Latina, objetivo de incrementar o domínio do mercado mediante a retirada dos fundos públicos para o financiamento de benefícios universais (...). Teoricamente, ninguém pode se opor a uma política que canalize recursos aos que menos ou nada têm, mas adquire um significado diverso quando, concretamente, tal política implica remercantilizar os benefícios sociais, capitalizar o setor privado, deteriorar e desfinanciar as instituições públicas”.(idem, 1995:172). Embora, o PAS seja oneroso aos cofres públicos municipais, do ponto de vista econômico, ele se encaixa nessa estratégia geral de atendimento à população pobre e ao processo de capitalização do setor privado.

Conclusão

Os primeiros conselhos populares, formados na década de 70, demonstram grande clareza do processo de crescimento do movimento de saúde e a mudança da relação com o Estado. Se, em um primeiro momento, o Estado é visto apenas como o provedor responsável pela prestação dos serviços; no segundo momento, exigem-se canais institucionalizados de participação. Esses canais diretos de participação fazem com que os cidadãos “participem” dos negócios públicos.

É verdade que, no sistema representativo, os eleitores podem influenciar os atos de seus representantes no que diz respeito a seus interesses. Mas neste caso o eleitor age impulsionado pelos seus interesses privados e não preocupado com a vida pública.

Um dos aspectos mais relevantes na discussão da participação popular em canais institucionalizados de participação popular tem sido o de cristalizar o significado da cidadania, não somente em termos de conquistas materiais, mas na constituição de uma nova identidade que vai quebrando a consciência fragmentária que é imposta às classes subalternas. Como se pode observar pelo depoimento: “O interessante é que quando você pergunta do projeto político eles analisam o projeto da Saúde, que era reivindicatório

no primeiro momento e hoje é o projeto mais articulado. Eles se sentem mais familiarizados com a questão da Saúde, discutindo de igual para igual com o presidente da República, com os Ministros, com os secretários; ao lado de entenderem que o movimento muda a consciência das pessoas” (Carlos Neder, secretário municipal de Saúde, 1990-1992).

O CMS de São Paulo pode ser considerado uma experiência de participação direta dos cidadãos na gerência dos “negócios públicos”. Assim, a sua atuação pode ser dividida em dois momentos. No primeiro, na gestão petista, o conselho está preocupado com a sua formação e regulamentação, ou seja, estabelecer as bases para que possa existir juridicamente, como por exemplo, os regimentos internos.²¹

No segundo momento, no governo Maluf, a relação com o poder público é de “desconfiança”. Isto porque a administração interrompeu o processo de “aprendizagem” dos conselheiros, ignorando o CMS como uma instância da Secretaria de Saúde e como o órgão responsável pela articulação e elaboração das políticas de saúde para o município. O principal plano de saúde elaborado nesta gestão, desconsiderou a necessidade de parecer favorável do CMS.

A gestão da Luiza Erundina, no caso específico da saúde, conseguiu descentralizar a SMS que passou a ter 10 Administrações Regionais e 32 Distritos de Saúde, assegurando a participação popular em cada instância, através de conselhos.

A descentralização com participação em todas as instâncias da SMS (regional, distrital, unidades), embora perseguida como ideal na gestão petista, sofreu vários entraves para o seu pleno funcionamento. Um dos problemas foi que, em se tratando de “novidade”, a participação através de conselhos com poder de *deliberar* sobre as políticas fez aparecer com maior clareza a necessidade de formação dos conselheiros, para que se pudesse garantir a qualidade da atuação deles: “Isso na gestão passada teve, dentro das limitações; nem todo mundo participa da discussão, não consegue acompanhar; a maioria dos membros, em geral, não só do segmento da população. Nem todo mundo tem aquele interesse” (Zulmira, Movimento de Saúde Zona Leste).

Além disso, o movimento não conseguiu garantir a participação em todas as instâncias. Vários fatores contribuíram para isso: a) o fôlego do movimento não foi suficiente para formar o número de conselheiros necessários; b) a administração em geral não tinha

21. Cabia ao CMS a assessoria para elaboração dos regimentos internos dos conselhos regionais, distritais e gestores.

um projeto claro da participação nas instâncias regionais e distritais; c) o movimento de saúde estava voltado para a formação do CMS. Mas mesmo com todos os problemas, o CMS tornou-se o órgão mais importante na hierarquia da Secretaria, com poder de deliberar, articular e controlar a política de saúde para o município.

Outra dificuldade encontrada na gestão petista diz respeito ao processo de municipalização da saúde. Este processo, que ficou emperrado durante o governo do PT, teve um impulso na gestão Maluf, mas esbarrou na discussão da inconstitucionalidade do polêmico Plano de Atendimento à Saúde que repassa o gerenciamento dos equipamentos de saúde, da prefeitura, para cooperativas, como já assinalado. O processo de descentralização, com ênfase na participação na gestão do PT, transformou-se em uma descentralização administrativa na gestão Maluf/Pitta, os recursos voltaram a ser centralizados na Secretaria e os distritos transfiguraram-se em "módulos de saúde", esvaziando por completo os conselhos distritais; primeiro, por falta de interlocutores — funcionários e administração —; depois, porque os módulos de saúde não contemplam a participação na elaboração, fiscalização e controle do gerenciamento por parte da população.

Em sintonia com uma política neoliberal de atendimento exclusivo à população de baixa renda, o governo de Maluf muda o sistema de saúde na cidade de São Paulo. Deste modo, ter um canal de participação direta dos cidadãos se contradiz com os propósitos de privatização do setor.

A experiência do CMS, embora incipiente, nos permite afirmar que a participação popular exige canais institucionalizados com definição clara de suas atribuições. Obviamente que a clareza dessas atribuições está relacionada com a formação e informação que os cidadãos tenham para poder decidir e elaborar as políticas públicas. Pateman (1992) indica que tal formação só será possível com o exercício da participação. Neste sentido, pode-se afirmar que o CMS teve seu processo de aprendizagem brutalmente interrompido.

Não se pode enxergar nestes canais a panacéia que resolverá todos os problemas da cidade, mas sem dúvida representa um espaço a mais onde o movimento organizado possa participar das decisões que o atingem diretamente.

BIBLIOGRAFIA

- BENEVIDES, Maria Vitória de Mesquita. (1991). *A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular*. São Paulo, Ática.
- CHAIÁ, Vera. (1991). *A liderança política de Jânio Quadros, (1947-1990)*. Ibitinga, SP: Humanidades.
- DAGNINO, Evelina. (1994). "Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania" in Dagnino (org.) , *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*, São Paulo, Brasiliense.
- KECK, Margareth E. (1991). *A lógica da diferença: o Partido dos Trabalhadores na construção da democracia brasileira*. São Paulo, Ática.
- LAURELL, Asa Cristina (1995). "Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo" in Laurell (org.) *Estado e políticas sociais no liberalismo*. São Paulo, Cortez.
- MACHADO, Leda Maria Vieira. (1995). *Atores sociais: movimentos urbanos, continuidade e gênero*. São Paulo, Annablume.
- MARTINS, Carlos Estevam. (1994). *O circuito do poder: democracia, participação, descentralização*. São Paulo, Entrelinhas.
- PATEMAN, Carole. (1992). *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- SINGER, Paul. (1992). "Participação popular na administração de São Paulo". V Congresso Ibero-Americano de Urbanismo, Valencia.
- TELLES, Vera da Silva. (1988) "Anos 70: experiências, práticas e espaços políticos", in Kowarick (org.). *Lutas sociais e a cidade: São Paulo, passado e presente*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- _____, "Sociedade civil e os caminhos (incertos) da cidadania" in *São Paulo em Perspectiva*, Seade, vol. 8, n.º 2.