

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

JEAN JEISON FÜHR

O PRIVADO SUPLANTANDO O PÚBLICO:
O SUS NO MUNICÍPIO DE NOVA HARTZ - RS

SÃO LEOPOLDO

2012

JEAN JEISON FÜHR

O PRIVADO SUPLANTANDO O PÚBLICO:
O SUS NO MUNICÍPIO DE NOVA HARTZ - RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
Licenciado em Ciências Sociais na Universidade
do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Nadir Lara Júnior

SÃO LEOPOLDO

2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de uma forma ou de outra lutaram e lutam pela equidade, descentralização, integralidade, universalidade e participação social junto ao Sistema Único de Saúde Brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Acredito que o presente trabalho não é fruto de uma produção individual de seu autor.

Acredito que ele é uma construção onde inúmeros atores foram e são importantes.

Por isso primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais que apesar da pouca instrução que possuem, me ensinaram a maior lição que os mestres devem ensinar: a lição de viver a vida.

As minhas irmãs que diretamente me influenciaram no gosto pela leitura e pelos estudos
Aos meus cunhados que diretamente ou indiretamente me auxiliaram em algumas situações
das quais precisei do auxílio dos mesmos durante os anos de graduação.

Aos meus familiares que de um modo geral se interessavam e me motivaram em minhas
atividades e estudos.

A minha companheira Jandiara que nestes últimos momentos foi fonte de amor e carinho.

Aos camaradas militantes do PCdoB e UJS que me levaram a conhecer o mundo de outra
forma. De uma forma crítica e dialética que me potencializou a escolher o curso de Ciências
Sociais.

Aos meus colegas de curso e de movimento estudantil: Karine, Diego, Clarananda, Thiago,
Letícia, Isis, José Silon, Karoline, Ana Cláudia, Átila, João, Mateus, Braian, entre outros que
em campos convergentes ou divergentes me ensinaram grandes lições da peleia cotidiana.

Aos meus professores, mestres, amigos, colegas, conhecidos, entrevistados, desconhecidos e
demais pessoas pelas quais tive a oportunidade de receber os préstimos diretos ou indiretos
para a conclusão deste trabalho e de meu curso. Em especial ao Dr. Nadir Lara Júnior que me
orientou como mestre e professor em minhas teorias e práticas no presente trabalho.

Por fim, mas de fundamental importância agradeço a Unisinos como um todo que no conjunto
de experiências, vivências e atividades me conduziram até a concretude deste trabalho.

"Todo homem é construtor do seu próprio templo.

Somos escultores e pintores,

e o material é nossa própria

carne, sangue e ossos"

Henry David Thoreau

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é analisar quais são os elementos ideológicos que conduzem os atores sociais partícipes de um conselho municipal de saúde a se posicionarem de forma favorável a uma crescente terceirização na área de pronto atendimento. Em nosso estudo partimos de uma bibliografia que problematiza o conceito de saúde como um direito humano fundamental. Discorre-se depois sobre direito à saúde em solo brasileiro e as árduas mobilizações do Movimento Sanitário junto ao Sistema Único de Saúde para conseguir sua efetivação de forma descentralizada, integral, participativa e democrática. Entendendo estes pressupostos e ambientando o conceito de ideologia como o conteúdo interpelativo dos pensamentos políticos de indivíduos que se mobilizam no discurso e na ação, pretendemos alcançar o objetivo proposto mediante a análise dos dados obtidos. Os procedimentos metodológicos utilizados são a pesquisa documental junto às atas, as observações participantes das reuniões e as entrevistas semi-estruturadas com os integrantes do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Nova Hartz – Rio Grande do Sul – RS.

Palavras-chave: SUS, conselho municipal de saúde, controle social, público, privado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Mapa do Perímetro Urbano e Rural de Nova Hartz – RS.....	94
Ilustração 2: Foto da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Hartz.	95
Ilustração 3: Foto da Sede da Farmácia Básica Municipal de Nova Hartz.....	96
Ilustração 4: Foto da Unidade de Pronto Atendimento em Saúde de Nova Hartz.	97
Ilustração 5: Foto da Unidade Básica de Saúde do Bairro Campo Vicente em Nova Hartz. .	98
Ilustração 6: Foto da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Nova em Nova Hartz.	99
Ilustração 7: Foto da Reinauguração da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Nova. ...	100
Ilustração 8: Foto da Unidade Básica de Saúde do Bairro Imigrante em Nova Hartz.	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Organograma das atas do Conselho Municipal de Saúde de Nova Hartz.....	105
Tabela 2: Respostas a questão: "O que a palavra saúde significa para você?"	121
Tabela 3: Respostas a questão: "O que o SUS representa para você?"	124
Tabela 4: Respostas a questão: "Como se deu seu envolvimento junto ao Conselho Municipal de Saúde?"	126
Tabela 5: Respostas a questão: "Qual seu papel como membro de Conselho Municipal de Saúde?"	127
Tabela 6: Respostas a questão: "Você percebe o SUS como uma política pública de saúde?"	129
Tabela 7: Respostas a questão: "Você percebe interesses particulares / privadas realizadas junto ao SUS?" ...	130
Tabela 8: Respostas a questão: "Como você avalia o atendimento em saúde realizado pelo Município?"	133
Tabela 9: Síntese dos nexos estabelecidos nas questões das entrevistas semi-estruturadas.	135
Tabela 10: Síntese das categorias de análise da pesquisa realizada:	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIE	Aparelhos Ideológicos de Estado
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ARE	Aparelhos Repressivos de Estado
ASSEDISA	Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul
CAPS	Centro de Atenção Psico-Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CIEE	Centro de Integração Empresa Escola
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
EBAPE	Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBM	Farmácia Básica Municipal
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IUPERJ	Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro
LCC	Liga de Combate ao Câncer
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OSCIP's	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Política de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SERPLAN	Serviço de Orientação e Planejamento Familiar
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISVAN	Programa Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS's	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande dos Sul
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO	16
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	29
2.1 O PÚBLICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	33
2.2 O PRIVADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	61
3 AS IDEOLOGIAS E SUAS INTERPELAÇÕES	73
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	88
4.1 O CAMPO DE ESTUDO	93
4.2 OS SUJEITOS DE ESTUDO E SEU “APARELHO”	95
4.3 AS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES	103
4.4 A PESQUISA DOCUMENTAL	105
4.5 AS ENTREVISTAS SEMI-ESTUTURADAS	119
5 AS INTERPELAÇÕES DO PRIVADO E DO ESTADO QUE SE DIZ PÚBLICO ...	136
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
REFERÊNCIAS CITADAS:	161
REFERÊNCIAS CONSULTADAS:	164

INTRODUÇÃO

As Leis Ordinárias Nacionais nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, orientam e normatizam a organização e o controle social do Sistema Único de Saúde - SUS nas esferas estatais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Avanços advieram a partir das garantias jurídicas que estas duas leis fundamentais na área de saúde propugnaram no Brasil. Um destes avanços foi à constituição dos conselhos municipais de Saúde como instâncias de controle social do SUS. Os conselhos municipais de Saúde preveem a representação tripartite do poder público, dos trabalhadores em saúde e de seus usuários. O controle social que é exercido a nível municipal pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS delibera entre outras coisas sobre a participação complementar ou não da iniciativa privada junto ao atendimento em saúde da população.

Através do presente trabalho procura-se descobrir quais são os elementos que constituem o campo discursivo dos atores sociais que participam e conduzem um CMS (estudo de caso na cidade de Nova Hartz no Estado do Rio Grande do Sul) a deliberar e aprovar uma crescente terceirização da área de pronto atendimento junto as suas unidades de saúde. Tal pretensão espera não reproduzir alguns vícios acadêmicos perceptíveis em outros estudos do gênero:

Cada vez, o contingente de pessoas que se envolvem no debate dos conselhos é maior. E, também, os estudiosos. Uma queixa dos conselhos em relação à academia, é que a academia vai dar aulas, muitas vezes sem nunca ter entrado num conselho de saúde. Muitos conselhos, por exemplo, não aceitam que alguns doutores deem aulas de controle social, porque falar daquilo que está nos livros não tem sentido para o controle social. Se você observar alguns relatos, algumas falas você vai ver que há um hiato bem grande entre os conselhos de saúde e a academia (Adalgiza¹ apud BRASIL, 2006, p. 245).

Acreditamos, portanto, que para superar este hiato entre a academia e os conselhos municipais de saúde, será de fundamental valia que primeiramente fundamentemos nossa pesquisa em alguns conceitos que nortearão nosso estudo. Conceitos como o de Saúde, Controle Social, Ideologia e Estado são imprescindíveis e serão melhor ambientados teoricamente ao longo de nossa fundamentação teórica para que a análise que almejamos realizar junto ao SUS seja coerente e coesa.

¹ Adalgiza Balsemão Araújo – Assistente Social; Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1994-1996 e 1998-2002); Coordenadora da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde eleita pela Região Sul (1999-2003); Coordenadora de Relações Intersetoriais da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde; Assessora do Conselho Estadual de Saúde; Assessora do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul [entrevistada em 11/03/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

A saúde foi constituída no Brasil primeiramente como um direito derivado do dever de trabalhar. Somente após alguns eventos históricos específicos levaram a saúde a ser considerada como um direito fundamental do ser humano a ser provido pelo Estado. Esta construção teórica ideal rearranja uma série de aparatos que integram o que se convencionou chamar de SUS. Entretanto este sistema, que inicialmente era de incumbência do Estado², atualmente está sendo privatizado em regime de terceirização constante perante suas atribuições básicas para com as populações atendidas.

Este reordenamento institucional do SUS não ocorre de forma não intencional. Existem campos discursivos ideológicos³ operantes que tornam a privatização terceirizada no SUS uma realidade cada vez mais abrangente e perceptível junto ao atendimento em saúde pública dos municípios brasileiros. Campos discursivos que se fundamentam em condições materiais de atendimento e prestação de serviços em saúde pelos profissionais que trabalham neste setor: sejam eles funcionários públicos concursados e comissionados ou funcionários privados terceirizados.

A bibliografia sobre os conselhos municipais de saúde, seu controle social e as problemáticas do SUS brasileiro, são bem extensas e fartas. Elas em maior ou menor medida apresentam a problemática da inserção do setor privado no ramo da saúde. Entretanto poucas delas se apresentam pretendendo estudar a configuração dos campos discursivos ideológicos que defendem esta inserção (do setor privado no ramo público) como a única, inevitável e pertinente solução para os dilemas e mazelas do atendimento público de saúde.

Tendo em vista esta perspectiva, nosso objetivo geral no presente trabalho será analisar quais são os principais elementos ideológicos que conduzem os atores sociais partícipes do conselho municipal de saúde a se posicionarem de forma favorável a terceirização do atendimento público em saúde municipal.

A partir desta perspectiva primordial de estudo acreditamos que ainda poderemos ter como objetivos específicos: verificar como é constituída a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Nova Hartz, considerando seus segmentos (Poder Público; trabalhadores em Saúde; prestadores de serviços; e usuários do SUS); e analisar a partir das reuniões do Conselho Municipal de Saúde quais são as principais concepções que se associam a ideia do

² O conceito de estado será melhor desenvolvido no Capítulo 3: Da ideologia e suas interpelações (nota nossa).

³ O conceito de ideologia será melhor desenvolvido no Capítulo 5: As interpelações do privado e do estado que se diz público (nota nossa).

serviço público e privado; refletir sobre os motivos que conduzem a crescente terceirização do atendimento em saúde, especialmente em Nova Hartz.

Apresentando este rol de objetivos auspiciados percebe-se que o estudo aqui proposto se delineará como sendo um estudo exploratório e descritivo de um determinado objeto de pesquisa em uma dada realidade municipal. Nessa configuração, optamos pela modalidade de pesquisa que julgamos mais apropriada a ser utilizada que é do estudo de caso. Assim sendo, nos ambientamos perspectivamente no campo de pesquisa qualitativa.

Os procedimentos metodológicos de nossa pesquisa se fundamentam em três diferentes técnicas indicadas e possíveis como análogas ao estudo de caso. Iremos utilizar às entrevistas semi-estruturadas, as observações participantes e as análises em documentação burocrática que estejam vinculadas ao objeto de estudo em questão.

Estruturaremos nosso trabalho em cinco capítulos que tratarão de aspectos teóricos e práticos de nosso estudo. No primeiro capítulo abordaremos a desenvolver do que se convencionaria chamar de saúde e sua aparente unanimidade conceitual nos diversos campos de estudo. Iremos adiante neste mesmo capítulo, ao pensar o próprio conceito de saúde enquanto direito a ser conquistado e quais são os fundamentos para se argumentar desta forma.

No segundo capítulo estudaremos como foi a constituição histórica da saúde no Brasil, em especial a partir do momento político que possibilitou o pensar e o agir em nome de um sistema público que disponibilizasse ao cidadão brasileiro a garantia de atendimento em saúde: o Sistema Único de Saúde e sua interface com o Movimento Sanitário Brasileiro.

No terceiro aprofundaremos os diversos significados e ambientações que o conceito de ideologia obteve ao longo da história teórica e científica. Embrenharemo-nos desde a surgimento do conceito de ideologia até o seu aflorar na Modernidade chegando aos dias de hoje em que o mesmo aparentemente parece estar sendo menosprezado e deixado de lado.

No quarto capítulo retomaremos as indicações metodológicas que já enunciamos de forma a fundamentá-las no campo das Ciências Humanas e Sociais com vistas a deixar bem nítida as relações que foram estabelecidas no campo de estudos práticos da presente análise.

Por fim no quinto capítulo será retomada a análise dos dados e sua interface com conceito de ideologia anexado ao conceito de estado que estarão presentes ao serem desenvolvidas as prerrogativas da saúde enquanto direito a ser disponibilizado pelo Estado Brasileiro através do SUS.

A configuração de um aparato representativo do controle social público em saúde – o Conselho Municipal de Saúde da cidade estudada - deliberando em favor de atividades da iniciativa privada – empresas terceirizadas de pronto-atendimento em saúde - merece por si só um apurado estudo das implicações que esta interface possibilita; acrescido das problemáticas de representação e configuração que o próprio aparato denota na realidade concreta e por extensa bibliografia a respeito.

O interesse por este objeto de estudo teve sua procedência engendrada através das interações deste que vos escreve junto a algumas articulações do movimento estudantil (do qual fazia parte) com o ramo profissional da saúde pública brasileira. As articulações não se findaram neste momento e a importância conferida a este sistema só fizeram aumentar o interesse e o empenho em conhecer melhor os meandros de um sistema tão vasto e surpreendente como se propõe o SUS a ser.

Acreditamos e percebemos que a realidade estudada é uma configuração situada de um aparato institucional, mas que mesmo assim, revela práticas de como se organiza e se estrutura a saúde pública no Brasil. Assim sendo nossa intenção com o presente trabalho é auxiliar na promoção de um maior entendimento sobre estes arranjos que além de institucionais, também são discursivos por estarem impregnados de intenção.

1 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO

Antes de podermos analisar um aparato institucional como o CMS (que atua e está inserido no campo da saúde pública brasileira), precisamos compreender e entender melhor o conceito de saúde e todo o que impregnaria em termos de acepções para com o referido conceito. Com este aporte inicial poderemos então começar a entender as diversas posições auferidas a este termo e suas diferentes perspectivas tomadas.

Distante da pretensão de querer abarcar as diversas conceituações para com o verbete da saúde que são plausíveis de aplicabilidade nas mais diversas conformações. Iniciaremos agora algumas elucubrações a respeito das suas múltiplas facetas conceituais de apropriação e expropriação deste termo ao longo da História das Ciências.

O que significa exatamente saúde? Seus atributos característicos já foram identificados? Por que o estranho desinteresse por formular uma definição que seja adequada? Essas indagações podem causar perplexidade, pois não se entende que médicos continuem aparentando indiferença sobre o sentido de saúde, como se tivessem licença para ignorar impunemente o que ela é. A perplexidade tende a provocar escândalo, porque as pessoas concordam que a saúde configura uma necessidade absolutamente vital para o indivíduo e a comunidade. Portanto, não se tolera que saúde se converta em algo indefinível, em algo cujo conceito tenha sentido equívoco (MOURA, 1989, p. 41).

O conceito de saúde, portanto não pode ter um sentido equivocado em nossas percepções, pois se isso ocorresse, não poderíamos realizar uma correta apreensão da realidade que procuramos analisar. Realidade esta em que a saúde, a partir de sua apropriada conceituação, permeará do início ao fim. Iniciando então, nosso desenrolar conceitual de saúde no que se convencionou chamar de Modernidade (ao invés de remontarmos a Hipócrates e demais autores da Antiguidade), os autores da Medicina e de disciplinas correlatas chegaram a uma espécie de consenso sobre o que comportaria ao conceito de saúde.

Acentua-se, então, a tendência de definir negativamente a saúde como ausência de doença, pois os médicos conheciam melhor os sintomas e naturezas das patologias do que os indicadores e atributos da sanidade física e mental. A saúde passava a conceituar-se em função da doença, cuja especificidade emergia de conhecimentos nosológicos¹ depurados (MOURA, 1989, p. 43).

¹ Conhecimentos nosológicos seria o conjunto de conhecimentos referentes às diversas nomenclaturas de doenças e a maneira pela qual um determinado agravo à saúde que tenha determinados sintomas, sinais, bem como alterações patológicas específicas, recebe o mesmo rótulo, que pode também ser chamado diagnóstico, em qualquer lugar do mundo (nota nossa).

Este conceito de saúde construído com a contribuição e o deferimento de reconhecidos autores como Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), Georg Bauer (1494-1555), Thomas Sydenham (1624-1689), Bernardino Ramazzini (1643-1714), Adalberto Pazzini (1898-1975) e outros conforme cita Moura (1989, p. 42), é ainda mais factível quando remontamos a constituição deste campo de saber humano que é a Medicina.

A noção de intervenção biomédica no indivíduo ou no seu ambiente era totalmente estranha aos debates políticos dos anos 1790. Somente com a Restauração se veio a definir a eliminação da doença como tarefa técnica que devia ser confiada à profissão médica. No período que se segue ao Congresso de Viena, os hospitais se multiplicam, os estudantes afluem às escolas de medicina. A descrição das doenças vai se tornando precisa: por volta de 1770 o oniprático não conhecia outras doenças além da peste e varíola, por volta de 1860, o homem da rua podia citar ao menos uma dúzia com a sua denominação médica (ILLICH, 1975, p. 146).

Percebe-se que este conceito de saúde constituído na gênese do florescimento da Medicina era muito débil e condicionador. Débil em função de sua fácil desconstrução. Condicionador em função da existência ou inexistência de doenças conhecidas no corpo físico do possível paciente. Com o advento da Organização das Nações Unidas - ONU e suas agências especializadas, como a Organização Mundial da Saúde - OMS a partir de 1945, temos uma reconfiguração no conceito de saúde que deixou aparentemente de ser condicionado com base e em oposição às doenças:

[...] “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças”². Assim, em vez de definir-se negativamente pela ausência de doença, saúde começou a significar estado positivo de higidez, para o qual contribuem poderosamente as condições biológicas, psíquicas e sociais oferecidas às pessoas. Nessa formulação, está implícita a necessidade de adaptação bem-sucedida aos estímulos do ambiente onde as pessoas vivem e trabalham (MOURA, 1989, p.43).

Refletindo sobre o conceito da OMS, começa-se a pensar sobre a interferência direta que o ambiente implica sobre o estado de saúde geral da população. Percepção aparentemente óbvia, mas que durante longos anos não era levada em conta com tanto aporte. Outro documento muito importante da ONU (não só importante para a área da saúde, mas para amplos aspectos da vida humana), a Declaração Universal dos Direitos Humanos que a Assembléia Geral da organização aprovou em 10 de dezembro de 1948, reconheceu aspectos que são correlatos a um conceito de saúde mais abrangente:

² Organização Mundial de Saúde. **Documentos básicos**. 26. ed. Genebra: OMS, 1976 (nota de referência do autor citado).

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 2012, não paginado).

Em outras palavras, com o que é postulado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, temos constatação de um conceito de saúde que advém por uma série de determinantes que possibilitam sua efetivação. Saúde não se reportaria apenas ao bem estar físico e mental, mas também ao bem estar advindo com o garantia de padrões mínimos de uma série diversa de determinantes.

Esta referencia se contrapõe a conceituações estanques que reportariam estas determinantes (alimentação, vestuário, habitação, serviços sociais, entre outros) a campos distintos ao da saúde. Retomando ao postulado primordial da OMS sobre saúde, que continua sendo a conceituação mais utilizada nos estudos sobre o tema, percebemos uma recorrente insatisfação com a mesma:

Embora a definição consagrada da OMS representasse um incontestável avanço na luta pela promoção da sanidade física, mental e social, não tardou a provocar insatisfação de biólogos, médicos clínicos, médicos sanitários e sociólogos, que a reputaram inadequada. [...] Por razões nem sempre coincidentes, parece haver uma certa unanimidade entre autores de diferentes países em rejeitar o conceito de saúde que remonta ao preâmbulo da Constituição da OMS. Curiosamente, porém, quase todos que manifestam claramente sua insatisfação com a supostamente defeituosa noção cunhada e difundida pela OMS não parecem suficientemente competentes para criar e sustentar publicamente uma definição hipoteticamente mais adequada, um conceito mais satisfatório (MOURA, 1989, p. 44).

A insatisfação para com o conceito de saúde da OMS parece refletir a recorrência de mencionar a ausência de doenças e distúrbios, mesmo que de forma a elencar novos orientadores conceituais como o de bem estar físico, mental e social. O conceito em certa medida é bem modesto e retoma a ideia de oposição às doenças. Mesmo que de forma ambivalente.

Apesar da modéstia do conceito da OMS e das críticas deste conceito de saúde, acreditamos que o mesmo baliza inúmeras leituras que se façam neste campo. Seja de forma a revalidar ou conduzir inovadoras postulações que possam problematizar e aprofundar as reais balizas de um conceito que parece refletir e influenciar em diversas conformações do meio social.

No entanto, contrariando quem atribui caráter utópico, inatingível e perfeccionista à noção de saúde que a OMS oficializou e pretende oferecer ao conhecimento universal, o professor Aguinaldo Gonçalves³[...] propõe uma espécie de emenda ajustada às novas “coordenadas” que ele confessa ter identificado, ultimamente, em várias sociedades: “A saúde não é entendida como ausência de doença, nem só o completo bem-estar físico, psíquico e social, mas a atitude ativa de fazer às dificuldades do meio físico, psíquico e social, de entender sua existência e, portanto, de lutar contra elas” (MOURA, 1989, p. 46-47).

Não aferindo juízos de valor para com a “emenda ajustada” do Professor Aguinaldo Gonçalves e sua relação com o conceito da OMS, acreditamos que a emenda possibilita algumas inflexões salutares para se pensar a saúde de uma forma consciente e problematizadora da realidade social dos indivíduos e não apenas como um conceito estanque. Afinal a saúde é um estado, que como já citado em outras conceituações, depende de toda uma adaptação física, psíquica e social dos indivíduos para com o meio em que vivem. Meio que é entrecortado por várias determinantes culturais socialmente construídas.

A análise das tendências da morbidade mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a *primeira* determinante do estado de saúde global de qualquer população. A alimentação, as condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que têm probabilidade de morrer (ILLICH, 1975, p. 21-22, grifo do autor).

Estes determinantes elencadas por Ivan Illich⁴(1975) como: alimentação, vestuário, habitação, trabalho, serviços sociais e outros são bens que assim como a saúde possuem um valor que na sociedade capitalista é o numerário. É o valor aquisitivo colocado em troca de bens que em última medida são imensuráveis do ponto de vista da existência e perpetuação humana.

O impacto propriamente fatal dessa perversa política econômica sobre a saúde, isto é, o bem-estar físico, mental e social do ser humano pode medir-se matematicamente por intermédio de estudos que tenham por objetivo demonstrar, ao mesmo tempo, como tal política determina uma queda no já reduzido poder aquisitivo do salário e, em razão da queda, como determina uma elevação no coeficiente de mortalidade infantil (MOURA, 1989, p. 147).

³ Aguinaldo Gonçalves (1963-.....): Médico pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, mestre, doutor e pós-doutor pela Universidade de São Paulo – USP. Atualmente é Professor Pesquisador do Núcleo Docente Permanente de Medicina Preventiva e social; Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (nota nossa).

⁴ Ivan Illich (1926-2002): Educador e pensador austríaco responsável por realizar várias críticas elementares para com a Educação, Medicina, Trabalho, Ecologia, entre outras áreas do conhecimento humano (nota nossa).

Qual política econômica sobre saúde é esta que Demócrito Moura⁵(1987) explana? Ele explana sobre a política econômica espoliadora que impera em nossa sociedade regida pelo capital explorador. Capital explorador que coloca tudo como bem de troca, oferta e venda no grande mercado comercial. Inclusive bens como a saúde e outros determinantes essenciais para a existência humana que é vinculada diretamente ao poder aquisitivo – salário – dos cidadãos. Agora vistos como clientes, não mais como cidadãos portadores de direitos.

Para nos embrenharmos mais nas reflexões sobre que sociedade é esta que condiciona a saúde neste papel de produto a ser consumido, devemos continuar elucubrando sobre as determinantes do estado de saúde global:

A atividade de saneamento pode ser considerada a segunda determinante do estado de saúde global de uma população, muito menos importante, porém, que o nível e a qualidade da alimentação e da habitação, a estabilidade cultural e as condições de trabalho já mencionadas (ILLICH, 1975, p. 23).

Como já havia sido apresentada anteriormente, a primeira determinante segundo Illich seria o modo de vida incluindo: a alimentação, o trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais. Quanto a segunda determinante, logo acima apresentada, se refere às questões de saneamento básico que possibilitam a real efetivação das primeiras determinantes, visto que sem a real preocupação com este aspecto estrutural dos espaços humanos, as doenças e endemias se alastram mais facilmente. Dialogando estes postulados com a realidade brasileira temos outra percepção de Demócrito Moura (1989) de que no Brasil impera o descaso com a segunda determinante proposta por Illich (1975):

O irresponsável descaso evidenciado no Brasil pelo saneamento ambiental contrasta brutalmente com a singularíssima prioridade que lhe é assegurada pelos representantes dos países mais avançados em relação ao nível de saúde já conquistado por seus habitantes. Ivan Illich, por exemplo, tomou a iniciativa de avaliar, em uma escala de prioridades, os fatores de maior impacto sobre a saúde do ser humano. Segundo sua escala de prioridades, a nutrição se caracteriza como o primeiro fator determinante da saúde, enquanto o saneamento pode ficar em segundo lugar e, em terceiro somente, deve situar-se o ato médico como fator de impacto sobre a saúde. No Brasil, porém, observa-se nítida inversão das prioridades: o saneamento fica em último lugar (MOURA, 1989, p. 142).

O desprezo conferido ao saneamento básico como política determinante em saúde de nosso país (e em tantos outros pelo mundo afora) revela muitos e múltiplos desinteresses

⁵ Demócrito Moura (1929-2002): Jornalista graduado pela Escola de Jornalismo Cásper Líbero de São Paulo e sócio-fundador da Associação Brasileira de Jornalismo Científico (nota nossa).

públicos e políticos. Mas também revela um grande interesse malthusiano⁶ em conservar determinadas camadas da população à margem das condições básicas de saúde. Em função de que a permanência destas condições degradantes para com determinadas camadas da população, possibilita uma maior espoliação do poder aquisitivo das mesmas para com gastos em medicação e cuidados médicos.

As endemias perpetuam-se por falta de saneamento. Mas o poder público consente com a deficiência e, por conseguinte, com a contínua reprodução dos agentes biológicos, físicos e químicos das enfermidades mais frequentes. Equivale a dizer ainda: o poder público consente com o infanticídio revelado pela alta incidência da mortalidade infantil, ao omitir-se da obrigação de ampliar o sistema de saneamento básico, que evita umas das principais causas de óbitos entre crianças com idade inferior a um ano: as doenças diarreicas. No Brasil, o exercício do direito à saúde precisa ser conquistado praticamente à revelia do poder público, cuja conduta em relação ao saneamento ambiental se caracterizou até agora por uma inércia intolerável (MOURA, 1989, p. 145).

Conforme explicitado nas citações anteriores, o terceiro determinante que Illich (1975) coloca como implicante no estado de saúde global é o ato médico. Ou seja, o autor considera inexpressivos os fatores determinantes dos conhecimentos em Medicina e suas organizações sobre os índices de desenvolvimento sanitário das sociedades e suas populações. Na verdade em coloca em xeque muito do que se convencionou atribuir para com este campo do saber humano que é a Medicina:

É apenas em um terceiro lugar que se deve situar o impacto do ato médico sobre a saúde global. Contrariamente ao meio e às técnicas sanitárias não profissionais, os tratamentos médicos *consumidos* por uma população são uma pequena parte e jamais ligada significativamente à redução do peso da morbidade ou o prolongamento da esperança de vida (ILLICH, 1975, p. 25, grifo do autor).

Percebemos que a crítica de Ivan Illich é de um ponto de vista bem antagônico ao dos demais teóricos e estudiosos da área da saúde. Na verdade ele apresenta percepções de um autor que se coloca do “lado de fora” do campo da saúde para realizar suas críticas sobre as conceituações, procedimentos e prescrições que são basilares para este o de saber da Medicina. Illich se utiliza do conceito de iatrogênese social para aprofundar seus estudos sobre o que ele considera ser a expropriação da saúde:

⁶ Referente a Robert Thomas Malthus (1766-1834): Economista britânico considerado o pai da demografia por sua teoria do controle populacional, conhecida também como malthusianismo que entre outras coisas defendia o abandono das classes menos favorecidas a própria sorte, ou seja, sem amparo estatal ou de qualquer outra instituição (nota nossa).

Na essência a iatrogênese social é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro do seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio (ILLICH, 1975, p. 43).

A perda de autonomia na ação e no controle do meio por parte dos indivíduos de forma direta ou indireta (como ação ineficaz ou inexistente do Estado) propicia o total desamparo de condições básicas e elementares para a efetivação do estado de saúde global proposto por Illich e demais autores com outros conceitos correlatos de saúde:

Os fatores sociais influem de modo determinante sobre o equilíbrio psíquico, o bem-estar pessoal e a participação do indivíduo nos objetivos comunitários; estes constituem a essência da saúde mental, entendida como estado de bem-estar e não somente como ausência de doença. Embora tais fatores ocorram e façam sentir seu peso em todos os grupos humanos, sua importância nos países em desenvolvimento é mais evidente, pois a pobreza, o isolamento e a falta de oportunidades aumentam seus efeitos negativos, sem dúvida (MOURA, 1989, p. 162).

Com as explanações acima realizadas pretendemos apenas iniciar o debate sobre o conceito de saúde. Com o que foi aqui exposto, temos alusões sobre a responsabilidade de todos para com o bem-estar físico, mental e social de toda a sociedade. Queremos, portanto iniciar as colocações sobre outro aspecto muito importante na concretude da saúde. Trata-se da conquista do direito à saúde e todas as implicações sociais e jurídicas que ela engendra. Porque muitos direitos se conquistam! Não são disponibilizados de bom grado...

O certo é que saúde depende de condições específicas como, por exemplo, nutrição, saneamento, moradia, vestuário, ambiente de trabalho, remuneração, lazer, cuidados médicos. Entende-se assim que a saúde é determinada pela organização social e, portanto, poder ser conquistada por uma atuação articulada das pessoas. Nesse sentido, somos todos responsáveis pelo ainda insatisfatório nível de saúde que infelicitava o povo brasileiro. Falta-nos ainda um nível adequado de saúde, porque ainda carecemos de suficiência de nossa responsabilidade pelo bem-estar físico, mental e social de um contingente majoritário e marginalizado em uma sociedade cujo tipo de organização parece incompatível com saúde (MOURA, 1989, p. 224).

Ainda carecemos de uma suficiência ou uma tentativa real nesse sentido porque muito daquilo que se espera que seja realizado em termos de ação política junto a área da saúde é delegada a outrem e não aos indivíduos que estão sendo implicados diretamente.

Portanto o conceito de saúde deve ser percebido como a totalidade de determinantes que implicam na organização social dos indivíduos. Indivíduos que organizados conquistam níveis satisfatórios destas mesmas determinantes perante os aparatos institucionais que visem possibilitar o atendimento e assistência em saúde das populações implicadas.

Os direitos propugnados como sendo referentes aos seres humanos, não são um consenso de longa datação histórica entre estes mesmos seres humanos. É muito recente e contemporânea a consciência de que existam direitos (e não apenas deveres) que devem ser garantidos para a existência e perpetuação de nossa espécie.

A explicitação do direito configura um evolutivo processo histórico determinado pelo gradativo amadurecimento da consciência das pessoas em relação a seu valor e suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais. Estando sempre em gestação, o direito caracteriza-se como dinâmico, enquanto incorpora e consolida as conquistas de grupos sociais através dos tempos. No direito à vida, por exemplo, está implícito o direito à saúde. Entretanto, a explicitação e o reconhecimento do direito à saúde só ocorreram em sociedades onde as pessoas mostraram-se conscientes e organizadas, reivindicando o indispensável a seu bem-estar físico, mental e social (MOURA, 1989, p. 19).

Sendo a explicitação dos direitos, um processo histórico, ele reflete o pensar e o agir dos indivíduos em seu meio. Pensar e agir de indivíduos que em vários momentos estão em campos opostos de acesso ou exclusão aos direitos em questão. Assim sendo a garantia dos direitos humanos a todos os indivíduos sempre foi um processo penoso e árduo para amplas camadas da população que estavam obliteradas destes mesmos direitos. Em especial medida dos direitos a vida e a saúde, para não se referir a outros igualmente importantes.

Estes mesmos direitos de que falamos nunca foram garantidos de forma automática e espontânea como algo atrelado e natural ao desenvolver humano, mas sim como algo que deveria ser angariado em persistentes reivindicações organizadas coletivamente pelas camadas da população que não tinha acesso aos mesmos.

Uma pesquisa histórica poderá acumular indícios de que o reconhecimento de direitos humanos básicos – como o direito à vida – não ocorre por desinteressada iniciativa nem por exclusiva magnanimidade de indivíduos ou grupos encastelados no poder, mas deriva de persistentes reivindicações organizadas coletivamente por todas as pessoas que se sentem esbulhadas em seu valor e desatendidas em suas necessidades, começando a ameaçar efetivamente a estabilidade desejada pelos representantes do poder. Assim, a reivindicação de direitos básicos tranfigura-se em luta política, da qual as pessoas esbulhadas não podem escapar sem autotraição (MOURA, 1989, p. 26).

Os direitos humanos, entre eles o direito a saúde, não foram ou são concedidos de forma tranquila e serena. Na verdade em quase todas as sociedades e instituições criadas pelos seres humanos, necessitou e necessitam de inúmeras transformações e revoluções nas suas mais diversas especificidades históricas e organizacionais, para que os direitos fossem e sejam definitivamente ou parcialmente efetivados para com parcelas até então excluídas destes direitos.

[...] o direito não é conferido às pessoas por uma norma jurídica, mas são os próprios seres humanos que se outorgam direitos, arrancando-os ou conquistando-os mediante uma permanente luta pelo poder, como indica a história. Nesse sentido, podem ser entendidos os chamados direitos naturais ou humanos. A transformação do direito em lei escrita evidencia apenas o reconhecimento de uma conquista que engrandece as pessoas unidas na luta reivindicatória. Além disso, a manutenção do direito consagrado em lei escrita exige, também, vigilância contínua das pessoas contra os inimigos que conspiram e pretendem usurpar um poder de agir arduamente conquistado (MOURA, 1989, p. 19-20).

Reflexão muito importante quando discorremos sobre os direitos, mais especificamente o direito a saúde, que não pode se reportar única e exclusivamente ao direito legal e jurídico da letra constitucional ou declaratória. O direito precisa estar atrelado a muito mais que isso. O direito precisa ser conquistado pelos indivíduos conscientes de seu protagonismo histórico nas sociedades e meios onde vivem.

Continuando no discorrer do mesmo autor citado, temos a inserção das noções de um membro da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura – UNESCO, sobre as condições históricas necessárias para que os direitos não fiquem reclusos a uma legalidade morta, mas sim que possuam uma vivacidade rejuvenescida de direitos garantidos publicamente pelo Estado:

Vislumbrando horizonte mais amplo, Karel Vasak, jurista francês e diretor da Divisão de Direitos Humanos na UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura), postulou o condicionamento histórico, ao admitir: “Os direitos humanos não passariam de palavras sem qualquer sentido se não tivessem seu lugar dentro da ordem social onde devem ser exercidos”. E explicou-se: “Se o Estado não organiza as condições do direito ao trabalho, este direito pode ser apenas o de morrer de fome; se o Estado não fornece meios concretos para que os homens gozem do direito à educação, este direito pode ser apenas o de permanecer ignorante”. O eminente jurista conclui seu arrazoado com uma advertência sobre o risco de um conceito legalista e abstrato de direito, reconhecendo: “A busca de uma abordagem ‘legal’, e não baseada nas ciências sociais, apresenta um certo risco: o de obscurecer o fato de os direitos humanos serem um componente das estruturas sociais, e o de sua violação poder advir de defeitos inerentes a estas estruturas”. Observa-se portanto, que não poderia ser mais amplo o horizonte vislumbrado por Karel Vasak, que se mostra convicto de que vários direitos humanos “não existem enquanto não são inseridos na ordem social pelo poder político que emana da sociedade” (MOURA, 1989, p. 21-22).

Percebe-se também nas construções teóricas da UNESCO, que a abordagem dos direitos não pode ter uma abordagem única e exclusiva do campo jurídico do Direito enquanto ciência, mas também que possua uma abordagem nas Ciências Sociais para que não se obscureça o fato de onde provieram estes direitos. Direitos que em sua grande maioria não provieram (como já mencionado) de “grupos encastelados” no escopo do corpo jurídico, civil e político mas advieram sim de muitas mobilizações das classes sociais menos favorecidas.

Deste modo o direito a saúde assim como outros, configuram-se como direitos que não são recebidos, mas que são conquistados laboriosamente pelos indivíduos que estão a frente dos campos da luta reivindicatória. Direitos estes que ainda precisam ser garantidos para amplas camadas de cidadãos, de forma que se efetivem de forma real e concreta na vida dos mesmos.

Um direito não se recebe, nem se dá: conquista-se. Se isso não fosse verdade, todos os pobres do mundo já estariam gozando plenamente de saúde em razão do artigo 25 da famosa Declaração Universal dos Direitos do Homem, que a Assembleia Geral das Nações Unidas votou em 10 de dezembro de 1948 (MOURA, 1989, p. 18).

O artigo 25 de que o autor alude, é o mesmo que já apresentamos na primeira parte deste capítulo, como componente da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Ao lermos e compreendermos realmente os sentidos e significados das palavras do que é postulado no artigo citado, percebemos o quanto é ainda necessário para se avançar na efetivação do acesso e garantia de saúde aos cidadãos e cidadãs que vivem em nosso país e em outros que ainda apresentam piores índices de desenvolvimento humano e social.

Antecipando um pouco o debate que iremos desenvolver, ao explicitarmos a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil (desenvolvido no próximo capítulo), trazemos neste momento algumas noções do direito a saúde que foram fundamentais para a constituição do mesmo de uma forma mais abrangente e plural em nosso país. Ao menos garantido constitucional por nossas leis, mas também e principalmente garantido por pressões sociais consubstanciais quando estes mesmos direitos tencionam ser negados:

O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (BRASIL, 2006, p. 18).

A configuração de um país diverso e heterogêneo como o Brasil exige um cuidado na propagação de determinados princípios norteadores. Este cuidado em certa medida parece que foi levado em conta em função da pressão social que se estabeleceu com a efetiva participação dos movimentos sociais que colaboraram em maior ou menor medida na elaboração da Constituição Brasileira de 1988. A Constituição que foi o marco de reabertura política e democrática em nosso país após a Ditadura Militar. Ditadura que solapou os Direitos

Humanos no Brasil de 1964 até pouco antes da instauração deste marco histórico que foi a Constituinte.

A Constituinte é um marco histórico porque com a reabertura democrática houve espaço para que grupos e movimentos sociais marginalizados, ou até então obscurecidos, pudessem emergir e reafirmar alguns dos mais elementares direitos humanos como os serviços a serem oferecidos em gratuidade pelo Estado. Serviços como educação e saúde em especial.

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 2006, p. 18).

Temos, portanto com a Constituição de 1988 a configuração de alguns direitos humanos preservados de forma legal e jurídica. Mas esta preservação somente pode ser possível em função da luta e das conquistas de inúmeros cidadãos e cidadãs que se mobilizaram e conseguiram inscrever em nossa “Carta Magna” a garantia destes direitos. Entre eles o direito a saúde que é o tema de nosso trabalho.

Comprova-se que o direito a saúde (assim como outros direitos) não são dados e nem recebidos de graça, quando se verifica que em muitas comunidades brasileiras muitos cidadãos e cidadãs, apesar de terem acesso a políticas públicas de saúde, ainda são obliterados e não alcançam índices estatísticos mais pujantes em função de que estão alijados de outras determinantes que os excluem de condições básicas para que alcancem um estado de saúde condizente:

A conquista do direito à saúde pode ser mais árdua. Entende-se: para que alguém tenha saúde, são requeridas algumas condições de natureza biológica, econômica e social. Entre tais condições destaca-se a nutrição adequada, a moradia higiênica, o trabalho em ambiente salubre, o lazer suficiente, o saneamento ambiental, o poder aquisitivo de um salário ajustado às necessidades básicas do ser humano. Por isso, há maior resistência à conquista do direito à saúde e às suas condições (MOURA, 1989, p. 18).

Garantias constitucionais foram conquistadas com pressão social de coletivos organizados em nossa última Constituinte Brasileira. Entretanto estas garantias deixadas como estão podem se tornar “letra morta” de um escopo jurídico e político que tende a se esvaír em discursos que não se refletem em ações práticas.

Para que isso não aconteça é necessária à conquista rotineira e assaz dos movimentos sociais, organizações da sociedade civil, partidos políticos e demais instituições que estejam mobilizadas em fazer com que o direito a saúde deixe de ser apenas “letra morta”, mas passem a ser “letra viva” de realizações concretas e práticas que transformem e interfiram na vida de indivíduos que por ventura estavam e estão obliterados do acesso ao direito à saúde.

O acesso ao direito à saúde precisa ser conquistado mediante a organização social de indivíduos que problematizem o seu ser e estar na realidade em que vivam e se desenvolvam, para que o direito à saúde não vigore por meio de vagas promessas e boas intenções político eleitoreiras:

O direito à saúde não pode se consubstanciar em vagas promessas e boas intenções constitucionais, garantido por ações governamentais implantadas e implementadas oportunamente, mas não obrigatoriamente. O direito à saúde (artigos 6º e 196) é dever estatal que gera para o indivíduo direito subjetivo público, devendo o Estado colocar à sua disposição serviços que tenham por fim promover, proteger e recuperar a sua saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 36).

Denota-se que as citações que trazemos em nosso estudo, são alicerçadas na garantia do direito à saúde como um conjunto de ações implantadas e implementadas pelo Estado. O Estado enquanto poder redistribuidor dos direitos conquistados pelos indivíduos organizados que reivindicaram seu direito à saúde como um direito que não poderia estar atrelado ao poder aquisitivo (como muitos assim o queriam e querem), mas sim como direito atrelado a uma garantia constituída juridicamente após muitas conquistas dos movimentos sociais.

A saúde é um bem que necessita de proteção imediata do poder público. E não podemos perder de vista que estados e municípios ainda não estão aparelhados para oferecer serviços de saúde para toda a população, pois até o advento da Constituição de 1988 não se reconhecia ao cidadão o direito a saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 169).

A saúde conduzida pelo aparato público do Estado impera em inúmeros trâmites. Trâmites que tornam seus serviços burocráticos, por terem que prezar uma série de requisitos legais de legalidade, impessoabilidade, moralidade, publicidade e ética de seus atos. Estes requisitos muitas vezes fazem com que o serviço público tenha prejuízos de efetivação se comparado com serviços prestados pela iniciativa privada. A organização e estruturação do Estado Brasileiro sempre estiveram atreladas a incumbências díspares que o Poder Executivo realiza. A segmentação deste poder em secretarias especializadas foi se configurando em campos similares ou distintos conforme o desenvolver destes mesmos campos em termos sociais e acadêmicos. Em tempos idos a vinculação da saúde e da assistência social se dava

em campos muito similares e próximos. Atualmente não é mais compatível que saúde e assistência social estejam assim configurados.

O direito à saúde é universal; qualquer cidadão, independentemente de sua condição social, tem direito à saúde. O direito à saúde não pode confundir-se com o direito à assistência social. São direitos distintos, tratados distintamente dentro do capítulo da seguridade social (artigos 196 e 203) [...] O direito a saúde transformado em bem de consumo dificulta a sua concretização, pois todos aqueles que, de algum modo, devem garantir a saúde pública, entendem que estão praticando ato de assistencialismo, dando ao pobre aquilo que ele não pode comprar (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 41).

Desta forma além da delimitação entre o campo e direitos salutareos à saúde e assistência social, é importante que se tenha em mente que se deve evitar que a saúde se transforme em um bem de consumo atrelado ao poder aquisitivo dos indivíduos ou ao poder político de autoridades estatais.

Caracterizado por José Duarte de Araújo⁷ como “um problema eminentemente político”, o direito a saúde também precisa ser conquistado politicamente. Trata-se de uma luta muito árdua pelo poder sobre as condições de saúde. Agora, acumulam-se motivos bastante sólidos para se entender que a conquista do direito à saúde jamais será uma pretensão descabida, disparatada, irracional. Delineia-se uma nobilitante peleja por melhor qualidade de vida humana. Não se trata de oposição sistemática a quem exerce temporariamente o cargo de ministro da Saúde. Na verdade, o Ministério da Saúde é apenas um símbolo das precárias condições sociais e sanitárias do povo brasileiro (MOURA, 1989, p. 68).

Portanto o direito a saúde configura-se como um direito a ser conquistado pelos indivíduos junto ao Estado que tem este poder redistributivo da conquista para com seus cidadãos. Neste ponto então o direito à saúde se torna um “problema eminentemente político” como expresso por José Duarte de Araújo, já que o Estado é uma esfera social em disputa por grupos socialmente organizados e estruturados nas mais diversas orientações ideológicas.

Orientações ideológicas que interferem diretamente no porquê e no como se dará este papel redistributivo do Estado em amplas esferas dos poderes constituídos. Inclusive do Poder Executivo e sua interface com o setor da saúde, que é nosso foco de interesse no presente trabalho. No próximo capítulo iremos trazer o histórico de como foram os embates entre estes grupos socialmente organizados em suas orientações ideológicas, na constituição do SUS. Organização estatal incumbida de garantir o direito de acesso à saúde inscrito em nossa Constituição.

⁷ José Duarte de Araújo – Coordenador de Ciências da Saúde no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e Chefe do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia - Parque Universitário, Canela, Salvador no estado da Bahia (nota nossa).

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Brasileira em seus art. 196 a 200 especifica como se configura a área da saúde em território brasileiro. Estes artigos denotam um conceito de saúde sob a tutela do Estado em consonância com alguns apontamentos que elencamos sobre o direito a saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012).

A tutela do Estado na área da saúde brasileira estruturou a criação do SUS e demais aparatos necessárias ao seu funcionamento. O SUS é por definição uma organização de incumbência pública do Estado em suas diferentes instâncias; seja ela federal, estadual ou municipal nas suas mais diversas atividades desenvolvidas junto as áreas necessárias para a plena efetivação dos serviços em saúde.

A lei define o Sistema Único, mencionado no artigo 198 da Constituição, como o conjunto de ações e serviços *públicos* de saúde executados ou prestados por órgãos, entidades ou instituições federais, estaduais e municipais da administração direta, indireta ou fundacional (incluídas, aqui, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde) (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 49, grifo do autor).

Percebe-se que é amplo o rol de possíveis entes que podem prestar o atendimento público em saúde em nome do SUS. Inclusive por entidades da iniciativa privada. Entretanto, este atendimento apesar de ser ofertado pela iniciativa privada continua sendo de responsabilidade e incumbência pública do Estado, já que seu financiamento, controle e fiscalização continuam sendo públicos:

Os serviços contratados ficam subordinados à normatividade do SUS, pois passam a integrar o sistema de saúde: o particular contratado ou conveniado é, para efeitos legais, o próprio poder público prestando serviços médico-assistenciais (artigo 8º) (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 172).

Assegura-se tal afirmação com base no art. 8º da Lei n.º 8.080/90, que em conjunto com a Lei n.º 8.142/90 normatizam e orientam organização e o controle social do Sistema Único de Saúde - SUS nas esferas estatais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Estas duas leis advieram após a promulgação da Constituição de 1988, quando se

percebeu a necessidade de especificar como se daria a prestação do atendimento em saúde pelo Estado brasileiro.

Inúmeros temas apontados pela Constituição de 1988 geravam controvérsias de entendimento legislativo, jurídico e político na área da saúde. Uma destas grandes controvérsias era justamente a questão do financiamento da área de saúde atendida pelo SUS, que apesar dos inúmeros problemas, é um dos maiores sistemas de saúde pública conhecidos no mundo.

O artigo 198 da CF, que define o sistema público de saúde, ficou acrescido de mais dois parágrafos, os quais estabelecem que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre o produto da arrecadação dos impostos e sobre os recursos dos fundos de participação, e que, quanto à União, a forma será definida em lei complementar (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 198).

A lei complementar citada é justamente a Lei n.º 8.080/90 que conforme seu enunciado: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes dando outras providências.

Entretanto por uma série de situações políticas que abordaremos em seguida, precisou também esta lei ser complementada pela Lei n.º 8.142/90 que trata exclusivamente sobre a disposição da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde dando outras providências. Questões estas que já estavam no bojo da primeira lei citada, mas que foram obliteradas em sua efetivação num primeiro momento das instâncias governamentais.

Apesar destes embates que existiram entre a sociedade civil organizada e o Poder Público, obtivemos com a Constituição de 1988 e as Leis Complementares n.º 8.080 e 8.142 (ambas de 1990) grandes avanços no campo da saúde. Avanços estes que antes da Constituinte pós-ditadura só eram garantidos em termos ao cidadão trabalhador ou ao cidadão não-trabalhador que conseguisse arcar com os custos de suas despesas médico-hospitalares:

A Constituição de 1967, em seu artigo 165, assegurava aos trabalhadores, dentro outros direitos, a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva. Não havia, ainda, a preocupação social de garantia de saúde do cidadão. Aqueles que tinham uma força de trabalho deveriam ter garantida uma assistência ambulatorial e hospitalar, mediante contribuição direta para o seguro social público; os demais – trabalhadores informais e não trabalhadores, crianças, deficientes, idosos etc.- se não pudessem arcar com os custos das despesas em hospitais privados, ficavam ao desamparo público, cabendo-lhes a assistência humanitária das santas casas. O direito à saúde como corolário do direito à vida só veio a ser reconhecido, em nosso país, em 1988 (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 33-34).

Em outras palavras, antes e durante a Ditadura Militar, saúde era uma incumbência estatal se existisse contrapartida do cidadão que trabalhava e contribuía com o seguro social público que acabava por custear seus próprios gastos em saúde. Se o cidadão não trabalhava e por consequência não contribuísse para o seguro social público, ele seria totalmente desassistido do atendimento público e estatal em saúde.

Com a criação e instauração do SUS temos uma reconfiguração desta condição de cidadão-trabalhador imposta pela Ditadura Militar e seu escopo jurídico-legal para com o atendimento em saúde. Temos a partir do SUS a condição de cidadão perante o Estado. Anterior a qualquer outra condição que este mesmo cidadão venha a ter; seja ele trabalhador, idoso, criança, deficiente, etc.

Outro grande avanço que temos a partir do SUS, que não era possível em tempos ditatoriais e centralizadores, é a concepção de um sistema democrático e descentralizado com fundamentação constitucional e federativa:

Se alguma coisa mudou profundamente neste país foi exatamente a saúde, que mantém estruturas claras de uma verdadeira federação. A concepção constitucional do SUS compreende todos os elementos de um verdadeiro federalismo cooperativo: descentralização das ações e dos serviços; cooperação técnica e financeira da União com estados e municípios e dos estados com os municípios; comissões intersetoriais; planejamento ascendente: compatibilização dos planos de saúde municipal e estadual com planejamento nacional; solidariedade na divisão dos recursos da seguridade social e suas três áreas: previdência, saúde e assistência social; comissões intergestores bilaterais; comissões intergestoras trilaterais etc (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 224).

Muitos críticos do SUS e sua construção questionam a conceituação contraditória que parece evidenciar o caráter federativo e descentralizador de um sistema que em seu nome se diz ser único. Rebate-se muito facilmente esta crítica com os princípios que devem ser vistos de forma analítica e pormenorizada das diferentes lógicas que atuam dentro da organização SUS.

A LOS (Lei nº. 8080/90), que regulamenta a Constituição, estabelece ainda 13 princípios para o Sistema (art. 7.º), dos quais se destacam os seguintes:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...]
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...]
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p. 98).

O SUS é único em seu nome porque visa unificar as diferentes formas de atendimento ao cidadão brasileiro. No SUS, por exemplo, não discrimina-se o cidadão gaúcho que por ventura venha a utilizar e serviços de saúde em outro estado brasileiro e vice-versa nas mais diferentes configurações gentílicas dos estados brasileiros. Entretanto, o SUS também é descentralizado e federativo porque visa respeitar a responsabilidade e a consequente diversidade estatal que se apresenta em nosso país de proporções continentais. Com estas percepções inicialmente apresentadas, poderemos nos deter mais especificamente na construção pública e na complementaridade privada que o SUS apreende.

2.1 O PÚBLICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Retomando o que antes já fora explicitado nas questões do direito a saúde, recobramos também a argúcia sobre a necessidade de se fazer a defesa da perspectiva de conquista e não de dádiva dos direitos humanos disponibilizados, em especial o direito humano à saúde.

Os direitos humanos não parecem uma generosa dádiva da natureza, mas uma penosa conquista efetuada através dos séculos por pessoas bastante conscientes e organizadas em grupos de pressão. Com claro conhecimento de seu valor e suas aspirações, dispuseram-se a reivindicar o que sentiam indispensável a seu desenvolvimento pessoal e social, apesar de eventuais obstáculos (MOURA, 1989, p. 22)

Recuperamos tal postulado em vista de que o Sistema Único de Saúde no Brasil não foi e não poderia ter sido uma dádiva dos céus ou dos poderosos que estavam no poder na época de criação do mesmo. O SUS foi uma conquista de coletivos organizados que conseguiram colocar sua viabilidade no horizonte tal como ele é hoje configurado:

Constitucionalmente o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; o *atendimento integral*, abrangendo atividades assistenciais curativas e prioritariamente, as atividades preventivas; a *participação da comunidade*, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 63, grifos do autor).

O SUS é uma conquista que não se deu de forma automática. Foi uma conquista que teve inúmeros obstáculos a superar. Obstáculos dos mais elementares, que precisaram de muito diálogo e pressão social para que se evidenciasse e complementasse em nosso país um direito a Saúde estruturado. Direito a Saúde que fosse condizente com o que já era exposto em nossa Constituição:

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 2006, p. 18).

A saúde considerada como este bem econômico não restrito ao mercado, só pode ter sido e ser um dos princípios basilares do SUS graças a mobilização popular de indivíduos conscientes da sua interferência social e histórica. Interferência em momentos cruciais da realidade política que nosso país viveu quando se aventou a democracia e a participação

popular no horizonte de nossos movimentos sociais. Em especial do Movimento Sanitário que potencializou isso que estamos a expressar.

Com o encerramento da ditadura militar e o processo de retorno a um Estado de Direito, ao menos jurídico-formalmente, a atenuação dos mecanismos repressivos e a concreta situação de depauperamento e carência das massas trabalhadoras ampliaram a mobilização, bem como a visibilidade de novos sujeitos coletivos, alguns dos quais constituídos desde a década anterior. O movimento sanitário ganha maior abrangência e incorpora propostas reformistas, sustentadas no interior do próprio aparato estatal, onde quadros oriundos e alinhados com o movimento assumem funções dirigentes (BRASIL, 2006, p. 101).

Mas que Movimento Sanitário é este? É o movimento social que potencializou a concretização do SUS como uma organização estatal para o atendimento público em saúde de todas e todos os cidadãos brasileiros independente de sua condição social, econômica ou política em termos constitucionais e jurídicos de efetivação. Apesar desta preponderância dos aspectos legais sobre os demais aspectos que são pertinentes aos outros movimentos sociais, Sarah Escorel¹ discorreu em entrevista citada sobre a difícil adequação de um conceito condicionante para com o Movimento Sanitário:

Considerando as características do movimento sanitário, **Sarah Escorel**, inclusive, refuta essa denominação e essa ideia. E assinala que o movimento sanitário “não é partido, não é coisa institucionalizada, organizada, muito pelo contrário, é uma coisa que cresce, que flui, que diminui, aparece e desaparece, como ondas. Ou seja, tem todas as características de um movimento social. É o que chamei de movimento sanitário – não é um partido, não é uma burocracia, não tem regimento interno. As pessoas se identificam, porque têm uma mesma abordagem teórica, um mesmo discurso e uma mesma luta. As pessoas se tornam parceiras de uma proposta de transformação e entram e saem e vão voltar” (BRASIL, 2006, p. 66, grifos do autor).

O Movimento Sanitário de que falamos e que são apresentadas por autores e atores sociais que vivenciaram o período histórico em questão, é um movimento social que apresenta inúmeras diferenças em relação aos demais movimentos sociais que atuaram e atuam junto à realidade brasileira. O Movimento Sanitário parece ter uma íntima relação com o escopo jurídico dos poderes constituídos. Seus mais árduos embates se deram com os representantes pré e pós Constituinte ou em instâncias de deliberação vinculados ao Poder Executivo (conselhos e conferências).

Todavia mesmo tendo este vínculo íntimo com as leis e os poderes constituídos, os autores e atores sociais do Movimento Sanitário e de outros movimentos sociais correlatos

¹ Sarah Escorel – Médica Sanitarista; Doutora em Sociologia na Universidade de Brasília – UnB; Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (2003-2006); Pesquisadora Titular Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ [entrevistada em 06/01/2006 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

que pleiteiam outros direitos, analisam e conceituam o Movimento Sanitário como um movimento social importante e salutar na realidade social brasileira:

O Movimento dos Sem-Terra, que discute o acesso à terra, tem uma relação crítica com o direito, porque entre outras coisas eles dizem “*lei injusta não é lei, o direito injusto não é direito, o acesso à terra é algo maior do que uma norma escrita pelo parlamento, que é feita por grandes latifundiários*”. Então, eles têm uma posição tensa e crítica com o direito e são um movimento social de vanguarda. Aí eu pego o movimento sanitário, que também é um movimento social de vanguarda, e ele tem um discurso jurídico legalista do tipo “*é lei, tem que cumprir a lei, viva a legalidade*”. É isso que o faz desaguar no vagão normativo, cheio de papel, uma espécie de face triste do direito. O movimento sanitário considera a lei uma vitória, enquanto outros movimentos sociais têm a lei como adversária (Humberto Jacques² apud BRASIL, 2006, p. 194-195, grifos do autor).

Para entendermos melhor o que se convencionou definir como Movimento Sanitário, precisamos remontar e reconstituir um pouco o histórico deste movimento durante a constituição das leis complementares em saúde (Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90) e os momentos políticos das quais elas são fruto. Momentos políticos em que muitos precisaram ousar lutar e vencer arduamente em um terreno que não era seu. Não era seu porque o Movimento Sanitário não era o Legislativo por excelência. Entretanto de uma forma legítima promoveram uma verdadeira demonstração de democracia participativa.

O Movimento Sanitário não é um movimento auspiciado após a Ditadura Militar. Conforme as descrições realizadas deste movimento, autores remontam a existência deste movimento a períodos de vigência plena da Ditadura Militar na década de 70 do século passado. É um movimento impregnado de orientações ideológicas que se opunham ao sistema capitalista e aos preceitos impostos pelos autocratas do Regime Militar. Movimento social que aprimora seu discurso junto ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e seus acirrados debates ocorridos ainda no auge da Ditadura Militar.

O Movimento Sanitário nasceu ainda sob o regime autoritário, na segunda metade da década de 70, congregado ao CEBES. Ele reunia profissionais, intelectuais e lideranças políticas do setor saúde, oriundos, na maioria do Partido Comunista Brasileiro, o qual, inspirado na reforma sanitária italiana, representava um foco de oposição ao regime militar: buscava a transformação do setor saúde que integrasse um processo de democratização da sociedade (CORREA, 1996 apud CORREIA, 2000, p. 60).

² Humberto Jacques de Medeiros – Advogado; Mestre em Direito Público; Professor de Direito Público da Faculdade de Direito da UnB; Coordenador de Ensino da Escola Superior do Ministério Público da União; Vice-Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde - AMPASA; Procurador Regional da República [entrevistado em 07/04/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

Seria um movimento que surge a partir da percepção de indivíduos que atuam em outros movimentos sociais e dentro de instituições que representam os trabalhadores e agentes da área de saúde. Trabalhadores e agentes da área da saúde conscientes da importância da vinculação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS ao Ministério da Saúde.

Embora o Sistema Único de Saúde não estivesse consignado, o que só viria acontecer com a Constituição Federal de 1988, já no início da Nova República, em 1985, a unificação do setor da saúde já era apontada, especialmente com a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde. Sua operacionalização, em tempo e movimento, gerou um acirrado debate de dupla face: por um lado mostrou contradições no movimento sanitário; por outro, evidenciou a sua capacidade de superação e competência para chegar, no fim, ao mesmo objetivo (BRASIL, 2006, p. 75).

O INAMPS era considerado pelos indivíduos que conheciam e ouviam falar de seus serviços como o que de mais moderno havia em termos de saúde e assistência médica ao trabalhador dentro do aparato público de atendimento neste setor.

[...] nós percebíamos, na perspectiva marxista, o INAMPS como um setor moderno do desenvolvimento da saúde no capitalismo. E, exatamente por isso, nós falávamos que o motor da indução das mudanças do setor da saúde estava no INAMPS. O Ministério da Saúde, apesar de naquele momento contar com dirigentes progressistas, pelas suas características e pela sua estrutura não tinha condições históricas, digamos assim, para fazer grandes mudanças (Temporão³ apud BRASIL, 2006, p. 76).

Não é a toa que o INAMPS era o que de mais moderno havia em termos de saúde pública no Brasil. Com o desenvolvimento do sistema capitalista e sua preponderância lógica em vários países do mundo (incluindo países em desenvolvimento como era e continua sendo o nosso), a ideia e a preocupação para com a saúde laboral dos trabalhadores se torna importante. Torna-se importante não porque os patrões da incipiente burguesia brasileira estão intimamente preocupados com o estado de saúde global dos trabalhadores proletários, mas sim porque é de suma importância que os mesmos retornem o mais rápido possível para as fábricas empresariais e continuem fazendo girar as engrenagens da esteira de produção logo após o seu restabelecimento das condições de saúde para o trabalho que desempenham.

³ José Gomes Temporão – Médico; Sanitarista; Doutor em Medicina Social; Presidente do CEBES (1981-1984); Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer (2004-2005); Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública na FIOCRUZ; Secretário de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde [entrevistado em 19/08/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

O valor da força de trabalho, como o de toda outra mercadoria, é determinado pelo tempo de trabalho necessário a produção, portanto também reprodução, desse artigo específico. Enquanto valor, a própria força de trabalho representa apenas determinado quantum de trabalho social médio nela objetivado. A força de trabalho só existe como disposição do indivíduo vivo. Sua produção pressupõe, portanto a existência dele. Dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua própria manutenção. Para sua manutenção, o indivíduo vivo precisa de certa soma de meios de subsistência. O tempo de trabalho necessário à produção da força de trabalho corresponde, portanto ao tempo de trabalho necessário à produção destes meios de subsistência ou o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção do seu possuidor. A força de trabalho só se realiza, no entanto, mediante sua exteriorização, ela só se aciona no trabalho. Por meio de sua ativação, o trabalho é gasto, porém, determinado quantum de músculo, nervo, cérebro etc. humanos que precisa ser reposto. Esse gasto acrescido condiciona uma receita acrescida. Se o proprietário da força de trabalho⁴ trabalhou hoje, ele deve poder repetir o mesmo processo amanhã, sob as mesmas condições de força e saúde (MARX, 1985, p. 141).

Parece muito simplória esta análise da função social a que se prestava o INAMPS e sua estruturação, mas parece ser este o objetivo maior se formos analisar sua criação em plena Ditadura Militar no auge de crises internacionais que tornaram nossa mão-de-obra mais cara e de difícil restituição. O INAMPS foi criado em 1974, logo após longa crise internacional, tendo por finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada exclusivamente. Aqueles que precisavam ter suas condições de força e saúde resguardadas.

Com a gradativa mudança do modelo agroexportador de Estado oligárquico para o Estado burguês, após o início do processo de industrialização, surge o proletariado urbano, com novas demandas. A atuação do Estado não mais visava a evitar epidemias, mas a recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação de capital (CORREIA, 2000, p. 29).

Em outros termos o INAMPS serviu para propagandear “pesados investimentos” na área de saúde, assistência social e previdência; mascarando o escopo especulativo que institutos destes possibilitavam aos militares no poder. Isso é ainda mais corroborado quando percebemos a luta convulsionada que foi a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e todas as polêmicas que ela gerou junto às empresas privadas de assistência médica que atuavam de forma licitada junto ao INAMPS atendendo a população trabalhadora.

[...] surgem os primeiros convênios do INAMPS com os estados e municípios, cujos orçamentos não conseguiam fazer nada em saúde. A partir de 1982, 1983, estados e municípios passam a ser novos vendedores de serviços ao INAMPS, já que este praticamente só comprava serviços do setor privado (BRASIL, 2006, p. 70).

⁴No caso, o proletário que possui como mercadoria de troca única e exclusivamente sua força de trabalho (nota nossa).

A luta convulsionada entre o Movimento Sanitário e os representantes da iniciativa privada e dos poderes constituídos (estes últimos que muitas vezes também eram ou representavam os segundos) começa a ser demarcada por processos de diálogo que foram instaurados entre a sociedade civil organizada e os representantes políticos durante a Constituinte Nacional de 1988. Este diálogo intenso revigorou a ocorrência de um evento na área da saúde que até então era apática aos representantes da sociedade civil organizada e aos atores sociais do Movimento Sanitário: as Conferências Nacionais de Saúde – CNS's.

Em relação à participação popular, desde o processo pré-8ª CNS, pré-Constituinte, Constituinte e pós-Constituinte, com a regulamentação, se não houvesse a participação da militância política, dos movimentos sindicais e movimento popular, não haveria o sistema de saúde, não haveria o SUS. Essa proposta, toda ela, nasce com o pressuposto de que a participação popular influencia na formulação e a participação popular é o elemento estruturante dentro deste sistema. Então, sem ela, não haveria esse sistema, haveria outro, outro tipo de reforma, não essa com seus princípios: universalização, integralidade, equidade, descentralização, democratização (Eduardo Jorge⁵ apud BRASIL, 2006, p. 96).

A 8ª CNS é considerada um marco dentre todas as conferências realizadas até então realizadas porque passa a ser o momento chave em que o Movimento Sanitário consegue se apropriar minimamente de um instrumento anti-dialógico do aparelho estatal ditatorial e consegue convertê-lo em uma ferramenta dialógica e mobilizatória de agentes sociais comprometidos com a saúde brasileira e sua configuração atrasada e contraditória até então vigente.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é um marco histórico da mobilização instituinte da área da saúde, de reafirmação do princípio de participação e controle social, na direção da democratização do Estado. As propostas aí forjadas são constitucionalizadas em 1988, com a conquista do direito à saúde com controle social (BRASIL, 2006, p. 102).

A mobilização não foi tão grande quanto ocorreram em CNS que se seguiram, entretanto foi uma mobilização que não mediu esforços para que estivessem representantes dos mais diferentes segmentos que ansiavam por saúde brasileira que fosse capaz de superar a lógica de atendimento ao cidadão-trabalhador e possibilitasse um atendimento digno a todo cidadão brasileiro independente de sua condição. Mais do que isso, a 8ª CNS já apresentava em seu horizonte a maioria das características que iriam forjar a inscrição da saúde de forma

⁵ Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho – Médico; Sanitarista; Deputado Federal (1987-2003); Secretário Municipal da Saúde de São Paulo (1987-1990 e 2001-2002); Secretário Municipal do Meio Ambiente de São Paulo [entrevistado em 05/08/2004 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

democrática e participativa como está inscrita na Constituição de 1988 e nas Leis Ordinárias n.º 8.080/90 e 8.142/90 que lhe foram posteriores.

A 8ª CNS serviu também para que o Movimento Sanitário, até então ainda muito restrito a meios acadêmicos e profissionais da saúde pudesse aflorar em representantes de outros meios sociais. A 8ª CNS contou com o apoio e a representação de movimentos populares dos moradores, trabalhadores fabris, estudantes e demais segmentos díspares dos segmentos que promoviam o debate sanitário brasileiro até então.

Sonia Fleury⁶ arremata, em relação à 8ª CNS, que nessa época “*a gente realmente encontra os movimentos populares, fala sobre coisas complexas na questão de cidadania, direito e tal [...] esses encontro da intelectualidade com o movimento social se dá na preparação da 8ª CNS, depois continua na própria 8ª CNS e, em seguida, na Constituinte, até chegar na Plenária...*” (BRASIL, 2006, p. 84, grifos do autor).

A 8ª CNS não foi só vitoriosa por conseguir reinstaurar as conferências nacionais de saúde, que até então eram espaços dos autocratas validarem seu discurso conservador, mas porque conseguiu através da Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS influir nos meandros legislativos e jurídicos de transformação dos aparatos que até então alijavam a população brasileira de um eficiente atendimento cidadão em saúde.

Na 8ª CNS foi aprovado que os ministérios implicados criassem a CNRS para dar encaminhamento ao relatório final da conferência, o que demonstra cuidado e competência política, porque um relatório final, por melhor que fosse poderia se tornar um documento a mais, guardado. Então, a 8ª CNS teve a sabedoria política muito grande de conseguir o compromisso das autoridades políticas da época, do próprio Presidente da República e dos ministros envolvidos na nomeação da CNRS, que daria um tratamento ao relatório da 8ª CNS, no sentido de criar governabilidade para aqueles pleitos. Felizmente foi o que ocorreu, potencializado pela Assembleia Nacional Constituinte, a quem a CNRS entregou, o seu relatório final no início de 1988, após ter trabalhado todo o ano de 1987. O relatório final da Comissão Nacional da Reforma Sanitária é quase cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituinte Federal de 1988 (Nelsão⁷ apud BRASIL, 2006, p. 85-86).

⁶ Sonia Fleury Teixeira – Psicóloga; Doutora em Ciência Política Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – IUPERJ; Professora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas – EBAPE / FGV [entrevistada em 29/08/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

⁷ Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) – Médico; Sanitarista; Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – Paraná (1970-1976); Secretário Municipal de Campinas – São Paulo (1983-1988); Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS (1989-1990); Coordenador da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (1997-2002); Professor de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas - UNICAMP; Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde [entrevistado em 09/03/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

Deste modo a 8ª CNS é como uma espécie de marco garantidor do que viria a ser o SUS e todo o seu aparato mediante o documento celebrado como Relatório Final do evento que obteve o compromisso de inúmeros parlamentares constituintes.

A 8ª CNS não foi suficiente para garantir a atual configuração legal e estrutural do SUS. Foram necessárias outras mobilizações organizadas pelo Movimento Sanitário para que os direitos aventados na 8ª CNS e leis subconsequentes fossem garantidos. Por esta importância reafirmada é que a 8ª CNS é tão cara e importante para se pensar o SUS enquanto um sistema social que leve em conta os indivíduos e seus anseios por um estado de saúde global condizente para todos os cidadãos.

[...] a 8ª CNS resultou da constatação, por técnicos e dirigentes destes órgãos, que não tinham poder para aprofundar o processo da Reforma Sanitária, apesar de comprometidos com a mesma. O fato decorria de que não houvera, com o governo Sarney, uma substituição das forças políticas, mas apenas uma ocupação de espaços institucionais por determinadas pessoas comprometidas com a Reforma. Em suma, não houvera mudanças estruturais. A questão da saúde era, ainda, tratada de forma técnico-acadêmica e necessitava adquirir dimensões política e social. A convocação da 8ª CNS vinha concretizar uma linha teórica de movimento: “*a saúde é determinada pela organização social*”, superando práticas intra-setorializadas: [...] (BRASIL, 2006, p. 46-47, grifos do autor).

Muitos embates ideológicos de como se daria a organicidade do SUS foram travadas logo em sua gênese enquanto sistema público de atendimento em saúde. Se muitas conquistas foram auspiciadas com o fim da Ditadura Militar e o diálogo inspirador da Constituinte. Muitos atores sociais que estavam à frente da defesa constitucional do SUS como uma entidade pública de viés democrático, receberam a mudança deste viés:

A Constituição Federal foi promulgada em outubro de 1988 e, em 1989, houve a eleição presidencial, em que a sociedade inteira entrou de cabeça na disputa Lula-Collor, infelizmente com a vitória de Collor. E não demorou muito, ou seja, um ano depois da Constituinte, já houve a tentativa de desconstitucionalizar o SUS, transformá-lo em lei infraconstitucional. Então, nesse período a primeira tarefa foi construir e aprovar o texto da lei ordinária e tentar mantê-lo que, aliás, é pouco do que a gente fez nessa última década: tentar mantê-lo, porque as tentativas de desmontar o texto constitucional e a Lei nº 8.080/90 foram enormes (Jandira Feghali⁸ apud BRASIL, 2006, p. 131).

⁸ Jandira Feghali – Médica; Especialista em Cardiologia Pediátrica; Presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (1983); Presidente da Comissão Especial do Ano da Mulher e da Subcomissão de Assistência Farmacêutica do Congresso Nacional; Vice-Presidente da Comissão que analisou o substitutivo do Senado à Projeto de Emenda Constitucional que o Sistema de Previdência Social; Vice-Presidente da Frente Parlamentar da Saúde; Deputada Federal pelo Partido Comunista do Brasil – PCdoB do Rio de Janeiro (1987-2006) [entrevistada em 24/2/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

O Movimento Sanitário já convulsionado pelos seus embates contra a iniciativa privada que executava serviços junto ao INAMPS e os representantes políticos que defendiam esta prática onerante aos cofres públicos; tinha agora pela frente com a eleição de Fernando Affonso Collor de Mello⁹ a batalha pela defesa de direito a saúde pública frente à tendência ideológica neoliberal que o novo presidente representava.

No seu plano de governo, Collor promete elevar os gastos nacionais com saúde em 10%, mas na prática, o que ocorreu foi o contrário ao estabelecido na Constituição de 1988. Assim, o direito à saúde foi restringido e *“ao cabo de três anos de governo o gasto federal se contraiu em 40%, passando-se de um orçamento de quase US\$ 12 bilhões em 1989 para cerca de US\$ 7 bilhões em 1992, conforme valores convertidos em dólar em março de 1993”*[...]. Assim, ao viés autoritário somou-se o viés neoliberal, com a redução dos gastos em saúde, mas essa combinação não arrefeceu a mobilização social pelos direitos à saúde (BRASIL, 2006, p. 115, grifos do autor).

Collor em seu rompante mandato de Presidente da República executou a risca os postulados indicados pelo Consenso de Washington¹⁰. Afinal apesar dos militares autocratas da Ditadura Militar terem inúmeras implicações com os organismos internacionais de financiamento (“investimento para endividamentos”), não tiveram tempo de implantar as orientações econômicas destes mesmos organismos. Logo após o fim da Ditadura, estando o país em abertura democrática, precisou ainda possibilitar a eleição do primeiro presidente escolhido “democraticamente” para que se pudesse realmente efetivar as orientações macroeconômicas propostas pelo Consenso de Washington. Tudo isso somado ao descortinar e o suposto fim do ideário socialista com a Queda do Muro de Berlim¹¹ e o Fim da Guerra Fria¹²:

⁹ Fernando Affonso Collor de Mello (1949-.....): 32º Presidente da República do Brasil sendo o 1º eleito democraticamente após a Ditadura Militar e também o 1º a ser deposto por processo de impeachment após denúncias de corrupção em sua campanha eleitoral (nota nossa).

¹⁰ Consenso de Washington é um conjunto de medidas - que se compõe de dez regras básicas - formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington D.C., como o Fundo Monetário Internacional - FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy, e que se tornou a política oficial do FMI em 1990, quando passou a ser "receitado" para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades (nota e grifos nossos).

¹¹ Evento que iniciou na noite de 09 de novembro de 1989 e que derrubou o muro construído em 1961 para separar a cidade de Berlim em duas: a parte Ocidental ocupada e mantida pelos Estados Unidos da América, França e Inglaterra; e a parte Oriental ocupada e mantida pela então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (nota nossa).

¹² A Guerra Fria simboliza a disputa entre o bloco capitalista, liderado pelos Estados Unidos, e o bloco socialista, liderado pela União Soviética (no período após a 2ª Guerra Mundial) pela hegemonia política, ideológica e econômica de influência sobre os demais países. Durante aproximadamente 40 anos, com a ameaça constante de conflito nuclear entre os dois blocos [...] (nota suprimida do autor citado).

Coincidente com a eleição de Collor, o ano de 1989 foi o momento de inflexão da Guerra Fria, simbolizada pela queda do Muro de Berlim, com o redirecionamento das relações políticas internacionais, mudando-se o conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo sua clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes (BRASIL, 2006, p. 111).

O Movimento Sanitário teve então que ter muito tino e perspicácia para conseguir resistir, assim como muitos outros movimentos sociais, a ideologia neoliberal que começava a permear os espaços de representação, debate e efetivação de como se iria desenhar o atendimento em saúde pós-Constituição de 1988:

O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Collor não hesita em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária. O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz. Esse veto à lei da saúde coloca o “bloco na rua”, relança o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição, no que seria logo depois traduzido na nova Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, embora esta lei tenha recuperado os vetos apenas parcialmente, como será visto adiante. A Lei nº 8.142 “*dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde*” e garante o sistema participativo de baixo para cima com duas instâncias colegiadas: I – a conferência de saúde e II – o conselho de saúde (BRASIL, 2006, p. 112, grifos do autor).

Em função dos vetos neoliberais suscitados por Collor (a Lei Ordinária n.º 8.080/90 que dispunha basicamente sobre a organização do SUS), o Movimento Sanitário teve que se empenhar novamente e com mais ímpeto para que não fossem obliterados os direitos cidadãos de se interferir nos rumos da política de saúde no Brasil. Direito que foi suprimido com os vetos impostos por Collor a lei recentemente promulgada. Com este atentado aos direitos auspiciados na Constituição, o Movimento Sanitário se organizou e chamou nova CNS que por seu forte caráter mobilizatório é chamada carinhosamente pelo movimento de a “Nona”.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, chamada de a “a Nona” pela sua importância na definição de políticas e consolidação do SUS, foi realizada na agonia do governo Collor, em Brasília – DF, em 14 de agosto de 1992, tendo como tema principal “A municipalização é o caminho”. Essa conferência, com a participação de representantes de mais de 50% dos municípios brasileiros, de 3000 delegados e 1500 observadores, veio aprofundar as diretrizes da 8ª CNS, de 1986, reforçando o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS. Ela foi fundamental tanto para articular as estratégias de ação como para mobilizar os atores envolvidos e a sociedade (BRASIL, 2006, p. 120).

A Nona contou com um poder de mobilização muito maior que a CNS anterior. Apesar de não ter tido um papel fundamental como o 8ª CNS acabou tendo, a 9ª CNS impetrou maior influência junto à sociedade civil em função da importância conferida a mesma para garantir os princípios democráticos propostos na conferência anterior.

Se a 8ª CNS teve importância por ser um marco, a 9ª CNS teve sua importância por ser a defesa deste marco através de intensas mobilizações do Movimento Sanitário e da sociedade civil organizada em níveis municipais, estaduais e nacional:

Nós tivemos a oportunidade de realizar, naquele período, mais de 3 mil conferências municipais. Pela 1ª vez havia a etapa municipal, as 27 conferências estaduais e a etapa nacional, que foi em agosto de 1992. Esse processo é de uma riqueza enorme para o país e a gente não tem como avaliar o que significou realizar mais de 3 mil conferências municipais. Junto com isso quem teve um papel fundamental foi o Conselho Nacional de Saúde, pois o debate e a manutenção da proposta de realização da conferência se deu dentro do conselho, já que houve troca de ministros, o Alcení Guerra cai em 1991 e quem segurou tudo foi o conselho. No início, o governo queria, depois o governo começa a ter problemas e eles tentam que não saia a conferência. Eu acabei me mantendo na condução, porque eles não me consideraram num cargo nem de governo e nem do ministro, mas do Conselho Nacional de Saúde (Eri Medeiros¹³ apud BRASIL, 2006, p. 139).

Até a Nona CNS não era ainda perceptível a importância da organicidade do SUS e de suas instâncias democráticas de gerência no âmbito municipal. Até a 8ª CNS o debate sobre a Reforma Sanitária e os rumos que a saúde brasileira deveria tomar era um debate de instâncias delegadas nos estados e na nação como um todo. Com a Nona CNS, o Movimento Sanitário conseguiu pautar e inscrever a descentralização e a efetiva municipalização dos serviços de atendimento em saúde pública que já eram percebidos e defendidos como um caminho a ser trilhado na realidade social brasileira.

O Movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para se democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS. Além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política de saúde do município (CORREIA, 2000, p. 56).

¹³ José Eri Borges de Medeiros – Cirurgião Dentista; Mestre de Saúde Coletiva (Unisinos/RS); Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (1989-1993); Presidente da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde – ASSEDISA do Rio Grande do Sul (1993-1994); Coordenador Executivo da Comissão Organizadora da 9ª CNS; Coordenador do Curso de Especialização *latu sensu* Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS no Rio Grande do Sul [entrevistado realizada em 09/08/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

Com a Nona CNS, o debate sobre saúde que era até então de “cima para baixo” em várias instâncias do SUS, começam a principiar uma reorientação de seus atores. Com a Nona CNS temos uma tomada da perspectiva “de baixo para cima” até mesmo quanto à orientação de organização e estruturação do SUS:

[...] nesse período, a Plenária Nacional de Saúde ainda era a principal referência e participação dos diversos segmentos, até o Conselho Nacional de Saúde se consolidar. Quando o conselho se consolida, se legitima, viabiliza a 9ª Conferência, aí começa a seguinte discussão: se existe o conselho nacional e se devem existir os conselhos estaduais, se a Lei nº 8142/90 garante que para o repasse de verbas tinha que ter conselho, e isso foi absolutamente chave nessa questão, começa a criação dos conselhos municipais e estaduais. A partir da Lei nº 8.142/90, deslança-se a questão do controle social no Brasil como um todo, pela subordinação do repasse de verba à existência de conselhos constituídos (Jocelio¹⁴ apud BRASIL, 2006, p. 137).

A Nona CNS começou em clima de reconquista dos direitos democráticos do SUS inicialmente obliterados pelo então Presidente da República, e terminou depois da efetivação de nova lei complementar a saúde (a Lei Ordinária n.º 8.142/90) que tratava especificamente sobre a democracia junto ao SUS e a instituição de aparatos municipais para o controle social.

No Relatório Final, a Carta da 9ª CNS decide pelo “Fora Collor”, reafirma o SUS, condena a reforma fiscal da forma como o governo a estava encaminhando e aponta para a construção de estratégia de repasses de verbas aos estados e municípios, com eliminação das transferências negociadas entre União, estados e municípios. Relativamente ao controle social a Nona enfatiza a democratização, o fortalecimento dos conselhos “*construídos paritariamente, com poder deliberativo*” (BRASIL, 2006, p. 120, grifos do autor).

O clima pós Nona CNS refletia a insatisfação conflagrada da sociedade civil e dos meios de comunicação de que as medidas tomadas pelo Presidente da República enquanto Poder Executivo não refletia os interesses sociais. E parece que nem os interesses econômicos refletiam, já que os meios de comunicação patrocinados pela burguesia também reforçaram o discurso contrário a algumas medidas executadas por Collor.

O Movimento Sanitário conseguiu junto a outros movimentos sociais brasileiros reforçar as exigências de renúncia de Collor e de sua postura ideológica neoliberal. Após fortes denúncias de corrupção envolvendo Collor, o presidente foi à rede nacional solicitar para que as pessoas fossem as ruas com camisetas verdes e amarelas. Dois dias depois, em 16

¹⁴ Jocelio Drummond – Médico; Mestre em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP / FIOCRUZ); Organizador da 1ª Associação de Trabalhadores da Saúde no Brasil de São Paulo (1986); Presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS da Central Única dos Trabalhadores - CUT (1991-1997); Conselheiro Nacional de Saúde da CUT (1990-2000); Secretário Regional da Internacional de Serviços Públicos [entrevistado em 22/06/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

de agosto de 1992, milhares de jovens, movimentos sociais e alguns representantes do próprio Movimento Sanitário saíram às ruas vestidos de preto com as caras pintadas de verde e amarelo, em sinal claro de desaprovação perante a solicitação realizada pelo Presidente de República. O *impeachment*¹⁵ de Collor ainda se desenrolou por mais alguns meses, mas sua concretude de realização foi só uma questão de tempo como muitos movimentos sociais apontavam:

O governo Fernando Collor de Mello, eleito em 17 de dezembro de 1989, numa disputa em segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva¹⁶, trouxe ao contexto político nacional a orientação neoliberal, vigente na política internacional, sob orientação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento. Com o impedimento de Fernando Collor e sua saída do governo, assumiu a Presidência da República seu vice, Itamar Franco¹⁷. Nesse período de quatro anos continua presente, na cena política, o movimento pelo direito a saúde e pela implantação do SUS. Collor tomou posse em 15 de março de 1990 e Itamar em 30 de setembro de 1992 (BRASIL, 2006, p. 111).

Mesmo sendo vice-presidente de Collor, Itamar Franco revelou em seu mandato uma maior abertura para o diálogo e entendimento entre os poderes constituídos e algumas das reivindicações dos movimentos sociais e da sociedade civil. Itamar Franco representando setores majoritários das elites brasileiras apresentava um discurso e uma prática de caráter fortemente nacionalista e indutor da indústria fabril brasileira.

O governo Itamar Franco, no entanto, encaminha algumas medidas referentes à seguridade social, tais como a implantação do Conselho Nacional de Seguridade Social e a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social, anteriormente vetada por Collor (BRASIL, 2006, p. 123).

A extinção e vinculação do INAMPS ao Ministério da Saúde, outra bandeira árdua que o Movimento Sanitário pleiteava foi efetivada e concretizada também durante a gestão de Itamar. Com esta medida os apontamentos da Nona CNS que assinalavam a municipalização como caminho, foram timidamente iniciados e postos em prática pelo SUS através das estruturas já existentes pelo INAMPS nos municípios. Estruturas estas que eram em muitas situações aparelhadas pelo poder privado.

¹⁵ Sua tradução literal é impugnação de mandato, um termo do inglês que denomina o processo de cassação de mandato do chefe do Poder Executivo, pelo Congresso Nacional, as Assembléias Estaduais e Câmaras Municipais para países presidencialistas, aos seus respectivos Chefes de Executivo (nota e grifos nossos).

¹⁶ Luiz Inácio Lula da Silva (1945-.....): 35º Presidente da República do Brasil eleito em 2001 e reeleito em 2005. Foi também ex-metalúrgico, ex-sindicalista e fundador do Partido dos Trabalhadores – PT, partido pelo qual concorreu pela primeira vez a presidente na Eleição Nacional de 1989 perdendo para Collor (nota nossa).

¹⁷ Itamar Augusto Cautiero Franco (1930-2011): 33º Presidente da República do Brasil que assumiu a presidência em função do *impeachment* de Fernando Affonso Collor de Mello, do qual era vice-presidente (nota nossa).

O governo encaminha a extinção do INAMPS (Lei nº 8.689, de 27/07/1993), com a transferência das ações de saúde para estados e municípios, o que é aprovado na Comissão de Seguridade Social por acordo entre os partidos, sem que fossem demitidos os 96.000 funcionários do órgão, e com a criação de um Sistema Nacional de Auditoria. O plenário da Câmara dos Deputados aprova o projeto em 16/06/2003, abrindo espaço para a municipalização do sistema de saúde. Ao mesmo tempo cria-se maior interferência dos serviços privados de saúde junto aos prefeitos e maior peso dessas autoridades na definição de políticas de saúde, embora com a forte presença de conselhos na área. Os parlamentares consolidam a Frente Nacional da Saúde e o governo transfere verbas do Fundo de Amparo ao Trabalhador para pagar hospitais (BRASIL, 2006, p. 126).

Outro importante documento que principiou a sua realização em vários outros campos de atuação governamental, a Norma Operacional Básica - NOB 93, delimitou e organizou melhor o arranjo de como se delegaria as incumbências que cada esfera estatal assumiria e quais seriam os requisitos e a sistemática para o financiamento do setor. A descentralização, outro dos princípios do SUS, que até então era um jargão muito vago no campo jurídico de entendimento sanitário, ficou mais bem explicitado com o especial enfoque dado à municipalização defendida pelos Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS:

No governo Itamar Franco, foi editada a NOB 93 – Norma Operacional Básica 01/93, estabelecida pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, pelo então ministro da Saúde, Jamil Haddad. Esta norma estabelece os parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Define as formas de gestão do sistema pelas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. A primeira, de âmbito nacional, integra representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, “*tendo por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde*” (BRASIL, 2006, p. 128-129, grifos do autor).

Apesar de todos estes avanços que o Movimento Sanitário obteve, a década do neoliberalismo estava apenas começando. Novas eleições presidenciais se avizinharam e parece que as ditas forças progressistas tiveram novo revés com a eleição do sociólogo Fernando Henrique Cardoso – FHC¹⁸. Sociólogo que infelizmente concorreu por legenda partidária que defendia os princípios ideológicos do neoliberalismo.

¹⁸ Fernando Henrique Cardoso (1931-.....): 34º Presidente da República do Brasil. Sociólogo, cientista político e político brasileiro. Professor Emérito da Universidade de São Paulo. Foi funcionário da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe – CEPAL, Senador da República (1983-1992), Ministro das Relações Exteriores (1992), Ministro da Fazenda (1993 a 1994) e presidente por duas vezes (1995 a 2002). Graduiu-se pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP. É filiado, cofundador e presidente de honra do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB. Também foi casado com a agora falecida antropóloga Ruth Cardoso (1930-2008) (nota nossa).

Segundo o próprio FHC, “a globalização também tem contribuído para alterar o papel do Estado: a ênfase da ação governamental está agora dirigida para a criação e a sustentação de condições estruturais de competitividade em escala global” (Cardoso, 1996, p.42)¹⁹. Com isso, ele assume que o Estado seja suporte das condições do mercado globalizado. Esse novo papel passa a ser exercido pelo Estado no governo FHC, em substituição ao de promotor do desenvolvimento interno. O governo, nessa perspectiva, propôs um conjunto de reformas constitucionais que se orientariam não só pela e para a redução do Estado como por sua mudança estratégica, ampliando o poder das forças vinculadas ao mercado (BRASIL, 2006, p. 158, grifos do autor).

Adiantando um pouco o debate sobre como se dá a inserção da lógica neoliberal na saúde, temos nas próprias palavras de FHC qual é o papel do estado segundo a orientação ideológica da organização partidária a qual era e é filiado como co-fundador: o Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB.

O velho e saudoso debate sobre Estado mínimo e máximo volta sobre nova roupagem. Estado mínimo sim! Para diminuição dos gastos públicos em áreas de atendimento básico do Estado como saúde e educação. Em contrapartida um Estado máximo para financiamento e “indução” do grande capital exploratório e especulativo que não consegue em suas crises cíclicas se reerguer com as “próprias pernas”.

Depreende-se que a década de 1990 explicita esse embate no cenário político brasileiro: os dois mandatos governamentais de Fernando Henrique Cardoso, claramente, orientam-se para uma reestruturação estratégica do Estado nacional, implicando mudanças nas suas relações com o mercado e a sociedade, nas quais se busca assegurar a hegemonia das forças sociais transnacionais, vinculados ao primeiro. O papel do Estado é equacionado para assegurar condições favoráveis à competitividade globalizada do capital, tal como assumido pelo próprio presidente (BRASIL, 2006, p. 202).

Para que o Estado obtivesse este desenho esperado, os poderes constituídos precisaram ter sua maquinaria pública reajustada. Somente assim, o Estado pode efetivamente assumir o papel crucial de agente indutor da competitividade que a globalização necessitava. Esta foi a postura não só assumida pelo Poder Executivo, assim como pelo Poder Legislativo e demais instituições que são correlatas a estes. A mídia e os meios de comunicação apregoavam a globalização como a última nova do mercado internacional que precisava ser seguida gerando inclusive reformas no aparelho estatal que na visão deles se encontrava obsoleto e ineficiente por favorecer mínimas políticas públicas para a população carente. Estas reformas foram realizadas e cumpridas à risca na gestão FHC:

¹⁹ CARDOSO, Fernando Henrique. Quatro discursos de FHC In: **Cadernos do PSDB**, Brasília, v. 1, n. 1, abr., 1996 (nota de referência do autor citado).

A Reforma do Estado no governo FHC, portanto articulou medidas legislativas, mudanças regulatórias e ações governamentais para uma reordenação estratégica do papel do Estado, que passou de impulsionador do desenvolvimento para o de impulsionador da competitividade do capital internacional, mudando, assim, suas relações com o mercado e a sociedade. Para tanto, instaura um novo modelo de gestão pública gerencial, transferindo patrimônio público para o mercado e assumindo uma atuação complementar a este (BRASIL, 2006, p. 161).

Inúmeras foram às transferências de patrimônio público (leia-se “empresas estatais”) para a iniciativa privada e seu mercado voraz. Processo este iniciado já na gestão de Collor. Foram leiloadas várias empresas estatais no que convencionar chamar de a década do neoliberalismo.

Segundo dados do Ministério do Planejamento (disponíveis no sítio eletrônico <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/dest/090105_ESTA_Univ_privatizadas.pdf> acessado em 08/06/2012) entre os anos de 1991 e 2001 foram leiloadas para o capital privado 38 (trinta e oito) empresas estatais dos setores siderúrgico, energético, bancário, aviação, navegação, mineração, distribuição, fertilizantes e até de processamento de dados.

Se nos governos Collor e Itamar já haviam sido privatizados os setores siderúrgicos, petroquímico e de fertilizantes, no governo FHC foi privatizado o “filé mignon” da economia: os setores de mineração, de telecomunicações e de energia. [...] O desenho dessa reforma se baseou na divisão das atividades do Estado em exclusivas, compreendendo a regulamentação, a fiscalização, a cobrança, a repressão e a atenção a certos serviços básicos como “compra de serviços de saúde” e “subsídio à educação básica”; serviços não-exclusivos, correspondentes a atividades concorrenciais entre as esferas privada e estatal, onde estão envolvidos alguns direitos de atividades não-lucrativas como hospitais, universidades, centros de pesquisa e museus; o setor de produção de bens e serviços para o mercado, correspondente à atuação das empresas lucrativas e que não deveriam estar nas mãos do Estado, que se assume, apenas, porque faltou capital ao setor privado para realizá-las ou porque são naturalmente monopolistas (BRASIL, 2006, p. 160-161).

Assim se durante o período FHC as áreas da saúde e também da educação não foram privatizadas, é porque são setores que se tomados totalmente pelo capital privado em termos de manutenção, não seriam efetivamente atividades “lucrativas”. Entretanto como a própria citação denota a “compra de serviços de saúde” e o “subsídio à educação básica” são sim práticas que vão se insurgindo nestas áreas de atendimento estatal. Insurgem-se as primeiras práticas de terceirização no atendimento e subsídio aos campos de saúde e educação pública. A exigência de concurso público para todas as áreas atendidas pelo poder estatal começa a ter sua lógica flexibilizada junto as Administrações Públicas.

Durante todo o período FHC também ocorreram duas outras CNS, que apesar da lógica neoliberal investir de todas as formas em vários nichos estatais, no campo da saúde não houveram grandes investidas no campo legislativo para supressão de direitos. Isso não quer dizer que o Movimento Sanitário não sofreu vicissitudes e não teve que reformular suas práticas para enfrentar o discurso desmobilizatório e apático que o neoliberalismo e seus agentes apregoavam.

No período FHC os grandes temas de deliberação do CNS foram: a questão orçamentária; o pacto federativo de descentralização e implementação do SUS; a articulação intersetorial; a defesa dos direitos do cidadão; o estabelecimento de políticas específicas, de acordo com a agenda social e do próprio Ministério da Saúde, como combate a doenças específicas; articulações de propostas para mobilização da sociedade por meio de conferências (BRASIL, 2006, p. 169).

Atores sociais que vivenciaram a construção do SUS desde a sua gênese nos anos pós-Ditadura chegam até a conceituar a década de 90 como um outro período ditatorial. Não como um período ditatorial em sentido prático das torturas e da autocracia. Mas um período ditatorial no sentido ideológico de combate as posturas teóricas e discursivas apregoadas nos meios midiáticos e até mesmo em meios acadêmicos.

De 1990 até aqui, as coisas ficam mais complexas, porque nós estamos convivendo com um avanço no movimento da Reforma Sanitária com dois atores coletivos que não existiam – os secretários municipais organizados e os conselheiros de saúde, mas a anestesia imposta ao conjunto da sociedade pela ideologia neoliberal de mercado, da competição individual e de que o poder aquisitivo determina o grau de saúde é muito mais séria do que se pensava. Por isso, esses anos se transformaram muito mais em anos de resistência. As tentativas de colocar esse tema na agenda de debate dos conselheiros não estão conseguindo passar. É o grande desafio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, hoje. O grau de mobilização e de organização da sociedade obedece à influência e a determinações e condicionamentos históricos que têm leis próprias para prever para que lado vai a sociedade (Nelsão²⁰ apud BRASIL, 2006, p. 250-251).

Descortina-se com a entrevista de Nelsão, um pouco sobre o atual dilema do Movimento Sanitário Brasileiro. Os embates hoje contam com novos atores sociais que representam os poderes constituídos (secretários de saúde municipais e estaduais) que em muitas situações acabam assumindo um discurso ideológico que nega alguns princípios fundamentais de como o SUS foi e é estruturado.

²⁰ Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) – Médico; Sanitarista; Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina no estado do Paraná (1970-1976); Secretário Municipal de Campinas no estado de São Paulo (1983-1988); Presidente do CONASS (1989-1990); Coordenador da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (1997-2002); Professor de Medicina Preventiva da UNICAMP; Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde [entrevistado em 09/03/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

Pior é quando o discurso reflete a prática executada por estes representantes constituídos quando negam os princípios: de universalidade e equidade ao priorizarem determinadas regiões no atendimento da Estratégia de Saúde da Família; da integralidade ao desvincularem a prevenção da área da saúde; da participação da comunidade quando interferem na nomeação dos representantes do CMS; e da eficiência e eficácia quando deixam de estruturar os gastos em saúde destinando-os de forma não planejada e incompetente.

A nossa responsabilidade era uma responsabilidade menor do que é hoje. Então essas plenárias de saúde, os conselhos de saúde e todas essas estruturas, o próprio movimento sanitário, o movimento pela saúde de um modo geral, todos os envolvidos esmagadoramente eram forças de esquerda. E as forças de esquerda bancavam todo esse processo e são responsáveis por este êxito, que é, de fato, um êxito, um avanço. Houve um avanço, porque houve um processo de resistência (Vladimir Dantas²¹ apud BRASIL, 2006, p. 201).

Apesar de parecer tênue ou inexistente a linha que separa o que se convencionou chamar de partidos de esquerda e direita, essa linha deve sim ser revisitada ao se pensar a construção do SUS. Não porque os partidos de direita e seus representantes não participaram da construção do SUS, até porque participaram e com grandes “contribuições” que hoje possibilitam a inserção quase que descabida da iniciativa privada nesta organização pública. Mas sim porque a construção e constituição do SUS estiveram atreladas a inúmeros movimentos sociais e partidários do que se convencionou chamar de esquerda brasileira.

Na área da saúde, há que se considerar que o processo de implementação do SUS mudou a forma de gestão e de participação social, consolidando-se a implementação do modelo institucional resultante das lutas do movimento social e sanitário, inclusive das plenárias de saúde. Este movimento se inscreve na perspectiva da construção do pacto federativo derivado da Constituição Federal de 1988 e das leis nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2006, p. 167).

Muito deste modelo que foi implementado no SUS brasileiro se deve aos debates que surgiram dentro do Movimento Sanitário com base no modelo italiano de saúde pública. Modelo de saúde pública que na época de insurgência do Movimento Sanitário no Brasil, era um dos modelos elogiados por sua excelência e pelos princípios que orientavam sua estruturação.

²¹ Vladimir Ricardo Alves Dantas – Presidente da Federação Paraibana de Associações Comunitárias – FEPAC (1987); Presidente da Confederação Nacional de Associação de Moradores – CONAM (1989-1995); Coordenador de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde (2003-2004); Presidente da Federação das Associações, Movimentos e Entidades Populares do DF e Entorno [entrevistado em 29/04/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

No Brasil assistimos, no final dos anos de 80 e início da década de 90, à incorporação legal de um sistema de saúde baseado no modelo de reforma sanitário proposto pelo Movimento Sanitário – que se inspirou no modelo italiano, com princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. E em paralelo a este modelo, tem se colocado em prática o propugnado pela proposta de reforma do Estado que, por sua vez, cumpre as exigências impostas pelos organismos internacionais (CORREIA, 2000, p. 39).

O Movimento Sanitário em suas insurgências e vicissitudes foi este agente indutor das instâncias descentralizadoras que o SUS possui atualmente. Os princípios que hoje ainda orientam as ações do SUS como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social não teriam as feições que hoje percebemos se não fosse o Movimento Sanitário. Feições estas que não deixam de apresentar inúmeras contradições que serão melhores explicitadas ao adentrarmos na complementaridade que a iniciativa privada desenvolve em seu corpo institucional.

Fica claro que o Sistema Único de Saúde é um novo modelo institucional de pactuação federativa, com um ator central que se torna o eixo de deliberação e de fiscalização – os conselhos de saúde. Os conselhos se consolidam em seu papel institucional de nova política de saúde, considerando o processo dinâmico de articulação entre os gestores das três esferas, os mecanismos de financiamento e o controle social, com uma normatização que garanta os poderes dos órgãos paritários (BRASIL, 2006, p. 129).

O SUS como modelo institucional no atendimento integral de todo cidadão brasileiro independente de sua condição social é este somatório de lutas e embates que o Movimento Sanitário alcançou durante suas reviravoltas políticas junto aos poderes constituídos legal e juridicamente dos Poderes Legislativo e Executivo. Lutas e embates do Movimento Sanitário que conseguiram alcançar no horizonte de democracia conquistar a circunscrição de direitos que não podem ser dados ou recebidos mas permanentemente conquistados rotineiramente pelos cidadãos conscientes de seu ser e estar no mundo. Em especial na realidade social da saúde pública brasileira.

Não poderia ser diferente em função de suas especificidades comentadas brilhantemente por Humberto Jacques. Justamente por causa destas especificidades do Movimento Sanitário que o SUS apresenta em sua organicidade o controle social. Mas não é um controle social imposto pelo Estado ao sistema e seus usuários. É um controle social dos usuários e das populações atendidas pelo SUS em relação ao Estado mantenedor. A lógica de “baixo para cima” do CMS é esta conquista árdua que o Movimento Sanitário alcançou.

Ao falarmos sobre os Conselhos Municipais de Saúde precisamos falar de um conceito chave para a conceituação do papel que estes aparatos irão desenvolver junto ao SUS: o conceito de controle social e sua reapropriação conceitual:

Na sociologia a expressão controle social é, geralmente, utilizada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Para alguns autores da área da ciência política e econômica, o controle social é realizado pelo Estado sobre a sociedade através da implementação de políticas sociais amenizando propensos conflitos sociais, contratando os efeitos da expansão do capital. O campo das políticas sociais é contraditório, pois, através delas, o Estado controla a sociedade, ao tempo em que incorpora suas demandas. É neste campo contraditório que nasce um novo conceito de controle social em consonância com a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade. É nesta perspectiva que o controle é realizado pela sociedade sobre as ações do Estado (CORREIA, 2000, p. 11).

O conceito de controle social que é ambientado junto aos Conselhos Municipais de Saúde teve essa guinada histórica que mudou seu paradigma conceitual. De um conceito percebido na lógica teórica hobbesiana²² para uma lógica teórica gramsciana²³ imiscuída de noções políticas muito recentes de democracia participativa:

A democracia participativa também se institucionaliza e se torna uma expressão plural da sociedade, não se impõe como um projeto hegemônico, mas vai minando a hegemonia das elites nos espaços dos conselhos, na conquista de lugares de voz, de pressão, de fiscalização, numa guerra de posições, na expressão gramsciana. Essa democracia está, portanto, promovendo uma manifestação de poder popular, de segmentos excluídos pelo capitalismo em suas várias formas de dominação, mas dentro dos limites do pluralismo e das instituições estabelecidas, com um confronto de interesses que, ao mesmo tempo em que expõe o conflito propõe-se também a consensos e propostas. (BRASIL, 2006, p. 20).

²² Referente Thomas Hobbes (1588-1679): Matemático, teórico político, e filósofo inglês, autor de *Leviatã* (1651) e *Do cidadão* (1651). Na obra *Leviatã*, explanou os seus pontos de vista sobre a natureza humana e sobre a necessidade de governos e sociedades. De acordo com Hobbes, as sociedades necessitam de uma autoridade que possa assegurar a paz interna e a defesa comum com controle social centralizador (nota nossa).

²³ Referente a Antonio Gramsci (1891-1937): Teórico italiano em que o avanço e a consolidação do movimento dos trabalhadores, numa sociedade de tipo “ocidental”, depende de uma sempre difícil “guerra de posições”, depende de um bom planejamento, de uma eficiente organização, quer dizer, depende de conhecimentos, necessita de uma sólida preparação. Ao contrário da “guerra de movimentos”, que se faz muitas vezes com manobras súbitas de pequenos grupos, com ações fulminantes de minorias (agindo em nome da maioria), que se serve de golpes de mão, a “guerra de posições” exige participação ampliada, a construção do consenso. Na “guerra de posições” cada avanço precisa ser bem calçado. A mobilização só pode ser suficientemente profunda e ter efeitos duradouros se puder se apoiar em consciências coesas e articuladas, em um pensamento rigoroso e lúcido. A transformação da sociedade, nas condições da complexidade moderna, não poderá seguir um caminho revolucionário se não aproveitar as lições proporcionadas pelos duelos da política cultural (Konde, 2001 apud BRASIL, 2006, p. 32) (nota do autor citado logo em seguida a utilização do termo em questão).

O controle social teria então esta nova configuração. Controle social visto como o controle exercido pela sociedade civil para com o Estado num pressuposto da democracia participativa; e não mais como um controle exercido pelo Estado para com a sociedade civil num pressuposto de monarquia absolutista como era concebido no período histórico vivido por Thomas Hobbes.

Muitos autores reconhecidos como István Mészáros²⁴ defendem a necessidade de um controle social não apenas como um postulado da democracia participativa, mas como uma prerrogativa necessária a sobrevivência humana em tempos sobrepujados por um capital especulativo e altamente predatório da condição humana.

O fracasso evidente das instituições existentes e de seus guardiões ao enfrentar nossos problemas só pode intensificar a explosiva ameaça de um impasse. E isto nos faz retornar ao nosso ponto de partida: o imperativo de um controle social adequado de que a “humanidade necessita para sua simples sobrevivência” (MÉSZÁROS, 2002, p. 1008).

Sendo necessário o controle social para a garantia da sobrevivência humana, nada mais lógico e natural que ao termos a configuração de um sistema incumbida de prestar o atendimento ao completo bem-estar físico, mental e social da população brasileira, exista alguma instância que venha a resguardar esta mesmo sistema das ameaças a ela impetradas por agentes externos a ela:

Tentar olhar o Conselho de Saúde sob esta ótica é procurar vê-lo como uma prática, uma experiência que reatualizaria a “invenção democrática” brasileira pós-regime centralizador e autoritário. Assim a construção de espaços públicos permanentes, dos quais possam participar diferentes segmentos sociais, portadores de diferentes interesses [...] (MORITA; CONCONE, 2002, p. 152).

Junto à realidade brasileira, o conceito de controle social pode ser utilizado para analisarmos comparativamente o período da Ditadura Militar com o período logo posterior de “abertura democrática”. Na época da Ditadura Militar, apesar de não existir a ambientação teórica hobbesiana de um controle social onde o Estado é absoluto, era justamente um controle social sob estes auspícios hobbesianos que era engendrado para com a sociedade civil organizada e seus movimentos sociais. Um controle social exercido pelo Estado que vilipendiava os direitos humanos e a livre organização social, política e civil dos indivíduos.

²⁴ István Mészáros (1930-.....): Filósofo húngaro que é considerado um dos mais importantes intelectuais marxistas da atualidade (nota nossa).

Com a “abertura democrática” brasileira pós-regime centralizador e autoritário temos uma total reconfiguração da relação Estado-sociedade. Transpõe-se abismalmente de um regime de total controle do social para a inserção de um controle social compartilhado entre o Estado e a sociedade em conselhos que visam a gestão daquilo que é público.

Durante as décadas de 1970 e 1980, no contexto da transição do autoritarismo do regime militar, com o fortalecimento da democratização foi também ocorrendo a institucionalização da relação Estado-sociedade com a participação da sociedade organizada, por meio do controle social, na deliberação e gestão das políticas públicas de saúde do país. Transitou-se de um paradigma de controle repressivo, unidirecionado do Estado para a sociedade, que mais adequado seria denominar de controle sobre o social, para um outro referencial denominado de controle social, que se propõe como controle paritário, compartilhando entre Estado e sociedade nos diferentes conselhos. Esse processo, marcado por avanços e recuos, no sentido mais abrangente de uma reforma do modelo médico-assistencial, de conteúdo democratizante, teve o respaldo e a liderança do movimento sanitário. Este, constituindo-se em restritos espaços de oposição nos anos de 1970, vai alargando-se por entre as brechas proporcionadas pela própria modernização conservadora sistêmica, em que a medicina comunitária necessita, o mínimo que seja, da relação com a sociedade (seus atores carentes) para obter eficácia e auferir legitimidade em suas ações (BRASIL, 2006, p. 100-101).

Os Conselhos Municipais de Saúde se transformam na garantia jurídico-legal da existência de uma instância em que o insurgente Movimento Sanitário consiga influir em seus rompantes de existência. Rompantes de existência porque apesar de existir atualmente a iniciativa constante de criação, sistematização e efetivação dos Conselhos Municipais de Saúde, o Movimento Sanitário que é o principal indutor destas instâncias, apresenta em sua configuração histórica, momentos cruciais de mobilização e de defesa dos direitos à saúde.

Na história brasileira, tivemos muitos movimentos no campo da saúde, como [...] os movimentos populares de saúde em São Paulo entre os anos 1970-1980, a Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e que incorporou os princípios da Reforma Sanitária. Foram movimentos com características próprias, de luta e contestação, com refluxo após a conquista ou não dos seus objetivos, e agora passamos a ter uma situação que valoriza a participação nas decisões. Outras questões importantes para compreender a participação no Conselho levam em conta que esse espaço é um modo específico de mobilizar a sociedade, mas que, ao mesmo tempo traz para dentro de si o sectarismo dos partidos políticos, as questões sindicais e outras (MORITA; CONCONE, 2002, p. 152).

Assim, para se pensar os Conselhos Municipais de Saúde é necessário pensar em um controle social exercido por indivíduos atuantes na sua realidade histórica e social. Indivíduos que apesar de suas inúmeras divergências ideológicas e de condição precisam dialogar e construir uma agenda e pautas comuns. Tudo isso para que o processo de avanço ou recuo nas políticas públicas de saúde sejam colocadas realmente em prática.

O poder dos conselhos depende dessa articulação de forças dos movimentos sociais em confronto / negociação com os representantes do governo, comparecendo com maior ou menor peso político e obtendo avanços e recuos (BRASIL, 2006, p. 21).

Avanço ou recuo porque nem toda postura ideológica tomada por um CMS necessariamente precisa ser um avanço nas políticas públicas de saúde. Pode ser uma postura que reflita um determinado momento em que um conjunto de forças que participam de determinada comunidade sanitária queiram a inversão de alguns postulados inicialmente conferidos ao SUS. Esse é o jogo democrático que os conselheiros precisam se apropriar para realmente defenderem ou abandonarem determinados princípios do SUS.

A criação do Sistema Único de Saúde definido na Constituição de 1988 é reconhecidamente, o momento em que o modelo de seguridade social, formalmente, ao menos, adquire visibilidade, com seus contornos muito mais democráticos do que o modelo de seguro social vigente. Dentre os princípios norteadores estabelece-se a “participação da comunidade” que será melhor definida na Lei n.º 8.142 de dezembro de 1990. Produto da Reforma Sanitária, introduzem-se, a partir daquela data, os princípios da justiça, dos direitos de cidadania, da cobertura universal dos benefícios sem discriminação e o dever do Estado de garantir o atendimento desses direitos através do orçamento público. Passamos, então a viver um período em que o usuário do serviço público de saúde participará de conselhos gestores e estará dentro do aparelho do Estado (MORITA; CONCONE, 2002, p. 148-149).

Os Conselhos Municipais de Saúde foram concebidos em uma época que os paradigmas do que deveria ser o Estado e seu papel estavam sendo questionados e modificados quanto a sua inscrição constitucional.

O Estado Brasileiro e seus agentes mesmo em tempos de Ditadura Militar não eram totalmente complacentes com a exclusão social e as necessidades que lhe eram pleiteadas. A diferença é que estas necessidades eram tergiversadas em determinadas políticas assistenciais e eleitoreiras que não modificaram a relação do Estado com a sociedade civil.

Nesse contexto de “ocupação” do aparelho de Estado, em que “*as Ações Integradas de Saúde foram já uma visão de um novo Estado dentro de um Estado velho*”, como assinala **Nelsão**²⁵, criava-se nessa nova relação União-estados-municípios, uma conquista do movimento que apontava na maior proximidade dos serviços de saúde com as populações para se avançar de uma política assistencialista para uma política para uma política pública de saúde. [...] A descentralização das ações, um dos princípios norteadores do que viria a ser, mais adiante, o SUS, apontando o município como um grande executor das ações [...] (BRASIL, 2006, p. 73, grifos do autor).

²⁵ Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) – Médico; Sanitarista; Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina no Paraná (1970-1976); Secretário Municipal de Campinas em São Paulo (1983-1988); Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS (1989-1990); Coordenador da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS (1997-2002); Professor de Medicina Preventiva da Universidade de Campina - UNICAMP; Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde [entrevistado em 09/03/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

Dessa forma muito do que era antes postulado pelo Estado e seus agentes como políticas públicas de saúde de alto caráter assistencialista e eleitoreiro, sofre uma imensa transformação com a inserção de novos atores junto ao aparelho estatal. Atores que se prezarem os princípios que os inscreveram nesta nova incumbência, irão impedir que as políticas públicas de saúde se desvançam em trocas utilitaristas de duas vias.

No caso específico das políticas de saúde no Brasil, a descentralização de sua gestão, nas últimas três décadas, esteve sob influxo destes fatores, mas talvez o mais ponderável para seu avanço tenha sido o aprofundamento das relações entre Estado e sociedade e entre os entes federativos, mediante um intenso processo participativo que se materializou na criação de canais de defesa de interesses, debates, conflitos, consensos e pactuação. Nesse contexto, os conselhos de saúde, estruturados nos três níveis de governo, e o movimento pela saúde conseguem construir uma teia de forças com os conselhos dos gestores estaduais e municipais de saúde – CONASS e CONASEMS (BRASIL, 2006, p. 27).

Entretanto estes novos atores que são os conselheiros de saúde em suas esferas municipais, estaduais ou nacional somente poderão ter a consciência de modificar os arquétipos políticos da saúde brasileira, se tiverem compreensão de que a cidadania é conquistada e não conferida. Pois conforme apontam Carvalho e Santos (2006, p.249) “[...] consciência da cidadania é um fato que a Constituição de 1988 apenas registrou, ao enunciar direitos e garantias individuais e direitos sociais”.

Os enunciados que a Constituição de 1988 inscreveu são amplamente afiançados por inúmeros dispositivos que possibilitam a real efetivação de uma democracia efetivamente participativa e não apenas delegatória como muitos teimam em alardear.

A participação popular na organização do SUS (art. 198, III, art. 194, VII, da CF e art. 77, § 3º do ADCT) é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político. [...] Aqui também se exerce o que se denomina de “democracia participativa” que se caracteriza pela participação da sociedade na formação dos atos de governo. A Constituição expressa em vários dispositivos em forma de participação, como podemos ver: plebiscito, referendo e iniciativa popular (art. 14 e 61, §3º); participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos quando seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão ou deliberação (art. 10); representação dos empregados nas discussões com os empregadores (art. 11); controle dos municípios sobre as contas dos municípios (art. 31, § 3º); participação do usuário na administração pública (art. 37, § 3º); controle social sobre as irregularidades econômico-financeiras (artigo 74, § 2º) gestão quadripartite da seguridade social (art. 194, parágrafo único, VII); participação da comunidade no SUS (art. 198, III, e art. 77, § 3º, do ADCT); participação popular na assistência social (art. 204, II); gestão democrática do ensino (art. 206, VI); proteção do patrimônio cultural (art. 216, § 1º) (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 245).

Outras conquistas que o próprio Movimento Sanitário alcançou durante suas mobilizações e pressões sociais conferem efetivas garantias jurídicas que impedem os desmandos políticos. Exemplos disso foi a NOB 93 que foi alcançada durante o governo Itamar Franco:

A NOB 93 define os tipos de gestão municipal da saúde como incipiente, parcial, simplena, exigindo a existência de um conselho municipal de saúde com comprovação semestral de seu funcionamento, com atas de suas reuniões. A existência de conselhos e seu funcionamento é o requisito, junto com os critérios de distribuição do financiamento, para que o município possa participar da alocação de verbas. Por este meio é que se pode verificar o poder dos conselhos de impor novas práticas que vão de encontro ao clientelismo, ao nepotismo e aos arranjos da troca de favores e apoios entre os governantes. É uma mudança radical que atinge as formas patrimonialistas de se gerir a coisa pública (BRASIL, 2006, p. 129).

Com estas garantias os cidadãos que se inscrevem na luta do Movimento Sanitário possuem melhores condições de pressionar o Poder Público, já que se não forem efetivadas as instâncias de controle social em cada uma das esferas do poder estatal, o financiamento e a gestão da saúde ficam inviabilizadas mediante esta garantia operacional conquistada.

É forçoso repetir que os repasses devem ser feitos na forma estabelecida na Lei nº 8142 (art. 3º), desde que os municípios, estados e Distrito Federal preencham os requisitos previstos na mencionada lei, a saber: contar com fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartido no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreira, cargos e salários (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 210).

Deste modo, ainda conforme salientam Carvalho e Santos (2006, p.210) o “[...] SUS não depende da vontade do agente político. A atuação dos prefeitos e governadores, no campo da saúde, é um dever imposto pela Constituição”. Dever que passa pelo crivo das agora chamadas instâncias de controle social dos mais diferentes campos de atuação do Poder Executivo: os Conselhos Municipais de Saúde.

Não obstante haver a Constituição (art. 198, III) e a LOS (art. 7º, VIII) disposto, englobadamente, sobre participação popular no exercício do poder político (direito de formular políticas de saúde) e sobre o controle social do poder exercido pelo Estado (direito de requerer, reivindicar, controlar, fiscalizar e exigir, enfim, o cumprimento, pelo Estado, de deveres e obrigações inscritas na Carta Magna e na legislação infraconstitucional correspondente a direitos públicos subjetivos), é importante registrar a relevância institucional da participação da comunidade na organização e gestão do SUS em relação ao exercício virtual de direitos públicos subjetivos. Postulando, reclamando, fiscalizando, a sociedade exerce o controle social do poder e, participando da organização do SUS por meio dos conselhos de saúde, atua na formação do ato político (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 246-247).

O CMS atuando na formação dos atos políticos de fiscalização, reivindicação, requerimento, exigências e controle social efetivo da sociedade para com o Estado. inserem novas mediações que antes eram invisibilizadas por outros canais de articulação. Canais de articulação que em determinados momentos históricos serviram várias vezes para aparelhar as relações conflituosas que existiam entre as condições da sociedade e a ineficiência do Estado.

Os conselhos de saúde expressam as novas mediações porque buscam sustentar-se numa articulação com os movimentos sociais, diferentemente de outros conselhos, que se ancoram em estados burocráticos ou dominados por grupos, *lobbies* e setores específicos. A democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz as “ruas” para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo, e, no início do século XXI, timidamente para o poder judiciário, com o Conselho Nacional de Justiça. A mediação da participação nos conselhos tem um “efeito bumerangue”, pois implica uma organização da sociedade civil que vai além dos partidos (que lutam pela representação no poder legislativo) e dos sindicatos (que lutam por condições de trabalho e direitos sociais), em termos de interesses de sujeitos que se constituem nas lutas por transformação das desigualdades e iniquidades de gênero, cor, etnias, discriminação, idade, diferenças de território e distribuição de serviços (BRASIL, 2006, p. 19-20, grifo do autor).

Na conjuntura brasileira os movimentos sociais assim como os sindicatos possuem interferência partidária de diferentes correntes ideológicas. Entretanto apesar dessa interferência existir, muitas representações existentes dentro do CMS conseguem expressar diferentes e diversas vozes que ainda não estão aparelhadas ou imiscuídas com estes canais de articulação ideológicas que são os partidos e os sindicatos na maioria das vezes.

Por meio deste canal institucional (conselhos de saúde), a comunidade pode agir no sentido das duas possibilidades de participação e cobrança: fornecendo subsídios às autoridades gestoras do sistema, propondo ou reivindicando medidas específicas de interesse da coletividade, atuando na tomada de decisão com a formulação de políticas de saúde e controlando, *a posteriori*, os atos praticados pelos administradores (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 246, grifos do autor).

Os Conselhos Municipais de Saúde apesar de ser a voz dos movimentos sociais e de outros canais de articulação que irão compor em maior ou menor medida o somatório de construções do Movimento Sanitário. São um canal institucional da participação efetiva e democrática das comunidades sociais dentro do Estado. Nem por isso os Conselhos Municipais de Saúde deixam de expressar aquilo que até determinado momento está a margem do aparato estatal e sua abrangência. A intencionalidade de representação dos usuários visa fomentar a participação social de grupos organizados que se utilizando do SUS possam através dos conselhos municipais, estaduais e nacionais se fazerem representados.

O interesse coletivo, geral, da população se evidenciará por meios naturais, ou seja, mediante a declaração de necessidades dos destinatários do serviço e a avaliação por estes feita dos serviços oferecidos pelo Estado. Essa é a manifestação mais importante do controle social: o cidadão e usuário no centro do processo de avaliação e o Estado deixando de ser árbitro infalível do interesse coletivo, do bem comum. A representação dos usuários nos conselhos de saúde pode, aliás, incentivar e garantir essa participação concreta, que será mais ampla, e se exercerá no dia-a-dia da dinâmica do SUS (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 247-248).

O CMS também é uma forma de representação delegada assim como muitos outros aparatos institucionais do poder constituído. Porém o CMS se torna uma instância participativa na medida em que precisa constantemente convocar a sociedade civil para se apresentar nas conferências de saúde. Esta convocação serve para que sejam escolhidos os novos representantes do CMS e também para reorientar o quadro de pautas a serem discutidas junto ao CMS.

As grandes questões que afetam a sociedade necessariamente têm de ser mais bem discutidas por essa mesma sociedade. Para aplicar esse princípio de defesa da cidadania, que orienta a nova Constituição de 1988, encontram-se alguns mecanismos dentro da legislação infraconstitucional que explicitou o texto constitucional. As conferências de saúde, em cada esfera de governo em intervalo de tempo determinado, não superior a quatro anos, mediante convocação do Poder Executivo, ou extradiariamente por este ou pelo conselho de saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 258).

Através das conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde, convocadas de forma democrática e pública por meio de editais conforme exige a legislação, o controle social dos Conselhos Municipais de Saúde se evidencia. O CMS deixa de ser uma instância condicionada e anti-dialógica como poderia se tornar sem este momento de abertura e colóquio para com a sociedade a que se deve reportar.

Fica patente a importância da democracia participativa e da configuração das instâncias de controle social no SUS, como sua base de consolidação, mas o caminho da crítica mostra, na fala dos entrevistados, a preocupação com os rumos que pode vir a tomar o controle social. Alguns vícios, já apontados, como a burocratização dos conselhos, o corporativismo, a partidarização, a falta de representatividade são indicativos claros para essas reflexões e eventuais mudanças de enfoque, ou mesmo, adoção de novas iniciativas (BRASIL, 2006, p. 237).

Medidas precisam ser tomadas para que os Conselhos Municipais de Saúde sejam realmente instrumento de democracia participativa e não mais um suporte para a intransigência autocrata de poderes constituídos de forma anômala aos princípios garantidos constitucionalmente através das conquistas do Movimento Sanitário.

A completa e, agora, patente subordinação da política aos ditames mais imediatos do determinismo econômico da produção do capital é um aspecto vital dessa problemática. Esta é a razão por que o caminho para o estabelecimento de novas instituições de controle social deve passar por uma radical *emancipação da política do poder do capital* (MÉSZÁROS, 2002, p. 1008, grifos do autor).

A emancipação política do CMS e de seus conselheiros somente se dará quando for superada a lógica clientelista de condicionar o direito ao estado de saúde global como um produto a ser consumido pelos cidadãos usuários do SUS. Esta lógica engendradora e seus múltiplos vieses será o mote de estudo de nossas próximas explanações.

2.2 O PRIVADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Para podermos pensar a inserção da iniciativa privada junto ao SUS brasileiro é por assaz pertinente uma percepção trazida por Illich (1975, p. 46-47) de que a “[...] submissão aos médicos é a mesma em todos os sistemas políticos, mas em um regime capitalista esta submissão é mais dispendiosa”. Em outras palavras, independente do sistema político, mas especificamente no sistema capitalista que presenciamos no Brasil, a importância delegada ao ato médico e sua aparente correlação direta com o estado de saúde global dos indivíduos, é surpreendentemente submissiva. Submissão que no regime capitalista se dá diretamente influente sob o poder aquisitivo e remuneratório dos indivíduos. A correlação se torna mais evidente e presumível quando analisamos a lógica que impera no ramo profissional da Medicina:

O fato de existirem mais médicos onde certas moléstias se tornaram raras tem pouco a ver com a capacidade destes de tratá-las ou de eliminá-las. À primeira vista isto significa simplesmente que os médicos se instalam segundo suas inclinações – mais facilmente que outros profissionais – e que têm a tendência de se concentrarem onde o clima é sadio, a água pura e as pessoas trabalham e podem pagar seus serviços (ILLICH, 1975, p. 25-26).

Neste ponto transparece uma das maiores hipocrisias que infelizmente o ramo médico acaba por engendrar ao se condicionarem monetariamente em localidades e instituições que melhor lhe remuneram. A hipocrisia é ainda maior quando analisamos não somente a “engrenagem”, mas a “máquina” industrial que pode se constituir no campo da educação sanitária que instruiu estes mesmos médicos em sua orientação profissional e os indivíduos de um modo geral.

A educação sanitária para a vida, conselhos, exames e cuidados dispensados pelo serviço médico local tornaram-se parte integrante da rotina da fábrica ou do escritório. As relações terapêuticas se apoderaram de todas as relações produtivas e lhes dão novo sabor. A medicalização da sociedade industrial reforça seu caráter imperialista e autoritário (ILLICH, 1975, p. 76).

Pensar a relação que se estabelece entre poder aquisitivo e saúde ao longo da História é muito correlato e de fácil apreensão. Serviços médicos sempre foram sinônimo de altos gastos com aquilo que de mais avançado haveria em termos de tecnologia sanitária existisse. Até mesmo quando a Medicina ainda não havia alcançado o status de precisão e cientificidade que hoje já possui.

Ao longo da História, o restrito segmento da sociedade com suficiente poder aquisitivo teve acesso aos benefícios sociais e serviços médicos. Detendo o monopólio, tinha mais do que direito. Por isso, sempre manifestou também sinais de excelente saúde. Mas a esmagadora maioria da sociedade, que se caracteriza pela privação e carência de satisfatório poder aquisitivo, revelou-se continuamente muito mais vulnerável aos agentes infecciosos e aos distúrbios orgânicos, sucumbindo com maior frequência às agressões perpetradas contra seu bem-estar físico, mental e social. Por isso, estava na dependência de medidas que lhe permitissem acesso às condições de saúde (MOURA, 1989, p. 59).

A saúde não é só perceptível ao restrito segmento da sociedade com suficiente poder aquisitivo em função de que pode consumir os cuidados médicos necessários. Mas porque também este mesmo segmento consegue garantir em seu entorno toda uma gama de estruturas sociais que possibilitam viver em estado de saúde global com saneamento, alimentação, vestimentas, trabalho e demais itens necessários a um estado de bem-estar físico, mental e social condizentes.

A injustiça é evidente quando só os que podem pagar uma parte do tratamento se beneficiam dos recursos públicos destinados a financiar a grande maioria. Há flagrante exploração quando nos países pobres da América Latina 80% do custo real dos cuidados distribuídos nas clínicas particulares são financiados pelo impostos criados com o objetivo de formar os médicos, fazer funcionar um sistema de ambulâncias, subvencionar o equipamento médico (ILLICH, 1975, p. 49).

Neste dado apresentado chegamos ao fundamento de todo este prenúncio que trata sobre a inserção do privado no sistema público de saúde brasileiro. Compreender que 80% do custo real dos atendimentos que eram realizados nas clínicas particulares eram financiados pelos impostos públicos cobrados a todos os cidadãos latino-americanos é surpreendente. Adentrando na realidade brasileira especificamente temos um cifra não muito diferente:

O setor saúde foi alvo importante desse processo de privatização do fundo público, pois eram repassados à iniciativa privada cerca de 80% da arrecadação da previdência social destinada à assistência médica, e os maiores beneficiados foram os grupos médicos privados, as indústrias nacionais e internacionais de medicamentos e equipamentos. Na década de 70, a rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado (LUZ, 1991 apud CORREIA, 2000, p. 32).

Talvez um pouco desta realidade tenha mudado, entretanto estas e outras lógicas similares continuaram a operar com vistas de que o privado se beneficie do público no que se refere a financiamento no campo da saúde. Uma destas lógicas operantes são os gastos astronômicos que o Poder Público desembolsa na compra de remédios para a população. Não defendemos aqui que não sejam efetuados gastos públicos com medicação, mas defendemos que alguns dados são incompatíveis com as reais necessidades de consumo da mesma.

A medicalização do Orçamento é indicador de uma forma de iatrogênese social na medida em que reflete a identificação do bem-estar com o nível de *saúde nacional bruta* e a ilusão de que o grau de cuidados no campo da saúde é representado pelas curvas de distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutico. [...] Este efeito paradoxal da medicalização do Orçamento é comparável aos efeitos paradoxais da superprodução e do superconsumo nas áreas de outras instituições maiores (ILLICH, 1975, p. 50, grifos do autor).

Temos a configuração de uma iatrogênese social por excelência neste tema da saúde pública que é a medicamentação exacerbada dos orçamentos públicos. Iatrogênese social que também revela outro aspecto que a de ser uma moeda simples de troca eleitoral em várias situações da realidade política latino-americana e também brasileira.

Focalizando agora nossas explanações com respeito à inserção da iniciativa privada junto ao SUS brasileiro temos o postulado constitucional que prevê a possibilidade de inserção desta modalidade.

Na Lei nº 8.080/90, fica definido que o SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (art. 4). O parágrafo 2º do artigo 4º diz expressamente que “*a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar*”, conforme disposto no artigo 199 da Constituição Federal, configurando-se a preeminência do setor público e a inclusão apenas complementar do setor privado. No campo de atuação do SUS, estão ainda incluídas as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (BRASIL, 2006, p. 116, grifos do autor).

A Lei n.º 8.080/90 explicita então a possibilidade de participação complementar da iniciativa privada. O termo **complementar** e **complemento** que lhe é auxiliar segundo o Dicionário Aurélio tem a seguinte definição:

COMPLEMENTAR - Que serve de complemento.

COMPLEMENTO – 1. O que complementa ou completa. 2. Acabamento, remate.

Em outras palavras, o termo complemento e complementar têm um significação que remete a uma ação que visa agregar outra que já esteja em vias de sua conclusão ou efetivação. Interpretações múltiplas e variadas podem advir a partir do termo. Muitas delas expandem o termo para que tome a perspectiva da execução quase total das ações iniciadas em questão. Ações estas “iniciadas” pelo Poder Público real detentor da incumbência de prestar o atendimento em saúde para com as populações em questão.

Tanto a Constituição quanto a LOS permitem que o poder público ofereça serviços de saúde à população, mediante a participação de terceiros (artigo 199, §1º, da Constituição e artigo 24 da LOS) [...] É o que se denomina de “participação complementar do setor privado no SUS” (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 162).

Estudos mais apurados devem dar conta da imensa complementaridade que a iniciativa privada realiza junto ao Sistema Único de Saúde Brasileira que é financiado de forma pública. Em nossa pesquisa iremos discorrer sobre esta ambivalência entre o privado e público em um recorte municipal específico.

Esta desmedida complementaridade do privado sobre o público, apesar de suas suspeições, não deixa de requisitar seu ajustamento perante uma série de exigências que precisam ser preenchidas e executadas para que se efetive uma devida prestação de contas que preze por todos os princípios da Administração Pública. Uma destas exigências básicas é a existência e manutenção de serviços de assistência à saúde executados única e exclusivamente pelo Poder Público com servidores públicos concursados.

Não se pode perder de vista, também, que o poder público só deve contratar serviços de terceiros (pessoa física ou jurídica) quando *os seus serviços forem insuficientes para garantir a saúde da população*. O fato de ser possível a contratação de serviços de assistência à saúde prestados por pessoas físicas não significa, por outro lado, que o poder público deixe de ter os seus próprios serviços de saúde para só adquiri-los de terceiros. A regra deve ser a manutenção e o desenvolvimento pelo poder público de serviços de assistência à saúde a serem executados de forma contínua, até mesmo para estabelecer-se um equilíbrio entre os serviços de execução direta e os de execução indireta (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 168, grifos do autor).

Esta exigência mais do que outras (estão inscritas constitucionalmente ou em outras legislações auxiliares) suscitam inúmeros debates sobre as problemáticas de recursos humanos enfrentados junto ao Serviço Público. Muitas “soluções” foram tergiversadas em brechas jurídicas que em princípio tencionam diminuir as problemáticas antes mencionadas.

Partindo do pressuposto de que a eficácia da ação político-administrativa está assentada no enunciado claro e determinante da lei, sempre pugnamos por um sistema de saúde cuja normatividade abrangesse não só as ações e os serviços executados pelos poderes públicos (administração direta, indireta e fundacional), como também os serviços executados pelo setor privado, ou seja, pela iniciativa privada (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 20).

Independente destas soluções possíveis (Fundações, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP's, cooperativas, convênios e costumeiras licitações) o Poder Público continua respondendo por todas as ações realizadas em nome dele por meio destes

entes que prestam o atendimento em saúde pública. Soluções estas que precisam estar contidas em um orçamento previamente estipulado e escasso.

O SUS só pode atuar em campo delimitado pela lei, em razão do disposto no artigo 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que é saúde é direito de todos e dever do Estado não tem o condão de abranger condicionantes econômico-sociais, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um orçamento, conforme previsto no artigo 36 da LOS. As necessidades da população deverão ser compatibilizadas com os limites orçamentários, em planos de saúde, os quais deverão ser discutidos e aprovados pelos conselhos de saúde, sendo este o documento que deverá delimitar as responsabilidades municipais, estaduais e federais perante a população (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 61-62).

Muitas destas novas entidades como as OSCIP's são uma nova medida administrativa de para facilitar ao Poder Público na transferência de responsabilidades. Essa transferência de responsabilidades do público para o privado muitas vezes não preza pelo correta avaliação das instâncias democráticas de controle do SUS ou pelos próprios princípios da Administração Pública.

O Estado tem repassado recursos públicos diretamente para a rede privada por meio da compra de serviços da rede conveniada ou contratada e, mais recentemente, por meio de parcerias com as 'organizações sociais'. Estas são entidades de direito privado, de caráter público não estatal. Foram instituídas como mais um mecanismo que permite ao Estado transferir, para a rede privada, sua responsabilidade na área social delegando a estas organizações a gestão de bens e serviços públicos (CORREIA, 2000, p. 40).

O dinheiro público obtido através da contribuição dos cidadãos fica então a mercê de determinados aparatos de direito privado que necessariamente não precisam prezar pela transparência e democracia pelos quais o Poder Público precisa criterizar em suas ações.

A rede privada é complementar à rede pública, segunda a legislação do SUS, podendo ser contratada ou conveniada. Assim, recursos públicos são repassados à rede privada por meio da compra de serviços de saúde, ou por meio de modalidades de gestão como terceirização, delegação ou parceria com 'organizações sociais'. Em qualquer dessas formas de gestão, a rede privada obtém lucro com recursos públicos. A utilização do dinheiro público para financiar a reprodução do capital tem sido implementada pelo projeto neoliberal em curso (CORREIA, 2000, p. 14).

Chegamos aqui ao verdadeiro nó da situação que pretendemos pesquisar. A aparente e inocente transferência de responsabilidade entre o público e privado não é tão simplória em sua análise e conceituação. Ela está permeada por uma postura ideológica que orienta e defende esta prática porque defende interesses particulares: o neoliberalismo.

Seguindo na esteira de pensar a iniciativa privada junto ao Sistema Único de Saúde do Brasil, não podemos deixar de mencionar a ideologia que engendra uma política econômica espoliadora que permeou a construção do SUS e permeia os atuais embates do Movimento Sanitário.

Morte tem causa. Mas a causa pode entender-se como natural ou provocada, visível ou invisível. Em geral, a sociedade parece contentar-se com a causa visível do óbito de uma criança pobre. Há até autores que destacam entre as causas visíveis uma aparente variedade: doenças infecciosas intestinais (diarreia, por exemplo), enfermidades imunopreveníveis (difteria, tétano, coqueluche, sarampo e poliomielite, entre outras), infecções respiratórias agudas (bronquite, bronquiolite e broncopneumonia), insuficiência nutricional (fome, desnutrição, doenças carenciais) e prematuridade ao nascer. Todas elas manifestam-se visivelmente. Para os pobres, entretanto, há uma causa mais insidiosa, porque invisível: uma política econômica espoliadora (MOURA, 1989, p. 147).

Qual política econômica espoliadora é esta? Ela tem nome e se chama neoliberalismo. Em nossa pesquisa ela se apresenta como um contraponto ideológico a toda a construção de um SUS que cumpra seus princípios enquanto sistema de atendimento público em saúde. Conforme os próprios autores que tratam do tema apontam:

Numa face, os princípios da Reforma Sanitária, que podem ser vistos como um paradigma da ordem. Na outra, os resultados de um projeto neoliberal nas ações governamentais, intensificando a exclusão social, não liberando verbas para políticas sociais (MORITA; CONCONE, 2002, p. 149).

A tese neoliberal foi e continua sendo o contraponto a construção democrática e descentralizadora que permeou todo o debate realizado nas Conferências Nacionais de Saúde ocorridas. O Movimento Sanitário precisou defender em inúmeros embates e instância a defesa de controles institucionais como os conselhos e as conferências de saúde. Medidas de controle social que se realmente funcionarem servem para impedir a acumulação capitalista desenfreada como iniciativa complementar privada dentro do SUS.

A tese neoliberal defende a quebra de qualquer obstáculo à acumulação de capital, ameaçando, inclusive, as bases democráticas e as alteridades constituídas. Essa nova dinâmica econômica pretende, cada vez mais, diminuir os controles institucionais, considerados barreiras para a expansão ilimitada do capital. A redução de tais controles abala as instituições democráticas (CORREIA, 2000, p. 21).

O neoliberalismo não é uma tese que surgiu no último decênio do século anterior. Sua gênese teórica é um tanto posterior. Ela nasce como fruto das crises estruturais da ordem

sócio-metabólica do capital²⁶ que concebem em seu limiar teorias econômicas espúrias que tentam dar conta das situações concretas pelas quais a economia e a política precisam enfrentar para continuar justificando a exploração desmedida que o sistema capitalista engendra.

Assiste-se, atualmente, a uma nova configuração geopolítica mundial, que se inicia a partir da crise do petróleo, na década de 70, e da queda do denominado socialismo real, na década de 80. Conforma-se um tendência à homogeneização da política econômica nos moldes do capitalismo oligopolista, reordenado segundo os princípios do liberalismo econômico. É o neoliberalismo no cenário mundial permitindo ao capital privado fazer tudo o que quiser em busca do lucro e da acumulação. Nesse contexto, a direita tem o objetivo de dissolver as arenas específicas de confronto e negociação, para deixar o espaço aberto ao mercado, orientado a intervenção do Estado às necessidades de expansão do capital (CORREIA, 2000, p. 17).

O surgimento da tese neoliberal, portanto é anterior ao último decênio do século anterior. Ela começa a dar seus primeiros passos já na Crise Internacional do Petróleo²⁷ que ocorreu por volta de 1970 e anos subsequentes. Apesar de seu surgimento tenha se dado neste limiar de uma grande crise estrutural da ordem sócio-metabólica do capital, seu ápice de predominância na configuração teórica e prática da realidade social foi realmente a década de 90. Década onde o Consenso de Washington foi realmente levado a cabo por vários países que se encontravam em desenvolvimento e na esteira de exigências intransigentes dos organismos de financiamento internacional.

A década de 90 foi marcada pela configuração de um capitalismo sem regulação, sem fronteira, e por transformações no mundo do trabalho e no sistema produtivo. A internacionalização das relações econômicas e financeiras, bem como a instantaneidade da comunicação, características da globalização, favoreceram a liberdade e a rapidez do fluxo de capitais em nível mundial (CORREIA, 2000, p. 21).

Transformações estruturais do sistema capitalista modificaram radicalmente a forma como se concebia várias dos mecanismos de produção e consumo que até então operavam. A precarização, terceirização e flexibilização do trabalho se transformam nos novos modismos

²⁶ Conceito desenvolvido por István Mészáros (1930 -.....) em sua obra “Para além do Capital: Rumo a uma teoria de transição” (ver Referências Citadas) que reedita e aprofunda vários dos postulados marxistas. Entre eles, as crises cíclicas do sistema capitalista que em Mészáros são assim conceituadas (nota nossa).

²⁷ A crise do petróleo foi desencadeada num contexto de déficit de oferta do petróleo. Com o início do processo de nacionalizações e de uma série de conflitos envolvendo os produtores árabes da Organização dos Países Exportadores de Petróleo - OPEP, como: a guerra dos Seis Dias (1967), a guerra do Yom Kipur (1973), a revolução islâmica no Irã (1979) e a guerra Irã-Iraque (a partir de 1980). Os preços do barril de petróleo atingiram valores altíssimos, chegando a aumentar até 400% em cinco meses (17 de outubro de 1973 até 18 de março de 1974), o que provocou prolongada recessão nos Estados Unidos e na Europa e desestabilizou a economia mundial (nota nossa).

conceituais que deveriam ser postos em prática em todas as configurações que por ventura as poderiam engendrar.

Segundo Correia (2000, p. 38) a “[...] política econômica neoliberal tem imposto uma revisão na estrutura e na organização dos sistemas sanitários, propondo reformas tanto nos países desenvolvidos como nos periféricos”. Ou seja, a política econômica neoliberal não interferiu apenas no mundo do trabalho e suas superestruturas econômicas e políticas. Interferiu drasticamente também junto aos sistemas sanitários nacionais de países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Ainda segundo Correia (2000, p. 35) no Brasil a “[...] orientação de inspiração neoliberal imposta pela nova configuração geopolítica mundial se constitui uma barreira para que a seguridade social brasileira atinja um padrão universal e público”. Em outras palavras, o neoliberalismo, apesar de todas as mobilizações do Movimento Sanitário para desqualificá-lo durante a construção do SUS, conseguiu inscrever possibilidades de interferência e manifestação junto à seguridade brasileira (leia-se: previdência social, saúde e assistência social):

[...] à medida que se criaram condições para a inclusão das camadas populares anteriormente excluídas do sistema previdenciário – trabalhadores do setor informal e os não incorporados na produção –, também se criaram as condições para que os trabalhadores melhor remunerados fossem expulsos de tal sistema, o que os obrigou à compra de serviços no setor privado. Incrementou-se, assim, a mercantilização da saúde e da previdência. Essa expansão / expulsão do acesso aos serviços sociais se deu de forma coerente com o projeto neoliberal que influenciou a política econômica brasileira no fim da década de 80. Apesar de no Brasil não ter havido reformas típicas do *Welfare State*²⁸, o paradigma da crise deste sistema refletiu-se no país, impondo reformas neoliberais, questionando o alto grau de intervenção estatal e exigindo sua diminuição. Reclamação fora do lugar, visto que aqui não se implantou de fato o acesso universal aos serviços sociais, nem uma regulação estatal, característica dos países desenvolvidos (CORREIA, 2000, p. 33, grifos do autor).

Percebe-se então que no Brasil, assim como em outros estados nacionais que eram “periféricos” na esteira da econômica internacional nos findos anos do século passado, não existiu a configuração de um estado de bem estar social (ou *Welfare State* como se convencionou chamar). Se existiram foram arremedos que tentaram desenvolver minimamente as condições de exploração com um mínimo de garantias sociais. O que foi diferente nos países desenvolvidos onde as garantias e a regulação estatal era muito mais abrangentes e abarcantes.

²⁸ Estado de bem-estar social (em inglês: *welfare state*), também conhecido como Estado-providência. Tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção social e organizador da economia. Foi e é ainda aplicável a alguns países europeus como referência de análise teórica (nota nossa).

O cenário da mercantilização da saúde brasileira nos remete à configuração do panorama econômico e político mundial dos anos 90, que tem suas raízes na crise do regime de acumulação fordista-keynesiano ou do *Welfare State* dos anos 70, crise que desencadeou um processo de reestruturação capitalista, implicando transformações no processo produtivo e na regulação sociestatal (CORREIA, 2000, p. 37).

Assim o controle e a regulação sociestatal no Brasil surgem apenas quando as implicações econômicas internacionais engendraram níveis absurdos de exploração e falta de garantias sociais. O INAMPS é justamente uma destas regulações que foram necessárias. Não em função da preocupação com saúde do trabalhador como já mencionado. Mas como uma regulação que o Estado presta a iniciativa privada para que a produção e os custos com mão-de-obra sejam compensados.

Os últimos fôlegos de uma reconfiguração dos aparatos de controle social e regulação estatal foram aventados na abertura democrática após o fim da Ditadura Militar. O Estado Brasileiro entorpecido com as mudanças pleiteadas pela sociedade civil acabou deixando brechas para que se fosse concebido algumas formas de controle social apesar de todo o florescimento dos postulados neoliberais.

A efetivação do controle social, num momento que se afigurava bastante diferenciado dos anos 1980 – a chamada década de conquistas, entra, a partir daí, num novo contexto político e econômico marcado pelo neoliberalismo. As forças sociais contrárias aos postulados do movimento passam a ter no jogo político perspectivas que lhe são favoráveis, decorrentes da conjuntura neoliberal radicalizada na década de 1990. A luta do movimento sanitário tomaria novos rumos (BRASIL, 2006, p. 102).

As brechas possibilitadas pelo momento histórico que o Brasil viveu com a abertura democrática logo foram fechadas. O Movimento Sanitário precisou mais do que resistir aos postulados neoliberais. O Movimento Sanitário precisou dialogar com os postulados neoliberais já que infelizmente os aparatos estatais não conseguiriam garantir um atendimento global em saúde tão eficiente quanto o esperado.

[...]. Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com base material privada, tinha que se através de convênios. Essa foi uma tensão muito grande porque nos dividia. Aqueles mais à esquerda achavam que tinha que ser estatal e aí a gente começa a perceber que era impossível, que era melhor negociar e incorporar o setor das filantrópicas (Sonia Fleury²⁹ apud BRASIL, 2006, p. 93).

²⁹ Sonia Fleury Teixeira – Psicóloga; Doutora em Ciência Política Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – IUPERJ; Professora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas – EBAPE / FGV [entrevistada em 29/08/2005 pelo autor citado] (nota introdutória do autor citado).

A Constituição Federal e as Leis Ordinárias na área da saúde foram o fruto deste embate que garantiu um SUS público e que defende princípios de universalidade, equidade, integralidade, eficiência e participação da comunidade; mas que também garante convênios e a participação complementar da iniciativa privada. Participação complementar que de complementar é quase prerrogativa para que o Poder Público consiga viabilizar a base material do atendimento básico em saúde para com as populações circunscritas.

A Constituição Federal de 1988 configura-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira (Faleiros 2000). No âmbito econômico, certos monopólios estatais foram preservados (petróleo, comunicações, porto, cabotagem); no plano social, direito das mulheres, crianças, índios, trabalhadores rurais foram consignados. Nas áreas de saúde, previdência e assistência social, foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado. O texto constitucional incorporou as principais diretrizes da 8ª CNS, na seção II, mas o detalhamento e regulamentação de tais diretrizes foram remetidos para a legislação complementar. Quanto à questão de participação, o artigo 198 da referida seção II fixou: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BRASIL, 2006, p. 53).

A coexistência das políticas estatais e de mercado foi a máxima neoliberal circunscrita em nossa Constituição que conforme apontada por vários autores é democrática em seus princípios políticos, mas também liberal em seus princípios econômicos. Uma simbiose que possui reflexos nas concepções que os indivíduos acabam por refletir em suas práticas sociais. Assim sendo cabe a estes mesmo indivíduos o papel de no horizonte da democracia cerceada do sistema capitalista, optarem pelas diferentes concepções de políticas a serem implementadas junto ao Poder Público. Concepções ideológicas que podem condicionar a saúde como uma mercadoria vinculada ao poder aquisitivo ou como um bem de valor inestimável prestado sob a tutela estatal e pública.

Para que uma ampla maioria da população de um país possa ter saúde, cumpre viver sob um governo que esteja praticando uma política destinada a garantir condições sadias de vida para a comunidade: nutrição adequada, moradia higiênica, acesso à água e ao esgoto tratados, trabalho em ambiente salubre, lazer satisfatório, serviços médicos disponíveis, poder aquisitivo conveniente, educação, informação e cultura, por exemplo. E, se caso o poder público ainda não tiver optado por uma política que se mostre eficaz na promoção social do cidadão, cabe a esse verificar se já não é o tempo oportuno para unir-se a seus semelhantes e agir politicamente para atingir seu objetivo prioritário (MOURA, 1989, p. 73).

Uma política pública que promova socialmente os cidadãos não é uma dádiva, mas uma conquista como já discurremos anteriormente. Assim sendo, são os indivíduos

organizados que agindo politicamente conseguirão atingir uma política pública avançada ou a permanência de uma orientação neoliberal de ordem espúria. Ordem espúria das condições sociais que engendram inúmeras aberrações prejudiciais ao acesso universal e democrático ao atendimento em saúde.

A sociedade precisa entender que a prevenção e o tratamento de muitos distúrbios psíquicos requerem mudanças na própria organização social, cujas distorções e iniquidades contribuem para deteriorar o equilíbrio emocional do ser humano, gerando tensões intrapsíquicas intoleráveis [...] Na verdade, assim como um corpo são requer igualmente uma mente sadia, assim também a promoção da saúde física e psíquica do ser humano é absolutamente incompatível com a manutenção de uma ordem social notoriamente iníqua, doentia, mórbida (MOURA, 1989, p. 173-174).

Os indivíduos convivendo em sociedade precisam estar atinados perante as situações que lhe impliquem. A saúde conceituada como mercadoria privada pode ser interessante para uns e não para outros, assim como a saúde conceituada como bem público pode ser interessante para uns e não para outros. Outros que possuam interesses particulares de se beneficiarem lucrativamente com este bem, não mais visto como bem, e sim como mercadoria ou produto.

O bem comum não pode ficar à mercê de interesses individuais, por mais legítimos que sejam. Eles se sobrepõe ao particular, para melhor proteger o coletivo. E, na medida em que protege o interesse superior da coletividade, a ação do poder público estará amparado, direta e reflexamente, o interesse do indivíduo. E esse controle sobre as ações e os serviços de saúde, públicos ou privados, devem ser exercidos pelos entes públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a competência constitucional e legal atribuída a cada um (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 21).

No SUS temos a salvaguarda do controle social perante possíveis interesses individuais que obliterem o interesse coletivo no atendimento público e gratuito de saúde. Entretanto esta salvaguarda somente será possível e plausível se os indivíduos tomarem consciência destes canais de controle social que são os conselhos e as conferências de saúde. Além disso os indivíduos precisam assumir para si mesmos a responsabilidade desta salvaguarda perante as concepções ideológicas que pautam a saúde como mercadoria.

A valorização da saúde-mercadoria é sintoma da organização dos poderes em favor da produção heteronômica. É um valor necessário à justificação do poder econômico e político. A difusão desse valor em todas as classes sociais explica o aparente pluralismo na busca do cuidado-mercadoria e a aparente oposição entre os programas de esquerda e direita, que visam à reorganização dos mecanismos de acesso ao hospital e ao médico. Mas tal pluralismo não assegura uma descentralização do controle sobre os serviços médicos. (ILLICH, 1975, p. 106).

O neoliberalismo permanece atuando e engendrando seus atores junto ao SUS e em suas instâncias de controle social. A vigilância dos indivíduos que representam as posturas ideológicas contrárias a tese neoliberal da saúde-mercadoria precisa ser atenta e sagaz para que os interesses da coletividade sejam preservados conforme preza nossa Constituição.

3 AS IDEOLOGIAS E SUAS INTERPELAÇÕES

Iremos neste capítulo discorrer sobre um importante e contraditório conceito das Ciências Sociais que de forma direta ou indireta já mencionamos e alocamos em capítulos anteriores. Este conceito não consensual em suas abordagens é o conceito de ideologia. No entanto, ressaltamos que esse é um conceito muito importante e salutar para a qualquer análise que se pretende realizar nas diversas realidades sociais e políticas existentes. Inclusive na análise de aparatos institucionais da saúde como é o nosso caso. Entretanto justamente por não ser um conceito consensual enfrentamos inúmeros problemas com uma definição apropriada do conceito de ideologia:

O primeiro problema enfrentado por qualquer discussão sobre a natureza da ideologia é que não existe uma definição estabelecida ou acordada para o termo, mas apenas um conjunto de definições concorrentes. Conforme disse David McLellan (1995), “ideologia é o conceito mais impreciso das ciências sociais”. Poucos termos políticos foram motivo de polêmicas tão intensas e acaloradas. Isso ocorreu por dois motivos. Em primeiro lugar, como todos os conceitos de ideologia admitem uma relação entre teoria e prática, o termo traz a tona debates extremamente controversos, considerados na seção anterior, sobre o papel das ideias na política e a relação entre crenças e teorias, por um lado, e a vida material ou a conduta política, por outro. Em segundo lugar, o conceito de ideologia não conseguiu se dissociar do embate contínuo entre as ideologias políticas. Durante grande parte de sua história, o termo “ideologia” foi usado como arma política, um instrumento para condenar ou criticar conjuntos de ideias ou sistemas de crenças rivais. Só na segunda metade do século XX disseminou-se um conceito neutro e aparentemente objetivo de ideologia, e mesmo naquela época persistiram as discordâncias sobre seu papel social e sua importância política (HEYWOOD, 2010, p. 18).

Pretendemos lançar luzes neste capítulo sobre alguns referenciais que julgamos importantes e que terão reflexo em nosso trabalho perante o conceito de ideologia. Conceito muito caro para vários autores que percebem nele esta possibilidade teórica de discorrer sobre as ações práticas que propõem (ou não) para a sociedade. Inúmeros autores científicos reiteram as ambivalências conceituais das inúmeras definições que o termo ideologia recebeu através dos tempos:

[...] o termo “ideologia” tem toda uma série de significados convenientes, nem todos eles compatíveis entre si. Tentar comprimir essa riqueza de significados em uma única definição abrangente seria, portanto, inútil, se é que possível. A palavra “ideologia” é, por assim dizer, um *texto*, tecido com uma trama inteira de diferentes fios conceituais; é traçado por divergentes histórias, e mais importante, provavelmente, do que forçar essa linhagens a reunir-se em alguma Grande Teoria Global é determinar o que há de valioso em cada uma delas e o que pode ser descartado (EAGLETON, 1997, p. 15, grifo do autor).

Assim, decidimos também não tentar forçar a reunião dos diversos conceitos de ideologia em uma única Grande Teoria Global das ideologias. Pelo contrário, do mesmo modo como proposto pela citação acima, tentaremos abordar o conceito de ideologia com aquilo que se tem de mais valioso nas mais diferentes ambientações que o mesmo obteve ao longo das diversas teorias que se propuseram a desenvolver e abarcar o conceito de ideologia. Muitas análises superficiais ou até mesmo mais bem elaboradas possuem a reiterada recorrência de citar a definição marxista do conceito de ideologia. As análises superficiais denotam quase que a criação do conceito à Marx. Já as análises mais bem elaboradas precisam desconstruir esta impressão recorrente que é a ambientação primordial do conceito de ideologia em Marx.

O conceito de ideologia não vem de Marx: ele simplesmente o retomou. Ele foi literalmente inventado (no pleno sentido da palavra: inventar, tirar da cabeça, do nada) por um filósofo francês pouco conhecido, Destutt de Tracy, discípulo de terceira categoria dos enciclopedistas, que publicou em 1801 um livro chamado *Eléments d'Idéologie*, é um vasto tratado que, hoje em dia, ninguém tem paciência de ler. Para se ter uma ideia do pouco interesse que representa esse livro, basta dizer que para ele, ideologia é um subcapítulo da zoologia. A ideologia, segundo Destutt de Tracy, é o estudo científico das ideias e as ideias são o resultado da interação entre o organismo vivo e a natureza, o meio ambiente. É portanto, um subcapítulo da zoologia – que estuda o comportamento dos organismos vivos – no que se refere ao estudo do relacionamento dos organismos vivos com o meio ambiente, onde trata da questão dos sentidos, da percepção sensorial, através da qual se chegaria às ideias. É por esse caminho que segue a análise, de um cientificismo materialista vulgar, bastante estreito, que caracteriza essa obra de Destutt de Tracy. Alguns anos mais tarde, em 1812, Destutt de Tracy e seu grupo, discípulos todos do enciclopedistas francês, entraram em conflito com Napoleão que, em um discurso em que atacava Destutt de Tracy e seus amigos, os chamou de ideólogos. No entanto, para Napoleão, essa palavra já tem um sentido diferente: os ideólogos são metafísicos que fazem abstração da realidade, que vivem em um mundo especulativo (LÖWY, 1996, p.11, grifos do autor).

Entendamos, portanto que o conceito de ideologia não provém de Marx. Ele é anterior a Marx e surgiu na França efervescente pós Revolução Francesa e regime napoleônico. Destutt de Tracy foi o autor deste conceito que poderia talvez ter ficado no esquecimento de suas obras. Entretanto o episódio envolvendo Napoleão e o grupo de enciclopedistas conferiu ao conceito de Destutt a audiência e o prestígio que foram necessários para sua inscrição junto ao meio social.

Somente desta forma alguns anos mais tarde é que o mesmo conceito atraiu a atenção de Marx para que o mesmo pudesse elaborar constructos teóricos com base neste conceito então utilizado de forma simplória pela imprensa da época:

Quando Marx, na primeira metade do século XIX, encontra o termo em jornais, revistas e debates, ele está sendo utilizado em seu sentido napoleônico, isto é, considerando ideólogos aqueles metafísicos especulativos, que ignoram a realidade. É nesse sentido que Marx vai utilizá-lo a partir de 1846 em seu livro chamado *A Ideologia Alemã* (LÖWY, 1996, p.12, grifos do autor).

Então esta é a verdadeira trajetória do conceito de ideologia em termos históricos de recorrência e utilização. Partindo de um materialismo vulgar (proposto por Destutt que percebia a ideologia como a questão dos sentidos e da percepção sensorial, através da qual se chegaria às ideias) até chegarmos a um materialismo dialético (proposto por Marx que percebia a ideologia como percepção ilusória da realidade baseado nos modos de produção capitalistas que iludiam a classe trabalhadora para manter os regime social vigente). Portanto, o conceito marxista de ideologia é uma alusão pejorativa e referente à ilusão engendrada por ela através de sua utilização enquanto constituição ilusória da realidade junto à consciência:

Para Marx, claramente, ideologia é um conceito pejorativo, um conceito crítico que implica ilusão, ou se refere à consciência deformada da realidade que se dá através da ideologia dominante: as ideias das classes dominantes são as ideologias dominantes na sociedade. Mas o conceito de ideologia continua sua trajetória no marxismo posterior a Marx, sobretudo na obra de Lênin, onde ganha um outro sentido, bastante diferente: a ideologia como qualquer concepção da realidade social ou política, vinculada aos interesses de certas classes sociais. Para Lênin, existe uma ideologia burguesa e uma ideologia proletária. Aparece, então, a utilização do termo no movimento operário, na corrente leninista do movimento comunista, que fala de luta ideológica, de trabalho ideológico, de reforço ideológico, etc. Ideologia deixa de ter o sentido pejorativo, negativo, que tem em Marx, e passa a designar simplesmente qualquer doutrina sobre a realidade social que tenha vínculo com uma posição de classe (LÖWY, 1996, p.12).

As teorias de Marx influenciaram inúmeras releituras do conceito de ideologia. Algumas releituras se fundamentaram a quase que literalmente as concepções de Marx. Outras teorias em total oposição as concepções marxistas. Muitas teorias mesmo contradizendo muitos dos postulados marxistas, se utilizam desta conceituação chave de ideologia percebida como a percepção da realidade social. Seja de forma ilusória como proposto primordialmente por Marx. Seja como forma transformadora como proposto por Lênin e posteriores teóricos revolucionários da mesma linha. Ou ainda propondo conceitos e teorias inovadoras que também se utilizam do termo ideologia como a percepção discursiva da realidade.

Uma destas linhas teóricas que tomaram a ideologia como um conceito basilar e orientador de suas acepções é a linha teórica de Karl Mannheim¹(1986) que em seu livro “*Ideologia e Utopia*” fez algumas distinções interessantes:

Finalmente, há uma tentativa sociológica de pôr um pouco de ordem nessa confusão. Essa tentativa é realizada pelo famoso sociólogo Karl Mannheim em seu livro *Ideologia e Utopia*, onde procura distinguir os conceitos de ideologia e de utopia. Para ele, ideologia é o conjunto das concepções, ideias, representações, teorias, que se orientam para a estabilização, ou legitimação, ou reprodução, da ordem estabelecida. São todas aquelas doutrinas que têm um certo caráter conservador no sentido amplo da palavra, isto é, consciente e inconscientemente, voluntária ou involuntariamente, servem à manutenção da ordem estabelecida. Utopias, ao contrário, são aquelas ideias, representações e teorias que aspiram uma outra realidade, uma realidade ainda inexistente. Têm, portanto, uma dimensão crítica ou de negação da ordem social existente e se orientam para sua ruptura. Deste modo, as utopias têm uma função subversiva, uma função crítica e, em alguns casos, uma função revolucionária (LÖWY, 1996, p.13).

Assim Mannheim segundo Löwy (1996) em seu livro *Ideologia e Utopia* classificaria a teoria leninista (anterior à publicação da obra) como uma espécie de utopia. Porque Lênin chegou a conceituar que a ideologia servindo aos interesses da classe proletária poderia suprimir os intentos da ideologia a serviço da classe burguesa, ou seja, seria uma utopia por ter uma função revolucionária e não conservadora da situação social apresentada.

Entretanto, em que sentido a distinção de Mannheim (1986) nos possibilita avançar no discutir sobre as ideologias? Em muitas questões nos possibilita perceber que as ideologias (e utopias como ele pretendia diferenciar) possuem objetivos para com a realidade social. Para Mannheim segundo Löwy (1996) duas possibilidades prementes se apresentam: a conservação reprodutiva e legitimada da estabilidade social ou a transformação revolucionária e subversiva de uma ruptura social. Esta ambivalência não serve para um maniqueísmo simplório das ideologias e das utopias, mas sim para o estabelecimento de suas reais intenções para com o social. Porque mesmo que os discursos sejam classificados como ideológicos podem conter utopias de pequenas modificações estruturais. Ao serem classificados como utópicos podem conter ideologias de algumas permanências e conservação. Assim, devemos ter uma concepção mais abrangente de ideologia. Uma concepção que abarque a utopia juntamente com a ideologia. Uma concepção que seja menos dicotômica e mais abrangente:

¹ Karl Mannheim (1893-1947): Sociólogo judeu nascido na Hungria. Estudou Filosofia e Sociologia em Budapeste. Influenciado por Georg Lukács (em Budapeste), Georg Simmel (em Berlim), Alfred Weber (Irmão de Max Weber em Heidelberg) desenvolveu diálogos teóricos entre Max Weber e Karl Marx em seu mais famoso livro: *Ideologia e Utopia* (1929) (nota nossa).

Para se tentar evitar essa confusão terminológica e conceitual, eu acho útil tomar a distinção feita por Mannheim entre ideologia e utopia, mas se deve procurar outro termo que possa se referir tanto às ideologias quanto as utopias, mas se deve procurar outro termo que possa se referir tanto às ideologias quanto às utopias, que defina o que há de comum a esses dois fenômenos. O termo que me parece mais adequado para isso, e que proponho como hipótese neste momento é “visão social do mundo”. Visões sociais de mundo seriam, portanto, todos aqueles conjuntos estruturados de valores, representações, ideais e orientações cognitivas. Conjuntos esses unificados por um ponto de vista social, de classes sociais determinadas. As visões sociais de mundo poderiam ser de dois tipos: visões ideológicas, quando servissem para legitimar, justificar, defender ou manter a ordem social do mundo; visões sociais utópicas, quando tivessem uma função crítica, negativa, subversiva, quando apontassem para uma realidade ainda não existente (LÖWY, 1996, p.14).

Löwy (1996)então tenta abarcar as ideologias e as utopias dicotomizadas em Mannheim (1986) propondo uma nova conceituação. Conceituação que em principio aparenta não desmentir a dicotomia de Mannheim, mas sim a colocação desta dicotomia em um novo plano que visa dialetizar esta distinção de forma a possibilitar uma complementaridade salutar às análises dos discursos e das ações.

Isto, obviamente, se aplica também à análise das ideologias e é por isso que uma análise dialética das ideologias e das utopias ou das visões de mundo tem que começar com a distinção essencial entre aquelas visões de mundo que visam manter a ordem estabelecida, as ideologias, e aquelas que visam ou aspiram transformá-la, que são as utopias (LÖWY, 1996, p.18).

Parece ser recorrente esta dicotomia entre as visões de mundo (ideologia ou utopia) que visam perpetuar ou dismantelar a ordem vigente. Estas ambientações do conceito de ideologia só advieram a partir e após as clássicas conceituações do termo por Marx, como já fora referido. Voltemos então ao que Marx e Engels (1998) pensavam ser a ideologia:

São os homens que produzem suas representações, suas ideias etc., mas os homens reais, atuantes, tais como são condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e das relações que a elas correspondem, inclusive as mais amplas formas que estas podem tomar. A consciência nunca pode ser mais que o ser consciente; e o ser dos homens é o seu processo de vida real. E se, em toda a ideologia, os homens e suas relações nos aparecem de cabeça para baixo como em uma câmera escura, esse fenômeno decore de seu processo de vida histórico, exatamente como a inversão dos objetos na retina decorre de seu processo de vida diretamente físico (MARX, 1998, p. 19).

Percebemos já no livro “*A Ideologia Alemã*”², escrito por Marx na considerada fase ainda jovem, sua fundamentação lógica com base no materialismo. Não no materialismo

² A Ideologia Alemã (1845-1846): é o primeiro livro escrito conjuntamente (mas não o primeiro a ser publicado pela dupla) por Karl Marx e Friedrich Engels. O objetivo fundamental da obra é fazer uma crítica aos "jovens hegelianos", principalmente os filósofos Ludwig Feuerbach, Bruno Bauer e Max Stirner, como produtores de uma ideologia alemã conservadora, apesar de se autodenominarem teóricos revolucionários (nota nossa).

vulgarmente conceituado como sendo o apego aos bens materiais. Mas ao materialismo enquanto doutrina que em oposição clássica ao idealismo prega a antecedência da natureza e da materialidade das coisas perante o espírito e a consciência.

Marx escreveu “*A Ideologia Alemã*” com vistas a criticar os jovens hegelianos que ao criticarem Hegel não conseguiram superar os postulados do mesmo. Postulados hegelianos que subordinavam as transformações da sociedade ao plano do pensamento. Marx aponta que esta tese é falsa ao demonstrar que o campo das ideias e do pensamento, ou seja, da ideologia, se constituem tendo uma base real e material que molda o ser e o pensar dos indivíduos em suas ações e atividades sociais. Para Marx (1998), e para o materialismo dialético advindo com ele, as formações sociais somente se alteraram graças às transformações procedimentais e tecnológicas que os homens obtiveram ao longo de seu movimento evolutivo na criação e alteração dos artefatos culturais e técnicos que possibilitaram a modificação e a subordinação da natureza aos seus intentos.

Em outras palavras, não partimos do que os homens dizem, imaginam ou representam, tampouco do que eles são nas palavras, no pensamento, na imaginação e na representação dos outros, para depois se chegar aos homens de carne e osso; mas partimos dos homens em sua atividade real, é a partir de seu processo de vida real que representamos também o desenvolvimento dos reflexos e das repercussões ideológicas desse processo vital. E mesmo as fantasmagorias existentes no cérebro humano são sublimações resultantes necessariamente do processo de sua vida material, que podemos constatar empiricamente o que repousa em bases materiais. Assim, a moral, a religião, a metafísica e todo o restante da ideologia, bem como as formas de consciência a elas correspondentes, perdem logo a aparência de autonomia. Não têm história, não têm desenvolvimento; ao contrário, são os homens que, desenvolvendo sua produção material e suas relações materiais, transformam, com a sua realidade que lhes é própria, seu pensamento e também os produtos do seu pensamento. Não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência. Na primeira forma de considerar as coisas, partimos da consciência como sendo o indivíduo vivo; na segunda, que corresponde à vida real, partimos dos próprios indivíduos reais e vivos, e consideramos a consciência unicamente como a *sua* consciência (MARX, 1998, p. 20, grifo do autor).

Assim nesta perspectiva, o materialismo dialético por resumo simplório o homem conseguiu inúmeros avanços sociais por que: na Pré-História conseguiu o domínio do fogo, a utilização de ferramentas, a criação da roda e o implante do sedentarismo agrícola; na Antiguidade começou a utilizar a escrita e os números; na Idade Média começou a utilizar a pólvora e a imprensa; e porque nos últimos séculos começou a se apropriar das tecnologias a carvão, combustíveis, eletricidade e outras. E graças a estas e outras apropriações é que se possibilitou ao homem o seu aperfeiçoar nas concepções e no corpo das ideias para que se constituíssem em cada período histórico um discurso que legitimasse e conservasse a

dominação destas apropriações materiais perante determinados grupos sociais e a exclusão de outros.

Estes determinados grupos sociais que detém as apropriações materiais mais avançadas de sua época histórica conseguem mais facilmente possibilitarem a sua reprodução social enquanto classe social dominante. Classe dominante que se estrutura acima de outros grupos sociais, e conseqüentemente classe sociais dominadas, que por condições sociais estão obliteradas de possuírem as apropriações materiais mais avançadas de sua época histórica.

Os pensamentos da classe dominante são também em todas as épocas, os pensamentos dominantes; em outras palavras, a classe que é o poder *material* dominante numa determinada sociedade é também o poder *espiritual* dominante. A classe que dispõe dos meios da produção material dispõe também dos meios da produção intelectual, de tal modo que o pensamento daqueles aos quais são negados os meios de produção intelectual está submetido também a classe dominante. Os pensamentos dominantes nada mais são do que a expressão ideal das relações materiais dominantes; eles são essas relações materiais dominantes consideradas sob forma de ideias, portanto a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante; em outras palavras, são as ideias de sua dominação. Os indivíduos que constituem a classe dominante possuem, entre outras coisas, também uma consciência, e conseqüentemente pensam; na medida em que dominam como classe e determinam uma época histórica em toda a sua extensão, é evidente que esses indivíduos dominam em todos os sentidos e que têm uma posição dominante, entre outras coisas também como seres pensantes, como produtores de ideias que regulamentam a produção e a distribuição dos pensamentos de sua época; suas ideias são portanto as ideias dominantes de sua época (MARX, 1998, p. 48-49, grifos do autor).

Mesmo Marx estando nesta fase em que se convencionou chamar de influência filosófica (quando ele desenvolve seus primeiros estudos), anterior a tempos posteriores quando ele começa a se dedicar mais as teorias e autores do campo econômico (quando ele escreve “*O Capital*”), muitos autores já o criticam por parecer querer subordinar a ideologia ao campo da economia e de um economicismo barato. O criticam por estar o campo das ideias fortemente atrelado ao desenvolver dos ramos agrícola, comercial e industrial de produção humana. Se as críticas não veem com estes prismas altamente economicistas, principia-se o teor dogmático que os postulados marxistas denotariam. O próprio Marx rebate está crítica:

As premissas de que partimos não são bases arbitrárias, dogmas; são bases reais que só podemos abstrair na imaginação. São os indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de existência, tanto as que eles já encontraram prontas, como aquelas engendradas de sua própria ação. Essas bases são pois verificáveis por sua via puramente empírica (MARX, 1998, p. 10).

Portanto em Marx (1998), a ideologia e o que mais tarde ele convencionou chamar de superestruturas (em oposição às infraestruturas e a base material da sociedade) sempre

possuem uma base real que as molda em um estágio de desenvolvimento dialético constante. Dialético porque apesar de objetivarem a conservação da detenção das apropriações materiais mais avançadas, ou seja, dos meios de produção nas mãos da classe dominante, elas precisam se aperfeiçoar constantemente para que se impossibilitem toda e qualquer possibilidade das classes subordinadas se apropriarem dos meios de produção para sua intervenção social. Em outras palavras, o falseamento da realidade (ideologia) de que a sociedade “está funcionando” como deve ser, precisa se reinventar constantemente de forma cada vez mais artificiosa.

O que Marx escreve se refere à burguesia, mas considero que tem um significado metodológico mais geral. Ele observa que quem cria as ideologias são as classes sociais: o processo de produção da ideologia não se faz ao nível dos indivíduos, mas das classes sociais. Os criadores das visões de mundo, das superestruturas, são as classes sociais, mas quem as sistematiza, desenvolve, dá-lhes forma de teoria, de doutrina, de pensamento elaborado, são os representantes políticos ou literários da classe: os escritores, os líderes políticos, etc.; são eles que formulam sistematicamente essa visão de mundo, ou ideologia, em função dos interesses da classe. Segundo essas observações, as visões de mundo, as ideologias, superestrutura, não configuram ideias isoladas mas um conjunto orgânico. São, sobretudo, uma “maneira de pensar” (LÖWY, 1996, p. 95).

Nesta interpretação de Löwy³(1996), mesmo Marx em “*A Ideologia Alemã*” deixa brecha para um leitor mais atento pensar ideologia não apenas como uma ilusão criada pelas classes dominantes para subordinar as classes dominadas. Se as ideologias são produzidas ao nível das classes sociais, mas elaboradas pelos representantes políticos ou literários destas classes existe a possibilidade que a classe dominada também produza ideologia e tenha seus elaboradores de ideologia. É claro que em uma formação social capitalista a produção e elaboração das ideologias dominadas e proletárias não tenham voz e vez por não serem reconhecidas como sendo produções cultas ou formais o suficiente para serem reconhecidas. Mas isso não quer dizer que elas não existam. Outra percepção importante que Löwy (1996) analisa é o constante reducionismo aos postulados marxistas:

Essas colocações de Marx têm a vantagem de evitar dois erros metodológicos muito frequentes dentro do marxismo contemporâneo. Um é o que eu chamaria de “reducionismo sociológico”, que reduz a ciência unicamente à classe social, ao ponto de vista de classe: este autor é burguês, este outro latifundiário e o assunto está terminado. Para Marx a questão não era assim. Não bastava definir o caráter de classe de um economista para determinar o conteúdo científico de sua obra. Temos que entender que existe uma particularidade do conhecimento científico que não pode ser reduzida ao enfrentamento das posições de classes diferentes (LÖWY, 1996, p.104).

³ Michael Löwy (1938-.....): Pensador marxista brasileiro radicado na França. Estudioso do marxismo, com pesquisas sobre as obras de Karl Marx, Rosa Luxemburgo, Georg Lukács e outros (nota nossa).

Contudo, o que temos que ter sempre em mente quando falamos do conceito de ideologia em Marx ou dos autores marxistas, é que existem dois grandes campos de disputa para este termo. Mesmo em Mannheim, segundo Löwy (1996), não se utiliza apenas de Marx para fundamentar seus estudos, existe a dicotomia entre as ideologias que servem para conservar a sociedade tal como ela está e as ideologias (ou utopias) que servem para revolucionar a sociedade.

Uma análise dialética das ideologias ou das visões de mundo mostra necessariamente que elas são contraditórias, que existe um enfrentamento permanente entre as ideologias e as utopias na sociedade, correspondendo, em última análise, aos enfrentamentos das várias classes sociais ou grupos sociais que a compõem. Em nenhuma sociedade existe um consenso total, não existe simplesmente *uma* ideologia dominante, existem enfrentamentos ideológicos, contradições entre ideologias, utopias ou visões sociais de mundo conflituais, contraditórias. Conflitos profundos, radicais, que são geralmente irreconciliáveis, que não se resolvem em um terreno comum, em um mínimo múltiplo comum (LÖWY, 1996, p.17).

As ideologias em geral se enfrentam porque são variadas e distintas. Enfrentam-se porque disputam uma forma de ação e discurso que lhe são próprias e caras entre si. Mas a ideologia em específico, em uma visão clássica, mas ainda válida, serve entre seus adeptos como uma forma de cimento para que as ações e discursos sejam orientados para um fim comum. Diferente daquilo que ocorre quando acontece o encontro de adeptos das diferentes correntes ideológicas.

[...] as ideias e ideologias políticas podem funcionar como uma forma de cimento social, fornecendo a grupos sociais, ou mesmo a sociedades inteiras, um conjunto de crenças e valores unificadores. As ideologias políticas em geral têm sido associadas a determinadas classes sociais – por exemplo, o liberalismo à classe média, o conservadorismo à aristocracia agrária, o socialismo à classe operária e assim por diante (HEYWOOD, 2010, p. 17).

Mesmo sendo a base material, os meios de produção e as apropriações materiais mais avançadas que moldam as superestruturas jurídicas, econômicas e principalmente políticas de uma sociedade, ou seja, as ideologias que esta sociedade segue por primazia. Existem momentos em que a própria ideologia também intervém junto à vida material caso ela esteja ultrapassada e contraditória junto aos indivíduos que nela interferem.

As ideias políticas não são apenas um reflexo passivo de interesses ou ambições pessoais; elas têm capacidade de inspirar e guiar a própria ação política e, assim, moldar a vida material. Ao mesmo tempo, não surgem no vácuo nem caem do céu. Todas as ideias políticas são determinadas pelas circunstâncias sociais e históricas

em que se desenvolveram e pelas ambições políticas a que servem (HEYWOOD, 2010, p. 16).

A política é um campo da ideologia por excelência. Não porque a política não possua uma base real. As políticas assim como outras superestruturas sempre possuem uma base real que as moldam em seu ser e estar no mundo. A base real da política é todo o aparato físico que se mobiliza para constituírem-se, conforme a opção governamental, os representantes políticos detentores dos poderes de legislar, executar ou delegarem atribuições e funções conforme a ideologia que estes mesmo persuadem.

Conforme Heywood⁴ (2010, p. 17) aponta “As ideias políticas também ajudam a modelar a natureza dos sistemas políticos. Os sistemas de governo variam de maneira considerável em todo o mundo e estão sempre associados a valores ou princípios específicos”. Esses valores ou princípios específicos são as ideologias em suas diversas correntes de existência.

Política e ideologia não são a mesma coisa. Mas uma é o reflexo da outra. Não tem como ser diferente já que é na política que os significados da ideologia são utilizados através de processos que demonstram qual ordem social pretendem seus interlocutores alcançar: a manutenção ou a transformação da realidade social vigente.

Argumentar em favor de uma definição mais “política” que “epistemológica” de ideologia não significa, é evidente, afirmar que políticas e ideologia são a mesma coisa. Uma forma de distingui-las seria sugerir que a política se refere aos processos de poder mediante os quais as ordens sociais são mantidas ou desafiadas, ao passo que a ideologia diz respeito aos modos pelos quais esses processos de poder ficam presos no reino do significado. (EAGLETON, 1997, p. 24).

Importante dizer que nem tudo é político e nem tudo é ideológico! Justamente por isso é formidável que se estude a ideologia para podermos distinguir aquilo que é político e aquilo que não é. Segundo Eagleton⁵ (1997, p. 21), a “[...] força do termo ideologia reside em sua capacidade de distinguir entre as lutas de poder que são até certo ponto centrais a toda uma forma de vida social e aquelas que não o são”. Esta elucidação de Eagleton se refere a uma pretensa perspectiva de alguns autores das Ciências Humanas e Sociais de englobar e classificar uma gama variada e extensa de atividades como sendo ideológicas e políticas. Atividades estas que não poderiam ser assim classificadas em função de sua não pretensão para com uma disputa efetiva pelo poder. Isso não quer dizer que a política e a ideologia não

⁴ Andrew Heywood é um importante estudioso britânico autor de livros sobre política (nota nossa).

⁵ Terry Eagleton (1943-.....): filósofo e crítico literário britânico identificado com o marxismo (nota nossa).

sejam diversas e variadas em suas formas de existência junto às atividades humanas. Entretanto devemos considerar que nem tudo é ideologia e política como alguns tencionam defender.

O termo “ideologia” é apenas uma maneira conveniente de classificar em uma única categoria uma porção de coisas diferentes que fazemos com signos. [...] Muito da tradicional conversa sobre ideologia foi formulada em termos de “consciência” e “ideias” – termos que têm seus usos adequados, mas que tendem a nos empurrar na direção do idealismo sem percebermos. Pois também a “consciência” é um tipo de reificação, uma abstração de nossas formas efetivas de prática discursiva (EAGLETON, 1997, p. 171).

Eagleton (1997) como crítico literário deixa aqui expressar um termo muito caro no campo da Literatura: os signos. Os signos são símbolos ou sinais discursivos que denotam as ambientações ideológicas com as quais seus locutores estruturam seus aforismos. Mas não apenas seus aforismos. A ideologia em uma perspectiva dialética não é apenas imaterial. Se ela realmente for uma ideologia que impregna em seus adeptos os seus esquemas de estruturação, os mesmos irão agir e atuar como representantes das mesmas e invariavelmente constituir espaços, procedimentos e ações que refletem materialmente aquilo que pensam.

Uma importantíssima contribuição para as definições conceituais do termo da ideologia são as auferidas por Louis Althusser⁶(1985). Definição que em grande medida irá orientar nossa atmosfera de análise dos discursos que obteremos junto ao campo de estudo de nossa pesquisa. Para Althusser (1985), Marx é o marco de duas divisões epistemológicas importantíssimas. Primeiramente Marx enquanto autor perpassou dois momentos de produção científica. Um primeiro momento em que os escritos filosóficos e históricos de Feuerbach e Hegel lhe inspiraram a constituir suas críticas não só a para com estes autores consagrados, mas também a seus seguidores e correntes ideológicas (o livro “*A Ideologia Alemã*” se insere neste primeiro momento literário de Marx). Num segundo momento, Marx começa a se dedicar a constituir críticas as teorias e correntes econômicas defendidas e desenvolvidas por Adam Smith⁷, David Ricardo⁸, entre outros. A outra divisão epistemológica que caberia a Marx segundo Althusser conforme Löwy (1996) é a percepção de que a ciência não está isenta de ideologia. A produção de ciência pressupõem intenções, procedimentos e

⁶ Louis Althusser (1918-1990): Foi um filósofo francês de origem argelina. Diversas posições teóricas de Althusser permaneceram muito influentes na filosofia marxista. Propôs uma "corte epistemológico" entre os escritos do jovem Marx, inspirados em Hegel e Feuerbach, e seus textos posteriores (nota nossa).

⁷ Adam Smith (1723-1790): Economista e filósofo escocês. É o pai da economia moderna. É considerado o mais importante teórico do liberalismo econômico (nota nossa).

⁸ David Ricardo (1772-1823): Considerado um dos principais economistas do mundo. É um dos fundadores da escola clássica inglesa da economia política (nota nossa).

considerações que são imiscuídos ideologicamente. Esta dicotomia a que se pretendiam os economistas clássicos do liberalismo, Marx desmascarou.

Uma das interpretações do marxismo contemporâneo é a de Althusser. Segundo ele, existe um corte epistemológico entre Marx e os economistas que o precederam. É o corte epistemológico entre a ciência e ideologia. [...] Althusser aplicou o mesmo argumento, a mesma análise, ao marxismo e à economia política dizendo: antes de Marx havia ideologia, uma espécie de alquimia econômica, com Marx começou a ciência, foi quando se deu o corte epistemológico entre ideologia e ciência na ciência social [...] Deste modo, não existe a ciência pura de um lado, e a ideologia de outro. Existem diferentes pontos de vista científicos que estão vinculados a diferentes pontos de vista de classe (LÖWY, 1996, p.103-104).

Althusser (1985) em seu livro mais conhecido e citado “*Os Aparelhos Ideológicos do Estado*” problematizou por excelência o conceito de ideologia e suas formas de inserção e reprodução junto às diversas configurações institucionais e organizativas da sociedade. Para ele os sistemas das diferentes igrejas, escolas, famílias, sindicatos, imprensa, poderes judiciários, poderes políticos e culturais de uma sociedade se constituem em Aparelhos Ideológicos de Estado. São assim classificados porque se constituem em instrumentos ideológicos por excelência. Conseguem realizar através da ideologia muitas coisas que o Estado propriamente dito só consegue realizar através da repressão direta de seus órgãos. Ele defende duas teses centrais antes de chegar a sua definição final de ideologia. A primeira tese problematiza e complexifica a base materialista da teoria marxista:

TESE I: A ideologia representa a relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência. [...] Em linguagem marxista: se é verdade que a representação das condições reais de existência dos indivíduos que ocupam os postos de agentes de produção, exploração, repressão, ideologização e prática científica, remete em última instância às relações de produção e às relações derivadas das relações de produção, podemos dizer que: toda ideologia representa, em sua deformação necessariamente imaginária, não as relações de produção existentes (e as outras relações delas derivadas), mas, sobretudo a relação (imaginária) dos indivíduos com as relações de produção e com as relações daí derivadas. Então, é representado na ideologia, não o sistema das relações reais que governam a existência dos homens, mas a relação imaginária desses indivíduos com as relações reais sob as quais eles vivem (ALTHUSSER, 1985, p. 88).

A primeira defesa de Althusser (1985) é por assaz emblemática e plausível. Em outras palavras, o autor defende que a representação discursiva da ideologia se dá no campo da imaginação. Imaginação daquilo que os homens significam em suas relações de produção e reprodução da sua existência junto aos aparelhos ideológicos e repressivos do estado. Nesta perspectiva temos que ter em mente que conceitos como linguagem e interação são importantes para entendermos o esquema defendido.

Linguagem e sua expressão discursiva são a representação imaginária de uma interação que é significada de locutor(es) para seu(s) interlocutor(es). Sem esta significação, a linguagem do discurso deixa de ter sua função e ao mesmo tempo perde seu sentido de interação. Sem interação e linguagem não existe possibilidade de significação da ideologia que é veiculada.

Os discursos e a linguagem são lugares privilegiados em que a ideologia se materializa. Só as teorias do discurso podem dar conta de objetos tão complexos, que passam a serem concebidos não apenas no seu componente puramente linguístico, mas a incorporar algo “exterior” a ele, um componente socioideológico conforme Althusser (1985) defende em sua segunda tese.

TESE II: A ideologia tem uma existência material [...] Em todos os casos, a ideologia da ideologia reconhece, apesar de sua deformação imaginária, que as “ideias” de um sujeito humano existem em seus atos, ou devem existir em seus atos, e se isto não ocorre, ela lhe confere ideias correspondentes aos atos (mesmo perversos) que ele realiza. Esta ideologia fala de atos: nós falaremos de atos inscritos em práticas. E observaremos que estas práticas são reguladas por *rituais* nos quais estas práticas se inscrevem, no seio da existência material de um aparelho ideológico, mesmo que numa pequena parte deste aparelho: uma pequena missa numa igreja, um enterro, um pequeno jogo num clube esportivo, um dia de aulas numa escola, uma reunião ou um *meeting* de partido político, etc (ALTHUSSER, 1985, p. 91, grifos do autor).

Assim, mesmo que os locutores não condigam na prática com seus discursos (o que atualmente parece estar constituindo-se em uma realidade cada vez mais perceptível), a ideologia consegue constituir atos auferidos ao status de rituais onde práticas previstas nos discursos se sacralizam. Rituais que vão impregnando os sujeitos nesta materialidade objetiva da ideologia que não é apenas discursiva, mas também prática e consentânea. Com esta defesa de que a ideologia representa uma relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de uma existência material, Althusser (1985) estabelece as bases para o conceito de ideologia que iremos utilizar na análise dos discursos e ações observados em nosso campo de estudo:

Podemos agora abordar a nossa tese central: *A ideologia interpela os indivíduos como sujeitos*. Esta tese vem simplesmente apenas explicitar a nossa última proposição: só há ideologia pelo sujeito e para sujeitos. Ou seja: a ideologia existe para sujeitos concretos, e esta destinação da ideologia só é possível pelo sujeito: isto é, pela *categoria de sujeito* e de seu funcionamento (ALTHUSSER, 1985, p. 93, grifos do autor).

A interpelação dos indivíduos pela ideologia que os aloca na posição de sempre sujeitos é a conceituação que nos parece mais interessante para desenvolvermos. Interessante

porque os indivíduos agindo e discursando estão sendo interpelados pela realidade social para que demonstrem nestes atos ritualizados qual a ideologia de representação imaginária das condições reais de existência material eles vivenciam e constroem seus esquemas. Esquemas que vivenciados na base material de suas vidas irão interpelar os indivíduos não mais vistos como indivíduos, mas como sujeitos defensores de determinadas concepções imaginárias de sua interação com a realidade social.

Por fim voltamos agora a um mote que pretendemos explicar agora com o aporte de Althusser (1985). A ideia de que a ideologia já existia e era utilizada nos discursos e ações antes de qualquer teoria sobre ideologia fosse concebida. Sendo a ideologia interpelativa dos indivíduos já não mais indivíduos e sim sujeitos concretos e reais em sua existência material, logo temos que conceber a ideia de que a ideologia não tem história. A ideologia sempre existiu mesmo antes de ser conceituada por algum teórico ou estudioso do campo das ideias. Isso se deve ao fato de que os indivíduos mesmo sem o saberem muitas vezes já são sujeitos de discursos e ações incitadas por outros sujeitos cientes ou não também de sua interface discursiva e ideológica.

Portanto, a ideologia interpela os indivíduos enquanto sujeitos. Sendo a ideologia eterna, devemos agora suprimir a temporalidade em que apresentamos o funcionamento da ideologia e dizer: a ideologia sempre já interpelou os indivíduos como sujeitos, o que quer dizer que os indivíduos foram sempre já interpelados pela ideologia como sujeitos, o que necessariamente nos leva a última formulação: *os indivíduos são sempre já sujeitos*. Os indivíduos são portanto “abstratos” em relação aos sujeitos que existem desde sempre. Esta formulação pode parecer um paradoxo. Que um indivíduo seja sempre já sujeito, antes mesmo de nascer, é no entanto a simples realidade, acessível a qualquer um sem nenhum paradoxo (ALTHUSSER, 1985, p. 98, grifos do autor).

Assim a ideologia segundo Althusser (1985) é o que permeou, permeia e permeará as construções discursivas e materiais que interpelam os indivíduos não mais como indivíduos e sim como sujeitos sempre já sujeitos de algum discurso dos Aparelhos Repressivos de Estado – ARE ou dos Aparelhos Ideológicos do Estado – AIE. Aparelhos estes que exercem sua influência de modos e formas distintas, mas com um mesmo fim.

Aparelhos que representam indiscriminadamente: a) o estado repressor como seu escopo jurídico, policial, militar, etc.; b) o estado ideológico com seu escopo familiar, religioso, sindical, etc.; e c) o estado que repressor também pode ser ideológico junto aos escopos escolar, hospitalar, manicomial, etc. Todos estes escopos em suas diversas configurações possíveis conduzem objetivamente e ideologicamente inúmeros sujeitos com seus discursos e estruturas de aparelhamento material.

O escopo sanitário em sua diversidade configurativa (hospitais, unidades básicas de saúde, estruturas de saúde familiar, manicômios, entre outras nomenclaturas que atendam ou orientam as pessoas de forma sanitária) também se revela uma estrutura repressiva e ideológica que pode se inserir nas propostas públicas ou privadas de serviços. Seu escopo produz sentidos ideológicos. Sentidos ideológicos que em seus discursos e estruturas materiais revelam intenções, signos e objetivos que exercem poder na sujeição de sujeitos impregnados e imbricados por outros discursos de outros escopos em seus aparelhos ideológicos ou repressivos.

Desse modo em nosso trabalho, iremos começar a trabalhar com a noção de sujeitos e não mais de indivíduos. Já que os indivíduos de nossa análise são sujeitos portadores de ideologia em seus discursos e ações interpelados pela realidade social em que vivem e que são imbricados. O que será observado e analisado pelo presente trabalho junto ao campo de estudos que é o SUS junto ao município de Nova Hartz.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo por base os objetivos apresentados denota-se que o estudo aqui apresentado se delineará como sendo de forma exploratória e descritiva de um determinado objeto de pesquisa em uma dada realidade municipal. Nessa configuração, optamos pela modalidade de pesquisa que julgamos mais apropriada a ser utilizada que é do estudo de caso:

Estudos de caso devem ser feitos para acompanhar e proporcionar mais detalhes [...] Os pesquisadores identificam um ‘momento’, que pode ser a introdução de uma nova maneira de trabalhar, o modo como uma organização se adapta a um novo papel, ou qualquer inovação ou fase de desenvolvimento de uma instituição. As evidências devem ser coletadas sistematicamente, a relação entre as variáveis deve ser estudada (uma variável sendo uma característica ou um atributo) e a pesquisa metodicamente planejada. Embora a observação e as entrevistas sejam usadas com maior frequência, nenhum método é excluído (BELL, 2008, p. 18).

Outra definição interessante que dialoga com o que foi exposto acima e com o objeto de estudo implicado; é a definição de Goldenberg (2009) para estudo de caso e sua ambientação no campo da pesquisa qualitativa:

O estudo de caso não é uma técnica específica, mas uma análise holística, a mais completa possível, que considera a unidade social estudada como um *todo* seja um indivíduo, uma família, uma instituição ou uma comunidade, com o objetivo de compreendê-los em seus próprios termos¹. O estudo de caso reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa, com o objetivo de apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto. Através de um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o estudo de caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida pela análise estatística (GOLDENBERG, 2009, p. 33-34).

Delimitando-se o SUS em nível municipal como o objeto de estudo, temos mais embasamento metodológico para a escolha do campo qualitativo de pesquisa, já que nosso desígnio é sim descrever a sua complexidade e penetrar na realidade social dos atores do sistema pesquisado.

Por se tratar de uma organização de pequena abrangência, porém de complexidade extensa, o SUS em nível municipal como objeto de estudo apresenta uma série de variáveis a serem levadas em consideração no momento de se analisar os dados obtidos. Dessa forma o presente trabalho não tem a intenção de generalizar nenhuma percepção aferida. Prefere-se trabalhar com a noção de relação:

¹ Uma das dificuldades do estudo de caso decorre do fato de a totalidade pesquisada ser uma abstração científica construída em função de um problema a ser investigado. Torna-se difícil traçar os limites do que deve ou não ser pesquisado já que não existe limite inerente ou intrínseco ao objeto (nota da autora citada).

[...] sobre os méritos de estabelecer relações das pesquisas por generalizações e dos estudos e eventos isolados, Bassey (1981, p. 85) preferiu usar o termo ‘relacionabilidade’ em vez de ‘generalizabilidade’ (BELL, 2008, p. 18).

As relações que poderão advir, a partir da análise do campo de pesquisa estudado com outras realidades existentes, não será o intento de nossa pesquisa. As relações que se constituírem deverá ficar a critério dos leitores atinados sobre as questões tratadas neste trabalho. Retornando as questões metodológicas, fica mais nítida a intencionalidade na escolha da modalidade de pesquisa quando se percebe com que espécie de dados objetivados se pretende analisar na realidade estudada:

[...] estudos de caso visam identificar os vários processos interativos em ação e mostrar como ele afetam a implementação de sistemas e influenciam a maneira como uma organização funciona (BELL, 2008, p. 18).

Sendo então nosso trabalho orientado como um estudo de caso, temos conforme algumas técnicas de pesquisa indicadas para esta modalidade que seriam a: observação, a análise de documentos, as entrevistas e os questionários. Destas técnicas indicadas como análogos ao estudo de caso, iremos utilizar às entrevistas, as observações, as análises de documentos; e descartaremos os questionários enquanto técnica a ser utilizada em nosso estudo.

As entrevistas se tornam uma técnica essencial em nosso trabalho em função de suas condições essenciais. Condições estas que irão auxiliar e muito na obtenção dos dados primordiais a serem analisados no campo discursivo dos atores sociais estudados que atuam junto ao campo de abrangência do SUS municipal:

Uma das principais vantagens da entrevista é sua adaptabilidade. Uma entrevista hábil pode acompanhar ideias, aprofundar respostas e investigar motivos e sentimentos [...] A maneira como uma resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc.) pode proporcionar informações que uma resposta escrita talvez dissimulasse (BELL, 2008, p. 136).

Entrevista na definição de Moser e Kalton (1971, p. 271 apud BELL, 2008, p. 136) é “uma conversa entre entrevistador e informante, cujo propósito é extrair algumas informações do segundo”. Tal definição pode transparecer que a entrevista é uma técnica de pesquisa de fácil realização, entretanto uma entrevista bem-sucedida é um procedimento bem mais complexo do que a afirmação acima sugere. Mesmo não sendo uma técnica de fácil manejo, iremos a utilizar de um modo mais espontâneo que é a sua configuração semi-estruturada.

Configuração esta que potencializa ao entrevistador a condição de explorar questões que em princípio não havia aventado quando estruturou as questões prévias das entrevistas:

Entrevistar não é fácil e muitos pesquisadores têm considerado difícil encontrar o equilíbrio entre a completa objetividade e a tentativa de colocar o entrevistado a vontade. É complicado saber como estas dificuldades podem ser superadas, embora a honestidade sobre o propósito da pesquisa e a integridade na conduta do entrevistador possam ajudar (BELL, 2008, p. 144).

A entrevista semi-estruturada não torna a entrevista mais fácil de ser manejada quanto à objetividade do estudo e as problemáticas que possam ocorrer na interação entre entrevistador e entrevistado. Na verdade a entrevista semi-estruturada auxilia na percepção de que: havendo dados não aventados na formulação prévia das questões, poderá o entrevistador/pesquisador realizar questões pertinentes que estejam latentes nas respostas iniciais dadas pelo entrevistado durante as questões iniciais da entrevista. Portanto para que seja minimizada esta discrepância entre as questões prévias formuladas pelo entrevistador/pesquisador e as ponderações colocadas pelo entrevistado, Cohen (1976, p.82 apud BELL, 2008, p. 136) pondera que “a entrevista é uma atividade que requer preparação cuidadosa, muita paciência e prática considerável, para eventualmente ser recompensada por uma fígada que valha a pena”. A fígada que Cohen (1976 apud BELL, 2008) metaforiza é porque o autor compara a entrevista a uma pesca, e a fígada conotaria o dado ímpar obtido.

Além das entrevistas semi-estruturadas a serem realizadas com os gestores, dirigentes, trabalhadores do SUS municipal, também serão realizadas entrevistas com os integrantes do Conselho Municipal de Saúde para que sejam também utilizadas as percepções dos usuários do sistema de saúde municipal. Usuários estes que por estarem inseridos no Conselho Municipal de Saúde, hipoteticamente estariam mais implicados com a organização e estruturação do objeto de estudo em questão.

Ocorre que examinando as percepções destes atores sociais em sua configuração de usuários do SUS - também participantes do Conselho Municipal de Saúde -, se fará necessário a observação de campo deste aparato representativo que é o próprio Conselho Municipal de Saúde. Necessidade que se explicita no momento em que os usuários evoquem questões oriundas da inserção dos mesmos no aparato citado:

A observação pode ser útil para descobrir se as pessoas fazem o que dizem que fazem, ou comportam-se da maneira como declaram. No entanto, a observação também depende da maneira como as pessoas percebem o que está sendo dito ou feito (BELL, 2008, p. 159).

Cabe aqui que sejam realizadas algumas considerações acerca do modo como se definirá metodologicamente a observação. Estas considerações se devem ao fato de como o Conselho Municipal da Saúde é estruturado e qual a posição do pesquisador em relação ao mesmo. Tendo o Conselho Municipal de Saúde representação do Poder Público Municipal e sendo o pesquisador servidor público municipal, existem algumas questões que indiretamente dialogam com a posição do pesquisador, já que o mesmo possui vínculo direto com a área de recursos humanos do Poder Público. Sejam servidores do setor de saúde pública ou não. Assim sendo optou-se pela observação participante das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, já que em vários momentos será factível que o pesquisador possua algumas informações pertinentes ao andamento das deliberações do aparato representativo.

Experientes partidários da observação participante estão bem conscientes dos riscos de viés, mas é difícil recuar e adotar o papel de observador objetivo quando [...] os membros do grupo ou da organização são conhecidos pelo pesquisador. Se você pesquisar em sua própria organização, estará familiarizado com as personalidades, os pontos fortes e fracos dos colegas [...] Apesar das críticas, a observação participativa pode produzir dados valiosos. Os pesquisadores habilitam-se a observar mudanças com o passar do tempo. Em vez de depender de observações originais, ou pelo menos realizadas durante um período de tempo limitado, o observador participativo consegue compartilhar a vida e as atividades de outras pessoas; aprender sua linguagem e interpretar seus significados; lembrar-se de ações ou falas e interagir com as pessoas, em seu próprio ambiente (BURGESS apud BELL, 2008, p. 161).

Igualmente como a entrevista semi-estruturada, a observação participativa enquanto modalidade de pesquisa, também apresenta implicações que precisam merecida atenção na realização e posterior análise dos dados obtidos com a mesma:

A observação participativa não é um método fácil de realizar, ou de analisar, mas, apesar dos argumentos de seus críticos, é um estudo sistemático e disciplinado que, se bem realizado, ajuda muito no entendimento das ações humanas e traz consigo novas maneiras de encarar o mundo social (MAY apud BELL, 2008, p. 161).

A observação participativa não é sinônimo de observação não-estruturada como alguns autores tencionam colocar. Na verdade, a ambientação da observação participativa se coloca em oposição à observação objetiva onde se tenciona que o pesquisador/observador seja o mais neutro possível durante a prática de sua modalidade de pesquisa. A observação participativa pode e deve ter alguma forma de estruturação para auxiliar na coleta de dados durante a realização da observação, como é indicado e sugerido pelos teóricos de metodologia:

[...] uma observação participativa [...] Para extrair informações adequadas dos dados, você provavelmente precisará adotar uma abordagem mais estruturada e criar alguma forma de registro, para identificar aspectos do comportamento que você anteriormente tenha destacado como de provável relevância para a pesquisa (BELL, 2009, p. 162).

Por fim definimos aquela que será a mais simples, mas não menos importante modalidade de pesquisa que utilizaremos. Modalidade de pesquisa que na maioria dos projetos de pesquisa é um dos primeiros contatos com a realidade do campo de pesquisa: a pesquisa documental. É óbvio que a pesquisa documental distingue-se das demais modalidades de pesquisa por não estar diretamente vinculada as demais percepções advindas com dados obtidos por observação e entrevista dos atores sociais implicados. Mas nem por isso é descartável em nosso projeto de pesquisa.

A maior parte dos projetos exige a análise de evidências documentais. [...] Sua abordagem é derivada de métodos históricos, essencialmente preocupados com os problemas de seleção e avaliação de evidências. [...] Em alguns projetos, a análise documental é usada para suplementar informações obtidas por outros métodos como, por exemplo, quando a confiabilidade das evidências reunidas a partir de entrevistas ou questionários é verificada. Em outros, será o método fundamental, ou mesmo exclusivo, de pesquisa. E será particularmente útil, quando o acesso aos temas de pesquisa for difícil ou impossível [...] (BELL, 2008, p. 107).

Reforçamos que em nossa pesquisa, a análise de evidências documentais será tanto suplementar para verificar a confiabilidade das informações obtidas nas entrevistas e observações realizadas; como também para fundamentar questões que orientam a organização e estruturação do SUS nas configurações estudadas. A abordagem que estabeleceremos para com as evidências documentais será a abordagem conhecida como “*orientada para a fonte*” em função de que se percebe que a burocracia no campo da saúde pública do Brasil é extensa, mesmo sendo em recorte municipal o ambiente de nossa pesquisa:

Com estas três modalidades de pesquisa em consonância: entrevistas semi-estruturadas, observação participativa e análise documental inseridas em um estudo de caso no campo da pesquisa qualitativa, espera-se conseguir alcançar os objetivos propostos para a execução do presente trabalho.

4.1 O CAMPO DE ESTUDO

A "Nascente do Vale" como é conhecida a cidade de Nova Hartz por ser a primeira cidade do extremo norte da Região Metropolitana de Porto Alegre, é uma cidade situada em meio a uma natureza exuberante, formada por um cenário maravilhoso de morros, cascatas, matas e uma planície onde se localiza a parte urbana.

Localiza-se a aproximadamente 75 km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul que fica ao sul do Brasil. Abrange um território de aproximadamente 63 km² pertencente a Região Metropolitana do Vale do Rio dos Sinos. Possui como municípios limítrofes: Araricá, Parobé, Igrejinha, Morro Reuter e Santa Maria do Herval.

Enquanto características geográficas é um município que possui um altitude que varia de 700 m até 20 m e uma média de 36m acima do nível do mar em função de possuir uma grande região plana rodeada por morros acidentados tais como o famoso Morro Ferrabrás em Sapiranga (famoso por suas pistas de voo livre e por ser o local do episódio histórico dos Mucker²). De clima subtropical apresenta a presença de nevoeiros ao inverno além da formação de geadas. Sua hidrografia conta com a presença de oito arroios afluentes (Arroio Canudos, Arroio Wingerth, Arroio Pomba, Arroio Campo Pinheiro, Arroio Campo Vicente, Arroio Funil, Arroio da Bica e Arroio Tigre) que deságuam em um arroio efluente (Arroio Grande) que por fim vaza junto ao Rio dos Sinos. Sua vegetação é composta ainda por regiões de Mata Atlântica nativa junto as encostas de morros pertencentes à União.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e dos poderes públicos de Nova Hartz, a cidade conta com aproximadamente 18.346 habitantes: 12.041 eleitores e um PIB per capita R\$ 16.498,24. Estrutura-se politicamente em oito bairros: Bairro Bela Vista, Bairro Campo Vicente, Bairro Centro, Bairro das Rosas, Bairro Imigrante, Bairro Primavera, Bairro Progresso e Bairro Vila Nova. Administrativamente o Poder Público possui: o Poder Legislativo com onze representantes da vereança e o Poder Executivo com dez secretarias: Administração; Desenvolvimento Econômico; Educação, Cultura, Esporte e Lazer; Desenvolvimento Social; Obras e Serviços Urbanos; Saúde; Meio Ambiente; Fazenda; Habitação e Planejamento; e Mobilidade Urbana além da Procuradoria Geral do Município e do Gabinete Municipal do Prefeito.

² A chamada Revolta dos Mucker foi um conflito regional que se verificou, ao final do século XIX, em São Leopoldo (atual Sapiranga próximo de Nova Hartz, Araricá e Campo Bom), na então Província do Rio Grande do Sul, no Brasil. Os muckers foram um grupo de imigrantes alemães envolvidos em um movimento messiânico liderado por Jacobina Mentz Maurer e seu marido, João Maurer. A expressão mucker, em alemão, significa falso santo em português (nota nossa).

O florescimento da cidade se deu por meio da colonização alemã a partir de 1947 (tendo sua emancipação política em 1987), que trouxe para o Vale dos Sinos inúmeras famílias na primeira metade do século passado. De lá para cá, a cidade recebeu contingentes populacionais de origens diversas, especialmente atraídas pelas indústrias de calçado que se instalaram no município e hoje se constituem como sua economia principal. A economia da cidade, que nasceu na agricultura familiar movida pelas rodas d'água das atafonas, moinhos e alambiques, agora está alicerçada na indústria calçadista.

Ilustração 1: Mapa do Perímetro Urbano e Rural de Nova Hartz – RS.



Fonte: http://www.novahartz.rs.gov.br/novo_site/img/arquivos/PERIMETRO%20URBANO%20SEDE%20E%20CAMPO%20VICENTE.pdf

4.2 OS SUJEITOS DE ESTUDO E SEU “APARELHO”

O “aparelho” estrutural do SUS no município de Nova Hartz assim como na grande maioria dos demais municípios brasileiros é organizado sob a estruturação hierarquizada e subordinada a uma Secretaria Municipal de Saúde e conseqüentemente a um Secretário Municipal de Saúde que recebe o poder de gerir e administrar os recursos financeiros, materiais e humanos da respectiva estrutura pública.

Para além da Secretaria Municipal de Saúde, que de praxe realiza os serviços burocráticos em saúde, é necessária a existência de outras estruturas que possibilitem o real atendimento de saúde. A saúde enquanto constituição de um todo numa gama de serviços que possibilite aos cidadãos o acesso de um estado de completo bem-estar físico, mental e social junto ao seu meio.

O município de Nova Hartz possui para além da sede da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, a existência de: um Pronto Atendimento – PA; três Unidades Básicas de Saúde – UBS (que contam nelas próprias com Estratégias de Saúde da Família – ESF); além de uma Farmácia Básica Municipal – FBM que fica anexa a sede da SMS.

Ilustração 2: Foto da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Hartz.



Fonte: Foto tirada pelo autor do estudo.

A Secretaria Municipal de Saúde como um todo conta com aproximadamente 82 servidores públicos sendo que destes em média 70 são concursados e os outros 12 são comissionados exercendo cargos de chefia em diferentes níveis. Destes apontamentos não se contabilizam a mão-de-obra terceirizada em vínculo de convênio com a SMS e nem os estagiários do Centro de Integração Empresa Escola – CIEE.

Na sede locada da SMS de Nova Hartz trabalham dois Diretores de Departamento comissionados, dois Chefes de Setor Comissionados, uma Assessora Administrativa concursada, além Do Secretário Municipal de Saúde que são os responsáveis por gerir os demais espaços públicos de suas incumbências sanitárias.

Ilustração 3: Foto da Sede da Farmácia Básica Municipal de Nova Hartz.



Fonte: Foto tirada pelo autor do estudo.

Em anexo a SMS, também em imóvel locado, se localiza a FBM que conta com uma distribuição média de 20 mil medicamentos mês. Em termos de recursos humanos a FBM conta com uma Farmacêutica concursada, um Diretor de Departamento comissionado e uma estagiária do CIEE.

Ilustração 4: Foto da Unidade de Pronto Atendimento em Saúde de Nova Hartz.



Fonte: Foto tirada pelo autor do estudo.

Em frente à SMS e a FBM se localiza o PA responsável pelo atendimento ambulatorial clínico. Atendimento realizado em caráter de intervenção breve, intercorrência clínica que possa ocorrer durante a jornada de trabalho, podendo ser avaliado e, se necessário, ser devidamente encaminhado para outros centros de atendimento. No caso o centro de atendimento de Sapiranga que fica a aproximadamente 20 km de Nova Hartz.

O PA conta com aproximadamente 36 funcionários concursados (distribuídos mais ou menos nas seguintes funcionalidades: 4 médicos sendo um deles acupunturista, 2 odontólogos, 2 especialistas, 15 cargos nas diferentes modalidades de enfermagem, 8 operadores de veículos – motoristas, 1 cargo administrativo, 1 fiscal sanitário, 1 auxiliar de serviços gerais e 2 guardas) e 5 servidores comissionados em cargos de chefia.

Uma informação importante e que não se pode passar por despercebida é o fato de que dois dos Operadores de Veículos (motoristas) concursados exercem também o cargo de vereadores junto ao Poder Legislativo da cidade. Isso sem contar os demais operadores de veículos que muitas vezes já se candidataram ao cargo legislativo, mas sem obterem sucesso.

Atualmente, como já mencionado anteriormente, o Município de Nova Hartz adota uma gestão simbiótica entre a antiga política das Unidades Básicas de Saúde (onde se estrutura algum tipo de atendimento clínico e de especialidades específicas com atendimentos ambulatoriais e de prevenção como no caso de pressão, diabetes, entre outros) com a nova proposta do Ministério da Saúde que é a política de Estratégia de Saúde da Família³ (onde se propõem uma perspectiva familiar preventiva com o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde que conhecem a realidade do bairro e das famílias para se encaminhar os cidadãos ao atendimento adequado). Dessa forma temos a estruturação de Unidades Básicas de Saúde que realizam um atendimento de saúde convencional somado a equipes de ESF atuando e tendo como referência a mesma unidade de atendimento em saúde.

Ilustração 5: Foto da Unidade Básica de Saúde do Bairro Campo Vicente em Nova Hartz.



Fonte: Foto tirada pelo autor do estudo.

³ A origem do Programa Saúde da Família – PSF no Brasil, conhecido hoje como "Estratégia da Saúde da Família" - ESF, por não se tratar mais apenas de um "programa", teve início, em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A Estratégia de Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (nota nossa).

No Bairro de Campo Vicente (o mais afastado do centro urbano de Nova Hartz) localiza-se a UBS mais antiga do município. Atualmente a UBS Campo Vicente conta em média com 9 servidoras concursadas (1 médica, 1 odontóloga, 1 auxiliar de odontóloga, 1 técnica de enfermagem, 4 agentes comunitárias de saúde e 1 auxiliar de serviços gerais) e 1 servidora comissionada para atendimento ao público. Existe ainda o remanejamento de algumas especialidades do PA para esta unidade em alguns dias da semana.

Ilustração 6: Foto da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Nova em Nova Hartz.



Fonte: Foto tirada pelo autor do estudo.

No Bairro Vila Nova se encontra a segunda UBS mais antiga do município que foi recentemente reformada e reinaugurada. Até pouco tempo atrás a mesma contava com uma estrutura precária de madeira que não comportava a demanda de atendimentos que lhe eram solicitadas. Atualmente a UBS Vila Nova conta em média com 11 servidores concursados (2 médicas, 2 profissionais do ramo de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde e 1 auxiliar de serviços gerais) e 1 servidora comissionada para atendimento ao público. Existe ainda o remanejamento de algumas especialidades do PA para esta unidade em alguns dias da semana.

Ilustração 7: Foto da reinauguração da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Nova.



Fonte: Departamento de Comunicação da Prefeitura Municipal de Nova Hartz. Foto: Karine Brandt.

Legenda (da esquerda para a direita à frente): o Secretário Municipal de Saúde o Sr.º Rudinei Antônio Comandule; o Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos o Sr.º Saulo de Souza; o Secretário Municipal de Desenvolvimento Econômico o Sr.º Marino da Silveira; a Rainha da 11.ª Colônia Hartz Fest a Sr.ª Franciele Roulim Negreiros; a Assessora Administrativa a Sr.ª Cidênia Catarina Martins da Silva e o Prefeito Municipal o Sr.º Antônio Elson Rosa de Souza.

Por fim temos no Bairro Imigrante, bem próximo a sede da SMS, FBM e PA, a UBS Imigrante que é mais nova unidade de saúde inaugurada apenas no início do ano de 2011 para atender a demanda básica do bairro em que se encontra a mais complexa estrutura de saúde do município. Atualmente a UBS conta em média com 12 funcionários públicos concursados (1 médica, 1 odontóloga, 1 auxiliar de odontóloga, 2 profissionais de enfermagem, 6 agentes comunitárias de saúde e 1 auxiliar de serviços gerais). Existe ainda o remanejamento de algumas especialidades do PA para esta unidade em alguns dias da semana.

Como mencionado antes, nestas médias funcionais não contabilizamos os servidores terceirizados que prestam serviços somente juntos ao PA e não nas UBS. Nem contabilizamos enquanto estrutura funcional do SUS, os diversos prestadores de serviços em saúde que existem em Nova Hartz.

Ilustração 8: Foto da Unidade Básica de Saúde do Bairro Imigrante em Nova Hartz.



Fonte: Foto tirada pelo autor do estudo.

Esta é, portanto a estrutura física e humana que a SMS de Nova Hartz comporta até o presente momento deste estudo. Sabe-se da intenção de serem construídas novas UBS com ESF para atendimento dos bairros que atualmente não são contemplados pelas políticas municipais de saúde. Nesta conformação espacial nosso objeto de estudos (o SUS no Município de Nova Hartz e seu aparato de controle social – o Conselho Municipal de Saúde) discorrem seus discursos e ações.

O aparato institucional do CMS de Nova Hartz é normatizado através da Lei Municipal nº. 1142/2005 que distribui paritariamente sua representação em 6 representantes do usuários do SUS (1 representante da Pastoral da Criança e um suplente; 1 representante da Liga de Combate ao Câncer - LCC e um suplente; 1 representante da Associação de Pais e Amigos do Excepcionais - APAE e um suplente; 1 representante do LIONS CLUB e um suplente; 1 representante das Associações de Bairros e um suplente; e 1 representante do Sindicato dos Trabalhadores com seu um suplente), 2 representantes do governo (em geral o Secretário Municipal de Saúde e outro servidor comissionado do Poder Executivo com seus

respectivos suplentes), 1 representante dos prestadores de serviços (em geral da empresas conveniada em regime de terceirização que possuam maior vínculo com a Administração Pública com seu representante titular e respectivo suplente) e mais 3 representantes do segmento Trabalhadores de Saúde (funcionários públicos concursados e efetivos que estejam ativos e seus suplentes).

Entretanto a realidade se difere um pouco daquilo que está inscrito na lei. A portaria nº.918/2011 que nomeou os representantes do Conselho Municipal de Saúde aventou apenas 3 representantes e suplentes do segmento usuários do SUS (a metade daquilo que prescreve a lei municipal normatizante do aparato institucional) em contraposição a nomeação de 2 representantes e suplentes do segmento prestadores de serviços (o dobro daquilo que prescreve a lei normatizante do aparato institucional).

Percebe-se ainda outras inconsistências quando os próprios representantes do Conselho Municipal de Saúde se confundem ao descreverem ser participantes de determinado segmento. Representantes do segmento trabalhadores de saúde se dizem usuários e trabalhadores de saúde se dizem representando o governo. Esmiuçaremos melhor estas percepções nos próximos subcapítulos aonde faremos uma análise acurada dos discursos interpelativos que nos foram disponibilizados nas entrevistas semi-estruturadas gravadas, além das observações participantes das reuniões do CMS e da pesquisa documental junto as atas do mesmo.

4.3 AS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES

Ao todo foram 4 observações participantes realizadas junto ao CMS de Nova Hartz. Não foi possível uma frequência maior nas reuniões do aparato institucional em decorrência das mesmas ocorrerem mensalmente e as vezes até mesmo serem adiadas em função de “não se ter” planos, verbas ou ações para serem pautadas.

As reuniões do CMS ocorrem em sua grande maioria junto a unidade de PA do município. Na antessala daquilo que é hoje o setor de vacinações municipais. Sob a convocação da secretária do CMS (que é servidora concursada do município) e presidência da representante do segmento trabalhadores da saúde (ex-servidora municipal) os planos e verbas do SUS em âmbito municipal são deliberadas, normatizadas e fiscalizadas.

A primeira reunião observada de forma participativa ocorreu no começo do segundo semestre deste ano e foi uma reunião um tanto quanto conturbada em função do período eleitoral que se avizinhava. Muitos conselheiros por possuírem algum tipo de vínculo partidário (um conselheiro inclusive homologou sua candidatura a vereador após esta reunião) estavam relatando (à parte da pauta do CMS) as suas preocupações pessoais e políticas para com as questões de saúde e outras correlatas a esta. Chegou-se ao ponto que as verdadeiras pautas do CMS que era a aprovação do Relatório Municipal da Gestão 1º trimestre 2012 e a celebração do contrato de convênio com empresas terceirizadas de fisioterapia ser desapreciado em relação as incitações análogas que os conselheiros realizam sobre o evento político que se avizinhava.

Na segunda reunião observada, o andamento da reunião foi mais pautada pela substituição da secretária do CMS (substituição de uma trabalhadora concursada da saúde por outra), ausência de alguns conselheiros em função de estarem concorrendo a vereança municipal e pela aprovação das aplicações de recursos específicos da SMS tais como para a assistência farmacêutica estadual, assistência farmacêutica para diabéticos e recursos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS para aquisição de veículo administrativo da SMS.

A terceira reunião ocorreu abaixo de forte chuva torrencial. O que não impediu a vinda do quórum mínimo para deliberações do CMS. Neste dia entre as pautas estavam: a aprovação do Relatório Municipal de Gestão 2º trimestre 2012; do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e da compra de uma ambulância com UTI móvel com prazo de entrega em 90 dias; um dos conselheiros municipais representante do segmento usuários

(participando de forma delegada pela APAE além de ter sido ex-prefeito municipal e ativista da emancipação da cidade em questão) explanou importante consideração que diz diretamente respeito ao tema que abordamos no presente trabalho:

“Agora uma questão pessoal que eu vejo assim oh! É a funcionalidade de tudo isso... E o cumprimento? E daí terceirizar...??? Sei lá?! Conversei com alguns... Então a gente fica ouvindo o pessoal que é usuário e cidadão comentando: – Mas ah! Fui ali, mas não tinha médico! Quer dizer... Não havia disponibilidade...”⁴

(Representante do segmento usuário - APAE)

Não só pela sua experiência enquanto gestor, mas também por interação com seus concidadãos e por alguma interpelação pessoal este conselheiro municipal denota em seu discurso que a ausência de médicos não é só oportunizada por servidores concursados, mas também pela falta de um certo controle perante os convênios terceirizados de atendimento médico.

A quarta e última reunião do CMS que tivemos oportunidade de presenciar antes da finalização deste estudo foi tão emblemática quanto a primeira reunião aqui já relatada. Findada as eleições os conselheiros voltaram com mais predisposição para as atividades do CMS. Note-se que os conselheiros com maior envolvimento político partidário não alcançaram seus objetivos nas Eleições Municipais de 2012 (o conselheiro candidato a vereador pela oposição não se elegeu e o ex-prefeito que apoiava outro candidato pela situação também não conseguiu fazer com que o mesmo se sagrasse nos resultados do pleito municipal). Mesmo nestas condições o CMS conseguiu aprovar suas pautas para aquela reunião, mesmo que tivesse contando com esta atmosfera capciosa que foi o período pós-eleições municipais de 2012.

De um modo geral pelo que se observou, as reuniões do CMS duram em média uma hora se dividindo na maioria das vezes em dois momentos distintos. Um primeiro momento que serve para uma interação inicial e apresentação das pautas (em geral planos de aplicação e relatórios de custos já aplicados em trimestres, semestres ou anos anteriores ao presente com algumas aprovações de gastos elevados para destinações e convênios específicos) com os documentos necessários para as mesmas. E um segundo momento que dependendo do andamento das deliberações e das predisposições dos conselheiros usuários ou trabalhadores da saúde ocorre em termos de pleitos e exigências a serem resolvidos ou remediados pela SMS.

⁴ Informação verbal de fala coletada em reunião do CMS realizada em 18/09/2012 (nota nossa).

4.4 A PESQUISA DOCUMENTAL

Após a segunda observação participante das reuniões do CMS foi iniciados os contatos com a nova secretária do aparato institucional para combinar o procedimento a ser adotado junto à pesquisa documental das atas do CMS. A secretária do CMS (que também é servidora concursada na própria sede da SMS) foi solícita ao pedido de realização da pesquisa junto aos documentos requeridos possibilitando que fossem tiradas fotocópias do mesmos.

Com este aporte em mãos iniciamos o trabalho de sistematização das fotocópias desde as primeiras reuniões do CMS até os dias de hoje. Abaixo elencamos em ordem ordinária as reuniões, datas e assuntos que foram desenvolvidos pelo CMS ao longo de sua trajetória histórica de existência:

Tabela 1: Organograma das atas do Conselho Municipal de Saúde de Nova Hartz.

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
10/10/1998	1ª reunião	Eleição da 1ª composição do CMS;
09/11/1998	2ª reunião	Aplicações na Saúde Municipal na ordem de 17% do Orçamento Municipal;
14/12/1998	3ª reunião	Estruturação da Farmácia Popular de Manipulação;
11/01/1999	4ª reunião	Afastamento da Secretária Municipal de Saúde;
08/03/1999	5ª reunião	Tentativa deliberada de não mais exigência de quórum junto ao CMS;
18/03/1999	6ª reunião	Campanha de Prevenção as Doenças dos Idosos;
22/04/1999	7ª reunião	Participação especial do Poder Legislativo junto ao CMS;
20/05/1999	8ª reunião	(Reunião suprimida por falta de quórum)
20/07/1999	9ª reunião	Nova eleição da diretoria do CMS por aclamação elegendo como presidente do CMS a Sr.ª Sandra Pereira de Souza;
19/08/1999	10ª reunião	Aprovação do Plano Municipal de Saúde; Nova Lei de Organização do CMS; Criação da Associação Hospitalar de Nova Hartz;
22/11/1999	11ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão de 1998;
21/12/1999	12ª reunião	Compra de ambulância através da Nota Solidária no valor de 42 mil reais;
16/02/2000	13ª reunião	Compra de ambú pediátrico; Desligamento de conselheiros para eleições municipais com indicação de novos membros;
14/06/2000	14ª reunião	Aprovação do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica; Estruturação da Farmácia Municipal de Manipulação;
03/07/2000	15ª reunião	Programa Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Coibição dos abusos cometidos por motoristas que são vereadores

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
07/08/2000	16ª reunião	Casos alarmantes de leptospirose; Manual da Merenda Escolar; 1ª Conferência Municipal de Saúde; Investimento em Programas Preventivos; “Mal uso” de ambulâncias da SMS;
14/08/2000	17ª reunião	Campanha de Vacinação;
04/09/2000	18ª reunião	Não realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde;
09/10/2000	19ª reunião	3ª Conferência Estadual de Saúde; Discordância do Relatório Estadual (baixo investimento estadual x alto investimento municipal); Recursos aplicados nas Vigilâncias Municipais; Moção de repúdio a Escola Municipal de Educação Infantil Ursinhos Carinhos em função de criança ter sido espancada pelos pais com anuência da mesma;
27/10/2000	20ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 1999;
24/11/2000	21ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º e 2º trimestre de 2000; Possibilidade de fechamento da Farmácia de Manipulação Municipal pelo RS; Criação do Horto Municipal Fitoterápico;
22/01/2001	22ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre de 2000; Fechamento da Farmácia de Manipulação Municipal pelo estado do RS; Sugestão de realização de Conferência Municipal Interna de Saúde para debater problemas municipais e saúde;
26/04/2001	23ª reunião	Aprovação do Plano Municipal de Combate as Carências Nutricionais; Campanha de Vacinação dos Idosos; Pedido de contratação de nutricionista para atendimento junto ao PA; Pedido de sede local para expediente do CMS;
28/06/2001	24ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º trimestre de 2000; Debate sobre carência populacional por remédios agora sem Farmácia Manipulação Municipal;
25/07/2001	25ª reunião	Aprovação da política de complementação alimentar (leite e óleo de cozinha) para gestantes, crianças, idosos e portadores do vírus HIV;
06/08/2001	26ª reunião	Aprovação do pagamento de exames laboratoriais, radiológicos e de ecografia no valor de R\$ 4 mil reais junto a laboratórios conveniados; Aprovação do pagamento de consultas e exames especializados no valor de R\$ 4 mil reais junto a laboratórios conveniados;
23/08/2001	27ª reunião	Aprovação do Plano de Saúde Bucal;
18/09/2001	28ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2000;
18/10/2001	29ª reunião	Aprovação do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Básica;

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
1º/11/2001	30ª reunião	Aprovação do Plano Municipal de Vigilância Epidemiológica; Proposta de Reciclagem dos Motoristas da SMS;
17/01/2002	31ª reunião	Aprovação Plano Ambulatorial de Saúde Mental;
25/03/2002	32ª reunião	Aprovação do Plano de Vigilância Sanitária; Aprovação do Plano de Bolsa Alimentação;
16/04/2002	33ª reunião	Aprovação do Plano de Vacinação; Aprovação do Plano de Saúde Mental; Aprovação do Plano de Assistência Farmacêutica; Aprovação do Plano de Epidemiologia Aprovação de Recursos da Municipalização Solidária;
05/06/2002	34ª reunião	Aprovação do Plano de Bolsa Alimentação; Aprovação do Plano de Epidemiologia e Controle de Doenças;
24/06/2002	35ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2001; Crítica a existência de Auxiliares de Enfermagem com dois vínculos com o município (um público concursado e outros privado conveniado) enquanto existe banco de espera de candidatos ao cargo;
13/09/2002	36ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 2º trimestre 2002;
19/09/2002	37ª reunião	Aprovação dos Recursos da Municipalização Solidária (pagamento de 30 mil exames laboratoriais; 10 mil exames especializados; e 7 mil consultas especializadas);
08/10/2002	38ª reunião	Aprovação do Plano Municipal de Combate as Carências;
14/11/2002	39ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre 2002; Exigência de cumprimento de horário do médico acupunturista;
17/12/2002	40ª reunião	Aprovação do Plano de Epidemiologia;
16/01/2003	41ª reunião	Aprovação de mudanças no plano de epidemiologia;
27/02/2003	42ª reunião	Aprovação do Plano de Saúde do Trabalhador;
21/03/2003	43ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2002; Aprovação da implantação do PACS e da PSF;
10/06/2003	44ª reunião	Aprovação do Plano de Epidemiologia e Controle de Doenças;
04/07/2003	45ª reunião	Aprovação do Plano de Vacinação; Mudança na política de transporte ambulatorial (pagamento de passagens ou invés de contratação de serviços terceirizados);
29/08/2003	46ª reunião	Aprovação da compra de uma Unidade Móvel;
17/09/2003	47ª reunião	Debate sobre regionalização do SUS e alterações em forma de lei estadual; Debate sobre cota de raio-x regionalizado do SUS;
02/10/2003	48ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 2º trimestre de 2003; Aprovação da compra de veículo para diminuir transporte terceirizado;

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
11/12/2003	49ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre de 2003;
29/12/2003	50ª reunião	Aprovação da compra de ambulância com recursos federais;
26/01/2004	51ª reunião	Implantação de PSF na UBS Campo Vicente;
23/03/2004	52ª reunião	Aprovação do Plano de Epidemiologia e Controle de Doenças; Questionamento sobre elevado número de exodontias ⁵ ;
30/03/2004	53ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2003; Questionamento sobre inserção de fisioterapeuta junto ao PA (prestador de serviço terceirizado);
12/04/2004	54ª reunião	Aprovação das alterações no Plano de Epidemiologia e Combate as Doenças; Aprovação das alterações no Plano de Epidemiologia Ambiental; Explicação que o elevado números de exodontias se devem a prestação de serviços terceirizada em odontologia; Comparação de gastos laboratoriais do Laboratório atualmente conveniado com Laboratório Bom Pastor de indicação dos conselheiros;
29/04/2004	55ª reunião	Abordagem das dificuldades enfrentadas pelo CMS em fiscalizar SMS; Eleição dos delegados para 1ª Conferência Microrregional em Saúde; Abordagem das dificuldades em pesagem infantil o que poderia acarretar o fim do Plano de Bolsa Alimentação financiado com dinheiro do Ministério da Saúde;
28/06/2004	56ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º trimestre de 2004; Aprovação do Plano de Epidemiologia e Controle de Doenças; Substituição dos conselheiros de saúde envolvidos na eleição municipal; Debate sobre preços laboratoriais de exame e explicação sobre a necessidade de conveniamento estadual para oferta destes serviços terceirizados;
20/08/2004	57ª reunião	Aprovação das alterações do Plano de Epidemiologia e Controle de Doenças; Aprovação do Plano de Epidemiologia e Vigilância Ambiental;
05/10/2004	58ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 2º trimestre de 2004; Questionamentos sobre diárias e aplicação de recursos;
05/11/2004	59ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos 3º trimestre de 2004;
02/03/2005	60ª reunião	Debate sobre o papel de o CMS planejar e não apenas fiscalizar; Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre de 2004; Aprovação dos Convênios 4887/2004 e 4886/2004 ???; Debate sobre dificuldades em recursos humanos das vigilâncias municipais;
17/03/2005	61ª reunião	Aprovação do Plano de Vigilância Epidemiológica;
24/05/2005	62ª reunião	Debate sobre necessidade de reestruturação legal do CMS; Aprovação dos Planos de Epidemiologia, Vigilância Ambiental e Sanitária;

continua...

⁵ Exodontia é a remoção cirúrgica de um elemento dentário. A exodontia foi a primeira especialidade exercida, pelos dentistas. Os primeiros registros de exodontias foram as de Asclépio na Grécia Antiga (nota nossa).

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
13/07/2005	63ª reunião	Aprovação de convênio para construção da UBS Imigrante;
22/07/2005	64ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º trimestre de 2005; Exigência dos conselheiros em maior detalhamento dos planos e orçamentos; Debate sobre necessidade de reestruturação do CMS com base em leis;
07/10/2005	65ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 2º trimestre de 2005; Aprovação da terceirização junto ao atendimento de emergência do PA;
16/12/2005	66ª reunião	Aprovação de implantação de PSF na UBS Vila Nova e na futura UBS Imigrante;
20/12/2005	67ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre de 2005; Questionamento de aplicação inferior a 15% do orçamento em saúde;
30/03/2006	68ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 4º trimestre de 2005; Novos membros e reestruturação do CMS;
22/06/2006	69ª reunião	Eleição da mesa provisória do CMS; Eleição de Maria Illena Weber como presidente do CMS; Proposta de capacitação dos conselheiros do CMS;
25/07/2006	70ª reunião	Aprovação do Plano de Combate a Endemias; Aprovação do Plano de Recursos do 1º trimestre de 2006; Contratação emergencial de Agentes Comunitárias de Saúde – ACS;
29/08/2006	71ª reunião	Aprovação do Regimento Interno do CMS; Aprovação do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão; Debates a respeito da legislação do PSF e da locação de espaço para SMS;
26/09/2006	72ª reunião	(Reunião suprimida por falta de quórum)
11/10/2006	73ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 2º trimestre de 2006; Definição da Comissão Eleitoral para nova diretoria do CMS; Debate sobre intervenção junto a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO 2007 para que se destinassem maiores recursos para a área da saúde.
1º/11/2006	74ª reunião	(Reunião suprimida por falta de quórum)
28/11/2006	75ª reunião	Aprovação da nova mesa diretora do CMS; Notificação de que o Poder Legislativo aprovou criação do cargo de ACS; Notificação de que em março de 2007 a PSF se iniciaria na UBS Campo Vivente; Aprovação da compra de materiais para a Educação em Vigilância Sanitária; Debate sobre implantação de um Centro de Atenção Psico-Social – CAPS;
21/12/2006	76ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos 3º trimestre de 2006; Debate sobre procedimentos entre Secretária da Fazenda e de Saúde;
1º/02/2007	77ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 4º trimestre de 2006; Apresentação dos projetos de ampliação das UBS's Vila Nova e Imigrante; Aprovação da contratação de serviço terceirizado de psiquiatria e oftalmologia;

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
1º/02/2007	77ª reunião	Aprovação de contratação da Serviço de Orientação e Planejamento Familiar – SERPLAN para cirurgias de laqueadura e vasectomia; Aprovação do treinamento Atendimento Pré-Hospitalar aos servidores da SMS;
29/03/2007	78ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2006;
18/05/2007	79ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos das Vigilâncias Sanitária e Ambiental; Desarquivamento da política de PSF; Conferencia Municipal de Saúde; Reclamação da falta de médicos terceirizados junto ao PA; Implantação dos grupos de hipertensos e diabéticos no PA e UBS Vila Nova;
30/05/2007	80ª reunião	Questionamentos sobre destino e contrapartida de recursos da SMS ???;
30/05/2007	81ª reunião	Ações de Atenção Básica em Saúde;
24/07/2007	82ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos das Vigilâncias Sanitária e Ambiental; Conferência Municipal de Saúde (patrocinada por prestadores de serviços); Reformas do PA e UBS Campo Vicente; Reclamação da falta de médicos terceirizados (convênio) junto ao PA; Possibilidade aventada de contratação de clínica médica;
30/08/2007	83ª reunião	Dispensa de Medicamentos Não-Básicos; Debate sobre possibilidade de convênio da SMS com Sindicato dos Sapateiros; Curso de Treinamento para os Conselheiros Municipais de Saúde;
14/09/2007	84ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1 e 2º trimestre de 2007; Aprovação do convênio da SMS com o Sindicato dos Sapateiros; Aprovação da utilização de saldo financeiro em melhorias da UBS Campo Vicente; Aprovação de pré-projetos para construção de sala de raio-x e outros; Debate sobre contratação emergencial da cooperativa de pronto-atendimento;
27/09/2007	85ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º e 2º trimestre de 2007; Debate e deliberação sobre caso grave envolvendo médico terceirizado; Problemas de contratação da equipe de ACS via fundações;
05/11/2007	86ª reunião	Informação de novo convênio terceirizado de especialidades que incluem serviços de ginecologia, pediatria, cardiologia, neurologia e psiquiatria; Debate sobre Conferência Estadual e Nacional de Saúde; Pesquisa de intenção sobre atendimento em saúde nas unidades; Explanação sobre dificuldades encontradas na traumatologia; Campanha de Combate a Dengue;
10/01/2008	87ª reunião	Aprovação da nova nomeação de conselheiros para o CMS; Aprovação da nova forma de licitações dos medicamentos;

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
10/01/2008	87ª reunião	Desvinculação urgente da Ação Social das questões de Saúde (até então eram a mesma secretaria municipal); Anúncio de novo concurso público municipal para vagas necessárias na SMS;
27/03/2008	88ª reunião	Não aprovação do Plano de Recursos do 3º e 4º trimestre de 2008; Aprovação de Resolução da Vigilância Sanitária; Demora na entrega de medicamentos por empresa licitada; Questionamentos acerca da implantação da PSF na UBS Campo Vicente;
31/03/2008	89ª reunião	Questionamento sobre orçamentos de saúde; Exigência da presença de servidor da Fazenda para aprovação de orçamentos;
24/04/2008	90ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2007; Anúncio de contratação pública por concurso (2 médicos se contrato com Cooperativa GD for renovado ou 5 médicos se contrato não for renovado); Debate sobre repasses ao Hospital de Sapiranga no valor de R\$ 26 mil reais;
27/04/2008	91ª reunião	Aprovação do Pacto pela Saúde com recursos destinados as Vigilâncias; Debate sobre não cumprimento das cláusulas de contratato por parte da empresa GD (prestadora de serviços médicos terceirizados) que não pagou os funcionários e foi recindido seu vínculo com a Administração. Aprovação de contratação emergencial para suprir demanda médica; Notificação da vinda de computador pra uso do CMS;
26/06/2008	92ª reunião	Aprovação da contratação emergencial da empresa Integral para atuar no PA; Notificação da doação de instrumentos ambulatoriais a SMS pela empresa Integral e pela empresa de calçados Marte instalada na cidade; Notificação do início das obras junto a UBS Imigrante; Início do processo de sindicância por ausência de mecanismos junto a aparelho de ultrassom comprado pelo município.
22/07/2008	93ª reunião	Aprovação da troca de endereço de recursos disponibilizados pela União; Afastamento de conselheiro para concorrer a cargo eletivo municipal; Campanha de vacinação da rubéola;
23/10/2008	94ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º e 2º trimestre de 2008; Aprovação do Plano de Vigilância Ambiental; Aprovação do Plano de Vigilância Epidemiológica; Aprovação do Plano de Vigilância Sanitária; Recisão contratual da Integral Cooperativa; Aprovação do processo licitatório da Multipar de Taquara; Parabenização pelo 1º ano de implantação da PSF;
27/11/2008	95ª reunião	Aprovação do processo licitatório do Laboratório Clínico Pró-Exame;
17/12/2008	96ª reunião	Aprovação dos recursos em juízos à empresa Integral para evitar prejuízos;

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
17/12/2008	96ª reunião	Notificação que o processo de desmembramento da nova Secretaria de Ação Social da Secretaria de Saúde ocorrerá assim que for aprovada a lei necessária; Notificação do dilema contratualização SMS e Hospital de Sapiranga para 25 cirurgias mês que não estão sendo cumpridas, porém pagas de forma parcelada; Debate sobre defasagens de atendimento de otorrinolaringologia;
27/01/2009	97ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre de 2008;
09/03/2009	98ª reunião	Aprovação da destinação de recursos infraestruturais da UBS Vila Nova para materiais de uso permanente;
28/05/2009	99ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 4º trimestre de 2008; Aprovação do Relatório de Gestão 2008; Aprovação do Plano de Vigilância Sanitária; Desvinculação total da Secretaria da Saúde com relação a Ação Social; Debate sobre dificuldades das especialidades de traumatologia / ortopedia; Debate sobre dificuldades de contratualização com Hospital de Sapiranga; Notificação da quase conclusão das obras da UBS Imigrante; Notificação da oficialização do cargo de ACS no quadro funcional público; Nova aprovação de tentativa própria para implantação de um CAPS; Aprovação de inúmeras contratações via Recibo de Pagamento Autônomo –RPA; Aprovação de processo licitatório para ampliação de UBS Vila Nova;
02/07/2009	100ª reunião	Debate sobre a impossibilidade populacional de se ter um CAPS (20 mil hab.); Possibilidade aventada de implantação do CAPS amparada em estudo; Seminário de Combate ao Crack;
27/08/2009	101ª reunião	Aprovação da destinação de recursos da UBS Vila Nova para compra de ambulância; Aprovação do processo licitatório de próteses ortopédicas para a Ortopedia; Aprovação do aumento salarial dos médicos de saúde coletiva;
02/10/2009	102ª reunião	Debate sobre repasses estaduais inferiores a 12% e horários de servidores da SMS; Debates sobre dificuldades de realização das cirurgias eletivas junto ao Hospital de Sapiranga;
08/10/2009	103ª reunião	Não aprovação do Plano de Recursos por insuficiência de extratos; Debate sobre demora na liberação de contratualização pelo SUS de fisioterapia e atual situação de dependência da Ortopedia; Debate sobre atendimentos de especialidades e suas referências como oftalmologia e traumatologia; Eleição da comissão eleitoral do CMS e demais deliberações;
27/10/2009	104ª reunião	Eleição dos novos conselheiros do CMS onde Janifer Prestes fica de presidente;
15/12/2009	105ª reunião	Não aprovação dos Planos de Recursos do 2º e 3º trimestre de 2009; Notificação de que Ortopedia foi credenciada para 250 fisioterapias;

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
15/12/2009	105ª reunião	Relato da contratualização do Hospital de Sapiranga (25 cirurgias eletivas mais 426 raios-x);
14/01/2010	106ª reunião	Aprovação dos Plano de Recursos do 2º e 3º trimestre de 2009; Notificação de que o projeto do CAPS está com o Prefeito Municipal; Debate sobre alto índice de contratação médica conveniada em função da exoneração de servidores públicos (salário x altas necessidades médicas); Debate sobre falta de medicamentos e culpabilização da Gripe A; Aprovação de recursos para equipamentos permanentes da UBS Vila Nova;
25/02/2010	107ª reunião	Debate sobre entraves do serviço de fisioterapia junto ao estado do RS; Explicação sobre processos de medicação obrigatória e exigida judicialmente da Farmácia Básica Municipal;
25/03/2010	108ª reunião	Apresentação do novo Secretário de Saúde que também é da pasta de Fazenda; Notificação de novo processo licitatório para compra de fisioterapias; Debate sobre desvio de função das ambulâncias de utilidade emergencial e urgencial para utilidade prestativa e social (fisioterapia, hemodiálise e afins); Explicação sobre as incumbências estaduais e municipais quanto à compra de medicamentos de uso controlado e dispendioso;
19/04/2010	109ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 4º trimestre de 2009; Aprovação do Plano das Vigilâncias em Saúde;
06/05/2010	110ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2009; Questionamento sobre inauguração descondizente da UBS Imigrante;
21/05/2010	111ª reunião	Aprovação do Plano de Trabalho Inverno Gaúcho; Aprovação do Plano de Saúde Bucal; Aprovação do Plano de Trabalho Farmácia Básica;
24/06/2010	112ª reunião	Aprovação de Recursos para Consultórios Odontológicos; Aprovação de Recursos para Equipamentos Permanentes de Invernias; Aprovação de Recursos para a Farmácia Básica;
19/08/2010	113ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º e 2º trimestre de 2010;
30/09/2010	114ª reunião	Debate sobre Farmácia Popular e Programa Inverno Gaúcho;
18/11/2010	115ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre de 2010; Debate sobre falta de recursos humanos (farmacêutico e vigilante sanitário por limitação da folha de pagamento); Denúncia na demora de respostas de importantes exames por parte do estado; Aprovação da nova lei que regulamenta o CMS; Exigência de atendimento em horário integral das salas de vacina junto as UBS's;
10/01/2011	116ª reunião	Notificação da possibilidade de nomeação dos profissionais necessários (farmacêutico e vigilante sanitário); Aprovação da contratação de serviços audiométricos terceirizados;

continua...

continuação...

DATA:	ORDEM:	PAUTA:
10/01/2011	116ª reunião	Debate sobre transportes prestativos da SMS (que eram realizados por ambulâncias e que de agora em diante descarta-se esta possibilidade); Aprovação de serviço terceirizado de ambulância (ambulância pública sofreu acidente e seu conserto é oneroso aos cofres públicos);
10/03/2011	117ª reunião	Notificação de novas nomeações públicas; Aprovação da terceirização em limpeza dos espaços da SMS; Exigência da permanência de guarda municipal junto ao PA; Notificação de implantação de gerador de energia junto ao PA;
07/07/2011	118ª reunião	2ª Conferência Municipal de Saúde;
27/08/2011	119ª reunião	Aprovação do Projeto da Estação de Tratamento do Esgoto Sanitário para o Loteamento Popular Alberto Pasqualini;
15/09/2011	120ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º trimestre de 2011; Aprovação do Plano de Custeios dos Serviços Médicos ???; Notificação do não cumprimento de contrato da fornecedora de remédios;
22/10/2011	121ª reunião	(Reunião de eleição suprimida por falta de quórum)
10/11/2011	122ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 2º trimestre de 2011;
24/11/2011	123ª reunião	Eleição da nova diretoria do CMS;
20/12/2011	124ª reunião	Aprovação do Plano de Ação da Vigilância Sanitária;
26/01/2012	125ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 3º trimestre de 2011; Aprovação dos Recursos de Aplicação da Saúde Bucal e Atenção Básica;
27/03/2012	126ª reunião	Aprovação do convênio das clínicas de fisioterapia Reabilitar e Ortoshop; Notificação de que equipe de ACS da UBS Vila Nova começará a atuar em abril;
13/04/2012	127ª reunião	Aprovação de retificação de ata anterior;
03/05/2012	128ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2010;
28/07/2012	129ª reunião	Aprovação do Plano de Saúde Bucal 2009/2010; Aprovação do PACS-ESF 2009/2010;
05/08/2012	130ª reunião	Aprovação do Plano de Recursos do 1º trimestre de 2012; Questionamento do usos de diárias por servidora da SMS atuando em outra secretaria; Questionamento sobre aparente inutilização do gerador de energia comprado; Questionamento sobre gastos com lavanderia; Solicitação de disponibilidade do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e do Estatuto do Idoso nas unidades de saúde municipal;
08/08/2012	131ª reunião	Aprovação do Relatório de Gestão 2011; Aprovação do Plano de Saúde Bucal; Aprovação de Plano de Assistência Farmacêutica;
18/09/2012	132ª reunião	Aprovação de implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS;

Com esta síntese das atas de 132ª reuniões do CMS ocorridas entre 10/10/1998 e 18/09/2012 podemos tirar alguns apontamentos quantitativos da recorrência de algumas pautas existentes junto ao aparato que podem nos revelar fatos qualitativos das principais decisões do CMS. Decidimos agrupar as pautas em 12 grandes grupos decrescentes que se apresentam às vezes isolados ou agrupados com outros em suas respectivas atas de reuniões do CMS:

- 1) 41 aprovações de Planos de Ação (tais como os Planos de Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Saúde Bucal, Vacinação, entre outras);
- 2) 40 aprovações de Planos de Recursos Trimestrais (algumas realizadas de forma dupla, ou seja, mais de um trimestre em uma mesma reunião);
- 3) 39 deliberações específicas sobre a estruturação do CMS (tais como eleições de novos representantes, eleições de comissões eleitorais, desligamento de conselheiros para concorrerem a mandato eletivo municipal, conferências municipais e estaduais de saúde, entre outras);
- 4) 32 debates, explanações ou apresentações de assuntos diversos da saúde (tais como o fechamento da Farmácia Municipal de Manipulação, Estruturação da PSF / PACS / ESF, Regionalização ou não do SUS, problemas de recursos humanos junto à saúde, entre outros);
- 5) 30 apontamentos, exigências, cobranças e questionamentos do CMS para com a SMS (tais como o fim dos abusos cometidos por motoristas de ambulância – alguns vereadores e outros candidatos ao legislativo municipal, moções de repúdio, crítica a conveniamento de mão-de-obra desnecessária junto a SMS, respeito a escala de horários dos trabalhos médicos públicos, aplicação de diárias, insuficiência de estrutura da SMS e de dados para aprovação de orçamentos, entre outros);
- 6) 30 notificações, explicações ou informações disponibilizada pela SMS para o CMS (com respeito a inúmeras planejamentos funcionais do sistema público de saúde);

- 7) 28 aprovações de aplicação diretas de recursos para compra de equipamentos ou ações de saúde (tais como compra de ambulâncias, compra de equipamentos, compra de materiais de uso permanente e de consumo, alteração na destinação de recursos previamente destinados a um setor para aplicação em outro, recursos previamente estipulados em planos, entre outros);
- 8) 23 aprovações diretas de recursos da SMS para a iniciativa privada ou particular (tais como o convênio privado de mão de obra especializada em saúde, convênio e pagamento de exames e consultas especializadas, terceirização de parte do transporte ambulatorial, processos licitatórios para compra de remédios e construção de UBS, entre outras);
- 9) 22 aprovações de reestruturações da SMS (com respeito a inúmeras mudanças funcionais do sistema público de saúde);
- 10) 13 aprovações dos Relatórios de Gestão Anual da SMS (que são elaborados tendo como base os planos de recursos trimestrais);
- 11) 4 reuniões suprimidas por falta de quórum (ocorridas nos dias 20/05/1999, 26/09/2006, 1º/11/2006 e 22/10/2011) de um total de 132ª reuniões registradas perfazendo aproximadamente 3,03% do total de reuniões que forma canceladas;
- 12) 3 não aprovações de recursos adiadas por insuficiência de dados nos orçamentos disponibilizados (ocorridas em 27/03/2008, 08/10/2009 e 15/12/2009);

Conforme a Municipal n.º 1142/05 o CMS de Nova Hartz teria a seguintes competências:

Art. 1º Fica instituído o Conselho Municipal de Saúde de Nova Hartz em caráter permanente como órgão deliberativo, normativo e fiscalizador do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito municipal. Parágrafo único. O Conselho Municipal de Saúde de Nova Hartz – CMS/NHz, é uma instância colegiada do Sistema Único de Saúde, com funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação de estratégias, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (NOVA HARTZ, 2012)

Assim previsto percebemos pela classificação acima descrita que as funções deliberativas são cumpridas com muita recorrência. Se formos novamente classificar os atos do CMS em quatro campos: deliberação, normatização, fiscalização e formulação de estratégias; percebemos que a atuação fiscalizatória e formuladora de estratégias não possui muita recorrência junto às reuniões do CMS.

Ambientando os itens 1, 2, 7, 8 e 10 de nossa classificação no campo de deliberações do CMS teremos 145 pautas que deliberaram sobre relatórios de gestão, planos de ação, planos de recursos e aplicações diretas de recursos dentro da iniciativa pública e em convênio com a iniciativa privada.

Considerando os itens 3, 4 e 6 de nossa classificação no campo de normatizações do CMS teremos 101 pautas que normatizaram a estruturação do CMS, os debates e as notificações de atividades desenvolvidas pela SMS.

Qualificando os itens 5, 11 e 12 de nossa classificação no campo de fiscalizações do CMS teremos apenas 37 pautas que fiscalizaram o andamento de ações ou abusos cometidos pela SMS.

Por fim categorizando o item 9 de nossa classificação no campo de formulações de estratégias teremos apenas 22 pautas em que o CMS tomou a si o papel de pensar as estratégias em saúde que a SMS iria promover.

Estas ponderações são importantes, mas não podem ser totalitárias de uma percepção insólita do CMS. As atas do CMS, objeto de estudo deste procedimento metodológico são documentos lavrados por um dos sujeitos presentes as reuniões do CMS. Logo mesmo que o acontecimento da reunião da CMS seja um ato coletivo de representantes dos diferentes segmentos do SUS, ele é transcrito de forma parcial por apenas um destes representantes. Representante este que na maioria das vezes é um representante do governo ou dos trabalhadores da saúde em função da exigência de urgência no envio de algumas atas para liberação de recursos estaduais e nacionais. Mesmo que seja aprovado por todos os representantes do CMS na reunião subsequente ao seu relato, a ata do CMS apresenta ao seu redigir a perspectiva de apenas um dos representantes deste aparato institucional. Assim sendo muitas questões tratadas pelo CMS podem ter sido suprimidas ao longo dos relatos narrados. O que fica explícito para, além disso, são alguns grandes temas debatidos pelo CMS que nos levam a considerar vários quesitos a elucubrar em nossa análise:

- a) Extinção da Farmácia Municipal de Manipulação pelo Estado do RS (incitando o início de novos processos licitatórios na compra de remédios da iniciativa privada na reunião de 22/01/2001);
- b) Insuficiência no atendimento de especialidades médicas e laboratoriais junto ao SUS (instigando ao município adotar o caminho dos convênios terceirizados presente desde a reunião de 26/04/2001);
- c) Problemáticas de gestão dos recursos humanos concursados (acicatando o caminho da terceirização do PA a partir da reunião de 07/10/2005);
- d) Naturalização errônea da contratação de mão-de-obra terceirizada por convênio para atuar junto a PSF / PACS / ESF (percebida nas pautas das reuniões dos dias 25/07/2006, 29/08/2006, 28/11/2006, 18/05/2007, 27/09/2007 e 27/03/2008);
- e) Patrocínio dos prestadores de serviços privados ou particulares na realização de Conferência Municipal de Saúde (percebida na pauta da reunião realizada em 24/07/2007);
- f) Dificuldade de implantação da política de atendimento a saúde mental por quesito populacional (percebida nas pautas das reuniões de 28/11/2006, 02/07/2009, 14/01/2010);
- g) Dificuldades e avanços na contratualização pública entre SMS municipal e hospital regional de Saporanga (percebida nas pautas das reuniões de 24/04/2008, 17/12/2008, 28/05/2009, 02/10/2009, 15/12/2009).

Estas são algumas dos quesitos mais sobressalentes que são importantes para irmos elencando quais são então os reais motivos que conduzem os atores sociais partícipes do conselho municipal de saúde a se posicionarem de forma favorável a terceirização do atendimento público em saúde municipal.

Com base no que já estudamos sobre ideologia, percebemos que existe (conforme acima foi elencado) uma série de artefatos e procedimentos ideológicos de base material que conduzem e favorecem a deliberação positiva de inúmeros dispositivos de participação privada junto ao SUS. De um modo geral a insuficiência estrutural e administrativa da SMS e do SUS municipal de Nova Hartz conduzem os conselheiros municipais de saúde a aprovarem supostos arremedios licitatórios convenientes a um discurso privatista e terceirizatório da saúde pública. A particularidade desta situação toda é que na maioria das vezes estas aprovações possuem como argumentação de defesa, o atendimento eficiente e eficaz do SUS municipal.

4.5 AS ENTREVISTAS SEMI-ESTUTURADAS

O procedimento metodológico que nos tomou maior tempo e nos possibilitou um maior número de informações e aspectos a serem analisados foram as entrevistas semi-estruturadas com os participantes do Conselho Municipal de Saúde.

Em teoria conforme a Lei Municipal n.º 1142/05 o CMS de Nova Hartz seria composto por 12 membros titulares e 12 membros suplentes que representaria e seria composto pelos segmentos presentes no SUS (6 titulares e 6 suplentes representando os usuários em suas entidades, 3 titulares e 3 suplentes representando os trabalhadores de saúde, 2 titulares e 2 suplentes representando o governo, e 1 titular e 1 suplente representando os prestadores de serviços).

Entretanto, burocraticamente a gestão 2012 do CMS, conforme a Portaria Municipal n.º 918/2011 de 13 de dezembro de 2011, foi configurado com apenas 10 membros titulares e 10 membros suplentes (3 titulares e 3 suplentes representando os usuários em suas entidades, 3 titulares e 3 suplentes representando os trabalhadores de saúde, 2 titulares e 2 suplentes representando o governo, 2 titulares e 2 suplentes representando os prestadores de serviços) havendo com isso o prejuízo na representação dos usuários (que foram suprimidos em metade de sua representação) e “lucro” na representação do segmento prestadores de serviços (que foram duplicados em sua representação).

Para a escolha de nossos entrevistados tomamos como base real de alguns fatores tais como: participação nas reuniões do CMS; percepção de representação; designação de representação. O que queremos dizer com isso? Queremos dizer que em um primeiro momento tentamos entrevistar os conselheiros municipais de saúde que se faziam presentes nas reuniões do CMS em que observamos de forma participativa. Em um segundo momento, durante a entrevista percebemos algumas contradições de representação (servidora concursada representante do segmento trabalhadores da saúde que se percebe representando o governo e ex-servidora representando também o segmento trabalhadores da saúde que se percebe representando o segmento usuários).

Por fim procuramos um conselheiro não muito presentes nas reuniões do CMS, mas que seria importantes para completar o rol de representantes dos segmentos do CMS. Mas não apenas por isso... Também para se ter em nossa análise a perspectiva de “alguém de fora” da sistemática do CMS, mas não de fora da sistemática do SUS. Como é o caso desta representante entrevistada.

Dessa forma realizamos ao todo 11 entrevistas semi-estruturadas com 11 diferentes conselheiros do CMS de forma que ficou assim organizada nosso inventário de informantes: 4 representantes do segmento usuários (usuário A representando a LCC⁶; usuário E representando a APAE⁷; usuário K representando a Pastoral da Criança⁸; usuária I representando o Sindicato dos Trabalhadores⁹ – esta última sendo ex-servidora municipal, atual servidora municipal de município vizinho e burocraticamente representando o segmento trabalhadores de saúde); 3 representantes do segmento trabalhadores de saúde (trabalhador de saúde J¹⁰; trabalhador de saúde T¹¹; trabalhador de saúde Z¹² – a primeira não sendo muito atuante junto ao CMS, mas sendo ACS está a par das modificações estruturais que o SUS de Nova Hartz perpassou nestes últimos anos); 2 representantes do segmento prestadores de serviços (prestador de serviços G¹³; prestador de serviços P¹⁴) e 2 representantes do segmento governo (representante do governo F¹⁵; representante do governo M¹⁶).

A entrevista contava com: 3 perguntas iniciais norteadoras e elucidativas da caracterização pessoal e histórica dos indivíduos que serviram apenas para sular nossas análises; e 7 perguntas que problematizaram e interpelaram os indivíduos em sua condição de sujeitos atuantes junto ao CMS e ao SUS de Nova Hartz.

Como primeira pergunta estruturada interpelávamos aos conselheiros a respeito do que significava a palavra saúde para os mesmos: “O que a palavra saúde significa para você?”. Obtivemos diferentes perspectivas para com este conceito basilar em qualquer análise que se realize junto SUS ou a qualquer outro sistema de saúde.

⁶ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento usuários A – Liga de Combate ao Câncer citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 11/10/2012 (nota nossa).

⁷ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento usuários E – APAE citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 09/10/2012 (nota nossa).

⁸ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento usuários K – Pastoral da Criança citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 14/08/2012 (nota nossa).

⁹ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento usuários I – Sindicato dos Trabalhadores citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 24/09/2012 (nota nossa).

¹⁰ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento trabalhadores da saúde J citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 24/10/2012 (nota nossa).

¹¹ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento trabalhadores da saúde T citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 19/10/2012 (nota nossa).

¹² Todas as informações verbais de fala do representante do segmento trabalhadores da saúde Z citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 17/10/2012 (nota nossa).

¹³ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento prestadores de serviços G citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 19/10/2012 (nota nossa).

¹⁴ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento prestadores de serviços P citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 25/10/2012 (nota nossa).

¹⁵ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento governo F citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 19/10/2012 (nota nossa).

¹⁶ Todas as informações verbais de fala do representante do segmento governo M citadas daqui por diante neste trabalho foram coletadas em entrevista realizada em 17/10/2012 (nota nossa).

Tabela 2: Respostas a questão: "O que a palavra saúde significa para você?"

PERGUNTA: "O que a palavra saúde significa para você?"			NEXOS ESTABELECIDOS
SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	RESPOSTA:	
USUÁRIOS	Representante A LCC	<i>"Eu acho que a saúde pra mim a coisa mais importante do município e de todo o país."</i>	- importância nacional
	Representante E Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais	<i>"[...] Olha meu caro as empresas devem estar convictas que ter gente sadia produz! E a saúde dentro das famílias tudo é básico. Então a saúde vamos dizer que entre saúde e educação, as coisa andam juntas. Não tem como você fazer uma separação. Não dá como dicotomizar isto aí não é? Isso é junto! Ter saúde é uma coisa... É o bem mais preciso. A vida do ser humano! [...] E a saúde sem esta a gente não temos uma vida digna e justa. Tu tem uma dependência que tu tem que correr atrás. Até hoje é uma luta! Na verdade quem depende de saúde mesmo hoje ainda [...]."</i>	- trabalho - educação - dignidade - justiça - luta
	Representante K Pastoral da Criança	<i>"A saúde é o bem estar da população. Quando que as pessoas estão se sentindo bem. Quando não estão se sentindo engripadas. Quando não estão sentindo dor nenhuma e nem nada. E daí a própria saúde é a higiene das próprias casas. O jeito do pessoal ter higiene de limpeza dentro de pátio e de tudo. E quem dirá dentro de casa!"</i>	- bem-estar - higiene - limpeza
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	<i>"Bom! Pra mim a palavra saúde quer dizer que se eu tenho saúde eu posso trabalhar, estou feliz, posso viver tranquilo... Se estou doente não consigo trabalhar, não estou feliz, não estou contente... Está tudo ruim! E a palavra saúde em si... É o bem estar da pessoa né? E isso você quer encontrar no órgão público. O bem estar pra que eles te ofereçam o bem estar quando há necessidade de usufruir. Essa é a minha opinião!"</i>	- trabalho - bem-estar - público
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	<i>"Saúde é tudo não é? Se você não tem saúde, você não tem nada! Pra ti trabalhar... Viver! Seguir tua vida tem que ter saúde. É o que é mais importante para todos..."</i>	- tudo - importância
	Representante T	<i>"O conceito de saúde de bem-estar físico, mental e social do indivíduo."</i>	- bem-estar
	Representante Z	<i>"O bem-estar da pessoa."</i>	- bem-estar
GOVERNO	Representante F	<i>"O essencial para o ser humano! Em todas as plenitudes... O essencial para o ser humano é ter saúde! E acesso à saúde pública principalmente..."</i>	- essencial - público
	Representante M	<i>"Saúde! Pois é... Acho que saúde é tudo! Cuidar bem do corpo... Cuidar bem do físico... Acho que é tudo assim... Realmente cuidar do corpo... Isso é a saúde!"</i>	- tudo - bem-estar
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	<i>"O essencial! O principal! Se não temos saúde, não temos nada!"</i>	- essencial
	Representante P	<i>"Saúde... Saúde significa uma reunião de necessidades que devem ser atendidas para com o ser humano. Então seria todo uma série de diagnósticos, acompanhamentos sociais e psicológicos para que a pessoa consiga ter uma saúde digna de ser humano. Isso é o que eu entendo por saúde."</i>	- necessidades - diagnósticos - dignidade

Obtivemos com esta pergunta 5 nexos da saúde como sendo o **bem-estar** das pessoas, nexos muito parecidos com o conceito mundialmente divulgado, aceito e criticado da OMS¹⁷. Dentre os segmentos apenas no segmento prestadores de serviços é que não ocorreu tal nexo da saúde percebido como o bem-estar das pessoas.

Outros nexos estabelecidos com a palavra saúde foram:

- a) 2 nexos estabelecidos com a perspectiva de atendimento em saúde ser prestado e ou realizado pela iniciativa **pública** (indicada por representante dos usuários e do governo);
- b) 2 nexos estabelecidos com a perspectiva do **trabalho** advinda do segmento usuários (condicionando a necessidade de saúde para possibilitar a efetivação do trabalho),
- c) 2 nexos estabelecidos com a noção de que a saúde possibilita **dignidade** a seus signatários (aventada por representante dos usuários e do prestador de serviços);
- d) 2 nexos estabelecidos com a **essencialidade** da necessidade de saúde;
- e) 2 nexos estabelecidos com a **importância** da necessidade de saúde;
- f) nexos estabelecidos com **educação**; necessidade de **diagnósticos e acompanhamento social**; **justiça e luta**; e **higiene e limpeza** todos contendo apenas uma recorrência nas falas;

Em grande medida as percepções obtidas não foram muito díspares de nosso debate teórico exposto no primeiro capítulo deste estudo. Interessante que a perspectiva de saúde vinculada a disponibilidade de exames laboratoriais e consultas médicas foi defendido somente pelo representante do segmento prestadores de serviços. Por outro lado a saúde elencada como uma luta a ser travada e conquistada perante os poderes constituídos foi lembrada apenas por um representante do segmento usuários. Importante que em duas das respostas dadas por usuários (um representante sendo representante da APAE e o outro do Sindicato dos Trabalhadores) percebiam a saúde como a possibilidade efetiva de trabalhar.

O representante da APAE possui extenso histórico de vida política. Estudou inicialmente licenciatura em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica – PUC e depois da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Foi ativista da Pastoral Jovem e União Estudantil Católica (conheceu nessa época a atual presidenta Dilma Rousseff). Retornando a Nova Hartz trabalhou em outras áreas antes de se tornar fotógrafo autônomo. Fundou a APAE

¹⁷ O conceito de saúde da OMS foi apresentado e exposto no Capítulo 1 A saúde enquanto direito (nota nossa).

de Nova Hartz em função de ter filho portador de necessidades especiais. Foi filiado ao Movimento Democrático Brasileiro – MDB em 1976. Foi o primeiro vereador do distrito de Picada Hartz (com 332 votos + 41 votos) em Sapiranga – RS no mandato de 1977-1981 que foi prorrogado por mais dois anos de 1982-1983. Fundador do Partido Democrático Trabalhista – PDT em Nova Hartz em 1984. Ativista do processo reivindicatório de emancipação de Nova Hartz desde 1985. Candidato ao Executivo de Nova Hartz derrotado na primeira eleição municipal. E finalmente Prefeito Municipal de Nova Hartz eleito em 1992 para o mandato de 1993-1996. Percebemos então que este conselheiro municipal de saúde sempre esteve envolvido com as questões de saúde e da política. Sua opção partidária dentro do escopo de ação trabalhista (sua filiação ao PDT) o conduz em suas interpelações a vincular o conceito de saúde proposta na questão com seus esquemas ideológicos de ação política. Por isso suspeitamos que o vínculo do conceito de saúde ao trabalho lhe é muito caro.

Quanto à outra representante do segmento usuários representando o sindicato dos trabalhadores (em sua percepção já que burocraticamente ela representa os trabalhadores em saúde) que também vinculou o seu conceito de saúde ao de trabalho também possui um histórico considerável de vida:

“Comecei a ser servidora estatutária aqui do Município de Nova Hartz em 1992. Logo que comecei já fui convidada para participar do Conselho Municipal de Saúde. Permaneci como servidora estatutária até 2002. Fiquei certo tempo inativa e logo depois meio-ano como comissionada aqui no município. Comissionada com perfil técnico! Não com perfil político! Eu não trabalhei e nem trabalho por político. Trabalhei por necessidade... Necessitava-se de um quadro técnico onde se cabia fazer o que eu faço! Até hoje! Eu aceito, mas como técnico! Não como político! Permaneci nessa situação até 2004 quando comecei a trabalhar em Sapiranga onde trabalho até hoje. Não pretendo parar de trabalhar tão cedo.”

(Representante I do segmento Usuários – Sindicato dos Trabalhadores)

Percebemos então que diferente do histórico de vida anterior, esta conselheira vincula o conceito de saúde ao trabalho não em função de suas predisposições políticas. Mas sim porque ela tomou a si a saúde como seu mote profissional de vida. Trabalho e saúde para ela lhe são entrelaçadas em sua prática ocupacional e de vivências com outros sujeitos que se utilizam dos serviços de saúde em que atua ou convive.

Na segunda pergunta estruturada fazíamos o seguinte questionamento: “O que o SUS representa para você?”. Muitos conselheiros realizavam uma pausa prolongada e reflexiva antes de iniciar a resposta desta pergunta. Muitos transpareciam que precisavam formular um discurso apropriado e não naturalizado sobre o que representava para eles o SUS.

Tabela 3: Respostas a questão: "O que o SUS representa para você?"

PERGUNTA: "O que o SUS representa para você?"			NEXOS ESTABELECIDOS
SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	RESPOSTA:	
USUÁRIOS	Representante A LCC	<i>"O SUS pra mim é uma falência! Se fosse só o SUS pra mim eu estava falido! Só isso!"</i>	- falência
	Representante E Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais	<i>"Sistema Único de Saúde. É um sistema teoricamente ideal. Não tem! Se você for analisar o SUS tu tem tudo lá dentro teoricamente. Na implantação dele são por etapas que vão desde uma consciência do próprio meio familiar até os serviços e dos administradores [...]."</i>	- teoria - ideal
	Representante K Pastoral da Criança	<i>"[...] O SUS é uma coisa muito boa! Porque se a pessoa precisa... É um pouco lento e tudo pra conseguir marcar alguns exames e tudo, às vezes tu precisa fazer uns exames e tudo e não é muito fácil [...]"</i>	- coisa boa
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	<i>"[...] E SUS é Sistema Único de Saúde. Isso quer dizer que o SUS é válido em todo o território nacional. Se eu preciso... Por direito mesmo eu estando em Brasília e ficasse doente eu iria procurar o SUS... Mas nem sempre é assim... Pode até procurar... Mas ser atendido é outra coisa... Assim né... Como é Sistema Único de Saúde todos tem o direito de consultar, fazer exames, internar, fazer cirurgias... Mais ou menos isso."</i>	- direito - nacional -universalidade
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	<i>"Olha! Pra ser bem sincera! Assim no SUS poderia ser bem melhor do que é! Infelizmente como a política nossa não caminha como tem que ser ou olhando bem o lado da saúde deixa muito a desejar... O SUS deixa muito a desejar..."</i>	- deixa a desejar
	Representante T	<i>"O SUS! O SUS representa uma ideia... Um projeto... Que se bem aplicado facilita em muito a vida das pessoas... Porque ele é uma previdência em saúde mais completa que tem! O problema ainda está em como encaminhar as pessoas para todos terem acesso igual a tudo que ele fornece."</i>	- ideia - previdência - igualdade
	Representante Z	<i>"Eu acho que o SUS é um dos melhores planos de saúde do mundo!"</i>	- plano de saúde
GOVERNO	Representante F	<i>"O SUS é essencial para todos os níveis da sociedade. Pobres e ricos, todos tem acesso à saúde. Acesso ao mesmo tipo de saúde. Nivelados a todos sem distinção de cor, credo, classe social... Nenhuma distinção!"</i>	- acesso - nivelamento - sem distinção
	Representante M	<i>"Eu defendo o SUS como um todo! Eu acho que o SUS é um dos melhores sistemas de saúde do mundo! Bastante coisa por avançar... Bastante coisa pra melhorar... Mas o acesso que se tem através do SUS é bem mais amplo do que a própria iniciativa privada representa em relação a saúde. O SUS como um todo é um sistema bem completo!"</i>	- um dos melhores sistemas de saúde
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	<i>"Silêncio total! Báh! O que é o SUS? É o básico! O básico de tudo! Eu não uso o SUS... [...] Eu não escolho o SUS! [...] O serviço público, mas não me agrada... [...]"</i>	-básico - não me agrada
	Representante P	<i>"Olha! É um sistema muito bom. Assim pra nós laboratórios...[...]"</i>	- sistema bom

Obtivemos com esta pergunta uma disparidade de percepções bem grande. Enquanto alguns conselheiros percebem o SUS como uma falência ou a prestação de serviços estritamente básicos; e do outro lado temos outros conselheiros que percebem o SUS como um dos melhores planos de saúde do mundo ou um sistema de saúde completo. Outros conselheiros por sua vez lembram daquilo que o SUS se propõem enquanto projeto e seus princípios de atendimento quanto à gratuidade, universalidade, igualdade (nivelamento), entre outras concepções:

- a) 4 nexos similares a ideia do SUS enquanto um **bom sistema de saúde, plano de saúde** ou **previdência em saúde**;
- b) 3 nexos similares aos significados pelos quais os SUS se orientam que são as ideias de **universalidade, igualdade, nivelamento sem distinção**;
- c) 2 nexos similares ao SUS ser uma ideia ou uma **concepção teórica**;
- d) 2 nexos similares do SUS enquanto um sistema que **deixa a desejar e não agradável**;
- e) 1 nexo que aponta o SUS apenas como uma **coisa boa**;
- f) 1 nexo que aponta o SUS enquanto uma **falência** estrutural;

Na terceira pergunta estruturada questionávamos “Como se deu seu envolvimento junto ao Conselho Municipal de Saúde?” para com os conselheiros dos diversos segmentos. Percebemos que a escolha de representação nem sempre é amparada de forma democrática. Alguns conselheiros se concebem representantes de determinados segmentos, entretanto na burocracia estatal do aparato são delegados de outras instituições ou não possuem a devida distinção entre seu cargo ocupado e sua representação.

As representações junto a CMS conforme denotam nas respostas dadas que a estrutura da SMS possui grande poder de indicação junto ao CMS. Quase todos os conselheiros deixam perceber que sua representação junto ao CMS se deu em função de convite a sua entidade ou empresa (no caso dos prestadores de serviços), indicação, delegação ou nomeação via SMS. Parece não existirem fóruns organizados que escolham efetivamente os representantes dos usuários e trabalhadores da saúde junto a APAE, Lions, Pastoral ou no Sindicato dos Municipários (órgão que sindicaliza indiretamente os trabalhadores da saúde concursados publicamente). Indica-se com esta percepção que o CMS de Nova Hartz ainda conta com pouco envolvimento ativo da sociedade civil para escolher seus representantes via suas entidades organizadas.

Tabela 4: Respostas a questão: “Como se deu seu envolvimento junto ao Conselho Municipal de Saúde?”

PERGUNTA: “Como se deu seu envolvimento junto ao Conselho Municipal de Saúde?”			NEXOS ESTABELECIDOS
SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	RESPOSTA:	
USUÁRIOS	Representante A Liga de Combate ao Câncer	“De 2001 em diante eu comecei a ter envolvimento em todas as gestões do conselho. Sempre representando os usuários como indicado da APAE, mas não participando da diretoria da APAE.”	- representando a APAE como usuário
	Representante E Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais	“[...] No Conselho Municipal de Saúde eu represento por assim dizer a ala das APAE, no caso a da APAE daqui. Dos especiais que foi citado. [...] E lá assim a gente não tem pressão. A gente não tem esse poder todo.”	- representando a APAE não tendo muita pressão
	Representante K Pastoral da Criança	“Eu cheguei no Conselho Municipal de Saúde através de um colega meu que fazia parte da Pastoral da Criança. [...]Ele se retirou daqui por causa dos problemas de saúde da sogra dele... Daí ele pegou e me pediu pra entrar eu e mais uma outra colega que também faz parte da Pastoral da Criança. Daí a gente entrou.”	- representando a Pastoral em função de que amigo se retirou da cidade
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	“Na época em que o Conselho Municipal de Saúde começou... Esse é um órgão como a gente é voluntário... Pouca gente aparece... Porque não se recebe... Não é pago! Então por isso [...].”	- representação voluntária
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	“Bom! Como eu sou agente comunitária de saúde eu fui convidada através da enfermeira pra gente participar e estar mais a par do andamento do conselho que não é muito divulgado [...].”	- representação como ACS
	Representante T	“Eu fui delegada para a função. Fui chamada pela secretária da época e disse que eu faria parte do conselho [...].”	- representação delegada
	Representante Z	“Eu fui nomeada pela Administração Municipal. Tinha que ter a paridade e aí então fui nomeada como membro da Administração.”	- representando a Administração Municipal
GOVERNO	Representante F	“A princípio entrei como cargo de confiança no caso pra Prefeitura. Daí a Secretaria Municipal de Saúde me convidou para fazer parte do Conselho Municipal de Saúde [...].”	- representação por comissionamento
	Representante M	“Existe a parte que representa a área governamental... O conselho é composto pela parte governamental e não governamental. Eu fui indicada através da Secretaria de Saúde pra compor o conselho fazendo parte da área governamental.”	- representação governamental
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	“Nós do Laboratório E... entramos este ano para o conselho. Eu o Dr. P... Eu sou suplente dele e até mesmo fui convidada para ser secretária... Mas eu neguei a posição porque nós somos iniciantes... É o primeiro ano que a gente está no conselho. Então a gente está começando esta vida...”	- representação laboratorial
	Representante P	“Fui convidado! Como prestador! [...]Então eu fui convidado... Eu até acho que em anos anteriores eu já fazia parte e depois eu não sei o que é que houve com o conselho, mas fazem acho que dois anos ou um ano e pouco que fui convidado novamente para fazer parte do conselho.[...]. Eu achei interessante porque é sempre bom a gente estar a par daquilo que o município está gastando em saúde [...].”	- representação como prestador

Na quarta pergunta estruturada aprofundamos a questão de representação e participação dos conselheiros junto ao CMS. Realizamos a seguinte questão: “Em sua opinião qual o seu papel como membro de Conselho Municipal de Saúde?” para os conselheiros municipais de saúde. Em várias respostas disponibilizadas o papel fiscalizador foi recorrentemente citado como sendo o principal papel do CMS:

Tabela 5: Respostas a questão: “Qual seu papel como membro de Conselho Municipal de Saúde?”

PERGUNTA: “Qual seu papel como membro de Conselho Municipal de Saúde?”			NEXOS ESTABELECIDOS
SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	RESPOSTA:	
USUÁRIOS	Representante A Liga de Combate ao Câncer	“Seria para mim pelo certo uma fiscalização. Tudo o que acontece na cidade ou uma coisa assim pra fiscalizar.”	- papel fiscalizador
	Representante E APAE	“Defendemos uma justa aplicação dentro dos percentuais que cabem ao município. [...]”	- papel fiscalizador
	Representante K Pastoral da Criança	“[...] Eu sei que uma reunião que tinha na inauguração do Posto de Saúde que nós se encontramos lá... Daí eles disseram que o único que pegou e recebeu o convite especial e tudo pra ir lá [...] Daí por isso que eu peguei e estive lá naquela lá reunião [...]”	- papel participante
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	“[...] Sempre comparecer e estar atento... Ajudar a vigiar... Como se diz? Fiscalizar! Perguntar! Se o povo está sendo atendido conforme... Independente de governo! [...]Porque conselheiro tem que sempre estarem presentes nas reuniões. Porque se ele é escolhido pra isso ele tem que estar presente! E não simplesmente chegar no dia e achar bonito que eu fui eleito ou escolhido e depois não aparecer!”	- papel fiscalizador - papel participante - papel vigilante - papel inquiridor
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	“O papel dos membros é fiscalizar... Estar a par de tudo o que envolve a área da saúde acompanhando tudo o que se passa, tudo que entra e que envolve a área da saúde no município. Ter uma visão mais voltada para a comunidade [...]”	- papel fiscalizador - papel ativista
	Representante T	“O membro deveria fazer a fiscalização das contas e cobrar ações específicas do que é aplicado em termos de saúde [...]”	- papel fiscalizador
	Representante Z	“Acho que o conselho serve mais para fiscalizar...”	- papel fiscalizador
GOVERNO	Representante F	“Fiscalizar todas as ações feitas pelo órgão administrativo.[...] O conselho deveria fiscalizar como é fiscalizado hoje [...]”	- papel fiscalizador
	Representante M	“Como o conselho envolve pessoas de todas as esferas acredito que o papel do conselho fosse o de fiscalizar, criar, ajudar na criação de políticas de saúde municipal e ajudar a compor os programas que o município projeta ou que é inserido a fazer...”	- papel formulador de políticas
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	“[...] Os orçamentos, as coisas... A gente olha e aprova [...]”	- papel aprovador
	Representante P	“O papel dos membros? Eu acredito que essa comissão de pessoas do conselho de saúde... Isso aí simplesmente é pra gente olhar e ver como é que o município gasta né?[...]”	- papel observador

Apenas um dos entrevistados possibilitou em sua fala a ocorrência da participação nas atividades da SMS (usuário K representante da Pastoral da Criança) ao invés de citar o papel fiscalizatório do CMS. Um das respostas que consideramos mais importantes perante interpelações não estruturadas que realizávamos após a quarta pergunta foi a que foi disponibilizada pela representante T do trabalhadores da saúde:

Pergunta: *“Na sua opinião quais seriam os caminhos para resolverem estes problemas?”* *“Teria que a parte que é eleita para os conselhos... Deveria... Reunir o conselho e fazer estudos! A respeito do que é que é o conselho e qual o seu papel... E em cima desta capacitação do conselho começar a gerir e a trabalhar em cima disso... Enquanto não se fazer esta capacitação do conselho não se vai em frente!”*

(Representante T do segmento Trabalhadores da Saúde)

Esta percepção foi mais bem explicitada nesta resposta explicitada, mas outros conselheiros cientes de suas insuficiências teórico-práticas também sugeriram medidas práticas que potencializem o trabalho do CMS:

Pergunta: *“Em sua opinião qual deveria ser a formação de um membro do Conselho Municipal de Saúde?”* *“Não! Eu só tenho o Ensino Médio! E o curso de Técnico em Enfermagem! Os membros do conselho não precisam ter grandes estudos... O problema é cada vez que começa uma nova gestão... Pelo certo o secretário tinha que reunir e levar eles pra aquele lugar... Porque o Estado oferece esse curso de capacitação. Isso eu sei porque eu fiz! Eu já fiz duas vezes né! Então? Mas qual é? Não é vantagem! Penso eu! Isso não é nesse governo! Isso é em todos! Não é muito vantagem todos saberem o que se passa! Porque você pode não saber e eles vão te responder bem outra coisa... E agora eles pedem capacitação. E foi prometido capacitação! Porque ele tem que receber! Porque eu falo dos antigos que já não estão mais... O que diz essa lei [mostrando a atual Lei Municipal do Conselho Municipal de Saúde] ou aquela lei... Ninguém sabe! As leis de 1990 [que instituíram o SUS] ninguém daquela turma [o Conselho Municipal de Saúde] sabem! A única que de repente sabe, mas que agora está licenciada, é a Sr. R... Ah! E eu acho que o seu A... Ele também e o Srº. E...”*

(Representante I do segmento Usuários – Sindicato dos Trabalhadores)

A representante do segmento usuários I do Sindicato dos Trabalhadores explana em sua fala que os governos indiferentes de sua posição ideológica não possuem interesse em capacitarem os membros do CMS. Vai mais além ao sugerir a artimanha que o governo se utiliza ao ser interpelado sobre determinados assuntos passando-se por subentendido. De um modo geral a quarta pergunta corrobora o papel fiscalizador de controle social que o CMS desempenha perante o Estado apesar das problemáticas e insuficiências também presentes.

Na quinta pergunta estruturada indagamos se “Você percebe o SUS como uma política pública de saúde?” para iniciarmos o contraponto entre a perspectiva do SUS constituído enquanto política pública e a inserção privada e ou particular dentro deste sistema.

Tabela 6: Respostas a questão: “Você percebe o SUS como uma política pública de saúde?”

PERGUNTA: “Você percebe o SUS como uma política pública de saúde?”			NEXOS ESTABELECIDOS
SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	RESPOSTA:	
USUÁRIOS	Representante A Liga de Combate ao Câncer	“Com certeza! Com certeza! O SUS não é uma entidade privada! Particular! A saúde é pública! É pública! Eu reafirmo isso!”	- percebe público
	Representante E APAE	“Perceber? É eu acho que Sistema Único de Saúde é público! Não é? É público! Seria o canal apto e habilitado pra gerenciar a saúde pública da melhor maneira possível [...]”	- percebe público como canal apto habilitado
	Representante K Pastoral da Criança	“Não eu até digo assim... Que o SUS é uma coisa muito boa. Eu não vou dizer que seja... Ela é pública! Sim! Todo mundo pode pegar e usar. Mas não que seja assim politicagem... Não! No meu ver...”	- percebe público sem politicagem
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	“Não sei! Uma pergunta que eu não sei responder! É que existem muitos ‘buracos’ no SUS. Porque tem certos espaços ou lugares onde o SUS funciona 100% muito bem. Já em outros lugares o SUS não funciona! Então é meio-a-meio como se diz. Teria que ter 100% de SUS! E até aqui não tem 100% SUS. Eu até posso receber certa parte, mas a outra parte a pessoa precisa pagar! Então não é 100%!”	- percebe públicos com “buracos” privados
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	“Percebo sim! Uma política pública mas que infelizmente as vezes não está superando ou suprindo as necessidades.”	- percebe públicos com insuficiências
	Representante T	“Sim! Totalmente pública!”	-percebe público
	Representante Z	“Percebo!”	-percebe público
GOVERNO	Representante F	“Sim em toda a sua plenitude! 100%...”	-percebe público
	Representante M	“Acredito que sim! Uma política pública de saúde...”	- percebe público
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	“Sim!”	-percebe público
	Representante P	“Política pública? Olha eu acho que o SUS é necessário! É um meio de as pessoas obterem atendimento! Uma saúde! Para o pessoal que não pode pagar! E isso tem muita gente! [...]”	- papel observador

Apesar de todas as respostas apontarem para a confirmação do SUS enquanto política pública governamental; duas respostas em especial problematizam a abrangência deste público. A representante I dos usuários do sindicato dos trabalhadores logo de cara já não consegue admitir se o SUS é 100% público. Percebe enquanto usuária e trabalhadora da saúde que o SUS apresenta “buracos” que levam as pessoas a buscar a iniciativa privada paga para que possam ser atendidas conforme suas necessidades. Outra representante dos trabalhadores da saúde J percebe também algo muito similar que ela denota ao mencionar que o SUS não está “suprindo as necessidades” que lhe são exigidas pelos usuários.

Como sexta pergunta estruturada contrapomos a questão da iniciativa privada a pergunta anterior sobre a ambientação pública do SUS: “Você percebe interesses particulares / privadas realizadas junto ao SUS?”:

Tabela 7: Respostas a questão: “Você percebe interesses particulares / privadas realizadas junto ao SUS?”

PERGUNTA: “Você percebe interesses particulares / privadas realizadas junto ao SUS?”			NEXOS ESTABELECIDOS
SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	RESPOSTA:	
USUÁRIOS	Representante A LCC	“Deve ter! Só que tem as empresas privadas que são terceirizadas que têm interesses.”	- percebe interesses privados
	Representante E APAE	“Não digo junto ao SUS. Mas há carência e demanda na comunidade e nos empurra a também investir pessoalmente [...] Existe! Infelizmente existe! Na prática dentro da pressão na falta de celeridade na área de pronto atendimento[...].”	- percebe em função da falta de celeridade pública no pronto atendimento
	Representante K Pastoral da Criança	“Não! Até agora não notei nada!”	- não percebe
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	“Existe! Infelizmente existem! São poucos, mas existem! Tem laboratórios, tem clínicas que trabalham para o SUS Mas é tudo limitado né? A limitação é feita pelo próprio dono do laboratórios, dos consultórios, das clínicas, seja o que for! Eles fazem as limitações porquê? Porque eles aceitam trabalhar para o SUS, mas não totalmente! Porque o SUS paga pouco! E isso não mantém uma clínica, um laboratório só com o SUS [...]Mas as outras coisas, os serviços mais essenciais que nem vacinas, consultas, especialidades tudo é realizado por concursados. E o objetivo nosso do Conselho e isso! Exigir que o município faça concursos![...].”	- percebe diversidade do privado
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	“Sim! [...] A gente vê que começam as áreas privadas e convênios começam a tomar conta daquilo que antes era só SUS. Por causa do dinheiro não é? Envolve dinheiro... [...] Porque entra muito convênio e o pessoal vai entrando com o dinheiro e vão deixando o SUS de lado... Outra lógica começa a imperar...”	- percebe a lógica privada começando a imperar
	Representante T	“Também tem! Tem! Tem a nível de que as vezes é preciso terceirizar e se faz convênios [...]. E tem também os casos de médicos particulares. Fazem todos os exames e coisas... Mas na hora de fazer a internação do paciente... Transferem para fazer todos os procedimentos via SUS! Acontece também!”	-percebe inúmeras terceirizações e transferências do privado para público
	Representante Z	“Não! Não!”	- não percebe
GOVERNO	Representante F	“Vejo assim muitas parcerias... Convênios... Para fazerem valores mais baixos quando o SUS não consegue abranger totalmente a população.”	-percebe parcerias do público e privado
	Representante M	“Isso relacionado a empresas... Acredito que privados sim... Uma vez que é feito contratos... Na verdade o Estado faz contratos junto com empresas pra poder realizar os serviços e essas empresas além de prestarem um serviço pro SUS, prestam junto no mesmo local pra parte privada.”	- percebe privado se beneficiando do público
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	“Aí tem o interesse também! Tem o interesse de ambas as partes. Nós aqui somos uma empresa privada que trabalhamos com o SUS! [...] Mas há interesse!”	-percebe interesses privados
	Representante P	“Assim oh! O SUS tem uma rede privada e sempre ele tem o apoio do pessoal privado! [...] E isso existe experiências em todo o Estado! [...] Terceirizando! Isso... Com a rede privada!”	- percebe sempre interesses privados

Dos onze entrevistados apenas dois afirmaram desconhecer ou não perceberem interesses particulares ou privados junto ao SUS. Destes é quase natural que o usuário da Pastoral da Criança desconheça os interesses privados existentes junto ao SUS em função de que seu vínculo com o CMS e a SMS se dá em nível de entidade e não como usuário ativo e atento do SUS municipal. Admira-se que a trabalhadora de saúde Z não perceba interesses privados ou particulares junto ao SUS, já que é justamente uma das atribuições da mesma coordenar a equipe terceirizada que atua junto ao PA municipal. O detalhe desta não percepção talvez se refira a uma questão de conceituação daquilo que é privado e público nos esquemas discursivos e práticos desta conselheira ou ainda da constituição de um discurso ilusório da realidade em que atua.

Dos outros nove entrevistados que afirmaram existir algum tipo de interesse particular e ou privado junto ao SUS temos inúmeras perspectivas a serem analisadas. Desde uma perspectiva do tipo “dever ter” até uma argumentação bem elaborada em defesa da iniciativa privada junto ao SUS como é o caso da resposta disponibilizada pelo representante P dos prestadores de serviços. Argumentação embasada no conhecimento da realidade de alguns municípios próximos (Araricá, Sapiranga, Porto Alegre onde o mesmo entrevistado gerencia outros laboratórios) que também se obrigam a conveniar a área de exames e similares no SUS.

Três percepções foram muito similares em sua abordagem da relação entre o público e o privado. A representante I dos usuários pelo Sindicato de Trabalhadores, a representante M do governo e a representante T dos Trabalhadores da Saúde que relataram uma percepção quase naturalizada do conveniamento e terceirização de várias áreas da saúde. Interessante a percepção elucidada pela representante I dos usuários que aponta que o conveniamento possui uma limitação no número de exames terceirizados nos laboratório em função da tabela SUS (que é o que orienta efetivamente o pagamento destes mesmos exames) estar defasada. Por outro lado, ao também realizarmos as entrevistas com os prestadores de serviços, tivemos acesso a informações de que 70% dos exames laboratoriais realizados são via SUS por estes laboratórios conveniados. Uma pergunta se apresenta: Se 70% dos exames realizados por estes laboratórios são pagos pela defasada tabela SUS, onde se compensa lucrativamente esta defasagem que o público “sobrepua” ao privado? Nos 30% de exames realizados diretamente pela iniciativa privada? Na terceirização destes mesmos laboratórios para com grandes centrais de análise laboratorial? Várias questões surgem apenas nesta questão de conveniamento privados dos exames. Sendo que os conveniamentos existem em outras áreas da saúde municipal...

A utilização discursiva de determinadas palavras é surpreendente nos discursos de alguns sujeitos interpelados a respeito do privado junto ao SUS. A palavra “parceria” na interlocução do representante F do governo é fenomenal ao ponto de não apenas naturalizar o conveniamento terceirizado, mas também o de indiretamente exaltar ao colocar como parceiros interesses totalmente distintos que são o interesse público no atendimento eficaz da saúde e o interesse privado e ou particular de lucrar com seus serviços eficientes em saúde.

Ideologicamente a construção discursiva do representante E dos usuários da APAE é emblemática. Tendo o histórico partidário que já apresentamos minuciosamente, o sujeito denota em trecho suprimido de seu discurso que a saúde disponibilizada pelo estado de forma totalmente gratuita seria o “**extremo do socialismo instalado**”:

“Também não é investir tudo de graça... Também não sonho com isso... É claro! Serio o extremo do socialismo instalado! Que todos participariam plenamente e o Estado toma conta... O SUS cuida da saúde plenamente... Daí é um sonho... É um pouco de oásis... Mas eu vejo assim [...]”

(Representante E do segmento Usuários – APAE)

Esta perspectiva é tomada pelo sujeito como a oposição ao que existe. Nesta deixa se exprime o esquema de intenção do mesmo: um meio termo entre o que existe e o socialismo. Tencionamos nos próximo capítulo e nas considerações finais sistematizar as apreensões sobre os nexos discursivos que se estabelecem entre o público e privado nas falas dos sujeitos pesquisados. O que fica nítida nestas e em várias falas é que junto ao SUS “outra lógica começa a imperar...” como proferido pela representante J dos Trabalhadores da Saúde.

Como sétima e última pergunta estruturada inquirimos a seguinte pergunta: “Como você avalia o atendimento em saúde realizado pelo Município?”. Percebemos algumas aparentes incoerências entre o que os sujeitos expressaram com relação ao que o SUS representa e o atendimento local do SUS. O representante A dos usuários do SUS pela LCC, que mencionou a impressão de ser o SUS uma “falência” nesta interpelação expressa ser o SUS municipal “ótimo”, mas numa escala em que o ótimo é inferior ao bom? Enquanto isso, temos uma percepção pormenorizada do representante K dos usuários do SUS pela Pastoral da Criança que relata a situação estar “precária” em função de procedimentos estruturais de atendimento das UBS’s não darem conta da demanda em função das fichas disponibilizadas de atendimento especializado. Outra ambivalência interessante por sua metaforização é o exposto pelo representante E dos usuários do SUS pela APAE que nota “o cidadão peregrinando” enquanto percebe “o Poder Público tentando dar respostas” a esta peregrinação.

Tabela 8: Respostas a questão: “Como você avalia o atendimento em saúde realizado pelo Município?”

PERGUNTA: “Como você avalia o atendimento em saúde realizado pelo Município?”			NEXOS ESTABELECIDOS
SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	RESPOSTA:	
USUÁRIOS	Representante A LCC	“Ótimo! Ótimo! Eu acho ótimo! Não vou dizer que está bom! Faltam algumas coisinhas pra ser bom.”	- avalia como sendo ótimo
	Representante E APAE	“Como avalio?[...] Vendo o cidadão peregrinando. Quase mendigando. E ao mesmo tempo vendo o Poder Público tentando dar respostas [...].”	- avalia contradições
	Representante K Pastoral da Criança	“[...] O Posto da Vila Nova está meio precário [...] O Posto Central... Eles não aceitam os lá do Vila Nova. Mas se não tem como atenderem? Daí lá está muito precária. Assim ali no Posto Central tá bem mais ou menos. No Imigrante eu também estive em contato antes eu estava dando uma passada por lá. Só que ali também o pessoal tem que ir de manhã pra consultarem só de tarde. Tem que irem lá pegar uma senha pra se consultarem de tarde. Outra coisas assim [...].”	- avalia como sendo precária
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	“O que é que eu vou dizer? Bom! Todas as vezes que eu precisei até que fui muito bem atendida pelo SUS [...] Eu sou bem atendida. Agora outras pessoas não são!”	- avalia como bom, mas não para outras pessoas
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	“Olha! Fazendo uma comparação com outros municípios... Nosso município está caminhando! Tem coisas que estão ficando para trás, mas eles estão buscando. Estão tentando [...].”	- avalia como uma busca, um caminho a ser tentado
	Representante T	“De um modo geral é bom! Mas tem muita coisa por ser ajustada. Tem muita coisa que precisava ser melhorada! [...].”	- avalia como bom, mas urgem melhorias
	Representante Z	Eu acho que é bom! Na medida do possível é bom!	- avalia como bom
GOVERNO	Representante F	“Olha! A gente atinge muitas pessoas. Eu acho bom a atendimento. A gente atinge muitas pessoas.”	- avalia como bom por atingir muitas pessoas
	Representante M	“[...] Comparando assim com outros municípios da região, Nova Hartz é um município que ele é bem atendido na área de saúde. [...]A gente faz e faz bem! Até mais do que é nossa competência. Algumas especialidades que não competem a nós. Temos e acabamos ainda complementando! A gente peca sim! E não é falha do município... É falha do sistema! Que é em relação as especialidades que a gente tem que mandar para os grandes centros [...] E nisso sim a gente tem dificuldade por que não depende de nós pra fazer esse procedimento.”	- avalia como sendo bem atendido e critica o sistema SUS por ter falhas
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	“No meu ponto de vista está bom! Bom!”	- avalia como bom
	Representante P	“A nossa aqui em Nova Hartz? Olha... Eu vou te dizer assim... Eu pelo que vejo na parte como prestador... Vejo que além do que ele... A participação dele como SUS... Ele gasta bastante! Acho que não é particularidade do município de Nova Hartz! Todos os municípios que tem uma verba x pra gastar em saúde, eles gastam sempre... Eu digo assim... Se é 20%! Eles gastam 30%! Se é 15%! Eles gastam 25%! Entendeu? Então assim oh! O município gasta com saúde! Se é bem gerido???... Isso eu acredito que a população esteja contente [...].”	- avalia que o município gasta com saúde além do previsto

De um modo geral nesta última questão temos a seguinte configuração de percepções avaliativas do atendimento público municipal:

- a) 5 nexos que avaliam o atendimento público em saúde como sendo **bom** (dois nexos denotando apenas o aspecto adjetivo, 1 nexos elencando argumentos para justificar esta avaliação por atingir muitas pessoas, 1 nexos apontando que urge a necessidade de melhorias e 1 nexos explicitando que o atendimento não é igualitário para todos);
- b) 1 nexos avaliando o atendimento em saúde municipal tendo como base quase que exclusiva a questão dos **investimentos** disponibilizados pelo poder público;
- c) 1 nexos avaliando o atendimento em saúde municipal como sendo **bem realizado**, mas criticando a estruturação do mesmo sistema em outros níveis que se refletem na avaliação local do mesmo;
- d) 1 nexos avaliando a contradição entre o **cidadão desassistido** e o **estado tencionador da assistência**;
- e) 1 nexos avaliando o atendimento em saúde como sendo **ótimo** (mesmo que em questão anterior o mesmo informante tenha adjetivado o SUS como uma falência);
- f) 1 nexos avaliando o atendimento em saúde como sendo **precário** em função de imperativos estruturais (fichas)

Com estas sete questões estruturadas as questões prévias de orientação e histórico de vida, chegamos a uma síntese sobre os nexos que estabelecemos com base nas respostas disponibilizadas pelos conselheiros municipais perante.

Elencamos estas sete questões para que pudéssemos ter um quadro melhor desenhado para nossa análise sobre apenas três categorias de análise: o conceito de saúde, a perspectiva do público junto ao SUS e a perspectiva do privado junto SUS. Elencamos questões que aparentemente não possuem vínculo direto com nossa problemática de pesquisa. Entretanto várias vezes questões desprezíveis fornecessem um retrato mais completo sobre a realidade municipal do atendimento público em saúde que nos serão importantes da análise. Análise que iremos realizar no próximo capítulo com o aporte discursivo fornecido por nossos sujeitos de pesquisa nos apontamentos que foram neste subcapítulo apresentados.

Abaixo fornecemos uma síntese dos nexos estabelecidos pelos sujeitos de nossa pesquisa nas sete questões que lhes foram interpeladas. Interpelações ideologizadas que influíram na formulação dos discursos que refletem as intenções assumidas pelos mesmos junto ao sistema público de saúde em sua representação enquanto conselheiros do CMS:

Tabela 9: Síntese dos nexos estabelecidos nas questões das entrevistas semi-estruturadas.

SEGMENTO:	REPRESENTANTE:	SAÚDE	SUS	REPRESENTAÇÃO	PAPEL CMS	PÚBLICO	PRIVADO	ATENDIMENTO
USUÁRIOS	Representante A LCC	- importância nacional	- falência	- representando a APAE como usuário	- papel fiscalizador	- percebe público	- percebe interesses privados	- avalia como sendo ótimo
	Representante E APAE	- trabalho - educação - dignidade - justiça - luta	- teoria - ideal	- representando a APAE não tendo muita pressão	- papel fiscalizador	- percebe público como canal apto habilitado	- percebe em função da falta de celeridade pública no pronto atendimento	- avalia contradições
	Representante K Pastoral da Criança	- bem-estar - higiene - limpeza	- coisa boa	- representando a Pastoral em função de que amigo se retirou da cidade	- papel participante	- percebe público sem politicagem	- não percebe	- avalia como sendo precária
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	- trabalho - bem-estar - público	- direito - nacional - universalidade	- representação voluntária	- papel fiscalizador - papel participante - papel vigilante - papel inquiridor	- percebe públicos com “buracos” privados	- percebe diversidade do privado	- avalia como bom, mas não para outras pessoas
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	- tudo - importância	- deixa a desejar	- representação como ACS	- papel fiscalizador - papel ativista	- percebe públicos com insuficiências	- percebe a lógica privada começando a imperar	- avalia como uma busca, um caminho a ser tentado
	Representante T	- bem-estar	- ideia - previdência - igualdade	- representação delegada	- papel fiscalizador	- percebe público	- percebe inúmeras terceirizações e transferências do privado para público	- avalia como bom, mas urge melhorias
	Representante Z	- bem-estar	- plano de saúde	- representando a Administração Municipal	- papel fiscalizador	- percebe público	- não percebe	- avalia como bom
GOVERNO	Representante F	- essencial - público	- acesso - nivelamento - sem distinção	- representação por comissionamento	- papel fiscalizador	- percebe público	- percebe parcerias do público e privado	- avalia como bom por atingir muitas pessoas
	Representante M	- tudo - bem-estar	- um dos melhores sistemas de saúde	- representação governamental	- papel formulador de políticas	- percebe público	- percebe privado se beneficiando do público	- avalia como sendo bem atendido e critica o sistema SUS por ter falhas
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	- essencial	- básico - não me agrada	- representação laboratorial	- papel aprovador	- percebe público	- percebe interesses privados	- avalia como bom
	Representante P	- necessidades - diagnósticos - dignidade	- sistema bom	- representação como prestador	- papel observador	- papel observador	- percebe sempre interesses privados	- avalia que o município gasta com saúde além do previsto

5 AS INTERPELAÇÕES DO PRIVADO E DO ESTADO QUE SE DIZ PÚBLICO

Transcorridas algumas análises concisas das respostas disponibilizadas pelos sujeitos pesquisados as interpelações do presente estudo, realizamos agora o contraponto entre: novos postulados teóricos sobre o conceito de Estado, nossas categorias de análise e novas percepções práticas coletadas que foram obtidas durante as “desestruturações” de nossas entrevistas. Desestruturações neste caso se referindo aquelas perguntas que fugiram ao leque previamente formulado ou às respostas que também fugiram ou aprofundaram algumas questões pertinentes a análise do SUS municipal de Nova Hartz que ora realizamos.

Ocasionamos aqui um debate sobre o Estado por acreditarmos que nosso desenvolver teórico e metodológico nos trouxe. Algumas questões que só com uma devida ambientação conceitual deste termo poderemos elucidar. Questões importantes daquilo que já desenvolvemos teoricamente quanto ao conceito de saúde, de ideologia e ao histórico do SUS somado a algumas colocações postuladas por nossos entrevistados. Questões que ambientaram a saúde enquanto direito conquistado ideologicamente por sujeitos atuantes em sua realidade junto aos poderes constituídos. Atuação que no Brasil se estruturou através do SUS após o descambar da Ditadura Militar. Mas como este poder estatal se constituiu? Porque este poder denota deveres para com a área da saúde? São algumas das respostas que pretendemos elucidar acompanhando algumas percepções de nossos entrevistados.

Classicamente o conceito de Estado é a construção social de um corpo que se constitui para defender o interesse da coletividade. Inúmeros teóricos como Hobbes e outros chamados de contratualistas desenvolveram inúmeras teorias que visaram explicar a origem, desenvolvimento e função que o Estado possui enquanto construção social e histórica. Não entraremos no mérito destes teóricos e suas teorias que ainda são muitas vezes recorrentes nos estudos que abordem este conceito. Avançamos nosso debate sobre o conceito de Estado perante os postulados marxistas que conseguem explicitar muito bem os propósitos teóricos ao qual o estado deveria cumprir:

É justamente essa contradição entre o interesse particular e o interesse coletivo que leva o interesse coletivo a tomar na qualidade de *Estado*, uma forma independente, separada dos interesses reais do indivíduo e do conjunto e a fazer ao mesmo tempo as vezes de comunidade ilusória, mas sempre tendo por base concreta os laços existentes [...] Por outro lado, o combate *prático* desses interesses particulares, que constantemente se chocam *realmente* com os interesses coletivos e ilusoriamente coletivos, torna-se necessária a intervenção *prática* e o refreamento por meio do interesse “universal” ilusório sob forma de Estado (MARX, 1998, p. 29-30).

Marx (1998) em sua perspectiva teórica se utiliza do Estado enquanto instrumento de disputa entre as classes sociais que pretendem conservar ou transformar a divisão social dos meios de produção de forma igualitária ou contraditória. Teóricos que desenvolveram posteriores teorias de base marxistas complexificaram e de certa forma parecem menosprezar a distinção conceitual que se erigiu no estado como público e do que não é estado como privado ou particular:

[...] em nome de que podemos considerar como Aparelhos Ideológicos *do Estado* instituições que, em sua maioria, não possuem estatuto público, e que são simplesmente instituições privadas. Como marxista consciente, Gramsci já respondera a esta objeção. A distinção entre o público e o privado é uma distinção intrínseca ao direito burguês, e válida nos domínios (subordinados) aonde o direito burguês exerce seus “poderes”. O domínio do Estado lhe escapa, pois este está “além do Direito”: o Estado, que é o Estado *da* classe dominante, não é nem público nem privado, ele é ao contrário a condição de toda distinção entre o público e o privado (ALTHUSSER, 1985, p. 69, grifos do autor).

Althusser (1985) em seu ponto de vista coloca o Estado não como a esfera de conceituação pública em oposição à esfera de conceituação privada que seria os interesses particulares de sujeitos não representantes e inscritos no aparelho do estado repressivo. Ele nesta perspectiva teórica reclassifica instituições como a família, o sindicato, a igreja e outras instituições classificadas tradicionalmente como instituições privadas como sendo promotoras de reprodução da ideologia capitalista e, portanto como Aparelhos Ideológicos do Estado. Estado que não é mais a esfera do público, mas a condição para que se efetue a distinção do que ideologicamente tenciona a publicidade daquilo que é público ou o privatismo daquilo que é público restrito a alguns.

Utilizamos inúmeras problematizações conceituais de Althusser (1985) para desenvolvermos o conceito de ideologia que utilizamos. Mas na perspectiva histórica que trazemos nesta pesquisa juntamente ao histórico de lutas do Movimento Sanitário, enquanto um movimento social amplamente amparado pelo escopo jurídico nas suas interpelação junto ao Estado; defendemos a distinção entre aquilo que é público e desenvolvido pelo Estado em oposição a aquilo que é privado e desenvolvido por agentes estranhos ao ele. Defesa que não é apenas teórica também o é perceptível junto aos próprios sujeitos interpelados de nossas entrevistas:

“Deve ter! Só que tem as empresas privadas que são terceirizadas que têm interesses.”
(Representante A do segmento Usuários – Liga de Combate ao Câncer)

“Vejo assim muitas parcerias... Convênios [...] Bastante empresas procuram o público para fazer uma parceria. Para fazerem valores mais baixos quando o SUS não consegue abranger totalmente a população.”

(Representante F do segmento Governo)

“Isso relacionado a empresas... Acredito que privados sim... Uma vez que é feito contratos... Na verdade o Estado faz contratos junto com empresas pra poder realizar os serviços e essas empresas além de prestarem um serviço pro SUS, prestam junto no mesmo local pra parte privada.”

(Representante M do segmento Governo)

“[...] Tem o interesse de ambas as partes. Nós aqui somos uma empresa privada que trabalhamos com o SUS! [...]”

(Representante G do segmento Prestadores de Serviços)

“[...] O SUS tem uma rede privada e sempre ele tem o apoio do pessoal privado! [...]”

(Representante P do segmento Prestadores de Serviços)

“[...] A gente vê que começam as áreas privadas e convênios começam a tomar conta daquilo que antes era só SUS. Por causa do dinheiro não é? Envolve dinheiro[...] Porque entra muito convênio e o pessoal vai entrando com o dinheiro e vão deixando o SUS de lado... Outra lógica começa a imperar...”

(Representante J do segmento Trabalhadores da Saúde)

“Também tem! Tem! Tem a nível de que as vezes é preciso terceirizar e se faz convênio[...] Como se fosse do SUS! Mas é um serviço terceirizado! Conveniado! Uma parte conveniada com o SUS! [...]”

(Representante T do segmento Trabalhadores da Saúde)

Reprisamos algumas destas colocações já apresentadas para que se perceba que nossa problematização de estudo não é uma ilusão teórica e imaginária. É uma realidade que se coloca ao falarmos de SUS. Muitos poderão objetar que o SUS possuindo a gênese que possui junto ao INAMPS (e todo o arranjo terceirizado que esta instituição possuía), é natural que o SUS possua esta situação conveniente de terceirizações. Objetivamente esta assertiva pode estar correta, entretanto as conferências nacionais de saúde e grande parte dos militantes do Movimento Sanitário constituem um campo político e ideológico que problematiza e muitas vezes repudiou estas relações do público e do privado em seus interesses distintos.

O público e o privado são conceitos de referência jurídica sim. Conceitos de referência importantes para que se problematizem os discursos e procedimentos que começam a fazer “operar outra lógica” de ação junto ao SUS impregnando de ideologia capitalista os discursos e ações deste sistema. Sistema este que é gerido e administrado pelo Estado brasileiro. Mas que Estado é este? Representa quais interesses? Quais são seus representantes? Antes de tentarmos responder a estas questões voltemos às considerações sobre o mesmo conceito:

O Estado é a representação política de uma sociedade civil na qual a burguesia é a classe dominante e tendencialmente hegemônica, exercendo seu poder não só em termos econômicos, mas também políticos, culturais, ideológicos etc (RIDENTI, 1994, p. 94).

Ridenti¹ (1994) retoma aqui uma concepção marxista clássica do Estado enquanto representante de uma sociedade civil onde a burguesia é dominante na instrumentalização ideológica da economia, cultura, política, etc. Esta concepção é importantíssima, mas não deve ser totalitária das explicações acerca daquilo que ocorre no Estado e na sociedade civil. O próprio autor na mesma obra explica melhor esta situação:

Evidentemente, não só as classes dominantes que compõem a sociedade civil, portanto, tampouco o Estado. Pode-se falar num “Estado burguês” justamente porque ele representa politicamente a organização diferenciada de uma “sociedade burguesa”, isto é, uma sociedade em que a burguesia é classe dominante e hegemônica. A manutenção dessa hegemonia implica a existência de canais de representação dentro da ordem para as demais classes, por exemplo, pela instituição de partidos políticos, de sindicatos, de um sistema eleitoral etc (RIDENTI, 1994, p. 95).

Mesmo que a burguesia seja hegemônica enquanto classe dominante na sociedade e conseqüentemente no aparelho do Estado, existe um suposto espaço para as demais representações de classe como os partidos políticos, sindicatos e o sistema eleitoral propriamente dito. Apesar de sabermos que em muitas situações estes mesmos espaços não consigam reverter a hegemonia da classe burguesa junto ao aparelho de Estado, temos ainda a inserção de agentes da mesma classe também nestes espaços com seus próprios partidos ou sindicatos patronais que também disputam o mesmo sistema eleitoral desleal e mercantilizado.

Em primeiro lugar, ao tratar o Estado capitalista, estamos nos referindo a uma dinâmica contraditória das classes sociais, expressa na aliança de frações de classe, cujos interesses conflitantes variam segundo o contexto. Por outro lado, verifica-se que as transformações das relações entre o Estado e a economia remetem a modificações substanciais das relações de produção capitalista em toda a sua complexidade e diversidade. Assim, a partir das transformações que ocorrem no plano da intervenção estatal e dos processos de socialização da produção, surgem novas abordagens que começam a questionar o que foi denominado de uma concepção “instrumentalista” do Estado, que o vê como o agente executor dos interesses da burguesia e do capital. Esta argumentação maniqueísta e reducionista escamoteia um dado fundamental, o de que a contradição é essencial para se compreender o caráter do Estado e das relações de classes (JACOBI, 1993, p. 03).

¹ Marcelo Siqueira Ridenti: É graduado em Ciências Sociais (1982) e em Direito (1983) na Universidade de São Paulo, onde se doutorou em Sociologia (1989). Defendeu tese de livre-docência na Universidade Estadual de Campinas (1999), na qual é Professor Titular de Sociologia desde 2005 (nota nossa).

Jacobi² (1993) por outro lado, apesar destas preponderâncias da representatividade burguesa junto ao Estado, reitera que o mesmo não pode ser tratado simplesmente como um aparato instrumentado por apenas uma determinada classe social, já que mesmo dentro da burguesia temos uma grande diversidade de interesses conflitantes entre as frações da mesma. Afirmar que o Estado é pura e simplesmente a representação da classe burguesa é reduzir a análise deste aparelho que se insere em uma configuração capitalista de estruturação social. Esta sim, uma ordem que visa a permanência e conservação da burguesia enquanto classe dominante das intencionalidades de produção e reprodução social.

O fundamento de legitimidade do Estado está na sua aparência de *representante* do conjunto dos cidadãos. Nos moldes clássicos da democracia, essa representação efetiva-se por intermédio de partidos políticos, que lançam candidatos a eleições para os poderes legislativo e executivo, isto é, o “povo” escolhe seus *representantes* para fazer as leis e para executá-las em seu nome. Assim, os vários partidos políticos representam interesses conflitantes no interior de uma sociedade diversificada, que terá sua ordem e unidade garantidas pela representação do conjunto do povo no Estado, defensor do bem comum. Ou seja, a representação dos cidadãos no Estado é mediada pelos seus representantes políticos. Tem-se, então, a possibilidade de representação de diferentes indivíduos, na verdade membros virtuais de diferentes classes, no interior do Estado. As classes sociais mistificam-se enquanto tais ao representarem-se no Estado por intermédio de partidos, mas também de sindicatos ou lideranças isoladas [...] (RIDENTI, 1994, p. 92-93).

Expõe-se com isto a mistificação daquilo que teoricamente defende-se enquanto Estado democrático de direito. Mistifica-se porque se ao se ter a necessidade de: reiterar que ele é de direito sendo democrático ou de reiterar que ele é democrático sendo de direito; é porque ele não é nenhum ou nenhum outro que senão um estado que não corresponde a estes adjetivos. O Estado na conjuntura política e social capitalista é mais complexo em sua definição do que frases de efeito:

A política do Estado capitalista se configura como um conjunto de estratégias mediante as quais se produzem e reproduzem constantemente as contradições de classe e a intensidade das lutas políticas. [...] No caso da burocracia, as determinantes da ação são expressas por elementos estruturais de tipo ideal, conforme o modelo weberiano. A ação intencional está relacionada com a ideia de planejamento e racionalidade técnica no caso do consenso, o determinante principal da ação administrativa é o conflito ou o acordo de interesses comuns, seja no ambiente administrativo, seja entre os membros da esfera administrativa. Decorre disto uma tensão fundamental entre as funções que o Estado capitalista deve realizar e sua estrutura interna (JACOBI, 1993, p. 07).

² Pedro Roberto Jacobi: Graduou-se em Ciências Sociais (1973) e em Economia (1972) pela Universidade de São Paulo. Mestrado em Planejamento Urbano e Regional pela Graduate School of Design - Harvard University (1976), Doutorado em Sociologia pela Universidade de São Paulo (1986). Livre Docente em Educação -USP. Professor Titular da Faculdade de Educação e do Programa de Pós Graduação em Ciência Ambiental (PROCAM/USP) da Universidade de São Paulo (nota nossa).

A racionalidade técnica do Estado advinda dos modelos postulados por Weber³ além de objetivarem em seus discursos a eficácia e eficiência de suas ações, também alcançaram a superioridade de determinados agentes sobre outros. A hierarquização em nome da dominação! O Estado em sua complexidade de representação e estruturação formula uma série de estratégias que dificultam a transformação e a modificação de seus espaços de discurso e ação dos sujeitos que atuam como seus agentes ou interlocutores:

“É bem trabalhoso... Assim... Tem toda a parte burocrática: chamar as pessoas para as reuniões, confirmar a presença, encaminhar as atas, encaminhar a documentação... É bem burocrático!”

(Representante Z do segmento Trabalhadores da Saúde)

As estratégias burocráticas do Estado acabam obliterando temporalmente e espacialmente possíveis reflexões de seus agentes. Reflexões que problematizassem outros propósitos a serem promovidos por seus aparelhos. Aparelhos repressivos e ideológicos (como nos apresenta Althusser) que desempenham papel fundamental na produção e reprodução das ações indutivas do regime social instaurado do capitalismo:

No contexto do capitalismo avançado, a modificação dos espaços do Estado e da economia, em razão de mudanças nas relações de produção, na divisão do trabalho, na reprodução da força de trabalho e na extração de mais-valia, gera um conjunto de novos domínios de atuação. Estes domínios, como é o caso da qualificação da força de trabalho, urbanismo, transporte, saúde, educação, se integram diretamente ao espaço de reprodução e valorização do capital. Neste sentido, o conjunto das funções do Estado, sejam repressivas, ideológicas ou de outra natureza, não pode ser considerado isoladamente do seu novo papel econômico. As funções do Estado se incorporam na materialização institucional dos seus aparelhos e se consubstanciam nas políticas sociais que expressam as contradições inerentes às relações Estado e sociedade (JACOBI, 1993, p. 05).

Dessa forma o Estado (que se ergue tendo como base a representação da coletividade presente e difusa junto à sociedade civil em suas diversas configurações fracionárias de classe) começa a servir perante determinados propósitos estruturais da ordem vigente e suas prerrogativas. Uma destas prerrogativas é a manutenção da exploração desmedida dos seus trabalhadores. Assim no campo da saúde, e em outras áreas correlatas como na educação, o Estado presta inúmeros préstimos à manutenção sadia e aperfeiçoada de parte considerável da classe trabalhadora que não possuem poderes aquisitivos suficientes para sua permanência e manutenção perante as exigências laborais da iniciativa produtiva privada.

³ Maximilian Karl Emil Weber (1864-1920): Ou somente Max Weber, como ficou conhecido, foi um intelectual alemão, jurista, economista e considerado um dos fundadores da Sociologia (nota nossa).

“[...] Sobretudo as empresas... Os seus líderes e investidores que tem recursos até pra irem atrás. Não dependem dos serviços públicos. Mas nós famílias trabalhadoras nós dependemos dos serviços públicos. E a saúde é o bem maior... Sem a qual não há produção... Não há nada... Só uma mendicância... Com uma saúde frágil... Frágil! Hoje na verdade os sistemas não dão resposta ao que a família precisa. Isso é na saúde deve muito aos serviços públicos mais qualificados. Isto eu ainda lamento. Acho que isso é uma luta contínua. Nós temos que manter calçados estes valores do ser humano e a dignidade que é o ser humano e todos nós. Nossos irmãos como se diz. É lá sobrevivência! A saúde é o bem maior! Acho que não tem como resumir diferente, mas a vida digna e estas coisas todas... Tudo o mais se agrega ali em volta! Ai tu produz! [...]”

(Representante E do segmento Usuários – APAE)

Gozado é que a defesa deste préstimo estatal a iniciativa privada inclusive é defendido por sujeitos políticos de movimentos sociais e partidários historicamente vinculados à defesa da massa trabalhadora como é caso da exposição do sujeito acima mencionada. Parece até que a representação partidária trabalhista que o sujeito acima exerceu ao longo de sua vida⁴ foi descondizente com o sua representação de militante partidário da classe trabalhadora. Isto na verdade não discorda em nada. Na verdade demonstra que a diversidade ideológica dos partidos, movimentos e sujeitos permite uma gama variada de configurações discursivas de ação a ponto de existirem ideologias a priori consideradas proletárias e trabalhistas, mas que defendem igualmente a justa apropriação da mão-de-obra junto ao setor empresarial. Se é que existe esta “justa apropriação” empresarial da mão-de-obra...

Entretanto, não se deve supor que toda representação de classe institucional, em sindicatos, partidos, etc., seja uma representação totalmente mistificadora, portadora de uma “falsa” ideologia. A representação é parte do processo de vir a ser da classe enquanto tal, “em si” e “para si”. O tema de representação de classe implica pensar os complexos caminhos envolvidos no processo de constituição de uma consciência de classe, inclusive dentro da ordem capitalista (RIDENTI, 1994, p. 96).

Tenda a representação de classe dentro ou fora do aparelho do Estado à necessidade da constituição de processos para a consciência de classe, isto nem sempre é favorável e de fácil estruturação pelas classes não dominantes. Enquanto as classes ou frações de classe burguesa possuem um aparato repressivo e ideológico de Estado a seu favor para promover a constituição de uma consciência de classe ilusória e deturpada da realidade; as classes não dominantes da ordem capitalista possuem alguns instrumentos de mobilização e conscientização que muitas vezes se amparam em instâncias voluntárias e militantes de atuação na luta. Instâncias que na ordem capitalista parecem ideologicamente “pintadas” como anacrônicas e ultrapassadas por seus opositores.

⁴ Ver páginas 122 e 123 do presente trabalho onde se apresenta sucintamente o histórico de vida do representante E dos usuários do SUS através da APAE (nota nossa).

Pergunta: *“Você como representante dos trabalhadores da área da saúde, conhece e acompanha alguma entidade que representa este segmento aqui em Nova Hartz?”*
“Não! Não existe! A única coisa que existe é o Sindicato dos Municipários. Porque entre os funcionários não existe... Existem funcionários que fazem a representação... Só que eles não se fazem presentes!”

(Representante I do segmento Usuários – Sindicato dos Trabalhadores)

Pergunta: *“E como foi tua indicação para o Conselho Municipal de Saúde junto a Pastoral da Criança?”* *“Não daí foi escolhido entre os membros da Pastoral quem tinha mais tempo disponível pra pegar e fazer isso aí. E daí como tinha que ser escolhido duas pessoas fiquei eu de líder no Conselho Municipal da Saúde e minha colega que é a coordenadora ficou de só de conselho por causa que ela não tem muito tempo pra ficar correndo pra lá e pra cá. Eu já tenho mais tempo disponível porque estou aposentado. E daí temos mais tempo disponível pra fazer os trabalhos lá.”*

(Representante K do segmento Usuários – Pastoral da Criança)

“Conscientização do próprio cidadão! Organização da própria instituição daqueles males que já estão instalados. Não tem como! O cidadão não vai viver sempre! É uma luta pela vida digna e exigir dos poderes públicos mais isso eu entendo como tanto aqui como em outros lugares não é diferente. Há iniciativas mais felizes... Mas aqui o trabalhador é acelerado. Ele corre de manhã na fábrica e depois vai correndo pra casa! Tá correndo! Tá naquela ânsia! Tá em casa tem que almoçar em uma hora e pouca... Então ele não sente muito pra ir pra reunião ou sente o dia que está em benefício do sindicato ou da folha. Mas ele também não vai no sindicato assim tão gratuitamente como em uma assembleia em que se deve fazer os dez minutos de orientações... Não fazem isso...!!! Mas o cidadão não está tão organizado assim e não tão assim sindicalizado... Mas eu vejo assim... Eu vejo coisas boas... Iniciativas boas... E acho que o Poder Público é responsável na parte da saúde pública preventiva!”

(Representante E do segmento Usuários – APAE)

As entidades que indicam os delegados do CMS demonstram aqui suas fraquezas mobilizatórias. A falta de tempo, disponibilidade e organização das entidades demonstram que a organização de determinadas reivindicações dos sujeitos e suas classes não se dá de forma tão natural e espontânea perante o Estado.

Mesmo com estas dificuldades prementes os movimentos sociais e suas entidades lá estão e são convocados pelo Estado. O posicionamento (mesmo que imbricado de uma representatividade pouco participativa) dos movimentos sociais é levado muitas vezes em consideração pelos agentes do Estado, por que os mesmos por mais que representem interesses antagônicos aos dos movimentos sociais, tencionam estes que seu governo em algum estágio permaneça junto à administração deste Estado:

[...] argumentos colidem com a concepção que vê o movimento em constante tensão ante a sua institucionalização . Chega-se ao esforço de uma visão dos movimentos como uma relação com o aparelho de Estado em que os dois polos se transformam no processo. Esta postura nos leva à compreensão da concomitância entre as demandas populares e a priorização de certas políticas sociais por parte do governo (JACOBI, 1993, p. 18).

Este diálogo entre os movimentos sociais e o Estado através das pessoas de seu Governo nem sempre existiu e se realizou como hoje acontece no Brasil. No capítulo dois deste trabalho desenvolvemos teoricamente todos os percalços que foram necessários ao Movimento Sanitário para que além de inscrever também garantisse o controle social junto às instâncias do SUS. Esta construção do diálogo possível foi lentamente aderindo o apoio legal que necessitava na época para que fosse inscrita constitucionalmente. Não foi uma construção consensual. Os movimentos sociais brasileiros possuem uma diversidade de orientação ideológica que nem sempre conseguiu estabelecer pautas e lutas comuns:

No Brasil, na década de 70, os movimentos sociais expressavam tanto a ideia de oposição institucional, como de extensão de direitos. Já na década de 80, o movimento social e a participação são interpretados como inovadores da cena política a partir de trabalhos publicados na área da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais, seja como formas de pressionar o Estado a realizar suas tarefas no campo social (Valla & Siqueira, 1989), expressando novas identidades sociais e políticas que se oporiam à política e às interpretações tradicionais da sociedade, em busca de autonomia (Sader, 1988); seja como resultado do trabalho de “articuladores sociais”, que se relacionam com técnicos na burocracia pública (Jacobi, 1989), ou ainda como parte de um movimento social de caráter mais amplo e genérico, que logrou inscrever sua participação no plano político e institucional da sociedade com a chamada “transição democrática” da sociedade brasileira (Adorno, 1992b) (DALLARI et al., 1996, p. 533).

Assim determinados movimentos sociais como o Movimento Sanitário através de diferentes posturas ideológicas de ação e discursos obtiveram inúmeras conquistas durante a “transição democrática” e anos posteriores que a sociedade brasileira vivenciou após a Ditadura Militar. As inúmeras conquistas como já amplamente expostas, somente advieram com outras inúmeras formas de organização e mobilização que estes movimentos sociais articularam. Desde os abaixo-assinados até a constituição dos conselhos de controle social da sociedade civil para com o Estado:

No processo que determina a emergência de uma ação coletiva organizada, estão envolvidos diversos aspectos: a sua base social, os “agentes externos”, assessores ou “articuladores sociais”, os valores de referência, a noção de carência e necessidade e a concepção de transformação social. Nesse sentido, os movimentos por saneamento básico e saúde representam uma articulação de ações sociais que cobrem um amplo espectro – desde os abaixo-assinados até as formas mais avançadas de organização pela base, como é o caso dos conselhos (JACOBI, 1993, p. 148).

Nem tudo são flores ou perfumes nesta configuração dos conselhos. Os conselhos hoje são necessários porque as verbas públicas nacionais e estaduais são liberadas aos municípios somente mediante existência destes fóruns. Muitos princípios ainda precisam ser alcançados juntos aos conselhos, para que eles não limitem-se a aprovar verbas como se declara:

“Precisamos no conselho de mais liberdade em relação ao Secretário [Municipal de Saúde] e da própria Administração [...]”

(Representante A do segmento Usuários – Liga de Combate ao Câncer)

“[...] Então é uma reflexão que eu faço a partir das coisas. Eu tenho, nós temos assim no conselho a coisa é mais técnica como eu te disse. A justa aplicação do recurso! E uma resposta no caso... E não um órgão que pressiona no caso. Se estão sendo bem empregados ou não! A gente analisa mês a mês a prestação de contas. Se os valores estão sendo corretamente aplicados ou se há abuso, mal gasto no caso [...]”

(Representante E do segmento Usuários – APAE)

“[...] Porque nós aprovamos verbas que prometeram... Falaram certo que já estava no banco já! Só que a verba não foi usada pra esse fim... Que nem tem uma verba que veio pra saúde que somente deve ser usada na área da Epidemiologia. Destes outros meus colegas de conselho não sabem disso [...]”

(Representante I Usuários do segmento – Sindicato dos Trabalhadores)

“[...] Aprovar não se aprova nada! Aquilo já foi! Aquilo até já está aprovado pelo governo do Estado. Aquilo vem pra gente olhar e pra ao menos tu ver onde é que vai o dinheiro... Onde é que se aplica o dinheiro e como se aplica. As vezes tem verbas que vem até antes das coisas acontecerem... Verbas que eles estão recebendo e eles precisam aplicar em algum lugar... De repente na aquisição de uma ambulância ou outra coisa... Mas a comissão deveria ter esses dados até que previamente... Até mesmo para o que acontece nas reuniões do comitê... Na realidade... Tu vai ver uma coisa que aconteceu seis meses antes! Tu vai ver um relatório que está ali bem explicadinho... Se tu pedir qualquer coisa... A gente sabe que aquele documento vai estar ali... Um gasto que está ali tu vai pedir explicação... É tranquilo! Porque aquilo ali já foi até auditado ou alguma coisa assim... Mas! Para nós do conselho o que é que é... Nós do conselho vamos ver! Constatar se existe um acordo ou desacordo... Quero ver isso aqui pra ver o que é... Mas aquilo ali já foi realizado! Tu não tem como mudar aquilo ali... Isso é uma coisa que acontece! E não acontece só aqui! Eu também faço parte da comissão de Araricá e também as coisas veem assim! Olha! A aprovação do semestre é essa e tal!!! E às vezes não... Às vezes é do tipo: “– Temos uma verba aqui que nós temos que aprovar. Conseguimos uma ambulância. Conseguimos uma viatura. Alguma coisa...” Isso acontece! Mas a maioria das vezes já está pré-estipulado onde tem que ser gasto. Porque estas verbas são direcionadas e até acho que nesse ponto são tudo pra aquilo ali não é? Então como é saúde... Então tem que ser pra saúde: compra de exames, compra de ambulâncias, compra de outras coisas...”

Representante P do segmento Prestadores de Serviços)

Temos agora as problemáticas que se inscrevem nas entidades que compõem o aparato e as problemáticas do próprio aparato que é o CMS. Problemáticas que devem ser levadas em conta ao se analisar a verdadeira efetivação que estas políticas de diálogo do Estado com os representantes dos movimentos sociais realmente representam. Entretanto são problemáticas que não podem desmerecer por completo a ocorrência e existência destas entidades. Como já exposto antes, a necessidade de um controle social é urgente não só para com as instâncias daquilo que é público, mas também para as instâncias daquilo que é privado. Mesmo que não sejam instâncias primordiais em sua funcionalidade, os conselhos inserem novas concepções:

No sentido da extensão dos direitos e enquanto participantes da política social do Estado, os Movimentos sociais são interpretados como interlocutores que passam a ser reconhecidos pela burocracia estatal (Jacobi, 1989), levando, igualmente, à formação de novas identidades que incorporariam aspectos da sociabilidade local à esfera pública (Sader, 1988) (DALLARI et al., 1996, p. 533).

Concepções de uma extensão de direitos que são requisitados em suas contradições daquilo que se espera do SUS e daquilo que efetivamente o sistema consegue realizar. A confusão discursiva que muitas vezes daí decorre é farta e extensa. Os conceitos sanitários nem sempre são facilmente assimiláveis. Os próprios conselheiros dependendo de sua condição de apropriação ou não dos discursos, procedimentos e estruturas existentes junto a saúde pública divergem em suas posições acerca das possibilidades reais de melhorias junto ao sistema.

Um debate muito atual e conflituoso entre os usuários e o corpo técnico administrativo do SUS se refere a nova política de estruturação da saúde da família. Esta estruturação visa modificar o papel que as unidades básicas de saúde vinham desempenhando quase que ao molde de uma saúde assistencial remediadora para um novo papel de saúde preventiva restauradora:

“Que eu tinha pra pegar e dizer assim porque será que o nosso Secretário da Saúde bota pra pessoa que precisa fazer um exame amanhã a pessoa vai lá pra carimbar ir hoje e ficar uma tarde inteira pra pegar uma senha. Porque é que ele não pode autorizar pra que quando chegou um, chegou dois, ou três, são só até oito fichas... Pegar e marcar... Dar a senha e daí as pessoas pegarem e irem pra casa cuidarem das suas atividades e não dão? E no Imigrante também esteve gente se queixando que sabem que a gente faz parte do conselho municipal da saúde daí pegaram e se queixaram que a técnica de enfermagem de lá que pegou o papel pra guria que esteve lá que estava desconfiada que tivesse a Gripe A... Dar o papel pra ela ir para casa pra apresentar na fábrica sem passar pelo médico. Eu não sei! Mas eu acho que pra mim isso não é o correto porque eu acho que pra pegar e dar um diagnóstico pra pessoa tem que ser o próprio médico não pode ser um agente de saúde.”

(Representante K do segmento Usuários – Pastoral da Criança)

“O programa de Estratégia de Saúde da Família é um projeto muito bom! A teoria da saúde da família é maravilhosa! Mas infelizmente em função de algumas políticas públicas que tem dentro o município... Ela não se desenvolve como deveria ser... A gente acompanha bastante o dia-a-dia e tu vê... E a comunidade não consegue distinguir o que é um pronto-atendimento de uma estratégia de saúde da família... Então isso acaba dando atritos... Mas se os governantes conseguissem realmente aplicar o que é a teoria a saúde da família é a melhor opção para o município em todo o município... Que nem aqui no município agora estamos implantando em outros bairros também... Temos por ora só em três bairros e isso iria beneficiar toda a comunidade... Só que como existe esta política aí então... Melhor às vezes deixar um pronto atendimento funcionando e não... Na verdade vem o recurso. Eles querem o recurso, mas não querem aplicar a teoria... É isso que a gente sente...”

(Representante J do segmento Trabalhadores da Saúde)

Chocam-se modelos de visão de mundo. De ideologias que estruturaram a realidade social e de outras ideologias que visam substituir ou transformar a realidade social com procedimentos e discursos inovadores. Em ambos os casos as reivindicações surgem com vistas a permanência ou transformação da realidade tal como ela é vivida pelos sujeitos que atuam junto ao CMS:

É inegável que a questão não pode ser colocada numa perspectiva reducionista. A emergência das reivindicações está indiscutivelmente associada à agudização de uma carência que provoca uma fragilização sistemática das condições de vida num determinado momento e para determinados atores sociais. Neste contexto, a passagem do reconhecimento da carência para a formulação da reivindicação é medida pela afirmação de um direito, que começa a ser construído por novas representações (JACOBI, 1993, p. 16).

Esta passagem do reconhecimento da carência para a formulação da reivindicação nem sempre preza pela afirmação de um direito. Ela pode assim ocorrer. Entretanto a realidade brasileira de carências e insuficiências, não somente na área da saúde como também em outras, conduz a outras utilizações e “aparelhamentos” políticos e ideológicos destas situações pelos sujeitos. Em Nova Hartz uma realidade muito criticada e lembrada pelos conselheiros é a apropriação indevida das ambulâncias e do cargo público por parte dos motoristas em benefício próprio indiscriminado:

“[...] Aí existe hoje essa coisa na política que se chama ambulância terapia e os políticos se servem disso. É uma filantropia! É uma dependência que se cria! Até dos vínculos políticos que eu sou crítico. Não gosto disso! Acho que isso é deprimente. O cidadão depender desse tipo de corrida. Isso é um tipo de coisa que eu sou um forte crítico no caso não é?”

(Representante E do segmento Usuários – APAE)

“Hoje se você pegar os vereadores eleitos em cima de qual plataforma, profissão deles? Ah! O motorista de ambulância! Se elegeru! Baita mediador!!! Isso eu não gosto disso... Ninguém gosta! Ninguém sente! Acho que não dignifica os bons serviços e muito menos o ser humano! Mas essas coisas eu acho que se reduziriam entrando investimentos bons. Uma estrutura hospitalar! Vagas...”

(Representante I do segmento Usuários – Sindicato dos Trabalhadores)

O beneficiamento próprio ou de determinados sujeitos na utilização indevida das ambulâncias ou do cargo público comissionado de Motorista de Ambulância (atualmente modificado e enquadrado publicamente no cargo de Operador de Veículos conforme Lei Municipal nº.1627/2012) é indiscriminada e por assaz perceptível ao se perceber que dois dos onze vereadores são também ocupantes de tal cargo. Isso sem contabilizar outros ocupantes do mesmo cargo que também concorreram ao Legislativo no último pleito municipal da

cidade estudada. Não que haja impossibilidade democrática de que ocupantes do cargo público de Operadores de Veículos, em especial, ambulância sejam candidatos aos poderes políticos dos entes Executivo, Legislativo ou outro. Entretanto como se demonstra pelo pronunciamento de nossos entrevistados, o que é arbitrário é a utilização destes instrumentos estatais em benefício próprio.

Politicagem, coronelismo ou utilização da máquina pública direta ou indiretamente na compra de votos e apoio político conduzem muitas vezes a ineficiência do Estado. Tal ineficiência estrutural e ideológica serve na maioria das vezes como argumentação favorável a terceirização dos serviços disponibilizados. Neste caso em específico, a terceirização do setor de transporte ambulatorial e colaborando na construção discursiva de que o privado é melhor.

Sabe-se que a participação institucional das classes no Estado não se dá necessariamente por meio de partidos, com seus representantes num Parlamento. Por exemplo, analisando a organização política da sociedade brasileira de 1964 a nossos dias, Francisco de Oliveira conclui que as classes dominantes estão muito mais *representadas* em determinados organismos governamentais, ligados ao poder executivo, detentores do poder real, do que no Parlamento, onde se realizaria uma “super-representação” das camadas médias (RIDENTI, 1994, p. 98).

Problematizando esta questão, temos com Ridenti (1994), a percepção de que o Parlamento ou Legislativo é o espaço por excelência da “super-representação” das camadas médias e baixas que podem ou não serem apostatadas por estes vínculos espúrios tais como este que acabamos de nos referir. Em contrapartida junto às classes dominantes por excelência, temos a sua representação junto ao Estado através de organismos governamentais que executam as leis e a administração gerencial daquilo que é estatal e hipoteticamente público.

As transformações do aparelho do Estado – sua modernização, centralização e hiperdesenvolvimento – configuram a emergência de práticas de intervenção quase sempre pautadas pela contradição, principalmente entre a dinâmica empresarial imposta para a gestão dos serviços público no pós-64 e a necessidade de resolução das carências (JACOBI, 1993, p. 142).

Assim apesar de termos tido inúmeros avanços após o fim da Ditadura Militar e com a “abertura democrática”, algumas configurações já instaladas e advindas com o período autocrático vivenciado permaneceram. A dinâmica empresarial exercida pelos representantes do capital junto a gestão dos serviços públicos pós-64 somado a resolução das carências propugnadas agora também pelos movimentos sociais junto aos aparatos de controle social, conduziram a uma grande influência e inserção do privado junto ao público. Inserção que

impõe uma racionalidade discursiva e operante diversificada junto aos aparatos públicos de atendimento em saúde. O privado surge como a alternativa possível a “resolução eficaz” dos problemas eminentes que ocorrem junto ao SUS. O privado surge como a disponibilidade nem sempre disponível e barata das especialidades, exames, licitações e outros convênios:

É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário, que, com a unificação dos institutos previdenciários, expandiu a população previdenciária (e de beneficiários), mas desintegrou os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos (ALMEIDA, 2012, p. 11).

Apesar do SUS ser constituído em sua base como um sistema público com princípios de equidade, universalidade, integralidade, descentralização e participação social; a legislação constituída não impediu a inserção do privado em sua estruturação. Esta inserção cada vez mais deixa de ser complementar como referência a legislação instituinte do SUS e começa a articular inúmeras possibilidades de utilização da máquina pública enquanto instrumento de benesse cativa de clientes e lucro. Utilizando-se de uma aparente defasagem no tabelamento de preços dos procedimentos de saúde do SUS como recurso discursivo dos sujeitos interpelados justificando a não inserção maior do privado junto ao público:

Pergunta: *“Quais são os serviços realizados pela iniciativa privada junto ao SUS além dos exames?”* *“A gente tem a parte de laboratório de análises... Que quem na verdade contrata este serviço é o Estado através de uma portaria, uma licitação, contrata serviços de laboratório junto aos municípios... Então a gente tem o laboratório que faz pra nós e também atende a demanda particular deles... Porque o SUS compra x números de exames. A gente também tem relação para os raios-X que funcionam da mesma forma. Mamografias... Enfim todos os serviços que são prestados... Junto se presta... Até porque assim... O que o SUS paga é muito pouco! É baixíssimo o valor! [...].”*

(Representante M do segmento Governo)

Pergunta: *“Quantos exames em média pelo SUS vocês realizam?”* *“Ah! Em média assim eu não sei... Mas a quantidade em SUS é mais que particular... Com certeza! Eu não sei a porcentagem, mas é a grande maioria... Acredito que aproximadamente 70% pelo SUS e 30% particular e por outros convênios. Eu acho que seria isso..”*

(Representante G do segmento Prestadores de Serviços)

Pergunta: *“Existe também participação da iniciativa privada junto aos recursos humanos do SUS?”* *“Tem! Tem participação também! Empresas que terceirizam serviços de limpeza! Mesmo médicos das cooperativas médicas ou de serviços de enfermagem. Tem os terceirizados motoristas de veículos! Várias terceirizações!”*

(Representante J do segmento Trabalhadores da Saúde)

Pergunta: *“E quanto aos recursos humanos existe alguma forma diferenciada de contratação que não os servidores concursados?” “A gente tem aqui a terceirização. A terceirização da parte médica, clínica e algumas especialidades também! Acredito que quase todos os municípios funcionam da mesma forma... Quem não é através de cooperativa, ou por fundação, ou por OSCIP’s... Pra poder atingir e fazer os trabalhos... Tentar chegar mais perto daquilo que tem que ser realizado. Em quase todos os municípios é assim! Tem terceirização com mão-de-obra na área da saúde...”*

(Representante T do segmento Trabalhadores da Saúde)

A representante T do segmento Trabalhadores da Saúde, que possui experiência profissional em outros municípios que não apenas no município em que realizamos nosso município, generaliza a constatação da existência dos vínculos convenientes de terceirização sob diferentes formas em quase todos os municípios.

A quantidade de vínculos privados existentes são o indício da quantidade de mudanças pelas quais inúmeros sistemas sanitários municipais perpassam. Mudanças que podem chegar ao ponto de reverterem alguns princípios pelos quais o SUS foi constituído e defendido pelo Movimento Sanitário:

Paralelamente, embora a Constituição determine a universalidade da assistência, também têm sido divulgados casos de hospitais com duplo vínculo que expulsam pacientes quando o plano privado não cobre mais a internação, ou recusam o atendimento quando o paciente ainda está em tempo de carência pelo plano. O inverso também é verdadeiro, ou seja, pacientes com planos de saúde frequentemente são atendidos em unidades públicas — sobretudo em situações de emergência ou de atendimento de alto custo —, o que tem motivado o debate sobre o ressarcimento aos SUS dos gastos efetuados nesses casos (ALMEIDA, 2012, p. 37, grifo do autor).

As barreiras entre o público e o privado começam a ficar nítidas. As especialidades eletivas cujas consultas e exames são altamente cobradas interessam a iniciativa autônoma de inúmeros profissionais e instituições médicas e laboratoriais. Entretanto estes interesses muitas vezes esbarram nas possibilidades de disponibilidade destes mesmos profissionais e instituições em realizarem procedimentos que suas especialidades requerem. Como é o caso das cirurgias muitas vezes encaminhados do privado para o público em função de seus custos elevados de realização ou das possibilidades reais de insucesso que as mesmas acarretam. Nesta situação a saúde pública mais uma vez serve aos interesses do privado em não ter prejuízo com as cirurgias, mas apenas lucro com as consultas e exames especializados

“Fiz um check-up. Constatei! E realizei os procedimentos para o Dr. Carlos Lehn que vive ainda hoje lá em Novo Hamburgo. Médico particular! Só que ele me encaminhou para o SUS. A cirurgia foi feito logo.”

(Representante A do segmento Usuários – Liga de Combate ao Câncer)

Pergunta: *“E este procedimento é rotineiro de encaminhamento pelo médico particular para realização de cirurgias junto ao SUS?” “É rotineiro, mas as vezes causa confusão! Porque na avaliação... O que é que diz a parte de legislação... Pra ti entrar pelo SUS tu precisa que ser atendido por médicos do SUS... E às vezes o médico particular quer fazer um procedimento que o médico do SUS não acha que é necessário... Há o conflito sim! Porque chega o médico ali e diz: “– Isso aqui não é necessário fazer agora! Eu não vou encaminhar para um hospital! E pronto!” Nesse caso um médico concursado e público! Porque não necessidade de internação no momento! Tu vai primeiro fazer este treinamento. E daí dá até policia! Dá uma confusão! Particular está mandando entrar pelo SUS! Mas o médico do SUS acha que não é o momento... Fica este conflito de interesses...”*

(Representante T do segmento Trabalhadores da Saúde)

Pergunta: *“Como chega a demanda pública do SUS até o laboratório?” “Com o encaminhamento do Posto de Saúde Central que precisa estar assinado e carimbado pelo SUS que a Secretaria Municipal de Saúde autoriza... E aí a gente faz o atendimento... Tem exames que o SUS não cobre e o paciente precisa pagar... E isso é autorizado pelo Posto de Saúde Central... As requisições a gente aceita de todos os postos ESF’s, mas a autorização a gente precisa que seja feito na Secretaria Municipal de Saúde. As requisições veem das ESF’s, mas as autorizações veem da UBS!”*

(Representante G do segmento Prestadores de Serviços)

As escolhas estruturais dos procedimentos preferenciais exercidos entre o público e o privado existem na prática cotidiana dos rearranjos sanitários brasileiros. O detalhe é que esta escolha é quase sempre prejudicial em termos de consumo e gastos para a iniciativa pública que arca com a grande maioria dos procedimentos que não geram dividendos e lucratividade. Estes ficam delegados a preferenciais do atendimento particular privado.

Sendo assim, o imbricamento institucional entre clientelas de planos de saúde e a oferta de serviços remunerada pelo SUS não se restringe à utilização complementar de serviços de alto custo. Da mesma forma, também é bastante complexa a inter-relação entre as diferentes modalidades, tanto no que se refere à composição dos planos quanto na diversidade do agrupamento de coberturas ofertadas e nas formas como são prestados os serviços (ALMEIDA, 2012, p. 38).

A diversidade de configurações possíveis no atendimento em saúde brasileiro abre inúmeras brechas para que se instale a constituição discursiva e ideológica que oponha em forma de lugar comum: a ineficiência do atendimento público em saúde; e a eficácia procedimental do atendimento privado em saúde. Muitas vezes este discurso se reitera nas próprias instituições públicas que possuem a inserção dos planos privados de atendimento em suas dependências consentâneas. O privado se coloca como a opção preferencial em assistência médica mesmo que se utilizando de vários recursos públicos onerantes do mesmo. Mesmo junto à realidade municipal estudada encontramos inúmeras apropriações de verbas, espaços ou clientela que o privado capta mediante apoio e incentivo conveniado com o SUS.

Pergunta: *“Você poderia precisar numericamente o percentual de participação da iniciativa privada junto ao SUS de Nova Hartz?”* *“Em termos médicos temos um percentual bem alto! Em relação aos técnicos de enfermagem a maior parte são servidores do quadro de funcionários municipais. E em relação aos enfermeiros é ainda maior o pessoal do quadro. Nós temos um número maior em porcentagem com relação a questão médica.”*

(Representante M do segmento Governo)

Pergunta: *“E você possui algum tipo de envolvimento entre a relação que se estabelece entre o público e o privado junto ao SUS municipal?”* *“Não! Porque o convênio se estabelece diretamente lá na Prefeitura... A única coisa que realizamos é a orientação para as pessoas para identificar se querem encaminhar seus exames via SUS ou pela parte conveniada.”*

(Representante F do segmento Governo)

Pergunta: *“Como se dá a questão do pagamento dos exames junto ao SUS?”* *“Tem uma cota X de valores pelo SUS e dentro deste valor tem os exames... Tem exames que não tem pelo SUS! Tem exames que são 100% pagos pelos usuários do SUS... Daí tem o convênio pela Prefeitura em que o usuário paga uma parte, mas também precisa ser autorizado pela secretaria... E a taxa proporcional muda de exame para exame... Mas a maioria... Os exames básicos de que a população precisa tem pelo SUS! Exames de colesterol, diabetes, anemia, alergia, próstata, tireoide; esses todos são pagos 100% pelo SUS. De tireoide tem alguns que não tem... O médico constata que tem tireoide e ele vai comprovar a tireoide com exames mais específicos e mais caros. Daí não tem pelo SUS...”*

(Representante G do segmento Prestadores de Serviços)

Pergunta: *“Em sua opinião o bom atendimento dos usuários do SUS na realização de seus exames se dá em decorrência deste serviço ser realizado por convênios privados na grande maioria dos municípios?”* *“Sim! O laboratório conveniado tem uma cota e esta cota muitas vezes (e ocorre em Nova Hartz) é sempre maior. A cota é x e o município usa duas vezes mais do que a cota. Entende? Então aí o município arca com este excedente. Que a gente chama de excedente. Mas tudo com uma mesma tabela e tal. Mas o laboratório atende só que a demanda é sempre maior... A procura é maior que a demanda. E aí é o município que tem que arcar com o que não está sendo previsto. Eles tem uma cota X que até aquilo ali o SUS paga. E se eu atender mais eu não recebo! Então eu atendo até aquele limite e o restante quem arca é o município! Isso tem municípios que são assim. Tem municípios que nem Porto Alegre quem a cota X que se passar eu não recebo! Então eu só posso atender aquilo ali! Por quê? Porque lá têm vários... Vinte laboratórios e cada um tem a sua cota... Ninguém pode passar! O excedente já não é! Mas aquilo lá é uma coisa mais controlada... Onde o paciente tem tanto pra aquela coisa ali... Pra laboratório... Pra exames lá... E também as verbas públicas são maiores... Até pelo porte do município! Acredito que hoje isso aí é feito em cima de números de consumo das consultas... Então os exames que tem hoje... Qual o censo que se tem hoje aqui... Qual foi a última pesquisa que eles têm... Esse censo está baseado em cima de uma estatística que muitas vezes está desatualizada... Então daí tem menos exames do que deveria... Poderia se ter uma cota bem maior de exames e hoje não tem porque são coisas que são reajustadas de três em três anos... Ou às vezes cinco anos que leva essa cota a subir... Entendeu? A gente sempre sabe que a procura é bem maior!”*

(Representante P do segmento Prestadores de Serviços)

O panorama da iniciativa privada junto ao SUS parece ser a regra e não a exceção. Não apenas em Nova Hartz. É uma realidade social com a qual os diversos conselhos municipais, estaduais e nacional precisam lidar de forma prática e discursiva para transformar ou conservar o SUS tal como ele está atualmente configurada.

Tabela 10: Síntese das categorias de análise da pesquisa realizada:

SEGMENTO	REPRESENTANTE	CATEGORIAS DE ANÁLISE		
		SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO
USUÁRIOS	Representante A LCC	<i>"[...] Eu acho que a saúde pra mim a coisa mais importante do município e de todo o país [...]."</i>	<i>"[...] A saúde é pública! É pública! Eu reafirmo isso!"</i>	<i>"[...] tem as empresas privadas que são terceirizadas que têm interesses [...]."</i>
	Representante E APAE	<i>"[...] E a saúde é o bem maior... Sem a qual não há produção [...]."</i>	<i>- "[...] Partindo da linha pública de saúde nós teríamos que encontrar uma resposta forte [...]" - "[...] Mas eu vejo que está muito aquém daquilo que a família, os filhos, os dependentes da saúde pública e dos serviços precisam [...]."</i>	<i>- "[...] Isso é a saúde pública que deve muito aos serviços privados mais qualificados. Isto eu ainda lamento [...]."</i>
	Representante K Pastoral da Criança	<i>"A saúde é o bem estar da população [...]."</i>	<i>"[...] Porque eu acho que não tem preocupação do poder público às vezes [...]."</i>	<i>"Não! Até agora não notei nada!"</i>
	Representante I Sindicato dos Trabalhadores	<i>"[...] se eu tenho saúde eu posso trabalhar [...]"</i>	<i>"[...] E a palavra saúde em si... É o bem estar da pessoa né? E isso você quer encontrar no órgão público [...]."</i>	<i>"Existe! Infelizmente existem! São poucos, mas existem! Tem laboratórios, tem clínicas que trabalham para o SUS [...]."</i>
TRABALHADORES DA SAÚDE	Representante J	<i>"Saúde é tudo não é? Se você não tem saúde, você não tem nada! [...]."</i>	<i>"Uma política pública, mas que infelizmente as vezes não está superando ou suprindo as necessidades."</i>	<i>"[...] A gente vê que começam as áreas privadas e convênios começam a tomar conta daquilo que antes era só SUS. [...] Outra lógica começa a imperar [...]."</i>
	Representante T	<i>"O conceito de saúde de bem-estar físico, mental e social do indivíduo."</i>	<i>"Sim! Totalmente pública!"</i>	<i>"[...] Tem a nível de que as vezes é preciso terceirizar e se faz convênios [...]."</i>
	Representante Z	<i>"O bem-estar da pessoa. Do cidadão no caso..."</i>	<i>"Percebo!"</i>	<i>"Não! Não!"</i>
GOVERNO	Representante F	<i>"[...] O essencial para o ser humano é ter saúde! [...]"</i>	<i>"[...] E acesso à saúde pública principalmente..."</i>	<i>"Vejo assim muitas parcerias. Convênios [...]."</i>
	Representante M	<i>"[...] Acho que saúde é tudo! [...]."</i>	<i>"[...] Uma política pública de saúde..."</i>	<i>"[...] Acredito que privados sim... Uma vez que é feito contratos [...]."</i>
PRESTADORES DE SERVIÇOS	Representante G	<i>"[...] Se não temos saúde, não temos nada!"</i>	<i>"[...] O serviço público, mas não me agrada [...]"</i>	<i>"[...] Pra nós SUS ou privado não tem diferença nenhuma [...]."</i>
	Representante P	<i>"[...] Saúde significa uma reunião de necessidades que devem ser atendidas para com o ser humano [...]."</i>	<i>"Política pública? Olha eu acho que o SUS é necessário! [...]."</i>	<i>"[...] O SUS tem uma rede privada e sempre ele tem o apoio do pessoal privado! [...]."</i>

Na tabela síntese apresentada todos os conselheiros compreendem a necessidade da **saúde** enquanto um importante bem essencial. Excetuando a representante G do segmento prestadores de serviços que denota não se “*agradar*”, todos os demais dez conselheiros apesar das críticas de que o poder **público**: não dá uma “*resposta forte*”, que “*está muito aquém*”, que não “*está superando ou suprindo as necessidades*”; percebem a saúde como uma **incumbência do Estado** em provê-la. Por outro lado apenas dois conselheiros (o representante K do segmento usuários pela Pastoral da Criança e a representante Z do segmento trabalhadores da saúde) não percebem os interesses do **privado** junto ao SUS. Os outros nove conselheiros denotam, e às vezes até **naturalizam**, as formas de inserção e **aparelhamento** do sistema público de saúde brasileiro. Por inúmeras formas convenientes de terceirização privatizante: “*empresas privadas que são terceirizadas e têm interesses*”, “*a saúde pública que deve muito aos serviços privados*”, “*têm laboratórios, tem clínicas que trabalham para o SUS*”, “*as áreas privadas e convênios começam a tomar conta daquilo que antes era só SUS*”, “*as vezes é preciso terceirizar*”, “*vejo assim muitas parcerias...*”, “*é feito contratos*”, “*SUS ou privado não tem diferença nenhuma*” e “*SUS tem uma rede privada*”; frases que demonstram a situação totalmente diferente daquilo que pensou o Movimento Sanitário ao constituir o SUS. Situação em que a repetição naturalizante de um discurso do público enquanto um aparelho ineficaz no préstimo da assistência em saúde, inscreve pressão ideológica para que uma outra solução e um outro discurso se efetive como se aponta em:

Cada processo discursivo, portanto, está inscrito em relações ideológicas e será internamente moldado pela sua pressão. A própria linguagem é um sistema “relativamente autônomo”, compartilhado igualmente por operário e burguês, homem e mulher, idealista e materialista, mas, justamente porque forma a base comum de todas as formações discursivas, torna-se o veículo de conflito ideológico. Uma “semântica discursiva” examinaria então como os elementos de uma formação específica são ligados para formar processos discursivos em relação com um contexto ideológico (EAGLETON, 1997, p. 173).

O discurso dos sujeitos moldados em um contexto ideológico onde inúmeros procedimentos objetivos e subjetivos, inscritos no aparelho do sistema de saúde brasileiro, os conduzem a refletirem sobre esquemas interpelativos da realidade que imaginam ser ineficientes junto ao estado público e eficazes junto a terceirização arremedada pelo privado. Privado este que mesmo não cumprindo à altura dos contratos firmados ou das expectativas apontadas, se constituiu na “única” alternativa apresentada e argumentada. Um discurso e uma prática que de tão naturalizados junto às decisões do CMS e da SMS, já se tornaram naturalizados nas concepções dos conselheiros e demais envolvidos com a área da saúde.

Assim os discursos aqui coletados são reflexo direto de processos ideológicos inscritos junto à realidade do SUS que pesquisamos (havendo indícios de relacionabilidade com outros municípios e suas estruturas municipais de atendimento ao público em saúde). Processos formados ideologicamente pelo “que pode e deve ser dito” perante as perguntas que aventamos aos nossos sujeitos de pesquisa:

Constituindo o discurso um dos aspectos materiais de ideologia, pode-se afirmar que o discurso é uma espécie pertencente ao gênero ideológico. Em outros termos, a formação ideológica tem necessariamente como um de seus componentes uma ou várias formações discursivas interligadas. Isso significa que os discursos são governados por formações ideológicas. São as formações discursivas que, em uma formação ideológica específica e levando em conta uma relação de classe, determinam “o que pode e deve ser dito” a partir de uma posição dada de uma conjuntura dada (BRANDÃO, 1994, p. 38).

Perspectivamente parece que se algumas posições discursivas não forem alteradas ou medidas não forem tomadas a outra lógica começará a funcionar. A lógica do particular e do privado enquanto saúde possível ao cidadão que puder pagar por ela. Já que sorrateiramente o público é surrupiado de várias formas por procedimentos de inserção e utilização estrutural do mesmo pela iniciativa privada que não possui o interesse de realizar atividades que não lhe são convenientes em termos de numerário e mais-valia.

A criação dos conselhos de saúde serviu para a constituição deste sistema de saúde referenciado em vários países pelo mundo afora como sendo uma das instituições sanitárias mais complexas e abrangentes já constituídas no mundo. Referenciada por conseguir estruturar um sistema de atendimento integral e universal aos cidadãos brasileiros que convivem em uma diversidade geográfica e climatológica de porte continental.

Todavia, a institucionalização dos conselhos gerou muitas expectativas no sentido da probabilidade de gestão democrática dessas políticas. Os conselhos representam uma inovação, na medida em que as políticas de saúde passam a ser discutidas publicamente e podem incluir as demandas dos usuários do SUS, com possibilidade de construir uma relação democrática entre Estado e sociedade civil (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2457).

Os conselhos de saúde do SUS possibilitam a democratização de espaços de interferência social indiscutível apesar de todas as suas problemáticas. São espaços onde sujeitos interpelados ideologicamente por sua realidade espacial e geográfica podem se organizar de forma discursiva e mobilizatória para que preservem a estrutura vigente ou transformem a mesma irrompendo os horizontes da ordem sócio-metabólica vigente.

O que importa para aferir a representação de uma entidade (de um sindicato, partido, ou do próprio estado), dando-lhe um caráter não definitivo e oscilante, é o fato de servir ou não aos agentes sociais como mediação com (ou contra) o seu outro. Essa representação pode existir num momento e desaparecer no seguinte, ser mais duradoura ou mais fugaz, jamais definitiva, sendo difícil precisar com exatidão a sua existência e extensão. A representação “de classe ” dos trabalhadores pode convergir de diferentes formas para o processo de contestação e superação do modo de produção capitalista. Ou pode não convergir para tanto. Em caso afirmativo, ela seria efetivamente uma representação de classe enquanto tal, parte do movimento de constituição da classe trabalhadora como classe “para si”, processo que vimos ser um percurso, não um dado. Em caso negativo, tem-se um “simulacro de representação” de classe, no máximo a representação de grupos de indivíduos, incapazes de romper com os horizontes da ordem capitalista (RIDENTI, 1994, p. 100).

Ordem sócio-metabólica capitalista que atualmente engendra junto ao SUS inúmeras práticas e discursos desmobilizantes dos sujeitos atuantes junto à saúde pública brasileira. Discursos e práticas materializados junto aos inúmeros convênios particulares e inserções privadas possíveis para a apropriação de mais-valia junto aos procedimentos laboratoriais, técnicos e médicos prestados em saúde pública brasileira junto ao Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perpassando nossos constructos teóricos e práticos deste estudo acreditamos poder agora responder aos objetivos que nos propomos ao início desta pesquisa. Analisando os procedimentos metodológicos da pesquisa documental, das observações participantes e das entrevistas semi-estruturadas concluímos que os elementos ideológicos que conduzem os atores partícipes do Conselho Municipal de Saúde de Nova Hartz a se posicionarem de forma favorável a terceirização do atendimento público em saúde municipal se inserem em dois primordiais campos de explicação.

Um primeiro campo de explicação se refere às condições ideológicas de organização, mobilização e formação dos próprios conselheiros do CMS. Apesar de todos os conselheiros possuírem vínculos diretos com a área da saúde em seu histórico pessoal de vida, isso às vezes é insuficiente para problematizarem enquanto sujeitos as posturas privatizantes adotadas pelo Estado nas figuras de seus representantes: o governo e sua administração. Chegando em alguns casos a naturalizar a contratação de mão-de-obra terceirizada por convênio para atuar junto a PSF / PACS / ESF. O que por especificações nacionais legais é terminantemente proibido. Em outras palavras, apesar de alguns conselheiros possuírem formação ou inserção como trabalhadores concursados na área da saúde lhes falta capacidade mobilizatória para a proposição de outras possibilidades frente às defasagens funcionais que o SUS apresenta.

As racionalidades tecnocráticas da burocracia estatal através de suas personificações discursivas e estruturais conseguem através de inúmeros artifícios ideológicos tencionar as escolhas dos conselheiros de forma a conceber as escolhas do aparato institucional do CMS entre uma aparente não alternativa de atendimento público em saúde que não trilhe o caminho da terceirização privada. A prerrogativa do “não há alternativa” sem ser o conveniamento privado da saúde parece obliterar o campo de escolhas que se aventam no horizonte dos conselheiros municipais de saúde:

As racionalizações de “complexidade insuperável” e seus corolários reveladores, escorados pela potência material da ordem estabelecida, não podem ser convincentemente contra-atacadas nem mesmo pelos melhores argumentos racionais, a menos que estes também estejam plenamente apoiados por uma força material alternativa com viabilidade na prática – uma força capaz de colocar seus novos princípios orientadores e suas instituições organizadoras e produtivas no lugar das premissas práticas dominantes da ordem social dada, que todos os dias demonstram seu anacronismo histórico por meio do recurso, cada vez mais intolerante, ao “não há alternativa” utilizado pelas personificações do capital. (MÉSZÁRUS, 2002, p.217-218).

O segundo campo de explicação se refere às condições ideológicas de estruturação que o SUS apresenta em sua realidade pública de atendimento em saúde. Condições estruturais que denotam ideologicamente a não intencionalidade material que o Estado e as administrações possuam por decisões e escolhas ideológicas ou por ineficiência burocrática e ineficiente de seus arranjos internos. Arranjos internos que fazem com que o atendimento público em saúde não avance em função de problemáticas estruturais engendradas pelo próprio aparato estatal como foi percebido na pesquisa documental (extinção da Farmácia Municipal de Manipulação pelo Estado do RS, insuficiência no atendimento de especialidades médicas e laboratoriais junto ao SUS, problemáticas de gestão dos recursos humanos concursados, dificuldade de implantação da política de atendimento a saúde mental por quesito populacional e as dificuldades e avanços de contratualização pública entre SMS municipal e hospital regional de Sapiranga).

Estes arranjos que se impõem como limites absolutos das possibilidades estatais no atendimento das demandas públicas são limites que se colocam apenas na ordem espúria de maximização do seu modo de controle sociometabólico através do capital produzido e reproduzido. Sabendo que poucos se propõem a pensar para além destes limites pensando em alternativas que respeitam as normas previstas e ditadas pelos órgãos institucionais do Estado, a “ordem econômica ampliada” de sujeitar o sistema público do SUS aos desígnios e interesses do capital privado das diferentes formas de sua estruturação junto a saúde pública: cooperativas, fundações, OSCIP’s, convênios, licitações e autônomos profissionais que prestam serviços e são disputados de forma onerosa no mercado de consumo da saúde:

Em primeiro lugar, deve-se enfatizar que a expressão “limites absolutos” não implica algo absolutamente impossível de ser transcendido, como os apologistas da “ordem econômica ampliada” dominante tentam nos fazer crer para nos submeter à máxima do “não há alternativa”. Esses limites são absolutos apenas para o sistema do capital, devido às determinações mais profundas de seu modo de controle sociometabólico (MÉSZÁRUS, 2002, p.220).

Em reflexão são estes os dois grandes campos de motivos que conduzem a crescente terceirização do atendimento em saúde do município de Nova Hartz. Mas não somente as defasagens subjetivas dos conselheiros e objetivas do SUS possibilitam a inserção do privado junto ao SUS. A própria iniciativa privada realiza suas incitações junto ao SUS e ao CMS para que tenha seu espaço de complementaridade preservado. Isso é perceptível quando patrocinadores privados e particulares patrocinam conferência municipal de saúde (percebida na pauta documentada da reunião do CMS realizada em 24/07/2007).

Nesta dinâmica o CMS constitui-se primordialmente como um espaço deliberativo (de planos, ações e atividades realizadas previamente pela SMS) e normativo (das iniciativas e coibições de incoerências institucionais da SMS) e secundariamente como um espaço fiscalizatório e formulador de estratégias. Espaço que imbricado de representações segmentadas em diferentes posições do SUS constitui alguns consensos procedimentais e alguns dissensos conceituais de operação do sistema como ficou perceptível nas entrevistas semi-estruturadas.

As concepções ideológicas que se associam a ideia do serviço público e privado parecem estar ilusoriamente mistificadas num falseamento da realidade que reafirma o SUS enquanto sistema público e ignora a grande participação privada junto ao mesmo (que em alguns setores como no dos atendimentos especializados e dos exames laboratoriais chega a índices de 70% a 100% do total de procedimentos realizados respectivamente). Entretanto as supressões ou demora na disponibilização de algumas respostas perante determinadas interpelações realizadas nas entrevistas faz ser possível outra análise além desta. A análise de que os sujeitos interpelados precisam não só falsear a realidade material do SUS em seus discursos, mas como também reafirmarem esta falsidade para que consigam continuar atuando nesta realidade ilusória:

A definição mais elementar da ideologia é, provavelmente, a de Marx, o célebre “disso eles não sabem, mas o fazem”. Atribui-se à ideologia, portanto, uma certa *ingenuidade* constitutiva: a ideologia desconhece suas condições, suas pressuposições efetivas, e seu próprio conceito implica uma distância entre o que efetivamente se faz e a “falsa consciência” que se tem disso. Essa “consciência ingênua” pode ser submetida ao método crítico-ideológico, que supostamente a leva à reflexão sobre suas condições efetivas, sobre a realidade social de que ela faz parte [...] defende a tese de que a ideologia funciona cada vez mais de maneira cínica, que torna ineficaz esse método crítico-ideológico: a fórmula da “razão cínica” seria “eles sabem muito bem o que estão fazendo, mas mesmo assim o fazem”. A razão cínica já não é ingênua, é o paradoxo de uma “falsa consciência *esclarecida*”: estamos perfeitamente cômicos da falsidade, da particularidade por trás da universalidade ideológica, mas, ainda assim, não renunciamos a essa universalidade... (ZIZEK, 1992, p. 59-60, grifos do autor).

Os sujeitos sabem muito bem o que estão fazendo ao terceirizarem inúmeros setores da saúde pública. Mesmo assim o fazem na justificativa de que não há outra alternativa para um eficiente atendimento público. Iludem-se a si mesmos defendendo alegoricamente que estão aprovando a melhor da “única” opção plausível para solucionar as inúmeras necessidades em saúde que os cidadãos necessitam. Necessidades que em tese a administração

governamental em suas diferentes ideologias assumidas não conseguiu sanar junto as instâncias do Estado representativo da coletividade.

Deste modo o termo **complementar** e **complemento** que lhe seriam o verbo e o substantivo facultado à iniciativa privada junto ao SUS, vão sucumbindo a outros termos que vão se conferindo enquanto realidade cada vez mais presente junto ao sistema público de saúde. Os termos **suplantar** e **suplantação** que inclusive orientam o intitular de nossa pesquisa:

SUPLANTAR – 1. Pôr debaixo dos pés, calcar, pisar. 2. Abater, prostrar, derribar, derrubar. 3. Humilhar, vexar, rebaixar. 4. Levar vantagem a. 5. Ser superior a; exceder, sobrepujar.

SUPLANTAÇÃO – Ato ou efeito de suplantar; vitória; vantagem.

Parecem ser e são dois verbetes fortes que denotam a atual conjuntura de inserção do privado sobre o público junto ao Sistema Único de Saúde do município de Nova Hartz com indícios de relacionabilidade com as demais realidades do mesmo pelo menos na Região Metropolitana de Porto Alegre. Senão o que dirá de todo o conjunto do sistema em nível estadual e nacional.

A significação destes verbetes utilizados estabelecem o contraponto necessário a construção de dois discursos plenamente antagônicos: o discurso de que o SUS é um sistema público estatal eficiente gerido pelo governo possuindo apenas uma complementaridade do privado; e o discursos de que o SUS é um sistema público estatal falido gerido pelo governo possuindo um suplantação do privado que lhe é necessária. O primeiro discurso orienta a percepção que muitos sujeitos atuantes junto ao aparato institucional do CMS gostariam que fosse a realidade. O que não ocorre. Já o segundo discurso é o que se percebeu como sendo a prática real e objetiva da atual configuração estrutural do SUS.

REFERÊNCIAS CITADAS:

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de estado**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. 127 p.

ALMEIDA, Célia Maria de. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para Discussão: IPEA, Brasília, n. 599, p. 1-81, 1998. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/1998/td_0599.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BELL, Judith. **Projeto de pesquisa**: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução a análise do discurso**. 3. ed. Campinas: UNICAMP, 1994. 96 p.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; FALEIROS, Vicente de Paula (Org.). **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297 p.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: Comentários à Lei Orgânica de Saúde - Leis n. 8.080/90 e 8.142/90. 4. ed. São Paulo: UNICAMP, 2006. 271 p.

COMPLEMENTAR. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004. 249 p.

COMPLEMENTO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004. 249. p.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social?** Os Conselhos de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 162 p.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.12, n4, p. 531-540, out. / dez. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n4/0245.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2012.

EAGLETON, Terry. **Ideologia**: uma introdução. São Paulo: Boitempo, 1997. 204 p.

EMPRESAS Estatais Federais Privatizadas desde 1990. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/dest/090105_ESTA_Univ_privatizadas.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 107 p.

HEYWOOD, Andrew. **Ideologias políticas: do liberalismo ao fascismo**. São Paulo: Ática, 2010. v. 1.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

JACOBI, Pedro. **Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde : São Paulo 1974-84**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 174 p.

LÖWY, Michael. **Ideologias e ciência social : elementos para uma análise marxista**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 112 p.

MARX, Karl. **A ideologia alemã**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. xlv, 119 p.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**; GORENDER, Jacob (apres.); SINGER, Paul (Coord. e Rev.); BARBOSA, Regis; KOTHE, Flávio R. (Trad.). 2. ed. – São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. I. seção II, cap. 3.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2002. 1102 p.

MORITA, Ione; CONCONE, Maria Helena Villas Boas. Conselho e conselheiros municipais de saúde : que trama é esta? **Ciências Sociais UNISINOS**, São Leopoldo, v. 38, n. 161, p. 147-167, 2002.

MOURA, Demócrito. **Saúde não se da, conquista-se**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1989. 225 p.

NOVA HARTZ. **Lei Municipal nº 1142 de 1º novembro de 2005**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre o Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências.

Disponível em

<http://www.camaranovahartz.rs.gov.br/site/content/leis_municipais/index.php>. Acesso em 12 nov. 2012.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2455-2464. Ago. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a20.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração dos Direitos Humanos**.

Adotada e Proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em:

<<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 26 maio 2012.

RIDENTI, Marcelo Siqueira. **Classes sociais e representação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 118 p.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2009. 165 p.

SUPLANTAR. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda; FERREIRA, Marina Baird; SILVEIRA, Alzira Malaquias da (Coord.) (Ed.) (Coord.) (Ed.). **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 1, 2222p.

SUPLANTAÇÃO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda; FERREIRA, Marina Baird; SILVEIRA, Alzira Malaquias da (Coord.) (Ed.) (Coord.) (Ed.). **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 1, 2222p.

ZIZEK, Slavoj. **Eles não sabem o que fazem**: o sublime objeto da ideologia. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992. 197 p.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS:

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho de saúde:** guia de referências para a sua criação e organização. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 55 p.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. **Fundo municipal de saúde:** guia de referências para sua criação e organização. Brasília: Coordenação Geral De Desenvolvimento E Avaliação Dos Serviços, 1994. 63 p.

ELIAS, Norbert; SCHRÖTER, Michael (Org.). **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: J. Zahar, c1994. 201 p.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. FERLA, Alcindo Antônio (Org.). **Tempo de inovações:** a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 224 p.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos avançados.** São Paulo, v.13, n.35, p. 139-146, jan./abr. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35a14.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MANNHEIM, Karl. **Ideologia e utopia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 330 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da saúde, 2001. 2 v.

NOVA HARTZ. **Lei Municipal nº 1627 de 25 de janeiro de 2002.** Cria cargo de provimento efetivo de Operador de Veículos, extingue cargos do quadro geral e dá outras providências. Disponível em <http://www.camaranovahartz.rs.gov.br/site/content/leis_municipais/index.php>. Acesso em 12 nov. 2012.

SILVA, Frederico Augusto Barbosa da; ABREU, Luiz Eduardo Lacerda. **“Saúde: capacidade de luta”: a experiência do Conselho Nacional de Saúde.** Brasília, DF: IPEA, dez. 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0933.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.