

Ministério da Saúde  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Mestrado em Saúde Pública

**MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM VITÓRIA-ES:  
UMA EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA?**

**DURVALINA MARIA SESARI OLIOSA**

RIO DE JANEIRO, 1999

Ministério da Saúde

**Fundação Oswaldo Cruz**  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Mestrado em Saúde Pública

**MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM VITÓRIA-ES:  
UMA EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA?**

**Autora: Durvalina Maria Sesari Olisoa**

Orientadora: Profa. Dra. Regina Cele de Andrade Bodstein

Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciência na Área de Saúde Pública

RIO DE JANEIRO, 1999

*A todos que estiveram comigo na elaboração deste trabalho, apoiando, orientando, fornecendo dados, falando sobre suas práticas e vivências, ouvindo e dando força nos momentos de insegurança (que não foram poucos).*

*Embora o processo de elaboração científica seja solitário, o produto resulta de uma grande rede de sociabilidade, compromissos e solidariedade.*

*E, a esta disposição as palavras não conseguem expressar a gratidão...*

*A defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir.*

(David Capistrano Filho, 1995)

## **RESUMO**

Este trabalho é um estudo de caso sobre a trajetória da municipalização da saúde em Vitória-ES e os limites e os alcances do Conselho Municipal de Saúde (CMS-V) enquanto espaço de interlocução entre os interesses da administração e dos usuários dos serviços de saúde. O período de estudo considerado foi de 1989 ao primeiro semestre de 1998. Em que medida a administração da saúde reconhece o CMS-V como seu interlocutor na gestão do setor e quais as possibilidades do CMS-V influir na formulação da agenda pública das políticas de saúde e no controle de sua execução, foram as questões que balizaram esta pesquisa. Os resultados mostraram que a municipalização vem ocorrendo de maneira lenta e gradual, tendo o município sido habilitado na gestão plena da atenção básica em janeiro de 1998. Com a ampliação das responsabilidades sobre a política de saúde local, a administração municipal vem buscando alterar o modelo de atenção à saúde com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, dentro da lógica de “vigilância à saúde” e “sistemas locais de saúde”, operacionalizando a reorganização dos serviços através do “processo de territorialização”. Quanto à efetividade do CMS-V neste processo, verificou-se uma baixa capacidade de influir na formulação da agenda e uma certa potencialidade enquanto espaço de vocalização de denúncias e demandas. A baixa efetividade reflete limites nas três dimensões que o Conselho envolve: societária, político-institucional e colegiada. Concluiu-se pela necessidade de se relativizar a participação institucionalizada por via do Conselho e de se criar meios concretos para instrumentalizar a ação dos atores sociais que o integram.

Palavras-chave: municipalização da saúde; conselho municipal de saúde, representação dos usuários; processo decisório.

## **ABSTRACT**

The present work is a case study on the health municipalization development in Vitória, Espírito Santo, and the Health Municipal Council boundaries and reach as communication set between the administration interests and the end-users of health services. The considered schedule period ranges from 1989 to the first semester of 1998. The proposed research sets the issues limit such as the extent of the health administration acknowledgment of Health Municipal Council as its interlocutor in the sector management and the Health Municipal Council possibilities to influence in the setting up of health policies public agenda and in the control of its enforcement. The results shown that municipalization pace is slow and gradual with municipalization being qualified in January 1998 as of the full management of basic attention. With the widening of responsibilities over the local health policies, municipal administration seeks to change the focus of the health model having as basic the directions and principles of the Unique Health System, within the rationale of “health diligence” and “local health systems” which shall become operational through the re-organization of “territoriality process”. Regarding Health Municipal Council effectiveness in such process, it has been verified a low capacity rate to influence on the agenda’s setting up but a potentiality as set for utterance of denounces and demands. The low effectiveness rate reflects the limits of the three dimensions involved by the Council such as: social, collegiate, and political-institutional. It has been concluded the need for the relative institutional participation to be effective through the Council with the creation of concrete instruments for the action of social representatives thereto integrated.

Key words: health municipalization, health municipal council, users representation, decisive proceeding.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ANEXOS, GRÁFICOS E TABELAS .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
Introdução ao tema.....	8
Perspectivas Teóricas.....	15
Aspectos metodológicos .....	15
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM VITÓRIA E BUSCA DE MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
Município de Vitória: caracterização e alguns indicadores sócioeconômicos .....	22
Antecedentes da municipalização da saúde em Vitória.....	25
Municipalização de ações e serviços de saúde .....	29
Reorientação do modelo de atenção e reorganização dos serviços de saúde.....	34
“Sistemas locais de saúde”: definição de um conceito .....	51
Operacionalização da concepção de “sistemas locais de saúde” .....	54
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO POPULAR DE VITÓRIA E SUA INFLUÊNCIA NA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>64</b>
Breve relato dos movimentos sociais urbanos no Brasil pós-70 .....	64
Perfil associativo do município de Vitória .....	68
Representatividade social dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Vitória ..	79
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: <i>LOCUS</i> DE INTERLOCUÇÃO DE INTERESSES PLURAIS OU DE INTERLOCUTORES DE INTERESSES POLÍTICOS? .....</b>	<b>83</b>
Origem e criação do Conselho Municipal de Saúde de Vitória.....	83
Estrutura jurídico-normativa.....	87
Dinâmica interna de funcionamento .....	90
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE 1: Caracterização dos entrevistados.....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE 2: Considerações a respeito do grupo a que o entrevistado pertence... </b>	<b>138</b>

## LISTA DE ANEXOS, GRÁFICOS E TABELAS

<b>Tabela:</b> Crescimento da oferta física dos serviços prestados pela rede municipal de saúde de Vitória, no período de 1988 a 1992 .....	34
<b>Gráfico:</b> Evolução do número de procedimentos realizados pela rede municipal de saúde de Vitória, 1988-1992 .....	34
<b>Tabela:</b> Programas e serviços de saúde implantados na gestão Frente Vitória, 1989 a 1992 .....	35
<b>Gráfico:</b> Evolução do gasto total com saúde em Vitória, 1989-1992.....	36
<b>Gráfico:</b> Evolução do número de Unidades de Saúde e Centros de Referência sob a gestão do município de Vitória, 1989 a 1997 .....	44
<b>Gráfico:</b> Procedimentos realizados pela rede municipal de saúde de Vitória e recursos repassados pelo governo federal, 1995-1997 .....	46
.....	
<b>Gráfico:</b> Percentual do investimento em saúde no município de Vitória por fonte financiadora, 1995-1997 .....	47
<b>Gráfico:</b> Comparação entre o número de reuniões agendadas e o número de reuniões com <i>quorum</i> (realizadas), por mandato .....	92
<b>Anexo I:</b> Distribuição das clínicas especializadas, programas de saúde e serviço de vacinação nas Unidades de Saúde de Vitória .....	136
<b>Anexo II:</b> Organização e gerenciamento dos sistema de saúde e da rede de serviços do estado do Espírito Santo .....	137
.....	
<b>Anexo III:</b> Organogramas da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória .....	138



## INTRODUÇÃO

A consolidação jurídico-legal da reforma sanitária brasileira na Constituição Federal de 1988, fruto do processo de (re)democratização do Estado e das lutas dos movimentos sociais dos anos 70/80, resultou da crítica contundente ao Estado centralizador, técnico-burocrático, normativo, excludente tanto da participação política quanto das políticas sociais e, em particular, da crítica ao sistema de saúde privatizado, exclusivo e centrado no diagnóstico individual e na cura da doença.

Em contraposição a esse quadro, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup> aponta para um processo modernizador e democratizante do Estado, especialmente, quanto a ampliação dos direitos de cidadania. A saúde, inscrita na Constituição Federal de 1988 entre os direitos sociais, foi reconhecida como dever do Estado e direito de cidadania estendido a todos os brasileiros.<sup>2</sup>

A operacionalização de mudanças no sentido da descentralização político-administrativa e da democratização do sistema de saúde brasileiro, dentro dos marcos da reforma sanitária, começa a se processar na primeira metade da década de 80, com o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), que foi fortalecido a partir de 1985 com a instalação do governo da Nova República, quando houve ocupação de postos políticos de importância estratégica dentro dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social por parte de profissionais oriundos do movimento sanitário. Este segundo momento das AIS, que vai do início do Governo Sarney (1985) até a implantação do SUDS em 1987, configura uma estratégia de transição em busca de um sistema unificado e descentralizado de saúde. (Mendes, 1995:38-41). Apesar deste programa ter promovido a ampliação da cobertura e criado comissões interinstitucionais nas três esferas de governo, é com a sua substituição pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que o Estado propõe e assume a descentralização e a democratização das instâncias gestoras, através de órgãos

---

<sup>1</sup> Através da Constituição Federal de 1988 (capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde) e das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142 de 1990.

<sup>2</sup> No parágrafo 2º do art. 2º da Lei 8080/90 está previsto que o dever do Estado com a saúde “não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.” E com relação ao acesso universal e igualitário, previsto na Constituição, nas notas introdutórias da Norma Operacional Básica 01/96, o igualitário foi substituído por “equânime (com justa igualdade)”.

colegiados, como diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde. (Mendes, 1995). Estes colegiados cumprem “pioneiramente o papel de espaços de concertação de interesses” (Carvalho, 1995:44) que os futuros conselhos de saúde estavam destinados a desempenhar.

*A constituição de órgãos colegiados de gestão - as Comissões Interinstitucionais, chamadas CIS, CRIS, CIMS - com a participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados, e até usuários, antecipando a proposta do comando único, da descentralização e da participação da sociedade. (Carvalho, 1995:43-4).*

Vale registrar que uma melhor definição do quadro de referência que passa a informar a reforma sanitária foi dada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Esta marcou, por um lado, “o início do exercício, na arena estatal e em larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactação de políticas em saúde” (Carvalho, 1995:51), e por outro, produziu um consenso “possível”, entre as diferentes forças sócio-políticas presentes, acerca dos princípios e diretrizes norteadores da reforma que, posteriormente, foram aprofundados e detalhados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (vigente de setembro de 86 a março de 87) e consolidados na Carta de 1988.

A partir da institucionalização do SUS, a democratização da gestão da saúde vem sendo buscada através de uma reengenharia nas relações de poder das três esferas de governo, calcada em relações recíprocas entre Estado e Sociedade. Regulamentada pela Lei 8.142 de 28 dezembro de 1990, a “participação da comunidade” dentro do âmbito do Estado está prevista por via da criação de Conselhos de Saúde, definidos legalmente como instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, e compostos por diferentes grupos sócio-políticos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Considerando como pano de fundo a reforma sanitária e, dentro dela, as diretrizes de descentralização e participação, o objetivo deste estudo é analisar o processo de democratização de uma gestão local de saúde.<sup>3</sup> Democratização está sendo entendida

---

<sup>3</sup> Gestão está sendo considerada segundo a definição da NOB/SUS-01/96: “gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de ações de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

aqui como a possibilidade efetiva de haver interlocução entre interesses sócio-políticos plurais e divergentes.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi considerada a trajetória da municipalização da saúde em Vitória, capital do Espírito Santo, no período que vai de 1989 a junho de 1998, enfocando-se a dinâmica interna de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS-V) e o seu relacionamento com a administração do setor saúde, com o fim de influir na formulação da agenda pública das políticas de saúde e no controle de sua execução.

Trata-se, portanto, de estudo de caso que visa compreender em que medida o CMS-V constitui-se num espaço público capaz de catalisar a interlocução de interesses entre a administração municipal de saúde e a sociedade. Considerando os Conselhos Municipais de Saúde uma “prática de interlocução recíproca” (Carvalho, 1995), o problema inicial foi dividido em duas ordens: em que medida a administração municipal de saúde de Vitória reconhece o CMS-V como seu interlocutor na gestão do setor e, quais as possibilidades do CMS-V influir na formulação da agenda pública de saúde e controlar a execução das políticas e ações do governo? Agenda, está sendo entendida como a “capacidade de definir temas substantivos a serem apreciados e de configurar a resultante final de políticas de governo.” (Costa, 1996:13).

Vale esclarecer que na análise da segunda questão será privilegiada a capacitação da representação dos usuários para uma participação ativa e a percepção destes atores em relação à dinâmica de funcionamento do Conselho, em virtude deste segmento constituir 50% dos membros do CMS-V e consubstanciar a participação da sociedade civil organizada neste colegiado.

A fim de atender ao objetivo proposto, o trabalho foi dividido em três capítulos. No capítulo I, procurou-se reconstituir o processo de municipalização da saúde em Vitória desde 1989, enfatizando a busca da reorientação das práticas sanitárias e da reorganização dos serviços de saúde. Em primeiro lugar, a abordagem buscou registrar os precedentes, o desencadear e o estágio atual em que se encontra este processo, destacando os fatores que, na prática, contribuem para que a municipalização venha ocorrendo de maneira lenta e gradual. E, em segundo, tratou-se das mudanças ocorridas nos planos operacional (rede física instalada, produção física, capacidade de

investimentos e capacitação técnico-gerencial) e jurídico-legal (inovações e garantias legais), bem como das inovações que vêm sendo perseguidas no político-institucional (opção de aportes teóricos e operacionalização a fim de promover mudança no atual modelo de atenção).

No capítulo II, a partir de literatura existente, foi privilegiada a trajetória do movimento popular de Vitória, sua organização e suas características. Além disso, foi analisada sua influência na representação dos usuários no CMS-V.

A história de criação do CMS-V, o registro de sua estrutura jurídica-normativa e análise de sua dinâmica interna de funcionamento constam do capítulo III.

Por fim, como considerações finais, elaborou-se uma síntese sobre o processo de municipalização e os limites e possibilidades do CMS-V constituir-se num espaço público de interlocução de interesses.

### **Introdução ao tema**

A discussão moderna em torno da descentralização do Estado e fortalecimento dos governos municipais tem início na Europa a partir de meados da década de 70. A proposta de institucionalização da participação também tem origem neste contexto.

*...a discussão sobre a descentralização do Estado, sobretudo na área social, dá seus primeiros passos no contexto de uma aguda crise capitalista dos países desenvolvidos que se traduz, entre outros efeitos, em uma forte restrição financeira do **Welfare state** e diminuição do gasto social, fragmentação e marginalização sociais e a relativa perda de credibilidade dos partidos políticos. (Senna, 1995:18).*

*Durante a segunda metade da década de 70, o declínio da atividade econômica e o endividamento público impuseram limites sobre a arrecadação dos governos. As organizações governamentais de bem-estar social estavam constantemente sob pressão para promover cortes em suas despesas. Por trás das inquietudes políticas e sociais havia as dificuldades financeiras que estimulavam os governos a promover reformas burocráticas estatais. Reformas que, em muitos casos, implicaram na criação de mecanismos participatórios, os quais poderiam, ao mesmo tempo, exercer pressão e servir como fiscalizadores sobre uma burocracia resistente às mudanças. (Cortes, 1996:31)*

No Brasil, segundo Muller Neto (1991:57), “a ‘questão municipal’ é bastante antiga e vem suscitando debates há algumas décadas, até mesmo antes da configuração do Estado brasileiro no âmbito republicano e federativo, em 1889.” Mas, é dentro da conjuntura autoritária, que grupos de oposição começam a repensar a relação entre Estado e Sociedade, repensando a própria estrutura do Estado.

No campo das políticas sociais, a idéia de descentralização, ao mesmo tempo que surgiu associada à idéia de democratização do Estado, “brotou da crítica ao padrão de proteção construído pelos governos autoritários: hipercentralização, institucionalmente fragmentado e iníquo do ponto de vista dos serviços e benefícios distribuídos” (Almeida, 1996:17).

*Segundo a percepção oposicionista dominante na época, a descentralização era condição para o aumento da participação, ambas compunham uma utopia democrática cujo horizonte era o autogoverno dos cidadãos. (...) [Descentralização era assim concebida como] instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais. (Almeida, 1996:17)*

Passada a primeira fase de oposição radical à institucionalidade, a proposta de descentralização expressa-se na municipalização, e reivindica, além da transferência de funções administrativas (competências e atribuições) e de recursos financeiros, a transferência de poder decisório para o nível local, visando democratizar o processo de tomada de decisões através da incorporação de diferentes grupos de interesse ao âmbito do Estado.

Importante impulso em direção à descentralização do Estado foi dado pela Constituição Federal de 1988, quando foi criada uma estrutura política que comporta três esferas autônomas de poder (art. 18). De acordo com Muller Neto, a atual Constituição

*...altera as normas e regras centralizadoras implantadas pelo Poder Autoritário, distribuindo melhor as competências entre o Poder Central e os poderes regionais (Estados) e locais (Municípios) inclusive no tocante aos recursos através da reforma Tributária, devolvendo assim a autonomia e a participação nas decisões a estas instâncias. (Muller Neto, 1991:58)*

No campo da saúde, particularmente, foram consolidadas na Nova Carta tanto a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” como a “participação da comunidade” (art. 198, incisos I e III, respectivamente).

*... o processo de descentralização proposto implicou na alteração das bases do poder local, criando formas de co-gestão social, nas quais a sociedade organizada passou a ter presença em um Executivo que se transformava. (...) Neste sentido, mais do que uma profunda reforma do Estado, o projeto de Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação Estado-sociedade.” (Fleury, 1997:36).*

Estas diretrizes fazem parte do arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde (SUS), que resultou da proposta de reforma para o setor e de intensa mobilização social — que teve início em meados da década de 70 em São Paulo e ganhou abrangência

nacional no início dos anos 80.<sup>4</sup> Sua regulamentação, ocorreu em 1990, após vários vetos presidenciais, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080 e n.º 8.142.

Ainda no final dos anos 80, o arcabouço jurídico-legal do SUS foi consolidado nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais por indução legal e, conforme o contexto, também por ação de atores sócio-políticos envolvidos.

A “participação da comunidade” na gestão do SUS, regulamentada pela Lei n.º 8.142/90, está prevista para os três níveis de governo através de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. De acordo com parágrafo segundo do art. 1º da referida lei, os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (cuja representação deverá ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, parágrafo quarto), e têm a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Como precursoras da inclusão de novos atores no âmbito estatal têm-se as comissões interinstitucionais que, desde a primeira metade dos anos 80, a partir das Ações Integradas de Saúde, “foram englobando a presença dos principais atores na arena político-sanitária: governos das diversas esferas, prestadores de serviços, profissionais de saúde, diversas modalidades de usuários” (Carvalho, 1995:27).

Contudo, Carvalho chama a atenção para o fato de que não se deve confundir os Conselhos de Saúde com as invenções burocráticas de uma mera auto-reforma do Estado.

Antes, os Conselhos de Saúde

*são expressões institucionais de um processo mais amplo de reordenamento das relações Estado-sociedade, impulsionado por forças e fatores tanto endógenos quanto exógenos ao aparelho do Estado. Tal processo, que não foi específico da área da saúde, acelerou-se no final dos anos 80 e instituiu no país um novo padrão de políticas sociais, caracterizado pela extensão universal dos direitos e, portanto, das prestações sociais. (Carvalho, 1998:23).*

---

<sup>4</sup>Apesar da diversidade de interesses que os movimentos sociais pela saúde apresentavam nos anos 70 e 80 — movimento sanitário, movimento popular, movimento médico —, encontravam-se articulados pela contraposição às estruturas burocráticas, centralizadas e autoritárias do Estado e pela formulação de propostas para superação do que combatiam. (Gerschman, 1995). sobre este assunto ver, entre outros, Escorel, 1987 (movimento sanitário); Jacobi, 1989 (movimento popular); Gerschman, 1995 (movimento popular e movimento médico).

E acrescenta, os Conselhos de Saúde nascem

*como novos arranjos institucionais destinados a dotar o Estado de ânimo institucional e estrutura organizacional para implementar as políticas sociais universalistas, tal como preconizadas na constituição de 1988. Uma reforma, portanto, do Estado, dirigida a ajustar seu sentido de 'público', assim como a induzir uma maior responsabilidade perante o conjunto da sociedade. (Carvalho, 1998:23).*

Por outro lado, o autor ressalta que, em virtude da idéia de controle social no setor saúde ser gerada dentro do processo de (re)democratização do país, nasce marcada por um caráter fiscalizatório e expressa a idéia de controle da sociedade sobre o Estado:

*a idéia de controle social é aqui marcada por um duplo viés: a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado brasileiro. (...) Daí o forte sentido 'fiscalizatório' que a idéia de controle social em saúde adquiriu, onde parece mais importante 'impedir o Estado de transgredir' do que 'induzi-lo a agir'. (Carvalho, 1995:28)*

Em síntese, a institucionalização dos Conselhos de Saúde no Brasil não significou, segundo Carvalho,

*Nem conquista de uma sociedade consciente nem concessão de um Estado benevolente. De um lado, uma crescente permeabilização do Estado às demandas/reivindicações de setores sociais até então excluídos ou pouco contemplados nas agendas públicas, suscitando 'modificações na arquitetura institucional do Estado' em direção à criação de espaços permanentes de presença desses setores através de suas representações. (...) o Estado trata de adaptar-se de forma a proporcionar não apenas a possibilidade de atendimento dessa ou daquela demanda específica, mas de incorporar, em termos institucionais e permanentes, mecanismos que possam melhor sintonizá-lo com a diversidade de interesses e demandas presentes na sociedade, assumindo o conflito e patrocinando a concertação de interesses. De outro lado, a sociedade que, no amadurecimento de suas lutas, evolui das demandas por acesso aos serviços de saúde para a demanda por acesso à gestão setorial em todos os níveis. (Carvalho, 1995:46-47).*

Em tese, os Conselhos de Saúde, por promoverem a ampliação do espaço de comunicabilidade política, a incorporação ao âmbito estatal de diferentes grupos sociais com o fim de assegurar políticas de saúde universais e constituírem espaços deliberativos, investidos de poder de governo, apontam para um novo padrão de relacionamento entre Estado e Sociedade Civil (Carvalho, 1995 e 1997; Cohn, 1992, 1996a e 1996b; Ramos, 1996 entre outros). Podem, assim, ser “vistos como *locus* institucionais capacitados a determinar o interesse público e, como tal, parametrar a ação do Estado na área de saúde” (Carvalho, 1997:104).

*... nada há na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais. (Carvalho, 1995:31).*

Até novembro de 1993, havia 2.108 Conselhos Municipais de Saúde em todo o país, dos quais 55% estavam em funcionamento, segundo o relatório final da pesquisa “Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde” (apud Carvalho, 1995). Nesta pesquisa o Espírito Santo apresentou o quarto melhor percentual de funcionamento dos conselhos municipais (78%), atrás de Rondônia (88%), Rio de Janeiro (81%) e Goiás (80%). Atualmente, de acordo com o balanço estimativo realizado por Nelson Rodrigues dos Santos (1998) — coordenador geral da secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde — para subsidiar os debates e propostas do II encontro nacional de conselheiros de saúde, ocorrido em julho de 98, todos os estados da federação contam com Conselho de Saúde, enquanto que dos 5.507 municípios, aproximadamente, 3.000 têm Conselho Municipal de Saúde. Também por estimativa, é possível dizer que até agosto de 98 o Espírito Santo contava com 71 Conselhos Municipais de Saúde, em virtude de que, dos seus 77 municípios, 71 encontravam-se habilitados em algum modelo de gestão, segundo dados da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Contudo, se por um lado é inegável a inovação política produzida por esta conquista, por outro, os estudos de casos sobre o funcionamento de Conselhos de Saúde no Brasil não autorizam tantas esperanças.<sup>5</sup> Estes estudos, de modo geral, evidenciam a baixa capacidade destas instâncias influírem na formulação das políticas públicas do setor, evidenciando, por outro lado, um espaço mais de controle sobre as ações do governo e vocalização de denúncias e demandas.

Os resultados destes estudos não diferem muito da conclusão a que chegou Ruth Cardoso (1987) em seu estudo sobre as iniciativas governamentais participativas na área da saúde na década de 80.

*... a comunidade ganhou uma voz reconhecida, mas não foram redefinidas as instâncias encarregadas de recolher e processar as demandas (...) as experiências de integração da comunidade se desenvolveram sem crítica e sem reformas administrativas e, como consequência, se acomodaram às condições de cada local e de cada órgão público. (Cardoso, 1987, p. 302-3).*

---

<sup>5</sup> Para citar apenas alguns: Albuquerque, 1994 (participação popular no planejamento na saúde em Duque de Caxias/RJ); Teixeira, 1995 (estudo de caso de quatro Conselhos Municipais de Saúde da Região de Feira de Santa e Serrinha/Bahia); Passos, 1995 (Conselho Municipal de Recife/Pernambuco); Pinheiro, 1995 (três Conselhos Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro: Angra dos Reis, Resende, Bom Jesus de Itabapoana); Gohn, 1996b (experiência participativa no setor saúde de São Paulo); Carvalho, 1998 (Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana).



Esta realidade, apesar do pouco tempo decorrido da vigência destes colegiados, permite por em dúvida as esperanças depositadas nestes colegiados, como um exercício do jogo democrático. Segundo Alexis de Tocqueville (1977), “a medida em que se deslocam os limites dos direitos eleitorais, sente-se a necessidade de deslocá-los mais; pois a cada nova concessão, as forças da democracia aumentam e as suas exigências crescem com o seu novo poder”. No caso de certos Conselhos Municipais de Saúde, o que estaria empatando, na prática, este aumento?

Segundo Senna, a participação institucionalizada da sociedade para ser efetiva “exige um longo processo de amadurecimento que não a simples representação em determinadas esferas, que passa pelo fortalecimento de uma institucionalidade democrática.” (Senna, 1995:34). É preciso, pois, ir além da simples “ocupação” do espaço institucional ou institucionalização dos grupos de interesse. Nesta mesma linha de pensamento, Pêgo diz que

*A efetivação de instâncias de participação popular, (...) não se exaure no campo político institucional. (...) requer muito mais do que mudanças no arcabouço institucional do sistema de atenção à saúde. (...) [Requer] a existência de cidadãos não forjados a partir do Estado, mas capacitados através de conquistas de todos, isto é, da sociedade. (Pêgo, 1993:69-70).*

Neste sentido, após nove anos do início da municipalização da saúde em Vitória (1989) e sete da criação do CMS-V (1991), é fundamental registrar as mudanças produzidas no nível local no decorrer desses processos e indagar sobre seu caráter participativo, democratizante.

*Atualmente, diante das diretrizes de descentralização e de municipalização do setor saúde e dos impasses na implantação do SUS faz sentido apostar em perspectivas analíticas que procuram reconstruir, através de pesquisas empíricas, a capilaridade dos sistema de saúde, tomando como eixo a compreensão das organizações coletivas e da influência dos interesses que moldam, cotidianamente, a ação dos sujeitos políticos envolvidos no processo. (Bodstein, 1997:223)*

Compreender os limites e as possibilidades da efetividade do Conselho Municipal de Saúde de Vitória é essencial para que se possa pensar suas estratégias de funcionamento, isto é, de articulação com o governo no sentido de influenciar a formulação e controlar a execução das políticas de saúde do município, contribuindo para potencializar as ações dos atores sócio-políticos envolvidos. Embora não se trate de um tema original, a originalidade deste trabalho está na peculiaridade do campo empírico que, além da importância citada, possibilitará o registro da trajetória da municipalização

da saúde em Vitória. Acrescenta-se que este campo é ainda pouco explorado em pesquisas, tendo sido, salvo engano, objeto de estudo em duas monografias para conclusão de curso de graduação, pela Universidade Federal do Espírito Santo.<sup>6</sup>

Por fim, não se negligencia neste estudo que, a partir da segunda metade da década de 90, o setor saúde, no contexto da reforma do Estado, vive uma conjuntura distinta, com alteração no caminho da descentralização. Busca-se devolver à esfera privada determinadas ações do Estado. De acordo com Bresser Pereira & Spink (1998), concomitante com o processo de descentralização administrativa e financeira da esfera federal para os níveis estadual e municipal, encontra-se em andamento uma política de privatização e desregulamentação com o fim de reduzir o “tamanho” do Estado. Na política social, a reforma administrativa vem ocorrendo, embora ainda de maneira tímida, por intermédio de “Organizações sociais”. Nesta forma de gestão “publicizada”, o Estado resguarda para si um papel de promotor e regulador, enquanto transfere para o setor público “não-estatal” a responsabilidade pela execução das ações, que devem ser subsidiadas pelo estado.

*A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. (...) Um outro processo que se insere no quadro mencionado acima é o movimento em direção ao setor público não-estatal, no sentido de responsabilizar-se pela execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de ‘publicização’. (Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/Secretaria da Reforma do Estado, 1997:9).*

Esta proposta neoliberal, apesar de também prever instâncias de controle social, não as prevê nos moldes das existentes hoje. Assim, questiona-se pelo envolvimento, pelo acesso à informação e pelo posicionamento do setor saúde em geral, e dos Conselhos em particular, a respeito da mudança proposta.

Tais transformações, aparentemente, ainda não estão presentes no contexto e período estudados.

---

<sup>6</sup> Olios, D. M. S., 1995. *Alcances e limites da participação conselhistas no estabelecimento de políticas sociais: o caso da saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo. (mimeo) e Bianchi et. al., 1996. *O processo de municipalização dos serviços de saúde no município de Vitória*. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo. (mimeo).

### ***Perspectivas Teóricas***

Em virtude do foco analítico deste trabalho centrar-se num processo de interlocução de interesses constituídos por diferentes atores sócio-políticos, há que se estabelecer uma perspectiva teórica que permita a apreensão simultânea das relações que são tecidas na dimensão societária, na dinâmica interna do CMS-V e na forma como esta instância se relaciona com a administração municipal de saúde.

Portanto, pensar o funcionamento dos Conselhos como “instâncias de poder” é abandonar a idéia autonomista de movimentos sociais dos anos 70/80 bem como de Estado monolítico, de elites, distanciado da ação da sociedade civil (Ramos, 1996).

Com efeito, concepções que compreendem a participação como autônoma em relação ao Estado, bem como no sentido de emancipação através de projetos dos próprios desiguais, contém menos potencial explicativo para os propósitos deste trabalho do que teorias que concebem a participação como uma relação que se estabelece entre as esferas política e societária, a fim de influenciar na formulação e controlar a execução das políticas públicas, com os ganhos e perdas que isso representa para ambas esferas. Por outro lado, pensamos que também a descentralização enquanto conceito puro e sinônimo de democracia, deve ser relativizada tanto em função da necessidade de haver articulação entre os diferentes níveis e planos de governo, quanto em função de se constituir em “um” dos fatores que favorecem a participação e o controle social no âmbito da gestão estatal, na medida em que o processo de municipalização aponta para uma possível ampliação do grau de autonomia decisória dos municípios com relação à alocação dos recursos e à formulação das políticas públicas setoriais.

### ***Aspectos metodológicos***

Esta pesquisa é do tipo estudo de caso, que se caracteriza pelo estudo profundo e exaustivo de um objeto, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo, sem pretender generalizações dos resultados obtidos. (Gil, 1994).

A apreensão do objeto de estudo não se dará, a nosso ver, senão pela metodologia qualitativa. Não se está defendendo com isto, uma oposição entre esta e a metodologia

quantitativa, mas se está apenas ressaltando que a abordagem qualitativa, ao trabalhar com o nível mais profundo da vida social, que não se mede mas se interpreta (como hábitos, atitudes, opiniões, valores) (Minayo & Sanches, 1993), possibilita a compreensão de fenômenos, fatos e procedimentos particulares de pequenos grupos. Ainda, a pesquisa qualitativa é importante “para compreender as relações que se dão entre os atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais.” (Minayo, 1996:134).

A investigação qualitativa permite que os dados da realidade empírica sejam aprofundados em sua complexidade, pois, “requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”. (Minayo, 1996:101).

*A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (Minayo & Sanches, 1993: 244).*

A teoria sociológica compreensiva,<sup>7</sup> considerada mãe da abordagem qualitativa, ganhou legitimidade à medida que métodos e técnicas foram sendo aperfeiçoados para a abordagem dos problemas humanos e sociais, tornando-se assim, um caminho para a investigação social. (Minayo & Sanches, 1993). Num diálogo com a abordagem positivista, os autores sustentam que

*a sociologia compreensiva coloca o aprofundamento do ‘qualitativo’ inerente ao social, enquanto possibilidade e único quadro de referência condizente e fundamental das ciências humanas no presente. (Minayo & Sanches, 1993:244).*

A matéria prima da abordagem qualitativa e, conseqüentemente, desta pesquisa, é a linguagem comum (a fala).

*O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. [E ainda,] ...a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas. (Minayo & Sanches, 1993:245).*

---

<sup>7</sup> Cujas epistemologia fundamenta-se na teoria de Max Weber, que afirma que “cabe às ciências sociais a compreensão do significado da ação humana, e não apenas a descrição dos comportamentos” (Minayo & Sanches, 1993:243-4).

Neste sentido, a fim de atingir o objetivo proposto, o trabalho de campo foi realizado através de entrevistas semi-abertas com atores-chave e observação participante. Segundo Ferrarotti, a entrevista semi-estruturada, à qual denomina de “não-diretiva centrada num tema”,

*procura obter simultaneamente as vantagens próprias da entrevista com um questionário rígido e da entrevista não-diretiva, evitando as suas características negativas, que são, no primeiro caso, a impossibilidade de o entrevistado se exprimir livremente, e, no segundo, a tendência a prolixidade (apud Albuquerque, 1994:44, grifos no original).*

A observação participante foi utilizada de forma complementar para captar a realidade empírica, uma vez que esta propicia a apreensão, pelo investigador, das práticas sociais, do vivido pelos atores no seu cotidiano. (Minayo, 1996). Schwart & Schwart definem observação participante como

*um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (apud Minayo, 1996:135).*

O material empírico resultou também de fontes secundárias, isto é, do levantamento de dados sobre o perfil demográfico e sócioeconômico do município de Vitória, processo de municipalização da Saúde e criação e estrutura jurídico-normativa do CMS-V. Este levantamento envolveu as seguintes fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde/DATASUS, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), Secretarias Municipais de Saúde e da Fazenda de Vitória, Conselho Municipal de Saúde de Vitória, Fundo Municipal de Saúde de Vitória e Câmara Municipal de Vitória.

### ***Descrição do campo empírico***

O trabalho de campo foi realizado no período de fevereiro a junho de 1998. A opção de realizar o estudo em Vitória deu-se, em primeiro lugar, em virtude do município, desde 1989, ter como diretriz geral na área da saúde a municipalização e a reorientação do modelo assistencial com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). E, em segundo, devido ter institucionalizado a participação social através do Conselho de Saúde desde 1991, constituindo-se, assim, num caso típico e

viável para a análise dos limites e possibilidades desta participação. Outro fator determinante desta opção, foi a relação profissional que temos, há doze anos, com o município, onde desempenhamos atividades no setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde. Fato que nos oportunizou o contato com as mudanças ideológicas, políticas e administrativas que vêm ocorrendo no sistema de saúde no país em geral, e em Vitória em particular. Este contato despertou nossa atenção para as possibilidades imanentes a estas transformações, isto é, ampliação da responsabilidade do setor público, principalmente local, na provisão de bens e serviços, e ampliação da cidadania, uma vez que usuários/financiadores do sistema de saúde podem vir a ser também co-responsáveis pelas políticas públicas do setor.

A relação profissional abriu-nos as portas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) para o trabalho de campo. Técnicos, gerentes e gestor, além da disponibilidade para as entrevistas, colocaram à nossa disposição os arquivos e documentos da Secretaria. A seguir descreveremos o caminho percorrido pela investigação.

O processo de investigação iniciou-se em fevereiro/98. Após os primeiros contatos na SEMUS para realização do levantamento de dados documentais, iniciamos o agendamento das entrevistas e manifestamos a um assessor do secretário municipal de saúde o interesse de acompanharmos cinco reuniões do CMS-V, pelo qual fomos apresentada já na reunião de fevereiro/98.

Durante os meses de fevereiro a junho, foram observadas cinco reuniões do CMS-V, sendo quatro ordinárias e uma extraordinária. Nesse período, não observamos nenhum tipo de constrangimento ou entusiasmo verbal pelo fato da nossa presença. A observação teve por finalidade identificar a prática social do CMS-V a partir dos seguintes critérios: condições físicas-estruturais para a realização das reuniões; definição de temas de pauta; condução das discussões; segmentos que mais intervêm e qualidade das intervenções; processo de tomada de decisões; responsabilidade pelo encaminhamento das deliberações e *feed back*. Um diário de campo foi utilizado para o registro dos fatos.

As entrevistas, doze no total, foram realizadas no período de abril a junho de 98, em local previamente determinado pelo depoente. Após autorização, todas foram gravadas, tendo duração média de cinqüenta minutos cada. No apêndice, por ordem

cronológica em que a entrevista foi realizada, reunimos algumas das características dos depoentes, dando, no caso dos representantes dos usuários, um número seguido da letra U, que identificará os fragmentos das falas no interior do texto, ao longo do trabalho. Os entrevistados, em sua maioria, manifestaram o desejo de conhecer os resultados da pesquisa, compromisso que assumimos.

Os entrevistados foram divididos em dois blocos. No primeiro bloco, a fim de levantar informações sobre o processo de municipalização, diretriz da política de saúde, mudança no modelo de atenção, construção dos “sistemas locais de saúde”, percepção dos atores políticos sobre a efetividade do CMS-V enquanto espaço de participação e controle social, foram privilegiados os seguintes atores-chave: o secretário municipal de saúde da gestão 89-92 e presidente do CMS-V no primeiro mandato, 91-92; o secretário municipal de saúde em exercício e atual presidente do CMS-V; a chefe da Divisão de Vigilância em Saúde no período 93-97 e representante do governo no terceiro mandato do CMS-V; a Chefe do Núcleo de Planejamento Setorial; a responsável pelo Grupo de discussão “participação e controle social”, que no decorrer da entrevista indicou outra pessoa, tendo sido também entrevistada, portanto, a Diretora do Departamento de Administração em Saúde.

A fim de conhecer a percepção dos representantes dos usuários (segmento privilegiado neste trabalho) a respeito da atuação (ou não) do CMS-V na formulação da agenda pública para a saúde e no controle social das políticas deste setor em Vitória, o critério de escolha dos entrevistados foi ser conselheiro há mais de um mandato. Efetivamente foram realizadas cinco entrevistas, tendo sido realizada uma a mais do número previsto no projeto, por ter sido privilegiado um conselheiro eleito para o mandato atual, a fim de termos um contraponto quanto ao nível de informações que reúne sobre o CMS-V.

O privilégio dado ao segmento dos usuários, levou-nos a entrevistar também o atual presidente do Conselho Popular de Vitória (CPV), entidade responsável pela indicação dos representantes deste segmento para o CMS-V. Também foi realizada uma visita ao CPV a fim de conhecer os procedimentos do processo de escolha dos representantes e os mecanismos de divulgação. A partir disso, surgiu a necessidade de

buscar a literatura sobre a trajetória do movimento popular de Vitória, o que contribuiu para pensar a sua influência na representação dos usuários no CMS-V.



## CAPÍTULO 1

### **MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM VITÓRIA E BUSCA DE MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

*Sob a crise do sistema de saúde brasileiro, estão acontecendo mudanças que nos autorizam a persistir na luta pela implantação do SUS.*  
(Barros, 1997, grifos no original)

O princípio de municipalização implícito na Constituição Federal de 88 expressa “um movimento internacional de modernização do Estado onde a descentralização de poder e a descentralização de tarefas executivas são diretrizes consensuais.” (Sposati & Falcão, 1990:21). Neste sentido, o setor saúde constitui um rico exemplo, pois, a implantação/implementação do SUS requer a efetivação das diretrizes de descentralização e de participação.

A descentralização de ações e serviços de saúde no estado do Espírito Santo, em geral, e na capital, em particular, vem ocorrendo na esteira das mudanças jurídico-legais promovidas pelo nível Federal. Estudo realizado, no limiar desta década, sobre o processo de descentralização e gestão dos serviços de saúde na Região Sudeste, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro por demanda do Ministério da Saúde, concluiu que “em nenhum momento do processo de descentralização dos serviços de saúde no Estado do Espírito Santo houve geração espontânea neste sentido, sempre se dando a partir de decisões da instância federal.” (Brasil. Ministério da Saúde, 1994). A seguir, será visto como foi desencadeado e vem-se desenvolvendo o processo de municipalização da saúde em Vitória, bem como, em que bases vêm-se dando as mudanças no modelo de atenção. Antes disso porém, será traçado um perfil sucinto do município.

## **Município de Vitória: caracterização e alguns indicadores sócioeconômicos**

Vitória, capital do estado do Espírito Santo, tornou-se um município eminentemente urbano a partir da década de 70. Em conjunto com os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica e Viana, integra a Região Metropolitana da Grande Vitória que, institucionalizada pela Lei Complementar nº 58, em 21 de fevereiro de 1995, existe apenas em termos geográfico e formal.

O município possui uma superfície de 89 km<sup>2</sup>, que representam 5,5% da área da Grande Vitória e 0,18% do território estadual. É constituído por uma pequena área continental e 34 ilhas — sendo que 81 km<sup>2</sup> constituem apenas uma delas. De acordo com dados do IBGE,<sup>8</sup> Vitória tem cerca de 265.874 habitantes (9% da população do estado), que encontram-se distribuídos por “84 bairros, ainda não delimitados por lei municipal, que foram agrupados pela prefeitura em sete regiões administrativas para fins de descentralização das obras e serviços de manutenção da cidade” (Vitória, 1996a).

Seu atual perfil demográfico guarda estreita relação com as mudanças verificadas na economia capixaba a partir dos anos 60.

Na segunda metade deste século, em consonância com o país, o Espírito Santo passa por profunda transformação urbano-industrial. Nos anos 50, o cultivo do café, principal fonte de recursos até então, viveu grave crise provocada pela superprodução e consequente queda nos preços. Em 1967, a fim de minimizar os prejuízos desta crise, foi institucionalizado o programa de Erradicação dos Cafezais.<sup>9</sup> A crise do café provoca, por um lado, a liberação de grande contingente de mão-de-obra do campo para os centros urbanos, e por outro, alavanca o processo de industrialização no estado. Este fato acaba gerando a inversão da economia capixaba que, até fins da década de 60, dependia fortemente do setor primário (65%), seguido do terciário (27%) e secundário (8%).

---

<sup>8</sup> IBGE, 1998. Contagem Populacional 1996. Espírito Santo.

<sup>9</sup> Em 1967, a elite política capixaba adotou a política de erradicação do café determinada pelo Governo Central e arrancou 170.000 ha de café plantado. Os recursos da indenização foram aplicados na criação extensiva de bovinos. (Bittencourt, 1987)

(Bittencourt, 1987). A partir dos anos 70, em consórcio com o capital externo, foram implantados os chamados “grandes projetos”.<sup>10</sup>

Assim, a desestruturação do modelo primário exportador e a implantação dos grandes projetos alteram radicalmente o perfil demográfico do Espírito Santo e, conseqüentemente, de Vitória, pois aceleram o fluxo migratório para o espaço urbano.

Nas décadas de 40 a 60, os migrantes vindo do interior do estado ocupam principalmente os morros de Vitória, configurando um quadro de “inchaço” populacional sem infra-estrutura urbana adequada. A partir da década de 70, são ocupados os mangues da capital mas, o contingente migratório, originário também do Sul da Bahia e do Norte de Minas Gerais, dirige-se também e principalmente para a periferia da Grande Vitória.

A população de Vitória que nos anos 50 representava 40% da população da Grande Vitória,<sup>11</sup> representa, atualmente, cerca de 22%.<sup>12</sup> De acordo com o Censo Demográfico de 1991,<sup>13</sup> o crescimento anual da população de Vitória na década de 80 foi de 2,0%, enquanto na Grande Vitória foi de 4,5% e no estado ficou em torno de 2,3%. Nesta década, a taxa média anual de crescimento da população no município está em torno de 1,4% ao ano,<sup>14</sup> em conformidade com o crescimento das grandes capitais brasileiras.<sup>15</sup>

Fecundidade declinante, arrefecimento da migração desde 1980 (Vitória, 1996a) e formato geográfico do município, cujo relevo natural encontra-se demarcado pelo mar e pelas montanhas condicionando o processo de uso e ocupação do solo, são fatores que contribuem para a queda no índice de crescimento da população de Vitória.

Considerando ainda a mudança de padrão econômico do estado — do complexo cafeeiro para o complexo industrial-exportador —, outro ponto importante refere-se à redefinição e hierarquização do entorno da cidade de Vitória com relação ao aspecto

---

<sup>10</sup> Grandes projetos foi a denominação dada ao ciclo industrial dos anos 70 que priorizou a implantação de indústrias na Região Norte da Grande Vitória, resultando numa cisão com o Sul. Nesta época foram instaladas a Samarco Mineração na Ponta de Ubu (Anchieta), a Aracruz Celulose (Aracruz), a Companhia Siderúrgica de Tubarão (Serra), a Companhia Ferro e Aço de Vitória (Cariacica), provocando, em consequência, uma complexificação da malha portuária do estado.

<sup>11</sup> IBGE, 1960. Censo Demográfico 1960. Espírito Santo.

<sup>12</sup> IBGE, 1998. Contagem Populacional 1996. Espírito Santo.

<sup>13</sup> IBGE, 1991. Censo Demográfico 1991. Espírito Santo.

<sup>14</sup> IBGE, 1998. Contagem Populacional 1996. Espírito Santo

<sup>15</sup> IBGE, 1998. Contagem Populacional 1996. Rio de Janeiro, v. 18

econômico. Até final dos anos 60, o município articulava-se economicamente com as regiões produtoras de café, particularmente a Região Serrana. Hoje, ocupa posição central na relação com os demais municípios da Região Metropolitana, não só na área econômica,<sup>16</sup> mas também nas áreas da cultura e dos serviços.

*Esse entorno de Vitória deve ser entendido mais como uma extensão de seu espaço urbano - a Região Metropolitana - mas tendo-se presente que o papel reservado a Vitória na interação com os demais municípios da Região Metropolitana é o de centralizar as atividades finais do complexo de intercâmbio com o exterior [devido sua condição de cidade portuária] e dos serviços derivados de sua condição de capital do Estado. (...) o município de Vitória concentra a maior parte das atividades econômicas, da arrecadação tributária, da produção e difusão cultural e de prestação de serviços. (Vitória, 1996a).*

Em consequência desta posição, além de sua população residente, Vitória conta com grande contingente flutuante que demanda por bens e serviços coletivos disponíveis. De acordo com o atual Plano Municipal de Saúde, segundo dados de estudo realizado em 1992 pelo Departamento de Estatística da Universidade Federal do Espírito Santo, circulam diariamente em Vitória cerca de 570.000 pessoas, mais do que o dobro de sua população.

*Hoje é impossível pensar Vitória sem relacioná-la aos cinco municípios vizinhos, pois, apesar de cada um possuir sua organização político-administrativa, a pressão concentra-se em Vitória; é o centro da aglomeração em função dos equipamentos de educação, de saúde, do comércio, do lazer, e demais serviços disponíveis. (Herkenhoff, 1995:71).*

No campo social, a posição central ocupada por Vitória reflete graves desigualdades. As condições de vida da população da capital são superiores às encontradas na Região Metropolitana, conforme os números a seguir indicam. Estão concentrados em Vitória 75% dos hospitais privados; dos que percebem mais de 20 salários mínimos na Região Metropolitana, 66% moram em Vitória; apenas 2,4% dos chefes de família da Grande Vitória ganham mais que dois salários mínimos, enquanto em Vitória este percentual chega a 7%. (Vitória, 1996a). O analfabetismo na capital vem reduzindo segundo dados dos censos do IBGE de 1980 e 1991, sendo de 15,39% e 11,34%, respectivamente. Esses índices são mais baixos do que a média verificada nos municípios da Grande Vitória para os mesmos anos, isto é, 19,30% e 15,55%, respectivamente. Em 1994, Vitória apresentou índice de matrículas no ensino

---

<sup>16</sup> Vitória concentra 33% da renda estadual. Dos 87% da arrecadação do ICMS concentrados na Região da Grande Vitória, 68% ficam em Vitória e, das 150 maiores empresas estaduais: 52 operam em Vitória, gerando 61% da receita do total das empresas. (Vitória. Prefeitura de Vitória, 1996a).

fundamental de 88% da população escolarizável, taxa superior à nacional, de 85%. Registra-se ainda que, 30% da população economicamente ativa do município têm curso superior. (Vitória, 1996a).

Através de dados fornecidos pela Gerência Comercial da Companhia Espírito-Santense de Saneamento (CESAN), observa-se que a cobertura de água e esgoto vem aumentando no município, embora a rede de esgoto atinja, ainda, menos de 50% da população. Em 1995, 94,2% da população possuíam rede de água, percentual que subiu para 95,9%, em 1997. Com relação à rede de esgoto, apenas 25,4% da população estavam cobertos em 1995, subindo para 37,5%, em 1997.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde/DATASUS, em 1996 a mortalidade infantil em menores de um ano em Vitória foi de 20,64‰ nascidos vivos, ficando abaixo da média nacional (37,5‰ n.v.) e da região sudeste (25,8‰ n. v.).

Ainda de acordo com a referida fonte, em 1996 o município seguiu tendência nacional com relação às causas de mortalidade (CID 10), isto é, as doenças do aparelho circulatório aparecem em primeiro lugar, seguidas das causas externas e das neoplasias.

### **Antecedentes da municipalização da saúde em Vitória**

A trajetória da política de saúde em Vitória, durante a década de 80, porém antes da consolidação do SUS, revela uma posição de retaguarda e passividade do município em relação às “inovações” ocorridas na política nacional de Saúde.

No nível federal, destaca-se, ainda na primeira metade dos anos 80, a implantação do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que amplia a cobertura de serviços e dá início à criação de órgãos colegiados nas diferentes esferas de governo.<sup>17</sup> E, em 1987, a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), através do qual, pela primeira vez, o Estado assume a “descentralização do processo decisório” e a “democratização das instâncias gestoras” como diretrizes do sistema nacional de saúde (Mendes, 1995; Noronha & Levcovitz, 1994). Essas mudanças, visando alterar a

---

<sup>17</sup> Em nível federal foi criado o Conselho Interinstitucional de Planejamento; no nível regional a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde; a Comissão Interinstitucional de Saúde no nível estadual e; a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, como o nome já diz, no nível municipal.

correlação de forças dos atores envolvidos na tomada de decisão do setor, contribuíram decisivamente para viabilizar as alterações legais no contexto constitucional, necessárias à implantação do SUS.

Dentro desse contexto, o governo do estado do Espírito Santo adere ao convênio para implantação e execução do programa das AIS em 1984, enquanto que o município de Vitória assina convênio integrando-se ao programa somente dois anos depois, em 1986, portanto.<sup>18</sup>

Em setembro de 1987, o governo do estado assina convênio com o governo federal aderindo ao SUDS. Deste sistema, Vitória nem chega a fazer parte.

*...o município de Vitória não entrou no SUDS. Passou de passagem, porque na Administração anterior ninguém nem sabia que o SUDS existia.”* (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).

Com a institucionalização do SUS, na Constituição Federal de 88, seus princípios e diretrizes foram consolidados na Constituição do estado do Espírito Santo e na Lei Orgânica do município de Vitória, em 1989 e 1990, respectivamente.

De dezembro de 88 a junho de 89, uma proposta de reorganização do modelo assistencial para o Espírito Santo foi elaborada pelo grupo de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde e do Instituto Estadual de Saúde Pública (SESA/IESP). Sendo oficializada pela lei 4.317 de janeiro de 1990. De acordo com o “quadro de organização e gerenciamento do sistema de saúde e da rede de serviços”, exibido no Anexo II, caberia aos municípios, na organização de seus serviços de saúde, responsabilizarem-se pelo nível 01 de complexidade (rede básica). O nível 02 deveria ser gerenciado por uma direção colegiada com participação dos municípios da região correspondente, e o nível 03 seria de responsabilidade exclusiva do Estado (rede especializada e de alta complexidade).

O Plano Municipal de Saúde de Vitória da gestão 89-92, mostra que estes parâmetros foram considerados na proposta de reorganização dos serviços de saúde no nível local, embora, na prática, a descentralização proposta não chegou a ser efetivada, conforme se verá adiante.

---

<sup>18</sup> “Dando início aos trabalhos o Sr. Secretário da SEMUS informou que foi assinado convênio com as AIS...” (ata da reunião administrativa da SEMUS-Vitória, datada de 06/08/86).

Apesar disso, as propostas da reforma sanitária nacional começam a encontrar terreno predisposto na capital do Espírito Santo com a vitória, nas eleições municipais de 1988, do Partido dos Trabalhadores (PT) e coligados (PCB, PC do B, PSDB entre outros partidos de esquerda, que formaram a “Frente Vitória”). Este fato começa a configurar um novo cenário na administração municipal em geral, e no setor saúde em particular.

Como deliberação nacional, “o PT trazia o compromisso de contribuir com a implantação do Sistema Único de Saúde, já que os pressupostos aí estabelecidos vinham sendo defendidos pelo PT junto aos outros setores da sociedade e seus representantes desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 86.” (Bittar, 1992:141). Este compromisso visava implantar um novo modelo de atenção numa perspectiva que envolvia “uma definição ideológica sobre a questão da saúde como direito de cidadania e o posicionamento de que o setor público é o responsável pela prestação de assistência à saúde.” (Bittar, 1992:146).

Assim inicia-se a partir de 89, em consonância com os princípios e diretrizes da reforma sanitária nacional, um processo de mudanças no setor saúde em Vitória. A implantação do SUS passa a constituir a diretriz geral da política de saúde, prevista para acontecer a partir de dois eixos principais: municipalização de ações e serviços e construção de um novo modelo de atenção à saúde.

*... nós já entramos com uma proposta de ação, uma proposta, que foi a proposta utilizada na Campanha, que nós seguimos à risca, que era a implantação da Reforma Sanitária a nível municipal, (...) era a luta pela municipalização de todas as atividades, de todas as ações e serviços de saúde; era a luta pela participação popular, através da formação de conselhos; era a luta pela implantação do Fundo Municipal de Saúde. (...) A primeira coisa que a gente tinha em mente era a tentativa de implantar um modelo novo de saúde em Vitória. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

Em síntese, os fatores que concorrem para deflagrar o processo de implantação do SUS em Vitória, a nosso ver, foram: 1º) o êxito da “Frente Vitória” nas eleições municipais de 88, com tudo o que isto significou no sentido de provocar o redirecionamento na formulação de políticas públicas, visando uma cultura mais descentralizadora e democrática e a inversão de prioridades; 2º) a possibilidade de viabilização do compromisso nacional do PT de criar as condições para a implantação do SUS onde fosse eleito (Bittar, 1992) e; 3º) o fato do prefeito, secretário de saúde e outros profissionais de saúde nomeados serem originários da militância do Movimento Sanitário

e, em consequência, terem elaborado um programa de governo para o setor incorporando os princípios da Reforma Sanitária Nacional. O depoimento a seguir ilustra esta situação:

*...havia algumas pessoas que tinham algum conhecimento, alguma vivência nessa luta [pela Reforma Sanitária]. E que, quando a gente vai para Vitória, nós já tínhamos um programa mais ou menos preestabelecido dentro de todas as linhas derivadas da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

Se a simples vontade política não é garantia de que um programa político se efetive, em Vitória, ela foi decisiva para a implantação do SUS, visando a municipalização e a reorientação do modelo de saúde vigente.

Neste sentido, a implantação do SUS no município, não resultou simplesmente de um efeito dominó das esferas Federal e Estadual, isto é, de uma indução legal. Antes, houve uma pré-disposição técnico-política que gerou condições para que esta implantação se efetivasse.

Vale registrar que, a institucionalização do capítulo da saúde na Lei Orgânica Municipal, em 1990, não se deu sem conflito político, tendo sido decisivo, para sua consolidação, o papel desempenhado pelo gestor da SEMUS e, a seu pedido, por um representante do sindicato dos médicos e funcionário da municipalidade. Sobre este assunto, o então secretário de saúde diz que:

*... no último dia de votação, o Dermival Galvão [médico, funcionário da prefeitura, vereador pelo PDT e presidente da Comissão de Saúde da Câmara] soube que eu que tinha escrito o Capítulo da Saúde, ele simplesmente tirou o Capítulo da Saúde todo da Lei Orgânica, dizendo que não ia ter votação do Capítulo da Saúde, que a Lei Orgânica ia passar sem o Capítulo da Saúde. Aí, nós tivemos que fazer um movimento na época, chamar o Sindicato dos Médicos. Peguei aquilo, eu mesmo, eu e Kátia Moura, sentamos à noite, reformulamos palavras daquilo que eu tinha mandado para ele, entreguei a ela, para ela dar entrada lá, como se fosse uma proposta do Sindicato, para que ele incluísse. E assim nós resgatamos o Capítulo da Saúde na Constituição Municipal. Se não, não ia ter. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

Altera-se, assim, a posição do município no cenário da saúde, passando de receptor para promotor de mudanças, embora sempre em consonância com as diretrizes propostas para o setor em nível nacional.



## **Municipalização de ações e serviços de saúde**

Iniciada em 1989, a transferência de ações e serviços de saúde em Vitória vem-se dando de maneira gradual e progressiva. Em 22 de agosto de 1989, o município assina convênio com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) assumindo, de forma parcial, as primeiras ações de vigilância sanitária. O objetivo deste convênio foi apenas de delimitar atribuições de controle sanitário da venda de gêneros alimentícios ao consumidor. No ano seguinte, em 12 de janeiro de 1990, foi assinado convênio delimitando as atribuições da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e imunização no âmbito do município. Em abril de 1994, ocasião em que o município assina convênio habilitando-se na condição de gestão “Incipiente” (NOB/SUS 001/93),<sup>19</sup> as ações de vigilância sanitária e epidemiológica são plenamente municipalizadas.

A transferência das unidades básicas de saúde ocorre somente em 1996, quando as seis unidades de saúde do estado passam para gerência e gestão do município.<sup>20</sup>

Em 27 de janeiro de 1998 o município é habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (NOB-SUS 01/96), e, na ocasião, assume a gestão dos prestadores de serviços básicos de saúde conveniados/contratados pela SESA. Decorridos 60 dias, o município realiza processo licitatório próprio, procedendo auditoria nos serviços que se candidataram.

O andamento deste processo foi transparente ao CMS-V, tendo alguns de seus membros, inclusive, por solicitação de um representante dos usuários, participado, na condição de observadores, das auditorias realizadas, conforme sugerido pela Diretora do Departamento de Avaliação e Controle, em virtude das exigências legais do processo (ata da reunião do CMS-V de julho/98). O Conselho, contudo, não deliberou sobre as contratações, conforme previsto no art. 10, itens 02 e 06, do regimento interno (Vitória, 1995), tendo o processo transcorrido de acordo com a lei das licitações.

---

<sup>19</sup> Em abril de 1996, o Espírito Santo tinha 71 municípios. Destes, 53 estavam habilitados na Gestão Incipiente (dentre eles, Vitória), 01 na Parcial e 01 na Gestão Semi-Plena. Os demais, ainda não haviam sido habilitados em nenhuma condição de gestão. (JORNAL A GAZETA, 1996).

<sup>20</sup> Em fevereiro/96 foram municipalizadas as Unidades de Saúde de Santo Antônio, São Pedro e Santa Tereza e junho/96, as de Ilha de Santa Maria (Barbarina), Maruípe e Vitória. O repasse, para o município, dos recursos materiais foi de forma definitiva, da área física das unidades em regime de comodato, enquanto que a folha de pagamento dos recursos humanos, permaneceu a cargo do estado.

O município não conta com nenhum serviço de saúde de alta complexidade. Apesar disso, abriga em seu território um total de 10 hospitais (sendo 04 públicos e 06 contratados pelo SUS) e um Centro de Referência e Especialidades, todos ainda sob gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde.

A que se atribui o ritmo relativamente lento da municipalização da saúde em Vitória?

O depoimento do secretário de saúde da gestão 89-92, dá pistas de que, na referida gestão, a municipalização da saúde foi parcial e dificultada pela resistência política do governo estadual, que era do PMDB:

*Na realidade, durante o nosso mandato nós não conseguimos municipalizar tudo porque havia, nesse período, uma resistência política muito grande por parte da Secretaria de Estado da Saúde contra a gente. Nós éramos um Governo PT dentro de um Governo PMDB. E um Governo PT incômodo, ativo e reclamante, sabe? Exigente, petulante, ousado, um monte de coisa dessa, que era assim que o Governo do Estado entendia a gente. E, apesar da gente já estar preparado e termos solicitado o processo de municipalização há bastante tempo, cada pedacinho da Saúde municipalizada em Vitória foi um parto para sair. Foi uma luta constante e em algumas horas até deselegante e de confronto aberto entre a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria de Saúde Estadual. Nós conseguimos inicialmente municipalizar a Vigilância Sanitária, alguma parte da Vigilância Sanitária. É, foi parcial. Depois, uma parte da Vigilância Epidemiológica; depois, a Vigilância Epidemiológica toda. Reivindicamos a municipalização inclusive da gestão da distribuição de AIH's e não conseguimos, porque o Estado não quis passar. Quer dizer, ou seja, não municipalizamos. Não municipalizamos nem as Unidades de Saúde do Estado, apesar da gente solicitar inúmeras vezes ao Estado e o Estado, nada. O Estado, que tinha um discurso de municipalização, na hora de concretizar, não passava nada para a gente. Então, era um parto permanente, era uma briga permanente. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

Acrescenta que o município reunia, nesse momento, condições para assumir as unidades de saúde estaduais. Neste sentido, reafirma que o obstáculo a essa transferência foi, basicamente, a necessidade de manutenção do poder por parte do estado:

*A questão foi basicamente política. Basicamente política. Porque nós, na época, fizemos inclusive o levantamento de custo de cada uma das unidades, das despesas que as unidades tinham, os recursos humanos, a capacidade de produção dentro do Sistema Único de Saúde. E verificamos que a produção potencial dava para sustentar o serviço. Fizemos duas propostas para o Estado. A primeira proposta nós fizemos, assim, com a produção potencial, sendo do Município e com 20% a mais que o Estado colocaria, além dessa potencialidade de produção, para efeito de manutenção e de recuperação da rede. Então, nós propusemos. A primeira proposta nossa foi essa. O Estado nunca analisou isso com seriedade. Na realidade, não havia intenção do Estado em permitir que o Município, naquele momento, que o PT, naquele momento, desse uma cara diferente. Porque as Unidades da Prefeitura já estavam tomando uma cara diferente. Já eram referências para os outros municípios, etc. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

A segunda proposta a que se refere o depoente visava municipalizar o Hospital São Lucas, um dos maiores hospitais públicos do Espírito Santo, localizado em Vitória:

*Nós fizemos a proposta inclusive de gerenciamento do São Lucas, na época. De anexar o São Lucas à estrutura médico-hospitalar ali da Secretaria. (...) Tem um projeto realmente já integrado, já desenhado, já feito mesmo, todo o projeto estrutural da integração do São Lucas na Rede Municipal de Saúde, tem tudo isso. (...) Quer dizer, esses projetos foram feitos, só não deu tempo para implantação. E a Administração que nos sucedeu não deu prosseguimento ao projeto. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

É curioso perceber que, em 1995, quando o PT assume a direção do governo do Espírito Santo<sup>21</sup> e nomeia para a pasta da saúde o mesmo profissional que havia sido secretário deste setor em Vitória na gestão 89-92, houve uma inversão na demanda por municipalização. O estado passa a incentivá-la plenamente enquanto o município passa a requerê-la de forma parcial. O caso da municipalização das unidades de saúde estaduais ilustra a questão:

*a municipalização das unidades de saúde do estado para o município de Vitória só se deu agora, comigo, quando eu era secretário de saúde estadual. E aí foi um processo inverso. Porque desde o primeiro dia, eu chamei o secretário municipal de saúde e falei assim: toma, que tem que ser seu, e ele ficou um ano relutando para pegar. Quer dizer, o processo inverteu. O estado estava querendo municipalizar e o município, com medo de municipalizar. E, na época, [referindo-se à gestão do PT na Prefeitura], era diferente: o município queria municipalizar e o estado não queria municipalizar. E a municipalização de fato só ocorreu na minha gestão, agora em 96, quando eu era secretário de estado da saúde. Até então eram municipalizados pedacinhos de serviços... (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

Para o atual secretário de saúde de Vitória — na pasta desde março de 94<sup>22</sup> — o ritmo da municipalização do setor demonstra uma resposta responsável do município em assumir novas competências, uma vez que vem gradativamente ampliando sua capacidade técnico-gerencial, material e financeira com este fim.

*O processo de Municipalização em Vitória, tem sido feito de uma forma gradual, mas bastante conseqüente, na minha opinião. Nós estamos estabelecendo planejamento de curto, médio e longo prazos e cumprindo a contento. Eu me recorro muito quando eu comecei aqui, todo mundo desaconselhava a fazer a municipalização das unidades de saúde. E nós fizemos o planejamento direitinho, nos organizamos, inclusive do ponto de vista de capacitação de quadros gerenciais, a questão mesmo de reciclagem e envolvimento dos profissionais que trabalhavam nessas unidades, a questão do suprimento, enfim, infra-estrutura de uma maneira geral: predial, física, de manutenção etc., etc. E fomos recebendo as unidades gradativamente e com sucesso. (Secretário Municipal de Saúde).*

Incapacidade financeira, foi apontada pelo depoente como o principal impedimento para que o município solicitasse enquadramento na condição de gestão plena do sistema (modelo de gestão mais avançado de acordo com a NOB/SUS-001/96).

<sup>21</sup> No final de 97, o governador Vitor Buaziz, ex-prefeito de Vitória, rompeu com PT filiando-se ao PV.

<sup>22</sup> A Frente Vitória foi sucedida em 1993 pelo PSDB, partido que foi ratificado nas urnas nas eleições municipais de 1996.

*...especificamente, foi o grande déficit que existe hoje entre o que é utilizado aqui na nossa Cidade e os recursos de que se dispõem para pagar esses serviços. (...) Um teto muito enxuto, o teto financeiro do estado; ele já é completamente defasado do ponto de vista histórico da sua composição. (Secretário Municipal de Saúde).*

Outras causas são de ordem política. Em primeiro lugar, a fragilidade no papel de coordenador do nível estadual na constituição de sistemas intermunicipais.<sup>23</sup> Ou seja, fragilidade da SESA em alavancar planejamento conjunto entre, principalmente, os municípios da Região Metropolitana, o que, em última instância, acaba agravando o déficit financeiro de Vitória devido a sua posição central na prestação de serviços coletivos:

*uma desagregação e a desarticulação quase que completa da secretaria estadual de saúde, particularmente nesse momento, onde se precisaria uma articulação metropolitana muito grande. (...) Nós temos concentrados aqui em Vitória cerca de 60% dos serviços de saúde do estado, com utilização de 45% dos recursos. Há um déficit muito grande para pagamento desses serviços aqui e a gente precisaria da Programação Pactuada Integrada, que é a PPI, e que, apesar de já estarmos discutindo isso há alguns anos, ainda não chegamos a um consenso e a uma proposta que pudesse viabilizar o avanço para a municipalização no sentido da Gestão Plena do Sistema, que era um desejo do município; que continua sendo um desejo, mas que foi impossibilitado nesse momento em função dessas dificuldades. (Secretário Municipal de saúde).*

E, em segundo, a falta de vontade política dos demais municípios que integram a microrregião de saúde de Vitória para promoverem articulações, planejamentos conjuntos e até mesmo consórcio de saúde:

*O que dificulta é a falta de vontade e determinação política dos governos municipais vizinhos, que não têm interesse em que isso aconteça. Não são governos que vieram para fazer as coisas acontecerem e mudarem. (Secretário Municipal de Saúde).*

Enfim, o ritmo lento e gradual do processo de descentralização da gestão da saúde em Vitória é favorecido pela necessidade de se elevar a capacidade, principalmente, técnico-gerencial e financeira do município e pela exigência de articulação política entre diferentes esferas de governo e entre os governos municipais. Soma-se a isso, a condição do município de ser sede do maior número de serviços de média e alta complexidade, o que eleva os custos do sistema e favorece a pressão de demandas externas sobre os serviços prestados. Esta situação, que não é diferente das demais regiões metropolitanas

---

<sup>23</sup> “As relações intermunicipais (vitais para a constituição de sistemas intermunicipais de saúde) só se estabelecem com maior harmonia quando há instâncias superiores, pois há uma igualdade de poder entre os municípios. A ausência de outra instância de poder (seja regional e/ou nacional) fere a idéia de sistema - porque não se estabelecem lógicas de complementaridade e de hierarquia entre serviços e instituições.” (Viana, 1998:21)

do país, faz com que o município de Vitória se mantenha na Gestão Plena da Atenção Básica.

De acordo com dados da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, até agosto de 1998, o Espírito Santo constituía-se no estado de maior número de municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema, seguindo tendência contrária ao que vem ocorrendo no resto do país. Do total de 77 municípios, 45 (58%) encontravam-se habilitados na gestão plena do sistema, 26 (34%) na plena da atenção básica e 05 não haviam sido enquadrados em nenhuma das duas modalidades previstas na NOB/SUS-001/96.

Informalmente, um técnico da SESA e membro da Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo (CIB) disse que, de maneira geral, ao não assumir plenamente as responsabilidades pelo SUS municipal, o município gera impasse na sua implantação, pois, com esta atitude, distancia-se da concretização de diretrizes como a descentralização e a integralidade da assistência, reforçando a existência de duas direções na gestão local e impedindo um planejamento articulado entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.<sup>24</sup> Contudo, em outubro de 98, o Conselho Estadual de Saúde desabilitou dez municípios da Gestão Plena do Sistema por “apresentarem precárias estruturas para os postos de saúde, não criaram os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária e não organizaram os conselhos municipais” (Jornal A Gazeta, 1998).

Este quadro nos permite inferir que, o processo de municipalização da saúde no Espírito Santo carece de uma proposta concreta e eficiente de assessoria técnica aos municípios para que possam elevar a capacidade de operacionalização do SUS. Para além do discurso da “incompetência congênita” que gera paralisia, a qualificação de gestores, gerentes e burocracia técnica deve constituir uma das principais preocupações dos governantes nas diferentes esferas de governo. Exemplifica esta questão, o depoimento do secretário de saúde de Vitória a respeito do funcionamento do Conselho Estadual de

---

<sup>24</sup> O estado vem incentivando a municipalização através da Lei nº 5.344, promulgada em dezembro de 97, a qual altera a distribuição do ICMS entre os municípios, com o objetivo de elevar a arrecadação para os que se enquadrarem na condição de gestão mais avançada do sistema municipal de saúde e firmarem consórcios para prestação de serviços de saúde, que devem ser referendados pela CIB.

Secretários Municipais de Saúde — COSEMS-ES, do qual é presidente. Segundo ele, apesar deste colegiado contar

*com mais de 70% da presença de secretários municipais, o que é um fato histórico aí no país a fora, ainda se recente da qualificação dos quadros de secretários, outros gerentes e assessores das Secretarias, o que dificulta muito, vamos dizer assim, o encaminhamento conjunto das propostas, particularmente, da questão da municipalização. (Secretário de Saúde de Vitória e Presidente do COSEMS-ES).*

### **Reorientação do modelo de atenção e reorganização dos serviços de saúde**

Este item será tratado em duas partes. Na primeira, serão consideradas as mudanças e ações implementadas pela administração da Frente Vitória no período de 1989 a 1992, e na segunda, as empreendidas pelas gestões do PSDB, a partir de 1993. As mudanças serão analisadas a partir de três planos: operacional, jurídico-legal e político-institucional.

Com o objetivo de reorientar o modelo assistencial e reorganizar os serviços da rede municipal de saúde, teve início na gestão da Frente Vitória um profundo processo de transformação da realidade encontrada.

*A gente já tinha noção mais ou menos do que era o serviço de saúde oferecido pela Prefeitura de Vitória. Que não era diferente de 90% dos municípios brasileiros. Era um serviço absolutamente caotizado, sem comando, sem planejamento. Eram chamados Postos de Saúde verdadeiras 'possilgas'. Quer dizer, eram salas que determinadas comunidades cediam para colocar uma mesa, geralmente caindo aos pedaços, uma cadeira, com um médico sentado atrás da mesa passando receitas. Esse era o conceito de Posto de Saúde que a Prefeitura tinha. Tinha uns vinte Postos de Saúde, ou alguma coisa semelhante, chamados de Postos de Saúde, mas, na época, só tinha uma ou duas Salas de Vacinação; não tinha Sala de Nebulização na grande maioria dos Postos; (...) tinha um serviço de controle de vetores, entre aspas, que funcionava numa saletazinha absolutamente contaminada de tudo quanto é veneno possível e imaginável. (...) A Prefeitura, tinha ainda, um serviço de estocagem de medicamentos, que era absolutamente horrroso, tudo podre, tudo caindo aos pedaços. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

No plano operacional registra-se a reforma e o equipamento da maioria das unidades de saúde, diversificação e ampliação dos serviços prestados, ampliação da capacidade de investimentos, do número de recursos humanos e da capacidade técnico-gerencial.

No ano de 89 o município possuía dezenove unidades de saúde. Ao longo da administração da Frente Vitória, oito sofrem reforma geral; sete são reconstruídas e seus espaços físicos são ampliados; duas entram em processo de licitação para reforma e duas são completamente desativadas. No entanto, o número de unidades de saúde encontrado

permanece o mesmo em virtude da construção de duas novas unidades. (Vitória, 1992a).<sup>25</sup> Com os investimentos na área física e equipamentos das unidades de saúde, a oferta física de serviços foi enormemente ampliada, conforme depoimento e quadro abaixo:

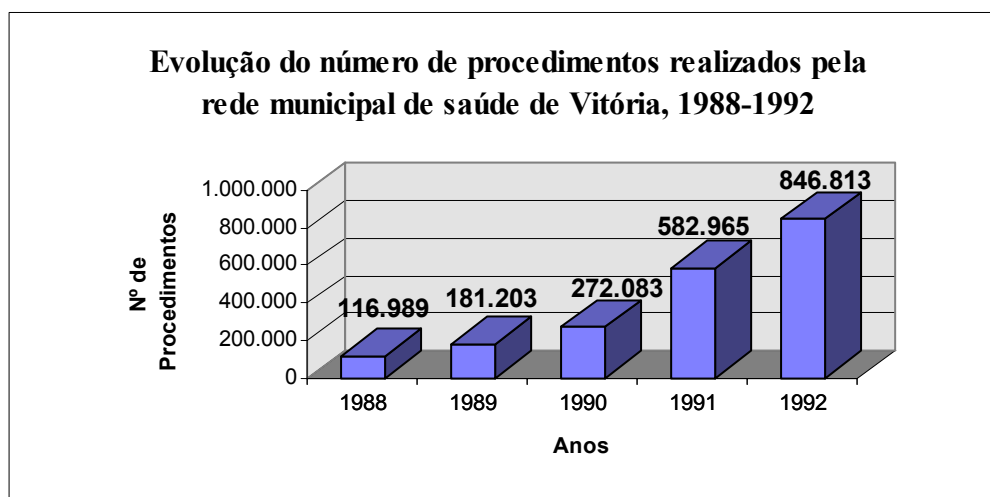
*... nós ampliamos muito a oferta de serviços. Não em número de Unidades de Saúde. (...) Em número de Unidades de Saúde, nós praticamente deixamos o mesmo número, mas ampliamos consultórios médicos, consultórios dentários, salas de vacina, de nebulização, de reidratação oral.*

Crescimento da oferta física dos serviços prestados pela rede municipal de saúde de Vitória,  
no período de 1988 a 1992

<b>discriminação dos serviços</b>	<b>Número existente em 1988</b>	<b>Número existente em 1992</b>
Salas de vacinas	02	11
Salas de curativos	03	18
Salas de nebulização	02	19
Equipo odontológico	07	26
Consultórios médicos	26	48

Fonte: Elaborado a partir de dados retirados do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, período 89-92.

Por sua vez, a expansão física dos serviços provocou uma ampliação significativa na produtividade geral da SEMUS, isto é, nos atos ambulatoriais realizados (SIA-SUS), no período de 1988 a 1992, conforme mostra o gráfico abaixo:



<sup>25</sup> Registra-se que a maioria das unidades de saúde de Vitória funcionam em sedes de movimentos comunitários. Das 19 unidades existentes em 1989, apenas cinco tinham sede própria e uma funcionava em regime de comodato com a Secretaria de Estado da Saúde. Este fato é revelador do relacionamento clientelístico que existia entre a administração municipal e o movimento popular de Vitória, apesar desta situação ainda não ter sido revertida.

Fonte: Elaborado a partir de dados retirados do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, período 89-92.

Esta ampliação da produtividade também foi favorecida pela implantação de vários programas do Ministério da Saúde, da municipalização de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e da criação de novos serviços, conforme mostra o quadro abaixo. Ressalta-se que os programas e serviços implantados na gestão 89-92 não sofreram, daí em diante, descontinuidade. O Programa de Saúde Escolar, único existente antes de 89, passou por implementação e também está em vigor.

Programas e Serviços de saúde implantados na gestão Frente Vitória, 1989-1992

<b>Programas e Serviços de Saúde</b>	<b>ano de implantação</b>
Serviço de Orientação à Fisiologia do Exercício <sup>26</sup>	1989
Serviço de vigilância sanitária	1989
Serviço de vigilância epidemiológica	1990
PAISC	1990
PAISM	1990
Fitoterapia	1990
Programa DST/AIDS**	1991
Programa de Hanseníase	1991
Programa de Tuberculose	1992
Programa Saúde do Trabalhador**	1992
Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos	1992

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/Relatório de Gestão 89-92

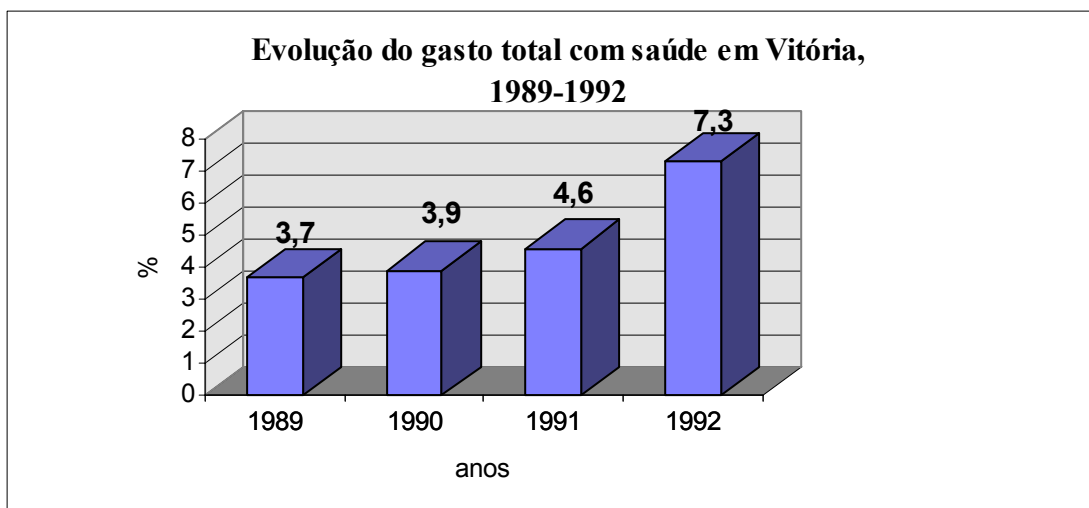
\*\* O programa de DST/AIDS, ainda nesta gestão, e o de Saúde do Trabalhador, na gestão seguinte, foram transformados, respectivamente, no Centro de Referência de DST/AIDS e no Centro de Referência Metropolitano de Saúde do Trabalhador.

Nessa gestão, teve início na prefeitura em geral, e na SEMUS em particular, o processo de informatização. A SEMUS começou a processar e trabalhar os dados dos programas de vacinação, nascidos vivos, mortalidade e morbidade (Ministério da Saúde), antes consolidados pela SESA. Iniciou-se, também, o processamento dos procedimentos realizados nas unidades básicas de saúde, posteriormente aprimorado através do “BUP” (Boletim Único de Produtividade).

Com relação ao gasto com saúde em Vitória, no período de 89 a 92, mesmo não sendo possível discriminá-lo por fonte de financiamento, tomada a composição da



despesa, o gasto total com saúde, em relação à arrecadação municipal, praticamente dobrou (tendo um acréscimo de 97%), conforme mostra o gráfico seguinte.



Fonte: elaborado a partir dos balanços financeiros do município, de 1989 a 1992, fornecidos pela Secretaria Municipal da Fazenda.

De acordo com o depoimento do então secretário municipal de saúde, a ampliação dos recursos empregados na saúde ocorreu tanto em função do aumento da produtividade da rede municipal, o que elevou a transferência do nível federal para o município, quanto em função do financiamento de projetos pela União, em virtude de uma rede de relações pessoais estabelecida pelo próprio secretário.

*Nós potencializamos mais aquilo que era a produção do serviço do município. Aí houve um crescimento muito grande do aporte de recursos, porque nós colocamos mais gente, tinha mais serviço, tinha mais oferta de serviço; e potencializamos isso tudo. Houve um crescimento bastante razoável. Agora, o Estado não investiu um tostão no município. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

*...conseguimos, na época, arrecadar um recurso extra do nível Federal, através de um projeto de financiamento, inclusive lá para a Unidade de Jardim Camburi, para equipamentos de Jardim Camburi, de Raio X, etc. e tal, que conseguimos no Ministério da Saúde. E conseguimos um apoio grande do DATASUS, aqui do Rio, muito mais por aproximação pessoal minha, que eu tinha conhecimento com algumas pessoas e aí se interessaram, foram para lá e implantaram isso lá na Unidade de Jardim Camburi, também, aquele serviço informatizado. Que o Município só gastou com a compra das máquinas, porque todo o sistema foi implantado gratuitamente pelo DATASUS. Então, esse foi o investimento de fora que a gente teve. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

<sup>26</sup> Em 92, este serviço contava com 04 módulos de orientação ao exercício. Atualmente, denominado de “Serviço de Orientação ao Exercício”, foi implementado e conta com 07 módulos espalhados pelo

Com relação aos recursos humanos, merece destaque não só o aumento de 70% no número de profissionais lotados na saúde, em virtude do concurso público realizado em novembro de 1991 (de 487 para 828 funcionários), mas a criação de cargos como sanitarista, médico sanitarista, agente de saúde pública, engenheiro de alimento, nutricionista, engenheiro sanitarista. Revelando, assim, mais medida objetiva em direção à mudança das práticas sanitárias.

Visando elevar a capacidade técnico-gerencial de profissionais da saúde, foi promovido pela prefeitura de Vitória, no período de maio a novembro de 92, o Curso de Especialização em Saúde Pública. Este foi realizado em parceria com a SESA, a Universidade Federal do Espírito Santo e a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, com a participação de vinte e oito profissionais.

*... nós ampliamos bastante recursos humanos. (...) Complementamos o quadro de pessoal em várias áreas; capacitamos pessoal em várias áreas; demos cursos de pós-graduação, inclusive para a equipe local da Prefeitura, curso de especialização em Saúde Pública; centenas de cursos para todo mundo; porque todo mundo que entrava, a gente tinha um processo de envolvimento. Quer dizer, conseguimos apontar para uma direção nova. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

No plano jurídico-legal registram-se a criação do Fundo Municipal de Saúde (Lei nº 3.711 de 10 de janeiro de 1991), do Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 3.712 de janeiro de 1991, modificada pela de nº 3.719 de abril do mesmo ano) e a regulamentação da Conferência Municipal de Saúde (Lei nº 3.712/91), prevista para ocorrer em intervalos de dois anos.<sup>27</sup>

Apesar de prevista na Lei Orgânica Municipal, art. 182, inciso V, a “participação dos usuários e dos profissionais de saúde a nível das Unidades de Saúde no controle de suas ações e serviços, através da eleição direta dos Diretores Gerais das Unidades e dos respectivos Conselhos Diretores”, não foi regulamentada até hoje.

*A gente não tem nenhuma previsão. Pelo menos por enquanto. A gente está começando dentro desse processo das Comissões Locais de Saúde. Pode ser até que avance em Conselhos Gestores, mas a gente, por enquanto, ainda não fez essa discussão não. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde)*

---

município, sendo referência até fora do país.

<sup>27</sup> A primeira Conferência Municipal de Saúde de Vitória ocorreu em outubro de 1991 e teve como tema “Saúde: a municipalização é o caminho”, demonstrando a preocupação conjuntural com a municipalização. A segunda só ocorreu após quatro anos da primeira, em junho de 1996, tendo como tema “Sistemas locais

O terceiro plano das mudanças, o político-institucional, trata da opção conceitual feita no sentido de reorientar o modelo e reorganizar os serviços de saúde. À luz dos princípios do SUS, foi feita a opção pelo conceito de “vigilância à saúde”.<sup>28</sup>

O plano municipal de saúde desta gestão, aprovado pelo CMS-V em novembro de 1991, é revelador da intencionalidade de superar o modelo assistencial então vigente, centrado no diagnóstico individual, na terapêutica e na centralização do poder decisório. Inspirado na concepção ampla do processo saúde-doença, e de saúde como direito de cidadania, o plano propõe o planejamento de ações e serviços que visem superar a dicotomia entre prática individual e coletiva, valorizando a presença da população organizada na geração da informação, acompanhamento e controle das ações do governo.

De acordo com o plano de saúde, o município foi dividido, de forma burocrática, em 14 regiões, objetivando desagregar os indicadores de saúde, a fim de que a informação gerada pudesse ajudar na identificação de problemas particulares de grupos populacionais homogêneos, e subsidiar o planejamento de ações e serviços inspirado nas necessidades da população. No final de 1991, em resposta à municipalização de novas ações de vigilância epidemiológica, o município sofre uma nova divisão, que, sem desconsiderar a anterior, o fragmenta em quatro áreas de “Coordenação de Vigilância Epidemiológica”, também com o objetivo de realizar diagnósticos de saúde e investigação epidemiológica.<sup>29</sup>

Em dezembro de 1992, no fim portanto desta gestão, um novo desenho de regiões de saúde é proposto pela administração e aprovado pelo CMS-V. Assim, o município é redimensionado em 07 áreas denominadas “áreas de vigilância em saúde”, que foram

---

de saúde: construindo a saúde que queremos”, o que aponta para as discussões teóricas que vinham sendo efetivadas a fim de subsidiar a operacionalização das mudanças naquele momento.

<sup>28</sup> A “vigilância à saúde não se reduz (...) a uma mera ação de produção de informação, mas, fundamentalmente, é a intervenção sobre determinantes e condicionantes de problemas de enfrentamento contínuo que incorpora, ainda, ações de caráter individual. Esses problemas são escolhidos pelo alto impacto que têm nas condições de existência de grupos populacionais em micro-áreas específicas e pela possibilidade de intervir sobre eles.” (Mendes et al., 1993:177). Entre outros, ver também Souza & Kalichman, 1993.

<sup>29</sup> O desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica foi marcado pelo envolvimento e compromisso de profissionais e técnicos de saúde, independentemente de seus vínculos institucionais. As quatro Coordenações foram localizadas em unidades de saúde de nível mais complexo, gerenciadas pelo estado. O que marca o início do relacionamento de profissionais de diferentes níveis de governo (Alvarenga, 1995).

*divididas burocraticamente, através dos mapas, sem ter, no momento, ainda, noções dos perfis epidemiológicos locais (Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, 93-97).*

E, no início de 1993, recém-formados no curso promovido pela Prefeitura,

*os sanitaristas foram lotados em Áreas para que se começasse a desenvolver a descentralização oficial das primeiras ações de vigilância, já num contexto de Vigilância em Saúde. (chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, 93-97).*

Nesta nova divisão de áreas, ainda vigente, as coordenações funcionam fisicamente em uma unidade de saúde da região, e são coordenadas por, pelo menos, um sanitarista, e contam com, no mínimo, dois agentes de saúde pública. As coordenações, embora não oficialmente, subordinam-se, no nível central, à Divisão de Vigilância em Saúde, oficializada na reforma administrativa de novembro de 93.

Vale ressaltar que esta “descentralização” atinge apenas ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Ainda assim, pode ser questionada e no máximo caracterizada como parcial, uma vez que, com a criação de um nível intermediário entre o central e o local, não foi claramente definido seu papel, ficando, por um lado, inteiramente dependente das decisões do nível central e, por outro, conformando um relacionamento, por vezes, conflituoso com o nível local. As áreas também não contam com estrutura física específica, com autonomia material e financeira. Assim, a descentralização das ações de vigilância constitui ainda uma proposta a ser incrementada pelo Departamento de Ações Integradas de Saúde, conforme consta do seu plano de ação para o período 97-2000 .

Um dos problemas enfrentados na implantação das áreas, e que, ainda hoje, empata os avanços desta proposta, é o fato da concepção de “vigilância à saúde” não ser apropriada igualmente por todos profissionais de saúde envolvidos no processo. O que revela as dificuldades práticas de se trabalhar a relação entre as dicotomias: saúde individual e coletiva e assistência curativa e preventiva.

*...uma grande dificuldade estava no relacionamento entre as autoridades - que nós, dentro da vigilância, chamávamos de “autoridades sanitárias locais”, que eram as sanitaristas - e as autoridades de direito, que eram as chefes de Unidades - pessoas ainda com propostas curativas (...) Isso foi um choque. (...) E, a gente não tinha ferramentas para estar no embate diário, alojados dentro das próprias Unidades. A autoridade à qual elas se reportavam era a chefia da Divisão de Vigilância em Saúde. No entanto, elas estavam nas Unidades, cujas autoridades tinham um outro tipo de mentalidade, tinham uma outra meta a perseguir. Isso se tornou conflitante em alguns momentos. (...) Em uma Unidade foi pedido para nosso grupo se retirar,*

*porque nós incomodávamos ao andamento normal. Em outras, permanecemos à parte de toda a construção da Unidade, usando salas que não eram apropriadas, usando papéis, canetas que vinham da própria Divisão, para que nós... pudéssemos persistir em estar no nível local, que esse era o nosso objetivo: descobrir os agravos locais, intervir sobre eles. (Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, 93-97).*

Num balanço da gestão 89-92, o então secretário de saúde diz que o avanço foi grande, mas não foi possível contemplar todo o projeto elaborado:

*criamos serviços efetivamente, de vigilância epidemiológica, que era exemplo a nível estadual, de vigilância sanitária, que era exemplo a nível estadual; criamos o serviço de saúde do trabalhador — que não existia, que o que existia antigamente era o SESI, era o serviço que tem em qualquer empresa de Medicina do Trabalho; (...) Implantamos, já naquela época, no final do período, logo após o Curso de Saúde Pública, as Regiões de Saúde, com um sanitarista no mínimo em cada uma das Regiões de Saúde. Avançamos bastante, apesar de não termos concretizado todo o projeto. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

E acrescenta,

*Nós não conseguimos concretizar a mudança, porque o tempo acabou e nós não fizemos a sucessão. Mas, com certeza nós deixamos uma centena, no mínimo, de pessoas com cabeça bastante diferente das cabeças que nós encontramos, do ponto de vista do envolvimento, da proposta, do descobrir que tem algum modo diferente e sério de trabalhar a Saúde e et cetera. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

Ressalta também que, ao tocar em estruturas arraigadas, o projeto sofreu resistências e oposições:

*... o município tinha prática de não se faz nada, o que se faz é politicagem para vereador. Era essa a prática. E quando a gente começa a mexer com essas estruturas, você espera a reação não só politiqueria, por parte dos politiqueros de plantão, mas muita reação dos próprios trabalhadores da saúde. Tanto que nós enfrentamos greves logo que entramos, assim, de montão. (...) Então, a reação foi muito grande às propostas de mudança e as mudanças que a gente fazia eram mudanças reais mesmo, não tinha jeito. (...) E, se a gente não ousasse naquele momento daquela forma, eu tenho a impressão que não se conseguiria nada. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

A ousadia da Frente Vitória em iniciar um processo de mudança de práticas sanitárias é confirmada por um representante dos usuários no CMS-V, quando atribui isso

*... a um pontapé inicial de alguém que esteve lá no Executivo e que, por ser do Setor, por entender com muita profundidade dessas questões, acabou iniciando, começando a fazer isso. E aqueles que vieram subsequentemente, acabaram entrando nesse clima, entrando nesse ambiente. (...) Eu atribuo fundamentalmente ao então, na época, Prefeito de Vitória Vítor Buaziz, que iniciou com essas questões, com esses movimentos de buscar a qualidade de vida no município de Vitória e posteriormente, ao outro candidato, que depois veio a ser Prefeito, Paulo Hartung, deu seqüência nisso daí. (04-U).*

Com a entrada do PSDB na administração municipal, em 1993, inicia-se o segundo momento no processo de implantação do SUS em Vitória, sem, contudo, haver mudança nas diretrizes básicas da política de saúde do município.

*A política de saúde da Secretaria centra-se em dois eixos estratégicos básicos: a questão da construção do novo modelo e a municipalização, que a gente pretende caminhar para a Gestão Plena do Sistema Municipal aqui na cidade de Vitória. (Secretário municipal de saúde, a partir de março de 94).*

Uma possível causa para essa continuidade, que no fundo significa a manutenção da democracia e da descentralização como princípios de governo, é a experiência política e associativa dos novos dirigentes políticos adquirida na militância em partido de esquerda e movimento social de oposição à ditadura. Experiência revelada na trajetória política e associativa do atual secretário municipal de saúde:

*Uma militância muito intensiva, clandestina na época da universidade, no conhecido “Partidão”, no movimento estudantil, com presidência do Diretório Acadêmico do Centro Biomédico (...) nessa época, militância em alguns partidos legais, por imposição da legislação: no PMDB, que era o partido legal que tinha, um PMDB jovem. É... Depois, ao me formar, eu participei da diretoria do Sindicato dos Médicos e, mais recentemente, da diretoria da Sociedade Espírito-santense de Medicina Esportiva. (atual Secretário Municipal de Saúde)*

Dessa trajetória vem, provavelmente, a valorização da participação dos profissionais de saúde e da população no processo de reforma do setor e mudança no modelo assistencial:

*... a gente trabalha, particularmente nessa questão do modelo, com um enfoque na prevenção e promoção de saúde, entendendo que para sua mudança é preciso que se tenha esse envolvimento direto dos profissionais e a participação também direta e interativa da população, sem os quais não existem e é impossível se fazer qualquer mudança. (Secretário Municipal de Saúde).*

Contudo, durante mais ou menos os primeiros dezoito meses desta administração, a despeito da reforma administrativa na SEMUS ocorrer ainda no décimo primeiro mês desta gestão, o que gera transformações fundamentais para o avanço na implantação do SUS, conforme será visto adiante, as discussões em torno da concepção de “vigilância à saúde” — conceito que vinha norteando a busca de mudança das práticas sanitárias — tornou-se um movimento restrito a um grupo dentro da secretaria, a saber, os sanitaristas.

*... todo esse conceitual, que alguns documentos já traziam, apesar de uma grande confusão entre os autores sobre a definição verdadeira de vigilância em saúde, isso se discutia dentro do grupo de sanitaristas. Mas isso não era o usual dentro da secretaria municipal de saúde. (...) O sentimento da Divisão é que esse discurso permaneceu dentro da Divisão até meados de 94.(...) Tanto que em 94 se começa uma série de oficinas de sensibilização, onde a participação das pessoas de outros setores da Secretaria foi nenhuma. Foi um movimento que aconteceu dentro da Divisão, com a força das próprias sanitaristas e das pessoas que acreditavam nessa mudança,*

*onde a gente parte para... primeiro para as unidades de saúde e depois para quem quisesse ouvir sobre o discurso que o SUS trazia, com respeito à equidade, à universalidade e à participação popular. (Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, 93-97).*

Com a nomeação do atual secretário de saúde em março de 1994 — devido necessidade de desincompatibilização política do então secretário — a cúpula da SEMUS volta a se envolver nas discussões em torno da municipalização e da mudança no modelo de saúde.

*Eu acho que a partir da minha entrada aqui, nós pudemos fazer isso, estabelecer essas diretrizes com reiterados e freqüentes seminários de planejamento estratégico, com formação gerencial; quer dizer, capacitação de quadros para dar conta de uma política onde foi definida a questão de mudança de modelo e a questão da municipalização da saúde, tentando atingir os graus mais avançados dentro do que preconiza o Sistema Único de Saúde. (Secretário Municipal de Saúde).*

Assim, o conceito de “vigilância à saúde” é retomado nas discussões e seminários promovidos pela SEMUS e ratificado como aporte teórico do modelo de atenção à saúde que se quer implantar. Para sua operacionalização, ainda em 1994, foi eleito como instrumento básico de ação o diagnóstico situacional de saúde. Este foi realizado em cada uma das sete áreas de vigilância em saúde do final de 94 ao final de 95, quando foram identificados, através de dados oficiais e informações de informantes-chave, os problemas de saúde, os riscos e os agravos por região, além de ter fomentado a participação popular. Os diagnósticos foram desenvolvidos através do método da estimativa rápida, para o qual técnicos da SEMUS haviam sido capacitados, em abril de 1994, pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Espírito Santo (NESC), com o apoio da SEMUS e da Fundação Nacional de Saúde.

Das discussões teóricas e das práticas no desenvolvimento de ações, emerge com mais clareza o modelo de saúde que se quer implantar em Vitória, cuja imagem-objetivo é melhorar a qualidade de vida da população.

*foi ficando cada vez mais claro e mais evidente que as mudanças que a gente queria, elas tinham que ser profundas e radicais. Que, para isso, era imprescindível nós trabalharmos com um modelo de base epidemiológica, com participação popular, com envolvimento dos profissionais, onde nós tivéssemos um sistema de informações que pudesse checar essa realidade de uma maneira, assim, bastante dinâmica e que nos pudesse alimentar do ponto de vista dos problemas de saúde que a comunidade tem, sejam coisas ligadas diretamente ao serviço de saúde ou não, mas que interferisse com a qualidade de vida das pessoas, e pudesse, então, atuar para que isso pudesse acontecer. Então, aí nasce a proposta dos SILOS, que são os Sistemas Locais de Saúde. Que é você trabalhar com planejamento ascendente, de maneira descentralizada, de baixo para cima, (...) caminhando para frente, inclusive com autonomia financeira, orçamentária, para que de fato, as coisas se resolvam aonde elas acontecem. (Secretário Municipal de Saúde)*

No final de 95, o município define-se pela construção de “sistemas locais de saúde”. E, por indicação de Eugênio Vilaça Mendes, um dos criadores da proposta de Distritos Sanitários, firma assessoria com a Professora Carmem Unglert (do Núcleo de Estudos sobre Práticas de Saúde Coletiva, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo — NACE-CONSILOS). Assunto que será tratado no próximo item.

Com a ratificação do PSDB nas eleições municipais de 96, gestão 97-2000, o então secretário de saúde permanece à frente da SEMUS. Em seu depoimento, aponta a continuidade política e o resultado de seu trabalho como fatores que o fizeram permanecer.

*Primeiro que é um governo de continuidade administrativa, onde se teve o governo do ex-Prefeito Paulo Hartung e cujo sucessor, o Prefeito atual Luiz Paulo, é um governo que se baseou na continuidade administrativa. E acho que o que também me fez permanecer aqui foi, vamos dizer assim, o resultado do nosso trabalho com a saúde na cidade de Vitória, onde há um reconhecimento e uma credibilidade pública muito grandes. (Secretário Municipal de Saúde).*

Com isso vigora também o processo de implantação do SUS que, desde 89, vem sendo operacionalizado através da municipalização de ações e serviços e da busca de construção de um novo modelo de atenção à saúde. Diretrizes explicitadas no atual plano municipal de saúde:

*Implementar o Sistema Único de Saúde, SUS, com o propósito de buscar a consolidação do Sistema Municipal de Saúde, avançando para a gestão plena do sistema voltado para um modelo de atenção à saúde com proposta de construção de Sistemas Locais de Saúde - SILOS. (Vitória, 1997).*

A seguir, serão apontadas as mudanças concretas que ocorreram a partir de 1992 considerando os três planos anteriores: operacional, jurídico-legal e político institucional.

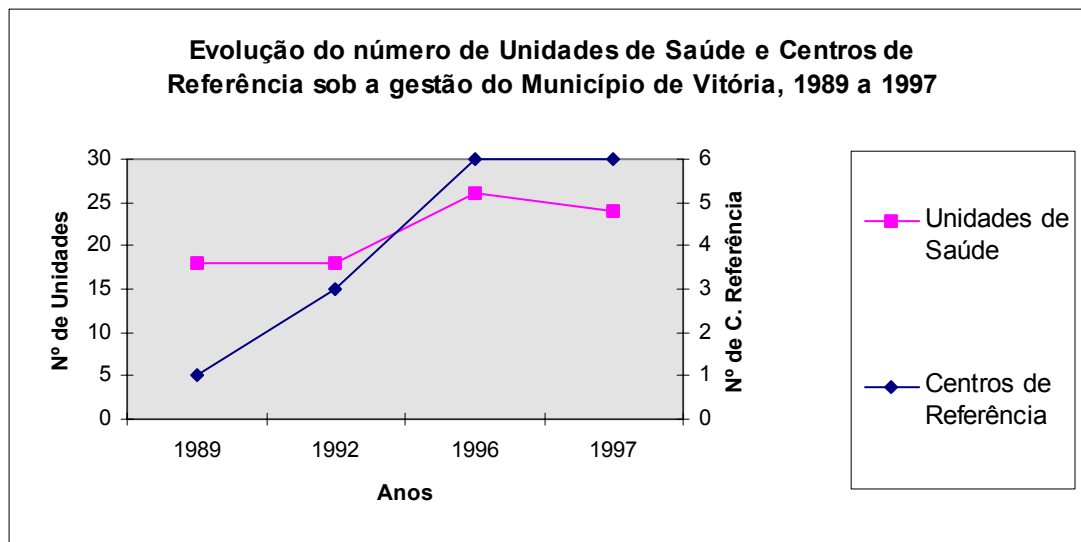
No primeiro plano, tem-se que o número de unidades de saúde só foi alterado de dezenove para vinte e cinco em função da municipalização das seis unidades estaduais, ocorrida em 1996.<sup>30</sup> Tendo uma unidade sido fechada posteriormente devido às péssimas

---

<sup>30</sup> Todas oferecem serviços de curativo, injeções, nebulizações, enquanto que, a grande maioria realiza ações de vacinação, odontologia, eletrocauterização, coleta de material de laboratório, coleta para preventivo de câncer uterino. A distribuição de programas de saúde e a existência de especialistas nas diversas unidades estão especificados no Anexo I.



condições de funcionamento. Enquanto isso, o número de centros de referência passou de três para seis.<sup>31</sup>



Fonte: Elaborado a partir de dados obtidos no relatório de gestão da Frente Vitória, período 89-92 e no Departamento de Administração em Saúde/SEMUS.

Além da manutenção dos programas implantados na gestão da Frente Vitória, foi implantado, em 1995, o “Sorria Vitória” (odontologia preventiva), cujo objetivo é controlar a incidência de cárie dental em crianças de até 12 anos. Este programa conseguiu reduzir o índice de CPO-D<sup>32</sup> que era de 6.0 em 1990 para 1.47 em 1996, segundo dados do Ministério da Saúde/DATASUS. Acrescenta-se que a Organização Mundial da Saúde considera um índice de 3.0 como satisfatório. Atualmente, a meta é estender a faixa etária alvo do programa.

Em janeiro de 1996 foi implantado o programa “Criança Saúde”, na área de vigilância em saúde de São Pedro, considerada a de maior índice de mortalidade infantil em menores de um ano em 96. Este programa prevê o acompanhamento desde a gravidez até seis primeiros anos de vida da criança. Em 97, contribuiu para que o indicador em

<sup>31</sup> Em 1989 existia apenas o serviço de Orientação ao Exercício Físico. Até 1992 foram criados mais dois: o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (com hospital/dia) e o Centro de Referência em DST/AIDS. No período de 93 a 97 a criação de centros de referência sofre um incremento, passando de 03 para 06, quando foram criados o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (classificado, entre os 20 finalistas do Programa Gestão Pública e Cidadania, numa iniciativa conjunta da Fundação Getúlio Vargas/SP e Ford/EUA, em 1997), o de Atenção Psicossocial (também com hospital/dia) e o Centro de Referência Metropolitano do Trabalhador (único em parceria com o Governo do Estado). O centro de referência do idoso e atenção psicossocial são os únicos que não são porta de entrada.

<sup>32</sup> Índice que mede o ataque de cárie à dentição permanente.

questão fosse reduzido em 38,64%, atingindo a marca de 11,34 por mil nascidos vivos, de acordo com o Departamento de Avaliação e Controle da SEMUS. Este programa já foi estendido às áreas de Maruípe e Goiabeiras, e a proposta é de que seja implantado nas demais áreas de saúde.

Encontram-se em fase de implantação, entre outros, os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF).<sup>33</sup> Estes, vêm sendo desenvolvidos juntamente ao “Projeto Terra”, carro-chefe da Prefeitura que, sob o gerenciamento da Coordenadoria de Administração Estratégica, procura articular todas as secretarias numa tentativa de superar o caráter paternalístico das ações do governo através de ações de desenvolvimento sustentável.<sup>34</sup> Segundo a coordenadora do PACS e PSF, durante o ano de 98 estes serão implantados em dez bairros da cidade. Cada equipe do PSF conta com médico, odontólogo, enfermeiro, assistente social, sanitarista e auxiliar de enfermagem. Embora a proposta de trabalho visa a integração das equipes às unidades básicas de saúde, objetivando contribuir para a implantação dos sistemas locais de saúde a partir da organização da demanda e do enfoque preventivo da atenção, na prática esta integração vem encontrando obstáculos como práticas sanitárias tradicionais, vínculos diferenciados de contratos de trabalho e, em alguns casos, na própria estrutura física da unidade, tendo a equipe do PSF que se localizar fora dela. Novamente a convivência entre diferentes práticas sanitárias e processos de trabalho dá sinais de conflitos.

Mesmo com todos os esforços empreendidos, ainda não se conseguiu, em Vitória, organizar a demanda através de um sistema de referência e contra-referência. A

---

<sup>33</sup> Implantação aprovada pelo CMS-V na reunião ordinária do dia 08 de maio de 1997.

<sup>34</sup> A partir do diagnóstico de que 70.000 habitantes (26,28% da população do município) vivem nos morros de Vitória, com dificuldades de acesso a bens e equipamentos públicos, além de falta de condições básicas de segurança e infra-estrutura, contrastando parcialmente com uma cidade desenvolvida à beira-mar, o objetivo do Projeto Terra é promover nos morros de Vitória: urbanização; sistema viário; saneamento básico; regularização fundiária das áreas, lotes, e incentivar melhoria das moradias; preservação ambiental e; implementação de programas sociais integrados visando promover ações de desenvolvimento comunitário, apoio à ocupação produtiva e consequentemente aumento da renda familiar. Este Projeto envolve investimentos da ordem de R\$ 72 milhões, sendo parte em recursos próprios da Prefeitura de Vitória e o restante captado através do BNDES, Ministério do Planejamento e Orçamento - Habitar Brasil/Banco Interamericano de Desenvolvimento e Caixa Econômica Federal (em processo de negociação). Um dos princípios do Projeto é a participação popular. Nele, a população beneficiada discute e define todas as benfeitorias e ações a serem desenvolvidas. A população acompanha todas as etapas da execução das obras e serviços e também se compromete com a atuação pós-projeto, através da manutenção e da relação com o espaço construído. A atuação da SEMUS neste Projeto tem sido através da implantação das equipes do PACS e do PSF. (Vitória, 1997a).

dificuldade reside basicamente no fato do município não contar com serviços de alta complexidade para referenciar seus pacientes. A referência e contra-referência em Vitória

*está começando agora num processo de viabilização [e ainda é] muito tímida. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde)*

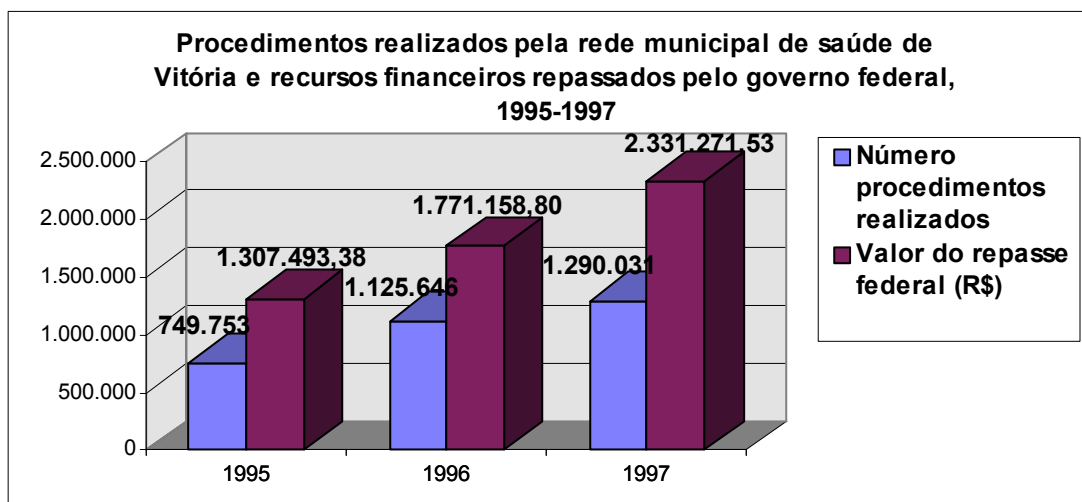
A depoente acrescenta que algumas unidades básicas de saúde contam com cardiologia, neurologia, homeopatia, oftalmologia e dermatologia, mas não se trata ainda de

*uma intervenção secundária, um acompanhamento e tal. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde)*

Este sistema está sendo pensado através de parcerias com o Hospital Universitário (principalmente para pronto atendimento), com a SESA (para realização de exames especializados) e com a iniciativa privada, através da contratação de serviços.

Esta realidade permite questionar se em Vitória existe de fato um “sistema” municipal de saúde ou apenas um conjunto pouco articulado de “serviços de saúde”.

No período de 1995 a 1997 foi registrado aumento na produtividade dos serviços prestados à população pela rede básica municipal (procedimentos realizados - SIA/SUS) e, conseqüentemente, nos recursos financeiros repassados pela esfera federal ao município, conforme mostram os dados do gráfico abaixo, uma vez que a transferência de recursos se efetivava mediante convênio e pagamento contra-produção.

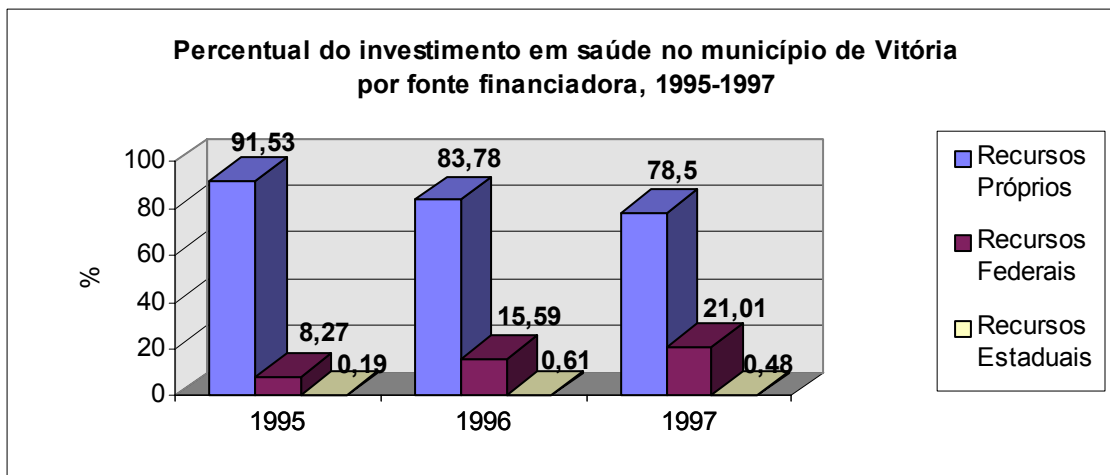


Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS-SIA/SUS.

A nosso ver, os fatores que favoreceram esse aumento, em 1996, foram a municipalização plena dos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária e das

unidades básicas de saúde e, o repasse de recursos da União para construção do Centro de Controle de Zoonoses, implementação dos programas de DST/AIDS, saúde escolar e de atendimento aos desnutridos e às gestantes de risco nutricional (convênio INAN). E, em 1997, o repassa de recursos para o controle do *Aedes aegypti* e para a implementação dos programas de DST/AIDS, tuberculose e de atendimento aos desnutridos e às gestantes de risco nutricional (convênio INAN).

Nesse mesmo período, 1995 a 1997, tomada a composição da despesa com saúde em Vitória e considerando as diferentes fontes de financiamento, observa-se que o percentual de gasto do município vem diminuindo em relação ao da União que vem aumentando. Quanto ao inexpressivo investimento da esfera estadual nesse período, limitado à transferência de recursos para campanhas de vacinação, vale ressaltar que sua importância situa-se na atenção hospitalar, uma vez que a prefeitura de Vitória só presta serviços na atenção básica.



Fonte: Elaborado a partir dos balanços financeiros do município, 1995 a 1997, fornecidos

pela Secretaria Municipal de Fazenda e dados das receitas provenientes das esferas

federal e estadual fornecidos pelo Fundo Municipal de Saúde de Vitória.

Nos anos de 1995, 1996 e 1997, o gasto com saúde permaneceu acima de 8% da arrecadação municipal total, não chegando, contudo, a atingir 10% da receita, conforme indicam os números da Secretaria Municipal da Fazenda: 8,29%; 9,91% e; 8,72%, respectivamente.

No plano jurídico-legal, a mudança foi provocada pela reforma administrativa ocorrida em novembro de 1993 através da Lei Municipal nº 3.983, que muda a estrutura organizacional da SEMUS.

Esta reforma, cuja formulação foi iniciada em 1991 pela administração Frente Vitória, reorganizou e complexificou a estrutura administrativa da SEMUS visando atender às novas competências assumidas (ou a assumir) com o processo de municipalização e com as mudanças promovidas pelo próprio nível local (Anexo III).

A seguir são descritas as mudanças ocorridas:

1. foi oficialmente criado o cargo de chefia para as unidades de saúde;
2. o Departamento de Saúde Pública foi transformado em Departamento de Ações Integrais de Saúde, dentro do qual foram criadas a Divisão de Serviços Gerais, a Divisão de Apoio Diagnóstico Terapêutico e a Divisão de Vigilância em Saúde, à qual estão subordinados os Serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Na prática, as sete áreas de vigilância em saúde, encontram-se subordinadas à esta Divisão, contudo, não foram oficializadas na estrutura formal.
3. o Departamento de Assistência Médico-odontológica foi transformado em Departamento de Administração em Saúde, dentro do qual foram criados a Divisão Setorial de Recursos Humanos da Saúde e o Centro de Controle de Zoonoses. Vinculados a esse setor, os Centros de Referência DST/AIDS e de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos foram oficializados uma vez que já existiam e, o Serviço de Orientação ao Exercício Físico foi transformado em Centro de Promoção e Recuperação Física;
4. foi criado o Departamento de Avaliação e Controle, com as seguintes Divisões: Avaliação e Controle, Análise de Contas, Informações em Saúde e Normatização das Ações de Saúde;
5. ligados ao Gabinete do Secretário, foram criados os Núcleos de Planejamento Setorial e de Processamento de Dados.

Essa Lei foi alterada em 1996 pela Lei Municipal nº 4.397 que criou o Centro de Atenção Psicossocial e o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso.

Com a reforma administrativa de 1993 foi criada também a possibilidade de uma descentralização financeira na Prefeitura, mas somente em 1996 a SEMUS foi

favorecida, em primeiro lugar, com a descentralização do “processo de compras de itens específicos para a área da saúde”, passando a contar com Comissão de Licitação própria, o que, segundo o presidente da referida Comissão, vem dando maior agilidade ao processo de compras e vem favorecendo a compra de produtos de melhor qualidade. E em segundo, dentro dos princípios de governo “descentralização e desconcentração”, o Decreto nº 4.293 de 03 de janeiro de 1996 deu poderes aos secretários municipais para ordenarem as despesas de suas respectivas pastas, tornando-os gestores dos recursos econômicos-financeiros, embora a gerência da execução orçamentária e financeira da prefeitura permaneça centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda. Hoje, a SEMUS tem autonomia para decidir em que, quanto e quando gastar seus recursos, independente da fonte de financiamento.<sup>35</sup>

Com a criação do Departamento de Avaliação e Controle, e conseqüentemente, da Divisão de Informações em Saúde, foi implantado o sistema de informações da SEMUS, quando foi efetivamente assumido pelo município o processamento e a análise de informações referentes aos programas do Ministério da Saúde: nascidos vivos, mortalidade e morbidade. Além disso, toda a produção ambulatorial e dos demais serviços realizados pela Secretaria foi informatizada. O processamento dos dados é realizado no nível central pelo Núcleo de Processamento de Dados, pelo próprio Departamento e ainda, no caso de alguns programas, pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Com o fim de normatizar e dotar o município de poder de polícia na fiscalização sanitária, foi criado, através da Lei Municipal nº 4.424 de abril de 1997, o Código Sanitário.

O terceiro plano, o que trata da opção política da secretaria para operacionalização de mudanças no modelo vigente, será visto através dos dois próximos itens.

---

<sup>35</sup> A Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde informa que ao longo dos anos vem sendo garantida a execução da proposta orçamentária da saúde em Vitória e, a facilidade de remanejamento de fontes de recursos, supera sua carência. Como entraves à execução orçamentária aponta a distância entre a proposta, o planejamento e a realização das ações/atividades. Acrescentando que a conjunção destas três etapas ainda não faz parte dos processos de trabalho dos profissionais da SEMUS.

### **“Sistemas locais de saúde”: definição de um conceito**

Sem aprofundar discussão teórica sobre o conceito de “sistemas locais de saúde” faz-se necessário um histórico, embora sucinto, de como surgiu e o que significa esta proposta, a fim de favorecer a compreensão de como vem sendo apreendida e operacionalizada em Vitória.

A proposta de “sistemas locais de saúde” foi elaborada na 33ª Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), realizada em setembro de 1988, visando a transformação dos sistemas nacionais de saúde da América Latina (Mendes, 1993; Unglert, 1995). Segundo Unglert, por parte da OPS,

*‘Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) são propostos enquanto unidades básicas organizativas de uma entidade global, plenamente articulada que é o Sistema Nacional de Saúde’. Os SILOS constituem, nessa vertente, o ponto focal de planejamento e gestão periféricos dos sistemas de saúde, sob a influência integradora e normativa da coordenação nacional, nível em que se formulam políticas globais e se definem os sistemas de apoio logístico, técnico e administrativo que requerem a execução de programas e a prestação de serviços no nível local.’ (Unglert, 1995:2).*

A proposta de sistemas locais de saúde surge então como uma tática operacional importante a fim de “reorganizar e reorientar os sistemas nacionais de saúde, com base nos processos de descentralização e desenvolvimento local.” (Unglert, 1995:3).

Desenvolver o nível local, no contexto desta proposta, significa ir além da “autonomia” do governo municipal, significa buscar a democratização do planejamento e da gestão local de saúde. Referindo-se à diversidade geográfica, histórica e política que os países latino-americanos encerram, Carmem Unglert sustenta que:

*Os sistemas locais de saúde devem possuir uma base comum. Ela compõe um processo de descentralização e desconcentração do Estado, de forma a que o mesmo atinja uma maior democratização e eficiência. É fundamental, para tanto, a participação da população nesse processo. (Unglert, 1995:3).*

Além disso, o sistema local de saúde deve ter

*uma direção responsável e capacidade de coordenação e articulação dos recursos existentes, num espaço populacional delimitado para alcançar sua melhor utilização e adequação à realidade local. Deve significar mais do que uma divisão de trabalho, a nível administrativo, do setor saúde, favorecendo o desenvolvimento de novas práticas de saúde, mais adequadas aos problemas de saúde da população. (Unglert, 1995:3).*

À época de elaboração desta proposta, no contexto dos anos 80, a maioria dos países da América Latina, particularmente o Brasil, vivia numa economia de caráter recessivo, com política interna de ajuste fiscal balizada pela redução e inversão nos

gastos, o que afetou drasticamente os serviços sociais como saúde, educação, moradia, transporte, saneamento etc. Por outro lado, no campo da organização política, prevalecia a concentração de poder com excessiva centralização administrativa. Especificamente no setor saúde, esta conjuntura faz com que grandes segmentos da população permaneçam excluídos do acesso real aos serviços de saúde por um lado e, por outro, lutem por uma utilização mais eficiente dos recursos nesta área. (Unglert, 1995).

No Brasil, de acordo com Eugênio Vilaça Mendes (1993) e Carmem Unglert (1995) — membros da coordenação da Área de Infra-estrutura de Sistemas de Saúde da Representação da OPS/OMS no Brasil à época da elaboração da proposta — a concepção de “sistemas locais de saúde” (SILOS) converge para a implantação do SUS, dentro dos princípios norteadores da Reforma Sanitária.

Com o objetivo de criar uma metodologia prática que, dentro da concepção de “sistemas locais de saúde”, possibilitasse a implantação do SUS, a partir de 89, Unglert participa da criação e coordena o grupo autodenominado “grupo de apoio à implantação de Sistemas Locais de Saúde” ligado à Universidade de São Paulo. Como resultado dos trabalhos desse grupo, foi elaborada a proposta de “territorialização em saúde”, definida como

*processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. (...) a territorialização é, portanto, um passo fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde.” (Unglert, 1995:7).*

O ponto central desta proposta é a apropriação do espaço local através do “planejamento ascendente” com a participação da população. Este planejamento baseia-se em “distintas realidades locais, onde atores sociais se transformam em autores de um processo, no qual se dá a apropriação do território numa lógica voltada à Saúde.” (Unglert, 1993:225). Na apropriação do espaço local pelos distintos atores sociais (profissionais de saúde e população), constrói-se a área de responsabilidade de uma unidade de saúde (o território), que é movida por uma lógica voltada à vigilância à saúde.

Esta proposta realça a autonomia do espaço local (ou território), entendido como o “cenário estabelecido por atores sociais no desenrolar de um processo em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades cobram



ações.” (Unglert, 1993:222). O objetivo último da territorialização é, portanto, possibilitar impacto positivo nos problemas de saúde indentificados no território. (Unglert, 1993; 1995).

## **Operacionalização da concepção de “sistemas locais de saúde”**

O corpo político e técnico da SEMUS, inspirado nos princípios do SUS, já havia entrado em contato com o arcabouço teórico da “vigilância à saúde” desde o limiar da década de 90, conforme vimos anteriormente.

*A gente acompanhava a discussão da viabilização do SUS, as discussões do próprio amadurecimento da Vigilância em Saúde, porque os documentos mais novos vieram a partir de 95. Foram mais divulgados e nós tivemos acesso a partir de 95. (Chefe da Divisão de Vig. em Saúde)*

Em meados de 90, clara estava a orientação que se queria imprimir ao modelo de saúde (trabalhar de forma descentralizada através das áreas de vigilância, planejar a partir de diagnósticos de saúde). No entanto estavam indefinidos os passos a serem dados nesta direção:

*Nós não teríamos condição de pegar toda aquela dor e sofrimentos e transformá-los em ação... transformar em ação para o alívio. Mas a gente sabia que a gente tinha que se planejar a partir de micro-áreas homogêneas, onde as coisas tivessem mais evidentes, ou seja, os maiores excludentes, porque isso está na Constituição. Era esse o nosso papel. (Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, 93-97)*

Era preciso, pois, ir além. Para isso, a equipe da SEMUS, principalmente da vigilância em saúde, sentia-se impotente. Foi assim que, no segundo semestre de 95, o município contrata, por indicação de Eugênio Vilaça Mendes, a assessoria da Professora Carmem Unglert. Esta apresenta a proposta de construção de “sistemas locais de saúde”, que na prática se viabiliza a partir do “processo de territorialização em saúde”. Ainda em fins de 95, este processo têm início com as oficinas de territorialização.

*...o Eugênio Vilaça indicou a Carmem Unglert do NACE-CONSILOS, da USP, para poder dar início a esse trabalho. E ela apresentou uma proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde. (Coordenadora do Núcleo de Planejamento)*

*....por indicação de Dr. Eugênio Vilaça, a Secretaria Municipal de Saúde procurou Dra. Carmem Unglert, que trabalhava com ‘áreas geográficas, territórios, numa dinâmica de planejamento ascendente’. (Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, 93-97).*

Assim, os profissionais de saúde tomam contato com a literatura sobre “processo de territorialização em saúde” de Carmem Unglert (1993, 1995), e a partir desse momento, a SEMUS define como diretriz política, técnica e operacional para a implementação do SUS no município “a construção de sistemas locais de saúde - SILOS”. Esta diretriz foi, posteriormente, aprovada na II Conferência Municipal de

Saúde, realizada em 1996 (Vitória, 1996), e ratificada no atual plano municipal de saúde, gestão 97-2000 (Vitória, 1997).

Embora a SEMUS tenha adotado “sistemas locais de saúde” no plural, conforme a proposta da OPS e conforme aparece em vários documentos, inclusive no plano municipal de saúde em vigência, na realidade local é feita uma releitura da concepção de “sistemas locais de saúde” a fim de adequá-la aos limites do município. Nesta adequação, o desenvolvimento e fortalecimento local é pensado no sentido de reorientar as práticas e reorganizar os processos de trabalho dos níveis central e mais periféricos do sistema municipal, que são as unidades de saúde (denominados na proposta de Unglert de territórios).

Os territórios constituem-se em *locus* geradores de informações (problemas de saúde) que vão orientar o planejamento de ações e serviços a serem executados. Enquanto que, o nível central, passa a ser o *locus* integrador e normativo, ou seja, onde será formulada a política de saúde e onde serão definidos os sistemas de apoio logístico, técnico e administrativo necessários à execução de programas e à prestação de serviços no nível local. Neste sentido, espera-se que se construa uma relação mais horizontalizada entre estes níveis de gerência, com grau de descentralização tal que favoreça o planejamento ascendente e a participação popular.

Assim, de acordo com a metodologia da Professora Unglert, e obedecendo às peculiaridades locais, em fins de 1995 desencadeia-se o processo de territorialização com oficinas de sensibilização, tanto de profissionais quanto de representantes de comunidade local, e de territorialização, realizadas por áreas de vigilância em saúde, e coordenadas pelas respectivas coordenadoras, com assessoria direta da referida professora na primeira área territorializada.

O objetivo das oficinas de territorialização era delimitar as áreas de abrangência e responsabilidade de cada unidade de saúde, territorializando-a. Estas, contaram com a participação de profissionais de saúde, representantes de grupos sociais organizados (movimento popular, entidades religiosas, educacionais, ONGs) e indivíduos isolados da comunidade. De acordo com seus respectivos relatórios, o número de participantes variou entre 20 a 32 pessoas por área, tendo a participação social variado entre 20% a 40% dos participantes. Em apenas duas delas, houve participação de conselheiros de saúde, que ali

estavam mais por se caracterizar como informante-chave do que por representar o Conselho.

As oficinas, que ocorreram em momentos diferentes nas diferentes áreas, chegaram a termo no final de 96 com o município dividido em 24 territórios, uma vez que todas unidades básicas de saúde, consideradas elementos dinamizadores de apropriação da realidade, encontram-se inseridas neste processo.

O passo seguinte deveria ser a realização de diagnóstico de saúde por território a fim de eleger problema(s) específico(s) a ser(em) enfrentado(s). Mas, em virtude de terem sido realizados diagnósticos, por área, em 1995, neste momento, isso não ocorreu. Assim, apenas uma área, de fato, elegeu um problema para toda a região de saúde, elaborou projeto e vem executando-o. Trata-se do programa “Criança Saúde” que, em 97, impactou positivamente o índice de mortalidade infantil na área e no município, conforme visto anteriormente.

Nesse estágio, início de 1997, o “processo de territorialização” sofre uma desaceleração em seu ritmo. Como no momento anterior, quando da elaboração dos diagnósticos de saúde em 1995, novamente, verifica-se um impasse na hora de planejar e executar, dando a impressão de que as mudanças estão mais para o discurso do que para a prática. Na visão do secretário de saúde,

*Houve uma certa estagnação a partir da territorialização em função do que deveria ser feito. (Secretário Municipal de Saúde).*

Esta desaceleração foi favorecida pela centralização político-decisória e, pela sua consequência, cultura normativa. Dois fatos comprovam isto.

No início de 97 a Divisão de Vigilância em Saúde foi desmantelada com a saída da chefia — que assumiu a subsecretaria de saúde de outro município da Região Metropolitana de Vitória —, tendo sido nomeado para o cargo um profissional que vem desempenhando outras atividades, em outro setor da SEMUS. Esta extinção informal, mas real da Divisão, provocou a desarticulação das áreas de vigilância, posto que estas encontravam naquele setor sua referência. Em segundo lugar, a implantação do Programa Saúde da Família, iniciada também no limiar de 97, vem sobrecarregando, com sua lógica

própria, os sanitaristas de algumas áreas que passaram a integrar as equipes do programa, tendo outros sido absorvidos em definitivo por ele.

Soma-se a isso o fato de que a proposta de “territorialização” prevê apenas dois níveis de gerência: central e local, o que vem contribuindo para pôr em xeque a manutenção das áreas de vigilância em saúde enquanto nível hierárquico regional da estrutura administrativa da SEMUS (tema que hoje constitui objeto de discussões em seminários internos da Secretaria).

Com o objetivo de dar continuidade ao processo foram restabelecidos os contatos com a Professora Unglert, que passou a prestar consultoria à SEMUS através de uma equipe.

*Nós voltamos agora [em julho de 97], de uma maneira mais formal, a receber a assessoria, a consultoria da Professora Carmem Unglert e sua equipe e, aí, nós, de fato, entendemos que tínhamos que acelerar esse processo com a montagem do sistema de informações, com a questão da participação popular, não mais no discurso, mas com criação das comissões ou conselhos locais de saúde, que há uma certa discussão em relação a isso. E a questão do acolhimento, que está sendo trabalhado. Enfim, e a questão de uma segmentação ou minoração, no caso por território, do diagnóstico de saúde, para que a gente, uma vez levantado esse problema, já que o primeiro diagnóstico foi feito por região, então cada território, então, se incumbisse de se organizar e programar o enfrentamento daqueles problemas principais que fossem ali encontrados. (Secretário Municipal de Saúde).*

A partir daí foram criados grupos de trabalho: informação em saúde, acessibilidade, acolhimento e participação e controle social, com consultoria do NACE-CONSILOS. Com o fim da consultoria em início de 98, as discussões prosseguem embora mais restritas à técnicos específicos dentro da Divisão de Informações em Saúde e do Núcleo de Planejamento. Com exceção da discussão em torno da participação e controle social cujo grupo foi desarticulado, ainda no final de 1997.

Como continuidade do “processo de territorialização”, a fim de manter a integração entre comunidade e profissionais de saúde para uma permanente apropriação do espaço local, vêm-se tentando implantar: a participação popular no nível local através da criação de comissões/conselhos locais de saúde e o planejamento ascendente. Ambos respondem às exigências de participação local como geradora do dado da realidade a fim de desencadear ações e serviços de saúde em sintonia com a necessidade da população.

*O que a gente está tentando garantir é que nesses trabalhos de planejamento ascendente, lá na ponta, que a gente consiga a participação da comunidade e que vem ocorrendo isso. É a única forma que a gente está conseguindo envolver a comunidade. (...) Onde tem comissão, sim; onde*

*tem conselho, sim; onde não tem população organizada, tem algumas pessoas que se fazem representar. (Chefe do Núcleo de Planejamento Setorial)*

A criação das instâncias colegiadas em nível local, vem-se dando pela intervenção do Estado, especificamente, pelos gerentes de unidades e/ou sanitaristas das áreas de vigilância, que iniciam o diálogo com profissionais de saúde e organizações coletivas da sociedade.

*...a gente não vê essa necessidade ou esse sinal de formar a participação social vindo da comunidade. Geralmente quem dá o primeiro passo é a unidade de saúde. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde e Coordenadora da US Ilha das Caieiras à época da formação da comissão local de saúde em 1995).*

*...até atualmente, eu digo à risca, que sempre foi o Estado. Eu acho que se as Comissões hoje elas estão surgindo, essa demanda vem dos profissionais que atuam naqueles locais. (responsável pelo grupo de discussão, participação e controle social).*

Com relação às comissões/conselhos locais de saúde, até junho de 1998, segundo a Diretora do Departamento de Administração em Saúde, dos 24 territórios 12 já contavam com estes colegiados. Destes, oito são atuantes e quatro,

*não estão atuando regularmente, estão um pouco paralisadas. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde).*

E ainda, em dois territórios, encontram-se em fase de formação.

Após três anos do início do processo, 50% dos territórios não possuem ainda comissão ou conselho formado. O ritmo lento na criação desses colegiados deve-se, segundo a depoente, em primeiro lugar, à tensão entre gerentes de unidades e lideranças comunitárias do território e, em segundo, à ausência de uma política clara de incentivo à sua criação por parte da SEMUS.

*Nós temos aí algumas dificuldades características de cada território. (...) Tem a resistência da comunidade, a resistência do gerente e a falta de prática de trabalhar em conjunto. (...) E a outra coisa é a vontade política também. Porque se houvesse, assim, uma, não vou falar que é uma deliberação, que é uma coisa de cima para baixo, mas se houvesse uma venda do produto, um marketing desse produto melhor, talvez já tivessem nessas unidades. (...) quando a gente fala em 'vender o produto', é do compromisso mesmo, de estar acreditando que a participação social e trabalhar junto é possível e é viável. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde).*

O baixo grau de institucionalidade jurídica associado à demanda de criação por parte do Estado, vincula a existência desses colegiados ao grau de identidade dos profissionais de saúde com a proposta e com as organizações populares existentes nos territórios. A presença, ou não, de grupos sociais organizados no território que se

identificam com o tema da saúde, também constitui condição de viabilidade, ou não, destes espaços.

Não existe, em nível municipal, nenhuma regulamentação mínima a esse respeito, ficando a cargo de cada território o estabelecimento de critérios para eleição, composição, competências, atribuições e funcionamento, bem como a denominação dos colegiados locais (daí a variação entre comissão e conselho). Assunto que motivou a criação do grupo de discussão, participação e controle social. A negociação informal, se por um lado permite que se organizem de acordo com as realidades locais, por outro, impõe limites, principalmente, ao funcionamento desses colegiados, devido à indefinição de funções e responsabilidades, correndo o risco de caírem no descrédito ou de esvaziarem-se.

Na ausência de definição formal quanto às atribuições dos colegiados locais, os diferentes atores envolvidos possuem diferentes percepção a esse respeito. Para os técnicos, os colegiados hoje têm a função de cooperar no desenvolvimento de programas do governo, aderindo e dando visibilidade social a estes e até prestando trabalho voluntário.

*...não têm nenhum papel deliberativo. Por enquanto não se estudou nada nessa questão da deliberação. Elas têm mais é [o papel] de ajuda mesmo. (...) Muitas ações, principalmente as ações coletivas e de conscientização da população, vão depender da população estar participando junto e estar disseminando essas ações e disseminando todo o trabalho. Então, a gente depende da comunidade, então, não vai ser só a unidade de saúde trabalhando sozinha. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde),*

*...grosso modo, elas surgiram para colaborar com as ações a serem desenvolvidas naquela respectiva Unidade (responsável pelo grupo de discussão, participação e controle social).*

Enquanto que, na percepção de um representante dos usuários de um Conselho Local de Saúde, o papel deste colegiado é fiscalizar os serviços prestados pelo governo:

*O Conselho Local é aquele onde a comunidade está mais perto ainda dos coordenadores, do desenvolvimento da Unidade. Como a Unidade está funcionando, está acompanhando de perto. No início, isso é muito difícil, porque o funcionário não aceita que o usuário - que é o patrão dele - chegue muito perto lá do sistema... como está sendo administrado. Mas é a melhor forma da Unidade progredir, da população ser atendida, de haver união entre o serviço público e a população na área da saúde. (02-U e membro de um Conselho Local de Saúde).*

Com tudo isso, na visão dos técnicos do governo entrevistados, a criação destes colegiados aponta no sentido da descentralização decisório, e ainda, poderão vir a ser mais efetivos com a implantação do planejamento ascendente:

*As Comissões ou os Conselhos, como a gente quiser dar o nome, eles são um mecanismo de descentralização sim. Eu acho que é uma das poucas saídas que a gente tem hoje, dentro do Sistema de Saúde, para que a gente possa realmente fazer acontecer os Sistemas Locais e fazer acontecer o Sistema Único de Saúde. (responsável pelo grupo de discussão, participação e controle social).*

*Agora que nós estamos começando com o Planejamento Ascendente. Então, com certeza, daqui há um tempo, eu acho que as Comissões, elas vão ter um poder... (...) elas já estão deliberando algumas questões, com certeza. Mas ainda muito timidamente. Com o Planejamento Ascendente, com o fortalecimento do território, aí sim, tanto a Unidade de Saúde quanto a Comissão, elas vão estar mais fortalecidas. (Diretora do Departamento de Administração em Saúde).*

Em relação ao planejamento ascendente,<sup>36</sup> percebe-se de imediato uma contradição entre a teoria e a prática. Este vem sendo desencadeado pelo setor de planejamento da SEMUS, que, segundo sua coordenadora, ainda atua de maneira centralizada.

*Existe uma resistência muito grande por parte dos técnicos da secretaria de estar implementando a descentralização. Primeiro que isso nunca foi prática nossa; segundo que os próprios técnicos não se colocam numa posição de usuários, nunca sabem, nunca entendem qual é a real necessidade; e terceiro que eu acho que as pessoas não têm uma percepção muito clara do papel dele enquanto servidor público dentro da Instituição, que eu acho que isso seria o ponto chave para a gente conseguir de fato descentralizar as ações. (Coordenadora do NPS).*

A implantação do planejamento ascendente, partindo do nível local, teve início em janeiro de 1998. A demora no desencadear deste processo deveu-se à falta de apoio político por parte da cúpula da secretaria, segundo a Coordenadora do NPS.

*...desde o final de 96/início de 97, a nossa meta era trabalhar o planejamento ascendente. Só que no ano de 97 a gente não teve apoio da administração. Agora, início de 98, nós estamos tendo este apoio; por isso que nós estamos fazendo tipo mutirão mesmo, trabalhando todas as unidades... (Coordenadora do NPS).*

A mudança desta atitude foi favorecida pelo impacto negativo de alguns programas sobre as condições de saúde da população, de acordo com a depoente.

*Como os projetos, como os programas começaram a não dar a resposta que a administração estava esperando, aí eles entenderam que realmente havia a necessidade da ponta estar assumindo o seu planejamento, a sua programação. Então quando houve uma certa redução da cobertura por parte dos programas, então eles entenderam a nossa proposta de estar desenvolvendo o planejamento ascendente. Por isso que agora a gente está tendo apoio. (Coordenadora do NPS).*

Mas avançar neste processo implica fragmentar o poder entre os diferentes níveis da estrutura administrativa da SEMUS (cúpula, gerentes do nível central, do regional e do local), e entre o governo e a sociedade. Enquanto não se torna uma realidade, as



possibilidades do planejamento ascendente ficam, na prática, empatadas. Mais uma vez, observa-se que o ritmo do processo de territorialização é determinado pela tensão centralização-descentralização.

Quanto à participação do CMS-V neste processo, a partir da leitura das atas, verificou-se que este vem sendo informado sobre as mudanças advindas da opção da SEMUS pela construção de “sistemas locais de saúde”, mas, enquanto instituição, não teve e nem vem tendo nenhuma participação efetiva, sendo mais requerida a participação no nível local, coerentemente com a proposta de reorientação do modelo. Fatos ratificados pelos depoimentos do secretário municipal de saúde e dos técnicos do governo. Com relação ao processo de construção dos sistemas locais de saúde, de modo geral:

*O Conselho vem acompanhando pari-passu, sendo envolvido na discussão. Agora, é claro que o ideal, o desejado ainda está um pouco longe, até em função da limitação de tempo - o Conselho se reúne mensalmente.(...) Algumas pessoas, por interesse próprio, por estarem envolvidas na própria comunidade... se envolviam com a territorialização, com o próprio diagnóstico, com o dia-a-dia das unidades, estão muito mais preparadas e, digamos assim, estão... compreendendo mais o processo, mas nem isso não é uma coisa ainda que permeia todo o Conselho. (Secretário Municipal de Saúde).*

Especificamente com relação as oficinas de territorialização:

*Nós temos nas listas de participantes, pessoas que estavam como comunidade mas que também tinham assento no Conselho, (...) mas na hora do trabalho eles não falavam como conselheiros de Vitória, se por acaso fossem conselheiros; eles falavam nos limites do seu espaço geográfico de interação da sua vida. (Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, 93-97).*

A respeito da criação dos colegiados locais:

*... a nossa proposta era de levar até o Conselho aquilo que estava sendo discutido aqui [no grupo de discussão, participação e controle social]. Num fórum com esse Conselho, que fosse, numa tarde, num dia... de estar discutindo com o Conselho Municipal de Saúde o que a gente estava pensando. Só que isso não deu tempo para acontecer, porque essa discussão foi em setembro mais ou menos e em novembro/dezembro o grupo acabou. (responsável pelo grupo de discussão, participação e controle social).*

E do planejamento ascendente:

*Enquanto Coordenadora do Núcleo de Planejamento, nunca fui convidada a participar de reunião do Conselho. Muito menos ocorre essa participação. O que a gente está tentando garantir é que nesses trabalhos de planejamento ascendente, lá na ponta, que a gente consiga a participação da comunidade, o que vem ocorrendo. (Coordenadora do NPS).*

---

<sup>36</sup> Metodologia proposta para o processo de apropriação do território pelos distintos atores sociais (profissionais de saúde e comunidade). (Unglert, 1993).

Verifica-se também que não existe nenhum canal de comunicação entre o CMS-V e as instâncias locais de participação:

*A gente realmente pensou que esses Conselhos [locais], eles teriam que ter, de certa forma, uma proximidade, um elo, uma ligação com o Conselho Municipal de Saúde. (...) Só que isso não deu tempo para acontecer, porque, como já falei, essa discussão foi em setembro mais ou menos e em novembro... dezembro o grupo acabou. (responsável pelo grupo de discussão, participação e controle social)*

Apesar de informados, ou por causa disso, o entendimento dos representantes dos usuários entrevistados sobre os SILOS é fragmentado e desigual:

*Sistemas Locais de Saúde, eu acho que é bastante importante isso. Haja vista que nesses bairros mais carentes o índice de mortalidade vem caindo a partir do momento que foram implantados os Sistemas Locais de Saúde. (01-U)*

*Sistemas Locais de Saúde são os conselhos. Tem o conselho municipal e tem o conselho local. (02-U)*

*Seria o levantamento das necessidades de cada Área, seria a participação, o envolvimento da unidade de saúde daquela área com a sociedade que está em volta; para que, então, as medidas necessárias na Área da Saúde comecem a ser adotadas. (04-U).*

*Os SILOS? Sim. [O que são?] Os Sistemas Locais de Saúde (riso)... agora você me pegou! (05-U).*

Em síntese, na gestão da saúde em Vitória verifica-se a coexistência, atualmente, entre uma cultura centralizadora e normativa e uma cultura descentralizatória. Na busca desta última, observa-se uma valorização, embora ainda de maneira tímida, dos órgãos mais periféricos da estrutura administrativa da SEMUS (unidades de saúde ou territórios) e das instâncias locais de participação (comissões/conselhos). Carecendo, o nível central, de uma melhor definição de seu papel regulador, para que possa ser possível avançar na proposta de descentralização do poder.

Por fim, chama-se a atenção para o fato de que o processo de territorialização pode provocar discriminação no acesso universal aos serviços de saúde. Se por um lado, esta opção visa organizar a demanda a partir da realidade, do planejamento ascendente e da participação da comunidade, visando elevar a capacidade resolutive do sistema, por outro, pode representar um perigo para o acesso universal às ações e serviços de saúde por parte de populações não adscritas num dado território. Pode-se criar uma exclusão involuntária de usuários que não pertencem à área de abrangência e responsabilidade da unidade de saúde, principalmente, os de outros municípios.

*... por exemplo, você tem os seus problemas na sua comunidade, então aquela unidade de saúde é a responsável para atender o seu bairro. (...) Nós queremos evitar do morador acordar de*

*madrugada para pegar fila. Como? Através daqueles programas que têm na própria unidade...  
(02-U)*

## CAPÍTULO 2

### **TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO POPULAR DE VITÓRIA E SUA INFLUÊNCIA NA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Este capítulo traz um relato da trajetória do movimento social urbano de Vitória. Por que privilegiar esta análise no bojo deste trabalho? Primeiro, porque no mandato atual do CMS-V, 22 dos 24 representantes do segmento dos usuários (titulares e suplentes) são oriundos do movimento popular (sendo os outros dois de entidade religiosa). Segundo porque, o segmento dos usuários representa 50% dos membros do Conselho; e terceiro porque a entidade responsável pela eleição dos representantes dos usuários é o Conselho Popular de Vitória, que unifica a grande maioria das entidades populares do município. Neste sentido, entende-se que a análise da organização e prática social desse movimento bem como sua influência na representação dos usuários no CMS-V torna-se de fundamental importância para se conhecer as possibilidades da participação popular influir na política local de saúde por intermédio do CMS-V.

Neste sentido, orientou este capítulo a seguinte questão: em que medida a institucionalização da participação popular vem significando ampliação da cidadania a fim de possibilitar o fortalecimento do poder local?

Cidadania está sendo pensada aqui como o “el resultado de un proceso que va conformando *una red de compromisos y responsabilidades en torno a las condiciones de vida y de trabajo.*” (Testa, 1997:43, grifos nossos). Enquanto que o poder local está sendo pensado como um poder que articula diferentes forças sócio-políticas, uma vez que “o exercício do poder local inclui não somente instâncias referidas ao Estado - Prefeitura e Câmara Municipal - mas um conjunto de instituições sociais, levando a diferentes modalidades de poder local” (Carvalho et al, 1993:50).

#### **Breve relato dos movimentos sociais urbanos no Brasil pós-70**

Como resultado do modelo de desenvolvimento econômico e político excludente, o país vivencia no pós-70, entre outras coisas, um quadro de desfinanciamento das políticas sociais, que agrava o quadro de carência e dificuldade de acesso aos equipamentos e serviços de consumo coletivo. Esse contexto favorece a articulação e emergência dos chamados “movimentos sociais urbanos”<sup>37</sup> forjados em oposição ao Estado.

*Recusar a institucionalidade política em nome do ‘popular’ significa, neste caso, afirmar a capacidade concreta de se contrapor à tradição política autoritária: o clientelismo do período coronelista, a manipulação das massas do período populista, o assistencialismo do período nacional-desenvolvimentista e a subordinação do povo-nação pelo regime militar. Significa estabelecer um amplo diálogo crítico com um passado que, no limite, subsumiu a sociedade civil no interior do sistema político e do Estado. (Doimo, 1995:126).*

Seu caráter reivindicativo, contudo, lhes concede uma característica ambígua:

*Enquanto seu alto poder expressivo-mobilizador instaura um ethos de negatividade indiscriminada à esfera institucional, seu perfil reivindicativo-integrativo, traduzido pela linguagem dos direitos, requer o lado provedor do Estado. (Doimo, 1995:128).*

A partir da segunda metade da década de 70, surge no Brasil ampla literatura sobre os movimentos sociais urbanos. Ana Maria Doimo (1995) classifica esta produção teórica, que vai do pós-75 ao início dos anos 90, em três matrizes interpretativas: “estrutural-autonomista”, “cultural-autonomista” e “enfoque institucional”.

Na primeira matriz,<sup>38</sup> a participação é vista com “um otimismo que propugna a possibilidade de transformação social através da reapropriação do Estado pela sociedade civil, autonomamente constituída” (Doimo, 1995:42). Como o nome já diz, esta matriz assenta-se na visão estrutural determinista. Contrapondo-se ao quadro agravado das carências urbanas produzidas pela fase do capital monopolista, os estudiosos dessa vertente liam os movimentos sociais como um único sujeito coletivo, constituídos de maneira autônoma em oposição ao Estado classista, com o fim de subverter a ordem social capitalista e se reapropriar do Estado. Baseia-se, assim, em dois postulados:

<sup>37</sup> “Movimentos sociais urbanos” é, segundo Doimo, uma denominação europeia, que, na América Latina recebeu a denominação de “movimento popular”: “estamos diante de uma categoria reconhecidamente latino-americana, cunhada em tempos de autoritarismo político pela confluência de outros tantos agenciamentos, para referir-se a uma vasta gama de movimentos reivindicativos referidos ao Estado do ‘mal estar social’.” (Doimo, 1995:67-8).

<sup>38</sup> Representada por pesquisadores como Moisés (1978, 1982), Jacobi (1989) e Gohn (1980, 1985, 1991).

*a) as contradições urbanas têm o potencial de acionar o conflito primordial da sociedade capitalista, na medida em que são determinadas pelo caráter ‘classista’ do Estado, visto que este financia a reprodução da força de trabalho; b) a sociedade civil tem, em si mesma, uma capacidade ativa no sentido de organizar-se ‘autonomamente’ contra a tradição política autoritária, especialmente o regime autoritário. (Doimo, 1995:47).*

Por volta de 1982-1983 começa a ganhar força a “inflexão cultural-autonomista”, tendo como principal representante Eder Sader (1988). Esta, parte da crítica ao ângulo reducionista do modelo precedente, isto é, da recusa à idéia de “sujeito único” (“O Movimento”, “O Partido”) e “traz à tona a ‘pluralidade de sujeitos’ e uma ‘constelação de novos significados’, criados ‘a partir da própria experiência’.” (Doimo, 1995:48). Para esta vertente, o movimento não surge da relação capital-trabalho, mas no âmbito da cultura, das experiências cotidianas. Apesar desta matriz fragmentar os movimentos sociais, mais uma vez “foram saudados em sua espontaneidade, como ‘novos sujeitos políticos’, portadores de uma ‘nova identidade sócio-cultural’, com contornos de projeto político voltado para a ‘transformação social’ e a ‘radical renovação’ da vida política.” (Doimo, 1995:48).

Referindo-se às duas primeiras matrizes Doimo acrescenta que,

*ambas situam-se no universo marxista e trabalham com a hipótese de que esses movimentos sociais teriam o porte de sujeitos capazes de provocar a ruptura da estrutura capitalista, por sua promessa de ‘democracia de base’ ou ‘direta’, de ‘autonomia’ em relação ao Estado e de ‘independência’ em relação aos partidos políticos. (Doimo, 1995:48).*

O curso dos acontecimentos marcados pela abertura política — restabelecimento de canais institucionais de participação, reinstauração do pluripartidarismo, eleições diretas, reaquecimento do debate sobre democracia, pressão dos movimentos populares etc. — começa a evidenciar uma inadequação com as premissas analíticas adotadas até então. Nesse contexto ganha terreno a terceira matriz interpretativa, o “enfoque institucional”. Estudiosos dos movimentos populares começam a perceber através de estudos de casos que as ações dos movimentos não eram tão “anti-estado” como supunha a matriz estrutural-autonomista. “O que havia, na verdade, era um dinâmico quadro de demandas, recusas, alianças, pactos e conflitos internos, onde o Estado podia ser ‘amigo’ ou ‘inimigo’, dependendo dos interesses em jogo e da ótica cultural pela qual era reconhecido.” (Doimo, 1995:49).

Assim, o Estado não se apresenta apenas como um “inimigo autoritário”. Definido nestes termos, seria extremamente empobrecedor, segundo Ruth Cardoso (1983). Para esta autora, a identidade dos movimentos sociais é construída na relação com o Estado. Autores como Ruth Cardoso (1983, 1985) e Renato Boschi (1983) “remaram contra a maré e concluíram pela inexorável fragmentação interna [dos movimentos], razão pela qual seu alcance estaria circunscrito à ampliação dos direitos de cidadania, em vez das radicais mudanças estruturais das relações capitalistas, como até então se imaginara.” (Doimo, 1995:49).

Apoiada em Cardoso (1983), Ana Maria Doimo diz que

*...ao multiplicar as agências decisórias diretamente referidas aos interesses do cidadão comum e ao posicioná-lo como potencialmente co-reponsável pelas decisões políticas correspondentes, o Estado induz o indivíduo tanto a reivindicar aquilo que a ele foi posto como um direito, quanto a torná-lo um ator social diretamente relacionado às coisas da política. (Doimo, 1995:55, grifos no original)*

E acrescenta,

*o Estado cria, nas sociedades contemporâneas, a potencialidade da reivindicação e a inevitabilidade da ação-direta, mesmo em contextos onde o sistema político é profundamente democrático, como as sociedades européias. Trata-se, pois, de um novo potencial de conflitos que se manifesta mediante condutas de interlocução direta com o sistema de decisões, passando ao largo dos tradicionais formatos de comunicabilidade política. (Doimo, 1995:55-6).*

Esta realidade aponta para um outro padrão de relacionamento entre Estado e Sociedade Civil por meio da participação institucionalizada.

*Desde as eleições estaduais de 1982, as relações entre grupos organizados e agências públicas vinham mudando. Os novos gestores estimularam a criação de órgãos participativos em alguns setores dos serviços públicos que já estavam sendo pressionados pelos movimentos urbanos. (Cardoso, 1985:195).*

Exemplificam este “novo” cenário, experiências participativas no âmbito de instituições públicas surgidas nos anos 80<sup>39</sup> e os conselhos setoriais dos anos 90, institucionalizados na Constituição Federal de 1988 (em áreas como saúde, educação, criança e adolescente, assistência social, espalhando-se, posteriormente, por diversas áreas governamentais).

---

<sup>39</sup> Experiências dos anos 80 podem ser conhecidas através dos estudos de Cardoso, 1987 (referente participação popular em postos e centros de saúde no município de São Paulo); Costa, 1997 (sobre governos participativos em cidades de Minas Gerais); Santos, 1981 (sobre processos de urbanização em favelas do Rio de Janeiro); Terra, 1989 (sobre as experiências da CIMS no Rio Grande do Sul); entre outros.

Especificamente sobre a institucionalização de movimentos sociais na área da saúde, Doimo diz que:

*a despeito do comunitarismo-alternativo igrejeiro e do autonomismo do popular, o MOS [movimento pela saúde] caminhou para intensa relação positiva com a esfera institucional. A mobilização em torno dos problemas sociais no início da década de 80 em meio a eleições diretas para os governos estaduais (1982) não só favorece o debate sobre as reformas no setor de saúde em todo o país, como coloca o MOS em estreita interação com o Movimento de Reforma Sanitária, que lidera os impulsos de mudanças nas políticas de saúde envolvendo ainda funcionários públicos, professores universitários, sindicalistas e associações profissionais. A 'participação da comunidade' na gestão e controle do sistema de saúde, através de conselhos nos níveis nacional, estadual e municipal, passa a ser uma das metas propostas a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, da qual participaram muitos membros das redes movimentalistas locais, bem como destacadas lideranças, investidas de saber técnico-competente ou de mandatos eletivos. (Doimo, 1995:113).*

Essa trajetória balizará as análises seguintes, uma vez que esta pesquisa enfoca o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Vitória que, além de ser uma expressão objetiva do que se convencionou chamar de participação institucionalizada, será estudado da perspectiva da participação dos representantes dos usuários, cuja maioria é oriunda do movimento popular de Vitória.

### **Perfil associativo do município de Vitória**

A trajetória do movimento popular de Vitória será traçada a partir da bibliografia existente sobre o assunto com que tivemos contato, e da entrevista concedida a esta pesquisadora pelo atual presidente do Conselho Popular de Vitória, em maio 98.

Segundo Doimo, como em todo o Brasil, na Grande Vitória em fins da década de 70, o clima de abertura política favoreceu e intensificou a organização de movimentos sociais, pautados pelo descontentamento em relação às péssimas condições de existência: baixos salários e precárias condições de trabalho, falta extrema de acesso à habitação, saúde, educação transporte etc. (Doimo, 1984).

A pesquisa de Ferraz et al. (1990) sobre o movimento de bairro em Vitória, registra que durante as décadas de 60 e 70 havia no município 15 associações de moradores, tendo esse número elevado-se para 86 em fins da década de 80.

Raquel Gentili (1987) apesar de não tratar especificamente deste assunto, evidencia em sua dissertação de mestrado — na qual estuda a prática profissional do assistente social na Secretaria de Serviços Sociais do Espírito Santo (criada em 1967) —



a influência decisiva do governo estadual na organização do movimento popular de Vitória, no período de 1968 a 1979, através, especificamente, do profissional do serviço social (assistente social).

Tendo por base o território ou bairro de moradia (daí predominar a denominação de “associação de moradores”), parcelas da população de Vitória começam a *ser* organizadas com o objetivo de que reivindicassem melhores condições de vida, especialmente equipamentos de consumo coletivos (educação, saúde, transporte, saneamento, segurança etc.) e melhorias urbanas nos bairros (infra-estrutura). Até 1975,

*a mobilização da população era muito pequena. As assistentes sociais trabalhavam sobretudo na orientação das lideranças, pois cada uma ficava encarregada por cinco ou seis bairros. Seu trabalho era entendido como de orientação para aqueles que possuíam entidades mais desarticuladas ou não as possuíam. A orientação exigia maior empenho e frequência da assistente social no bairro, onde ela assumia a iniciativa de organizar as entidades (Gentilli, 1987:110, grifos no original).*

Por que o governo potencializa a reivindicação? a organização do movimento obedecia aos limites impostos pelas estruturas autoritárias do Estado, o qual buscava legitimação para suas ações através das políticas sociais. O governo impunha

*aos seus técnicos uma tarefa duplamente árdua: representar o governo e em nome dele disciplinar a insatisfação política diante das arbitrariedades do poder instituído, e colocar seu conhecimento teórico e instrumental técnico a serviço da construção de uma direção ideológica e moral contrária aos interesses históricos da classe trabalhadora. (Gentilli, 1987:110).*

Através da instrumentalização do profissional do serviço social, a sociedade foi organizada de forma objetal. Na dada conjuntura política, a participação popular é valorizada em função dos interesses do governo, para legitimar suas ações, e não da perspectiva dos direitos de cidadania. Essa mobilização/organização induzida conforma um relacionamento de tutela entre Estado e Sociedade Civil. Realidade que cria, no movimento popular, uma concepção de Estado “doador” e de movimento reivindicativo.

Neste primeiro momento, a pressão popular foi, ao mesmo tempo, construída e regulada pelo Estado. Para isso, havia um estatuto padrão, elaborado por técnicos da Secretaria do Trabalho e Promoção Social (antiga Secretaria de Estado de Serviços Sociais, assim denominada em 1970), ao qual as entidades eram submetidas.

*A Secretaria exerceu um papel eminentemente político. Dominava as associações de moradores, oferecia ajuda material e tinha controle político-partidário e burocrático das ações das entidades. (Gentilli, 1987:117).*

Segundo Gentilli, apesar da preocupação desta Secretaria com a participação e o incentivo à ação coletiva, ela própria reconhecia que:

*... o Poder Público não abriu canais de participação popular e, tampouco atribuiu credibilidade aos canais existentes, no caso os Movimentos Comunitários. (Gentilli, 1987:58).*

O agenciamento de camadas populares por parte do Estado nos anos 60-70, foi ratificado por Beatriz Herkenhoff em sua dissertação de mestrado, quando estudou o papel do líder comunitário em Vitória. Para esta autora,

*nas décadas de 60 e 70 o movimento popular do município de Vitória encontrava-se atrelado ao poder público estadual e municipal. A Secretaria Estadual de Serviços Sociais sempre procurou atuar junto às associações de moradores fornecendo-lhes ajuda financeira e em troca exigindo que se orientassem pelo estatuto, elaborado pela Secretaria, que norteava a ação política das associações dentro dos padrões de participação do regime ditatorial. (...) Até 1977, a primeira dama do Estado era considerada a madrinha dos movimentos de bairro. (...) As reivindicações dos bairros eram induzidas pelo poder público, e as inaugurações das obras (calçamento de ruas, saneamento básico, infra-estrutura) eram bem festivas e populistas. (Herkenhoff, 1995:135-6).*

Quando essa incorporação do movimento reivindicativo ao Estado, marcada pela tutela, cooptação e submissão, começa a ser, em parte, questionada e até rompida, fato que se inicia com o processo de abertura política no final dos anos 70, o governo do estado reage imediatamente cortando os subsídios financeiros, a assessoria técnica e a promoção de cursos junto aos diversos movimentos comunitários. Havendo também, a partir desse momento, afastamento dos profissionais assistentes sociais dos processos de organização da sociedade. (Gentilli, 1987).

Com a possibilidade concreta de eleições, a relação entre governo e movimento passou a ser feita diretamente pelos agentes políticos, devido ao interesse em ganhar apoio popular:

*no período de 1979 a 1982, Élcio Álvares assumiu o poder [como governador do estado] e estabeleceu uma relação populista e clientelista com a população: visitava os bairros em busca de votos, consultava a população sobre suas necessidades e em troca dava o dinheiro para a construção de obras (centros comunitários, praças etc.). (Herkenhoff, 1995:136).*

Vê-se que, a supressão de antigas benesses e o afastamento dos técnicos não eliminou o relacionamento clientelista e fisiologista entre governo estadual e a sociedade civil organizá(da)vel. Pois, “o precedente de incorporação dos movimentos reivindicatórios ao Estado já estava criado. (...) essa prática deixou suas marcas na organização da população.” (Ferraz et al., 1990, grifos nossos).

Mas, o contexto de abertura política também gerou condições para que fossem criadas alternativas ao padrão de relacionamento experimentado até então. Pois

*a normalização das relações sociais não precisa mais dos estreitos canais oferecidos pelas instituições. A democracia da sociedade incentiva as lideranças identificadas com as forças oposicionistas que ressurgem com vigor redobrado. (Gentili, 1987:117).*

A partir de 1979, as camadas populares começam a receber influência de outros agentes externos, os quais passam a organizá-las e conscientizá-las de suas carências.

Em Vitória, o expressivo agente mobilizador externo foi a Igreja Católica, por meio das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) (Doimo & Banck, 1989 e Herkenhoff, 1995), em conformidade com o resto do país (Wanderley, 1993; Doimo, 1995). Lideranças oriundas das CEBs começam a discutir nova proposta de organização popular:

*Este movimento rompeu com os encaminhamentos tradicionais do poder público, questionou o atrelamento do movimento ao Estado, direcionou-se para a criação de novas associações e organizou-se para ganhar as eleições nas entidades onde as lideranças tinham alianças com os políticos populistas e clientelistas. (Herkenhoff, 1995:137, grifos nossos).*

A Comissão de Justiça e Paz (CJP) da Arquidiocese de Vitória, formada em 1977, também agiu na assessoria dos movimentos populares:

*Colocando-se como instrumento a serviço principalmente dos que não tinham voz, cumpriu um importante papel numa época em que a Igreja era talvez o único 'território livre' de organização popular. (Nacif, 1996:211).*

A respeito da influência político-partidária, Ferraz et al. (1990:85) chamam a atenção para o fato, até irônico, de que “ao que nos parece, o movimento de bairro em Vitória nunca esteve próximo dos partidos políticos com medo de cooptação, de atrelamento da entidade...”.

Entretanto, nessa época, a despeito da abertura política que se processava lenta e gradual, ainda se vivia desmandos da ditadura. Assim, a Igreja servia de escudo para essa influência e assessoria. Além da citação acima da ex-integrante da CJP, a trajetória política de um médico e vereador de Vitória (1993-1996), relatada em entrevista à Revista *Vidavitória*, ilustra bem esta questão:

*Minha participação começou já no final de 1970. Eu era filiado ao MDB, e participei do 'Partidão'. Estive na Comunidade Eclesial de Base, na Serra [município da Grande Vitória] e, principalmente, nos movimentos populares da região de Maruípe [bairro de Vitória]. (...) Na época, nós fazíamos um movimento pelo 'Partidão' junto com a Igreja. Era um movimento de saúde na Serra, mas estávamos militando pelo Partidão (Revista Vidavitória, de 29/02/96, p. 2).*

Através dela, o movimento obteve assessoria também de outros profissionais como assistentes sociais. “A CEB [Comunidade Eclesial de Base] começou então a servir como pólo paralelo na promoção de reuniões com o auxílio voluntário de assistentes sociais e de estudantes...” (Doimo e Banck, 1989:27)

Vê-se então que a influência e assessoria institucional foi decisiva para o surgimento de organizações populares temáticas combativas, embora os estudos mostrem que estes foram movimentos mais efêmeros, até porque, a vitória nas reivindicações significava a desmobilização, não criavam “ossatura”. Herkenhoff, referindo a estas experiências disse que

*... conseguiram exigir direitos sem passar pelos mecanismos tradicionais de cooptação política, abriram canais efetivos de participação e envolveram a população na luta por seus direitos, conseguiram realizar grandes mobilizações: reuniões por rua, assembléias e seminários que imprimiram uma nova mentalidade democrática, de luta e de resistência, além de aprofundar o conhecimento político e técnico dos moradores, capacitando-os para o confronto com o Estado. (Herkenhoff, 1995:138, grifos nossos).*

No entanto sua importância reside no fato de terem mostrado através de suas conquistas — particularmente na elaboração de um projeto de saneamento para a periferia de Vitória, na posse legal de terrenos e urbanização, e na criação de conselhos de escola (Herkenhoff, 1995) — que havia outros caminhos para se organizar e alcançar os objetivos sem deixar-se cooptar pelo Estado.

Estas experiências geram um clima favorável ao fortalecimento do movimento popular de modo geral que culmina, em 1984, na criação do Conselho Popular de Vitória (CPV), cuja pretensão era unificar as organizações populares do município.

*... em 1984, foi criado o Conselho Popular de Vitória, cujos objetivos eram reforçar a luta pela melhoria da qualidade de vida nos bairros, através de movimentos reivindicatórios, e unificar o movimento a nível do município, respeitando a autonomia de cada entidade. (Ferraz et al., 1990: 33).*

Ainda, de acordo com Herkenhoff, o CPV se propunha:

*democratizar as relações sociais e políticas, lutar pela autonomia do movimento e pelo exercício da cidadania, denunciar a estratégia política do Estado e renovar constantemente as lideranças. (Herkenhoff, 1995:154).*

Segundo seu atual presidente, a criação do CPV representou a sustentabilidade do próprio movimento popular:

*porque nós já tínhamos a visão: se não tivesse um conselho para organizar, para sentir o movimento no município de Vitória, nós não tínhamos crescido em comunidade. (Presidente do CPV).*

Se é inegável o avanço alcançado pelo movimento através de experiências que buscaram romper com as formas tradicionais de organização, é visível também que estas não foram superadas, passando a coexistirem, às vezes até num mesmo movimento.<sup>40</sup>

A despeito de entidades combativas, e por causa delas, no período de 86 a 88, o governo municipal de Vitória induz a criação de associações de moradores, tendo como estratégia desmobilizar as existentes que assumiam postura antagônica a ele.<sup>41</sup> O governo “biônico” do PMDB ao perceber o crescimento de entidades mais combativas,

*estabeleceu uma postura de desestabilização e desmobilização das organizações populares, criando entidades nos bairros, sob sua influência, oferecendo verbas, obras, cooptando lideranças, empregando-as na Prefeitura. (Herkenhoff, 1995:139).*

Segundo Ferraz et al.

*o Executivo Municipal estimulou a criação e registro de associações — mesmo aqueles bairros que já contavam com uma organização a representá-los — como forma de esvaziar os grupos que lhe faziam oposição, ou que na sua avaliação poderiam vir a fazer. (Ferraz et al., 1990:44)*

*A cooptação de lideranças de bairro através de oferecimento de emprego, promoção de servidores públicos que também atuavam no movimento e até mesmo manutenção remunerada de líder comunitário à disposição da entidade, foi uma prática largamente utilizada pela gestão municipal no período de 1986/88. (Ferraz et al, 1990:80).*

Esta indução, aliada à (re)democratização e às diferentes posições ideológicas das lideranças comunitárias (Herkenhoff, 1995), fez surgir em vários bairros de Vitória, mais de uma entidade representativa de moradores com postura política oposta. Isto agravou o conflito entre os diversos movimentos, a concorrência na distribuição dos recursos públicos, a fragilidade da mobilização e o enfraquecimento do poder de pressão do movimento junto ao governo:

*Essas práticas levaram à divisão e fragmentação dos movimentos de bairro e dos moradores, enfraquecendo-os e reduzindo suas capacidades de pressão junto ao Poder Público. Sem participação e mobilização dos supostos representados só resta mesmo ao representante se tornar ‘amigo do rei’. (Ferraz et al., 1990:46)*

<sup>40</sup> Nem os movimentos combativos estiveram imunes ao clientelismo e à cooptação. Sobre o movimento de São Pedro, exemplo de movimento combativo em Vitória, Doimo e Banck chamam a atenção para o fato de que embora tenha surgido “sob a égide de valores políticos como a autonomia e anticlientelismo, viveu inevitáveis tensões de limites adversos” (Doimo & Banck, 1989:27).

<sup>41</sup> O prefeito de Vitória, do PMDB, eleito pelo voto direto em 1985 para a gestão 86-88, “pautou sua administração por um estilo clientelista que se apoiava nas associações de moradores como instâncias mediadora entre população e Prefeitura.” (Ferraz et al., 1990:44).

Na gestão 86-88, foi criado também um Conselho Comunitário que, subordinado à Secretaria Municipal de Ação Social,<sup>42</sup> tinha por objetivo “concorrer com o Conselho Popular de Vitória no papel aglutinador das várias associações do Município.” (Ferraz et al., 1990:45).

Assim, Herkenhoff conclui em sua pesquisa que, passam a coexistir no movimento popular de Vitória, ao longo dos anos 80, duas diferentes culturas. Atitudes de submissão e dependência da população na relação com o líder comunitário e com o Estado coexistem com atitudes mais conscientes de luta pelos direitos de cidadania e defesa da participação institucionalizada:

*a partir das estratégias anteriores de cooptação, estabeleceu-se no município a cultura da dependência, em que se espera a ação da PMV e em que as conquistas dos moradores são personificadas e transferidas para o líder comunitário. Esta cultura coexiste com uma segunda, em que emerge a consciência de direitos sociais, da importância da participação na gestão da cidade. (Herkenhoff, 1995:142).*

Coexistência que é visível ainda hoje na atuação do CPV. Pois, ao mesmo tempo que o presidente ressalta a importância da participação na gestão e controle das políticas públicas, afirma a dependência desta entidade ao poder público e a outras instituições políticas e privadas.

*Somos um poder legítimo e paralelo, mas não de confronto, e sim de participação, de vigilância. Queremos é que todos se conscientizem e participem e vigiem aquilo que é seu, que ninguém fique omissos. (Régis, 1995).*

*... nós não temos uma assessoria, não temos uma infra-estrutura boa. Nós ainda necessitamos de alguma coisa através da Prefeitura, de algumas entidades sindicais ou empresariais. Então nós não temos ainda autonomia. (Presidente do CPV).*

Um exemplo típico do relacionamento paternalista ainda vigente entre movimento popular e agentes políticos foi a isenção de imposto predial e territorial urbano às associações e entidades comunitárias de Vitória, aprovada no primeiro semestre de 98:

*A Câmara Municipal de Vitória aprovou, por unanimidade, projeto do vereador Jair Lixeiro (PDT) que autoriza a Prefeitura a isentar do pagamento de IPTU às entidades comunitárias e associações de moradores que sejam filantrópicas, sem fins lucrativos. (Conselho Popular de Vitória, 1998).*

---

<sup>42</sup> Extinto pela administração da Frente Vitória.

Apesar do movimento popular de Vitória ser considerado forte pelo atual presidente, na sua concepção, recente-se da organização verticalizada e do perfil mobilizatório-reivindicativo, ainda marcante:

*Muitas das vezes, a comunidade se organiza, tem um grande entusiasmo para ver todas as necessidades da sua comunidade: saúde, educação, segurança pública e outras... o saneamento básico; mas chega na altura do campeonato, o povo se afasta... vai chegando o melhoramento, ele se afasta e deixa a questão só na mão do presidente. Ai nós observamos que o presidente sozinho não pode fazer nada. Então às vezes fica deturpada a idéia de participação. (Presidente do CPV).*

De acordo com Durham (1984), pode-se caracterizar a organização do movimento popular de Vitória como formal, o que implica na eleição de diretoria executiva à qual compete promover a mobilização e encaminhar as reivindicações, exigindo mecanismos de representação e constituição de lideranças que “carreguem” o movimento, daí seu caráter verticalizado.

O caráter mobilizatório-reivindicativo limita a capacidade participativa do movimento no âmbito institucional, uma vez que, de acordo com Gerschman, a mobilização ao mesmo tempo que estrutura o movimento também o fragiliza.

*... a não institucionalização do movimento leva a não maioria do mesmo, sendo continuamente desconsiderado, tutelado ou protegido por forças mais solidamente constituídas. (Gerschman, 1995:186).*

A institucionalização pode constituir-se num caminho para a busca da maioria e da autonomia do movimento popular nos processos decisórios das políticas públicas, segundo Gerschman:

*... a tendência a certa institucionalização e reconhecimento de formas alternativas à mobilização [nos moldes dos Conselhos de Saúde, paritários] poderiam gerar nos movimentos, com um investimento de inovação política, estruturas próprias e autônomas de incidência mais decidida nos rumos da política. (Gerschman, 1995:177).*

Para isso, é preciso ir além da simples ocupação de espaços institucionais. É preciso mais do que arranjos institucionais, ou seja, “os movimentos sociais precisariam se habilitar” (Gerschman, 1995:159).

Com relação à institucionalização do movimento popular em Vitória, Herkenhoff diz que, “falta porém maior preparo técnico e político no relacionamento com o Estado.” (Herkenhoff, 1995:156). O que é corroborado pelo presidente do CPV:

*...tem muita coisa que a gente não conhece a parte técnica, né? Quer ver uma coisa que é difícil: o Conselho Municipal do Plano Diretor Urbano, além de ser difícil de se colocar uma ou duas pessoas lá, para se representar, ou três, que é um Conselho, nós temos uma dificuldade, que o*

*cara precisa conhecer de obra. Outro problema difícil é o Conselho Municipal de Meio Ambiente, que eu não sei o que é meio ambiente. Nós temos que verificar o que é meio-ambiente, mas tecnicamente nós não sabemos. (Presidente do CPV e membro dos conselhos referidos).*

Ser ponte entre o poder público e a comunidade é um dos objetivos do CPV. Neste sentido sua estrutura organizacional é composta por uma Diretoria Executiva, eleita em assembléia geral, e 25 Departamentos (dentre eles: saúde, idoso, mulher, educação, meio ambiente etc.) que guardam correspondência com conselhos setoriais criados pela prefeitura, a partir da gestão da Frente Vitória, 89-92.

A partir de 89, então, é possível perceber um redirecionamento na relação entre poder público e movimento popular em Vitória. Este, é possibilitado pelo princípio de governo adotado pelas administrações municipais daí em diante: política participativa.

Sucintamente, de acordo com os documentos analisados (Vitória, 1992; Nacif, 1996a; Vitória, 1997a, respectivamente), observa-se que a democracia é concebida de maneira diferente nas diferentes administrações e, conseqüentemente, a participação do movimento popular também. O pressuposto democrático da administração da Frente Vitória era a democracia participativa. Em consequência, defendia-se a participação direta na formulação de políticas públicas. A primeira administração do PSDB, gestão 93-96, ao assumir a democracia representativa como forma de governo possível, exige uma participação complementar, no sentido de aperfeiçoar as ações e os projetos propostos pelos representantes formalmente instituídos. E por fim, na atual administração do PSDB, iniciada em 1997, parece haver valorização tanto da democracia participativa quanto da representação formal, numa busca de equilíbrio.

Na administração da Frente Vitória (89-92), buscou-se uma dupla inversão em relação à gestão anterior: administrar de forma compartilhada e incentivar a autonomia do movimento popular.

*A postura da PMV mudou em 1989, quando a administração municipal foi assumida por uma frente política, composta por partidos progressistas (Frente Vitória / Prefeito Vitor Buaiz — 1989-1992), cuja proposta objetivou reforçar a participação e a autonomia dos movimentos de bairro. (...) A tônica dessa administração municipal foi a discussão do orçamento com as comunidades e o diálogo e aproximação das entidades mais combativas; estratégia esta que permitiu o combate ao clientelismo, passando o bairro a ter uma relação direta com a prefeitura. (Herkenhoff, 1995:140).*

Mas, na prática, a cultura de tutela e o caráter reivindicativo do movimento popular impuseram limites às exigências da participação institucional. O CECOPES —



Centro de Educação e Comunicação Popular do Espírito Santo —, ao avaliar a atuação do movimento popular na gestão da Frente Vitória, a pedido do Conselho Popular de Vitória (CPV), conclui pela sua fragilidade em participar da elaboração e controle da execução das políticas públicas locais:

*o movimento popular não acompanhou o ritmo da Administração da Frente Vitória — não possuía propostas concretas para as políticas de seu interesse, acabava discutindo as propostas da PMV, e não sabia como cobrar e fiscalizar os acordos estabelecidos; como a PMV oferecia respostas imediatas às suas necessidades, as entidades atendiam mais aos convites da PMV do que do próprio CPV. (apud Herkenhoff, 1995:155).*

Técnicos da FASE — Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional — chegam à mesma conclusão na avaliação que realizam sobre a participação popular no Orçamento Participativo de Vitória, no mesmo período, acrescentando que obstáculos na interlocução entre os agentes políticos formais e a sociedade civil organizada, apesar da vontade política, foram evidenciados dos dois lados. Além da falta de um projeto mais claro da administração sobre a condução do processo de discussão do orçamento, este foi dificultado pela fragilidade do movimento:

*O movimento popular de Vitória traz de sua história a característica do paternalismo em suas relações com diferentes agentes públicos: prefeitos, secretários vereadores. Muitas entidades de bairro experimentam um quadro de clientelismo exacerbado. (...) Há uma tradição de pouco questionamento. (...) Por falta de espaço político e de formação de lideranças, o movimento não caminhou no sentido de pensar políticas sociais de forma mais propositiva. (...) [Assim] o movimento não se encontrava em condições de responder à altura do desafio apresentado. (Trindade e Moraes, 1992:32).*

Apesar deste processo ter provocado “mudanças significativas na dinâmica das entidades, [quando] houve muita mobilização, discussão e confrontos” (Herkenhoff, 1995:140), não houve uma transformação plena na participação, pois na gestão seguinte — PSDB, 1993-96 — foi

*retomada uma linha em que o padrinho e o vereador voltam a ser valorizados como intermediários entre a população e o poder municipal, nem sempre o movimento popular tem conseguido dar uma resposta que reforce a participação e a união de um número maior de moradores. (Herkenhoff, 1995:141).*

Contudo, uma conclusão no sentido exposto acima, ainda carece, a nosso ver, de aprofundamento empírico.

O papel da Secretaria Municipal de Ação Social (SEMAS) ao longo das duas últimas administrações (89-92 e 93-96) também mostra a tentativa de inverter o relacionamento entre governo e movimento popular bem como a condução das políticas

sociais. A SEMAS, tão valorizada na administração do PMDB (gestão 86-88) como instrumento de cooptação e manipulação do movimento popular,

*estava na UTI em 1993. Havia um projeto de lei na Câmara Municipal para extingui-la, e os únicos profissionais com formação de terceiro grau em seus quadros eram assistentes sociais. Era uma pasta não muito benquista porque em toda a sua história ela serviu, na prática, como tropa de choque do assistencialismo e clientelismo, muito combatido pelo PT, que por isso a esvaziou. 'Eu também cheguei a pensar assim. A visão que nós da esquerda trouxemos é de resistência à assistência social', diz Vera Nacif. (Figueiredo e Lamounier, 1997:240)*

Embora permanecendo como órgão articulador entre governo e movimento popular — segundo informações obtidas na própria secretaria, até abril de 1998 havia 124 entidades civis cadastradas, enquanto que o CPV contava com 106 entidades filiadas<sup>43</sup> —, esta secretaria passa por modificações a partir da primeira administração do PSDB:

*...foi revigorada e 'substantivada' (...) não para ser o único centro propulsor da política social, e sim para ser a instância articuladora e coordenadora das iniciativas sociais elaboradas e efetivadas por todas as Secretarias. (Fontana & Nacif, 1995).*

*Diante de sua nova responsabilidade, a Secretaria de Ação Social passou a contar em seus quadros com filósofos, sociólogos, pedagogos, professores de educação física, psicólogos, administradores, arquitetos, economistas geólogos, topógrafos, advogados e também assistentes sociais. Essa equipe multidisciplinar tem a função de entender a situação social do município como um todo, e não problemas isolados de educação ou saúde. (...) A equipe também atua na elaboração do orçamento do município. (Figueiredo e Lamounier, 1997:239, grifos nossos).*

Por fim, com base na literatura analisada, o movimento popular de Vitória apresenta as seguintes características:

1. coexistência entre uma cultura de tutela e dependência em relação ao poder público e uma postura combativa;
2. estrutura organizacional hierarquizada;
3. perfil mobilizatório-reivindicativo;
4. baixa capacitação técnica e ausência de assessoria para atuar no âmbito do estado.

Em virtude da grande maioria dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Vitória ser oriunda do movimento popular, conhecer em que medida suas características influem na representatividade social deste segmento, constitui uma questão relevante.

---

<sup>43</sup> Fonte: Conselho Popular de Vitória, 1998. Dentre as entidades filiadas estão associações de bairro (maioria), culturais, esportivas, gênero, ONGs etc.

## **Representatividade social dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Vitória**

Os usuários ocupam 12 dos 24 assentos do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMS-V). De acordo com a Lei 3.719/91, cabe ao Conselho Popular de Vitória (CPV) convocar assembléia para escolha destes representantes, devendo, posteriormente, encaminhar cópia da ata ao CMS-V, o que de fato vem ocorrendo.

Quem participa do processo de escolha? Quais são os procedimentos eleitorais? Quem pode se candidatar? Quem elege? São perguntas que tentaremos responder.

A determinação legal do CPV para proceder a escolha dos representantes dos usuários traz em si uma ambigüidade. Por um lado, o processo de escolha é democrático, pois não sofre interferência direta do governo que restringe-se a homologar os nomes indicados pela entidade. Por outro, contudo, a representação desse segmento encontra-se, na prática, circunscrita aos limites desta organização, exceto no caso de instituições religiosas que são convidadas a participar, evidenciando, o envolvimento da Igreja com o movimento popular de Vitória e em canais de participação.

Segundo o diretor de saúde do CPV, e também conselheiro, todas as entidades filiadas a este Conselho, além de entidades religiosas, são convidadas, oficialmente, a indicar delegados para participar da assembléia de eleição dos novos conselheiros de saúde. Em relação ao último processo eleitoral, ocorrido em 23/10/97, o referido diretor diz que foram convocadas todas as entidades filiadas ao CPV e,

*Além dessas entidades, participaram ainda a Pastoral da Saúde, a Igreja Evangélica, a Igreja Batista, a Igreja Católica, enfim, foi uma assembléia muito grande, muito participativa... a imprensa, a mídia... foi muito bem divulgada essa assembléia. Só não participou quem não quis, porque todo mundo sabia. (02-U).*

Apesar de ser significativo o número de entidades filiadas ao CPV, 106 conforme visto anteriormente, o convite, funciona como instrumento discriminatório pois determina, *a priori*, quem não participa. Conseqüentemente, estão excluídas da possibilidade de ter assento no CMS-V, pelo segmento dos usuários, entidades populares não filiadas ao CPV, organizações coletivas relacionadas à questão da saúde, entidades civis relacionadas ao mundo do trabalho, empresariais etc. Este fato, conforma uma participação seletiva de entidades civis no processo de escolha.

Em relação aos trabalhadores de fora da área da saúde, vale registrar que, em conversa informal, diretores do CPV informaram que as centrais sindicais, CUT e CGT, não foram nominalmente convidadas para a última assembléia. Apesar disso, estas ocupavam dois assentos no CMS-V até o mandato próximo passado, o que subteme que tinham conhecimento do processo eleitoral. Fica então o questionamento: o que teria causado o desinteresse ou obstaculizado a participação das centrais sindicais no atual mandato?

Escolhidos em assembléia ou indicados pela diretoria ou presidência das entidades convidadas, os delegados presentes na assembléia promovida pelo CPV, são potencialmente candidatos e têm a prerrogativa de eleger os futuros representantes dos usuários para o CMS-V — sendo efetivos, os 12 mais votados. Este procedimento hierarquizado do processo de escolha alija a participação da base das organizações, favorece o distanciamento entre representantes e representados e evidencia o predomínio de lideranças comunitárias como conselheiros de saúde. Segundo informações colhidas no CPV, dentre os representantes titulares e suplentes dos usuários, portanto vinte e quatro uma vez que este segmento ocupa doze assentos, dezessete são presidentes ou membros de diretoria de entidades e, ainda, oito ocupam também cargo de diretoria no CPV. Este procedimento hierarquizado guarda relação e reforça a organização verticalizada do próprio movimento popular.

Por outro lado, a iniciativa de outras entidades participarem da assembléia de escolha dos representantes dos usuários pode estar sendo inibida também por uma frágil visibilidade social do próprio CMS-V (tema que será tratado no item referente à sua dinâmica interna).

A relação representantes-representados vem-se dando por uma teia de comunicação informal. Ou seja, exclusivamente através da relação do conselheiro com a entidade à qual ele pertence. Este canal, no entanto, só é acionado em casos de denúncias e/ou reivindicações. Tem-se, assim, o caráter reivindicativo do movimento popular condicionando a representação semi-direta dos usuários no CMS-V.

*...Muitas vezes, nas reuniões da comunidade surge alguma reclamação ou mesmo, independente de reunião, existem algumas pessoas que levam esse problema até o movimento, até a presidente do movimento comunitário. E ela [referindo-se à comunidade], por saber que eu sou o representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, então traz o problema para a gente e a gente tenta levá-lo para o Conselho, para que seja resolvido. (04-U)*

*...toda a primeira segunda-feira de cada mês, nós temos reunião dos Departamentos do Conselho Popular de Vitória (...) então, as reivindicações são levadas para essa reunião, são discutidas e depois são encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, através de minha pessoa e dos demais usuários que representam também o Conselho Popular. (02-U, conselheiro e Diretor de Saúde do CPV)*

Na visão de outro conselheiro, as entidades civis que não possuem membros diretamente no CMS-V, filiadas ou não ao CPV, não são ali representadas.

*...tem muitas comunidades que não têm representatividade dentro do Conselho. São doze [referindo-se ao número de conselheiros titulares do segmento dos usuários], mas as comunidades são mais, são muitas comunidades organizadas. Então, e esse pessoal? Está de fora. Como é que faria? Não sei. (05-U)*

Sendo insuficiente também a representação da sociedade em geral:

*Porque o Conselho às vezes... o que ele faz? Ele não sabe dos problemas de saúde no município. (05-U).*

No caso específico dos representantes oriundos da Pastoral da Saúde, a relação entre representantes e representados ainda está por ser construída:

*A gente pretende que se estabeleça esse segmento, de trazer as dificuldades que a Pastoral encontra para o Conselho. Irregularidades, inclusive. É... o modo de atendimento dos hospitais. Tudo isso vai ser de grande utilidade para a Pastoral, que a gente traz para o Conselho e o Conselho tente resolver. (03-U)*

A participação seletiva de entidades civis no processo de escolha e a hierarquização do procedimento eleitoral, somadas à ausência de um mecanismo formal de comunicação entre representantes e representados, gera pelos menos duas consequências:

- um baixo reconhecimento social do conselheiro

*é obvio que em toda comunidade, nem todos participam. Mas daqueles que estão sempre participando, a maioria me reconhece como conselheiro (04-U).*

- uma representação de interesses distante das demandas coletivas

*...o conselheiro não sabe dos problemas de saúde do município. Ele sabe alguma coisa que a pessoa, um parente seu foi pegar ficha e não conseguiu, ou uma outra pessoa... então, uma denúncia de ficha, de um remédio que não chegou, não é uma coisa a fundo. (05-U).*

Assim, a capacidade de vocalizar demandas construídas pelo conjunto dos usuários é praticamente nula:

*... às próprias denúncias das comunidades, você não tem acesso. (...) você fica sem subsídio para trabalhar. Você só vai na reunião. 'Não, tudo bem. Está aprovado e tal'. Toma um cafezinho. (...)*

*Você não tem uma denúncia para levar lá para o Conselho. Então, fica muito a desejar nesse sentido. (05-U).*

De acordo com os depoimentos, a pouca disponibilidade de tempo e o desconhecimento do próprio espaço que integram contribuem para a baixa representatividade social dos usuários:

*A gente trabalha, e fica difícil você ir na fila. (...) Você ia ali e via o problema do pessoal, fazia uma entrevista: 'como é que está, e tal, tal, tal', e levava para o Conselho. Mas é difícil. É difícil porque eu tenho que trabalhar. (05-U)*

*... quando se dá a eleição do conselheiro, o próprio CPV ele não tem, assim, uma estrutura para poder estar mostrando às pessoas o que é o Conselho, qual o papel do Conselheiro. Isso não ocorre. Ocorre uma eleição pelo segmento do qual nós representamos, que é a sociedade, e a sociedade de certa forma, é marginalizada no saber, principalmente em relação às questões públicas. Então, a gente entra no Conselho sem saber o que é, para que é, totalmente por fora. (04-U).*

Em síntese, a baixa representatividade social dos representantes dos usuários no CMS-V revela que a participação semi-direta resulta num problema de representação. Este, é aqui mais profundo do que na política formal. Pois, para além dos limites da participação do cidadão ao momento do voto e de seu controle praticamente nulo sobre as ações dos representantes (Benevides, 1994; Hirst, 1992 entre outros), a participação semi-direta dos usuários no CMS-V encontra-se limitada pela dupla exclusão do processo de escolha (quem participa e quem vota e pode ser votado), pela fragilidade na comunicação entre representantes e representados, pela pouca disponibilidade de tempo dos representantes e pelo desconhecimento do colegiado que integram. Assim, a fragilidade da representação dos usuários, na prática, dificulta a ampliação da cidadania e a conformação de uma nova forma de poder local.

## CAPÍTULO 3

### **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: LOCUS DE INTERLOCUÇÃO DE INTERESSES PLURAIS OU DE INTERLOCUTORES DE INTERESSES POLÍTICOS?**

*A democracia é um sistema que concede direitos de cidadania à maioria dos indivíduos, mas não cria automaticamente as condições sociais e econômicas necessárias para um efetivo exercício desses direitos. (...) A participação ampla — e mais do que ela, uma melhor distribuição dos recursos disponíveis que capacitem ao exercício da cidadania — é, portanto, necessária para que os mecanismos de responsabilidade possam funcionar.*  
(Adam Przeworski, 1996)

Neste capítulo, a prática social do CMS-V será analisada com o fim de identificar elementos que vem favorecendo ou impedindo a interlocução entre Estado e Sociedade Civil. Em outras palavras, que possibilitam ou limitam o CMS-V efetivar-se enquanto instância de participação na gestão e no controle das políticas de saúde em Vitória-ES.

Este capítulo foi dividido em três itens. O primeiro registrou o processo de criação do CMS-V. No segundo, a partir da análise da legislação, foi descrita sua estrutura jurídico normativa: composição, atribuições, organização interna e normas de funcionamento. Por fim, a dinâmica interna de funcionamento do CMS-V foi analisada a partir de seis categorias, elaboradas para o desenvolvimento do projeto “Avaliação do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde”, as quais dão conta do que aqui se propõe: “representatividade”, “capacidade operacional (organicidade)”, “permeabilidade”, “autonomia/independência”, “visibilidade” e “efetividade”. (IBAM et al., 1993).

#### **Origem e criação do Conselho Municipal de Saúde de Vitória**

A inclusão de representantes dos usuários no âmbito da saúde em Vitória deu-se ainda em 1986, quando da criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) como critério para que o município se integrasse ao programa das AIS. Embora

alegando desconhecimento sobre o funcionamento da CIMS em Vitória antes de 1989, o secretário de saúde da gestão iniciada no referido ano, diz que:

*... na realidade, tinham dois representantes de comunidades, entre aspas. Mas os dois representantes escolhidos pelo antigo secretário municipal de saúde. Não era um processo eleitoral da comunidade. Era uma indicação do Poder Público. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92).*

Um ex-integrante da CIMS e atual conselheiro de saúde, representante dos usuários, ratifica em seu depoimento que a indicação de representantes da comunidade para a CIMS era feita pelo secretário de saúde, e ressalta a importância deste espaço como precursor da “interlocução” entre o Estado e a Sociedade na área da saúde em Vitória:

*Naquela época não tinha eleição, mas nós acompanhamos sabendo através da imprensa. O secretário de saúde, na época do Prefeito Hermes Laranja [Gestão 1986-1988, PMDB] — que já era um democrata, eleito pelo voto — ele convocou a população para participar. Eu e várias outras pessoas estávamos aqui no gabinete do secretário cobrando isso, participando, vendo os recursos, tudo que estava sendo feito. E, de lá para cá, se abriu o espaço maior da democratização da saúde, onde a população teve mais ainda acesso. (02-U).*

Na prefeitura de modo geral, a ampliação de canais de participação passa a ter importância central como proposta de governo quando a Frente Vitória assume a administração e estabelece como diretrizes gerais básicas: “moralização, participação/democratização e descentralização” (Vitória, 1992). Em consonância com as administrações do PT em outros municípios do país, como São Paulo, Campinas, Porto Alegre, a prioridade do governo era criar, na prática, uma democracia participativa através da incorporação dos movimentos sociais na formulação políticas públicas. Foi assim que teve início, em Vitória, a discussão em torno da criação de conselhos populares. No setor saúde

*Logo que nós assumimos, nós convocamos, reformulamos a CIMS, começamos a trabalhar com a CIMS e já trabalhando na proposta de Conselho. (Secretário Municipal de Saúde, gestão 89-92)*

Segundo Afonso & Ferraz (1994), o debate sobre a criação desses conselhos na capital do Espírito Santo foi marcado por questionamentos como forma de organização, relação de poder, competências, relação com o poder público, institucionalidade etc. De acordo com as autoras, esse debate gerou muita polêmica dentro da administração da Frente Vitória e, principalmente, dentro do Partido dos Trabalhadores.



Nesse meio tempo, enquanto a administração municipal não chegava a um consenso para efetivar a proposta de democracia participativa por meio de conselhos populares, surge no cenário político do município, em decorrência da promulgação da Constituição Federal de 1988, a discussão em torno da feitura da nova Lei Orgânica Municipal. Promulgada em outubro de 1990, esta consolidou no capítulo da saúde, não sem conflitos entre os Poderes Executivo e Legislativo, a organização do SUS, prevendo como uma de suas diretrizes a criação do Conselho Municipal de Saúde:

*participação paritária com caráter deliberativo, de entidades representativas de usuários, dos profissionais da saúde, e dos representantes do Poder Público Municipal e dos prestadores de serviços do Sistema, na formulação, avaliação e controle da política sanitária, através da constituição do Conselho Municipal de Saúde. (Lei Orgânica de Vitória, art. 182, item IV).*

Este serviu de modelo e impulso para que, de modo geral, a participação social na prefeitura fosse institucionalizada através de conselhos setoriais e não populares conforme vinha-se discutindo. Registra-se que, no decorrer da administração da Frente Vitória, foram criados treze conselhos setoriais<sup>44</sup> e hoje já somam mais de vinte.

Após a promulgação da Lei Orgânica, o poder Executivo encaminhou ao Legislativo Projeto de Lei regulamentando a criação do CMS-V, depois de ter submetido o anteprojeto à CIMS, conforme consta dos autos. Conforme havia ocorrido com a inclusão do capítulo da saúde na Lei Orgânica, discutida anteriormente, a regulamentação da criação do CMS-V também não se deu sem conflitos entre os dois Poderes, o que demonstra, por um lado, a tensão existente e, por outro, a valorização da participação “direta” por parte do Executivo:

*Foi mandado um Projeto de Lei para a Câmara, que foi mexido várias vezes. E toda vez que ia a votação e que a gente percebia que tinha desvirtuado absolutamente tudo, a gente tinha que retirar o projeto do Executivo, para não dar margem a sair coisa aleijada de lá de dentro. Então, foi um processo muito complicado, porque tinha inclusive médicos da rede pública municipal que eram Vereadores na época - um deles era o Dermival Galvão - e que era o Presidente da Comissão de Saúde, e que tudo, absolutamente, que a gente mandava, ele dava nó, escondia. (Secretário Municipal de Saúde, gestão 89-92).*

De acordo com os autos, o projeto original do Executivo recebeu emendas de três vereadores, acatadas pela Comissão de Saúde da Câmara. Estas emendas trataram especificamente de:

1. alterar a redação dos artigos referentes à composição, ao *quorum* para instalação das reuniões e à ratificação do secretário municipal de saúde como presidente do CMS-V, sem contudo, modificar a intenção original dos mesmos, tanto que a lei foi criada sem garantir a paridade, conforme constava do projeto do Executivo, o que foi reparado, posteriormente, com outra lei;
2. acrescentar “parágrafo único” subordinando as atividades do Sistema Único de Saúde bem como as do CMS-V à fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, de acordo com as disposições da Seção VII, do Capítulo 1º do Título IV da Lei Orgânica Municipal e;
3. acrescentar parágrafo garantindo assento a um membro do Poder Legislativo nas reuniões do Conselho, na condição de observador, sem direito a voto. E, parágrafo vedando a acumulação de representação por uma mesma pessoa e a repetição de categorias profissionais ou de entidades.

Como vimos, mesmo com as emendas à Lei 3.712 de janeiro de 1991, a paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais integrantes do CMS-V não foi garantida. Decorridos três meses, a lei 3.712 foi modificada pela Lei 3.719, de abril de 1991, que dá nova redação ao art. 3º da primeira e dispõe especificamente sobre a composição do CMS-V.

A criação do CMS-V deu-se por iniciativa exclusiva do Poder Executivo Municipal, principalmente na figura do dirigente político da SEMUS, como desdobramento das discussões nacionais em torno da reforma sanitária, de acordo com o depoimento seguinte:

*Não teve participação. Foi uma proposta realmente da Administração. Já era uma experiência, uma discussão que a gente havia tido. Já tinha uma discussão nacional sendo montada. Já tinha discussão Pan-Americana de Saúde, no Fórum Nacional de Saúde, no Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde, no Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, que eu já trabalhava; e já tínhamos propostas discutidas a nível nacional, que aí sim com participação dos movimentos... das representações federais dos movimentos populares. Quer dizer, nós já pegamos as propostas nacionais que já saíam desses movimentos e encaminhamos essas propostas como propostas da Lei Orgânica Municipal, adaptadas para o nosso município. (Secretário Municipal de Saúde, gestão 89-92)*

---

<sup>44</sup> Nas áreas de: Saúde, Educação, IPTU, PDU, Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências Físicas, Esportes, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, Transportes, Cultura, Turismo, da Criança e do Adolescente. Na atual administração já somam mais de vinte Conselhos Setoriais na Prefeitura.

O presidente do CPV ratifica o depoimento anterior ao afirmar que a proposta de criação do CMS-V “veio da própria administração.” (*Presidente do CPV*).

Em síntese, a criação do CMS-V, no ano de 1991, não resultou somente da indução legal contida no arcabouço jurídico do SUS, como na grande maioria dos municípios brasileiros (Carvalho, 1995), mas significou também a objetivação de uma das diretrizes políticas do próprio governo local, isto é, democratização/participação.

No estudo realizado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro sobre o processo de descentralização e gestão dos serviços de saúde na Região Sudeste (Brasil, 1994), o município de Vitória foi apontado como coordenador do processo de implantação do SUS no estado do Espírito Santo e caracterizado como “Município gestor e construtor de cidadania” por estimular a prática da participação e do controle social sobre as ações do poder público.

### **Estrutura jurídico-normativa**

O CMS-V tem sua composição, organização interna, normas de funcionamento e atribuições determinadas pelas Leis Municipais nº 3.712/91 e nº 3.719/91 e pelo Regimento Interno aprovado pelo Decreto nº 9.728, de 28 de outubro de 1995.

### ***Composição***

De acordo com a Lei nº 3.719/91, o CMS-V é composto de forma paritária por 24 membros titulares, e igual número de membros suplentes. Os representantes dos usuários ocupam, como vimos, 12 assentos, sendo os outros 12 divididos, igualmente, entre os representantes do governo, dos prestadores de serviços do SUS e dos profissionais de saúde. Apesar de prevista a participação de um representante do Poder Legislativo, sem direito a voto, o que não altera a paridade legal, na prática, ela não se verifica. A paridade formal não garante, *per si*, a paridade de fato. No CMS-V, dois representantes dos usuários ocupam cargos de confiança no governo municipal, embora não na SEMUS. Além disso, um deles é funcionário público municipal, lotado na SEMUS, hoje à disposição de uma regional administrativa. No entanto, para se questionar a paridade na

prática social do CMS-V, pelo menos duas análises são necessárias: como atuam na dinâmica das reuniões do CMS-V (qualidade das intervenções) e como se posicionam no processo decisório do Colegiado, principalmente com relação ao Executivo.

Em relação à atuação, pôde-se observar através da leitura das atas e das reuniões acompanhadas que, apesar de diferirem na frequência com que intervêm, apresentam denúncias e reivindicações tanto pessoais quanto da entidade que integram. O representante que é funcionário, é mais ativo tanto para denunciar e reivindicar quanto para pedir esclarecimentos sobre os projetos em discussão. Quanto à posição que assumem no processo decisório do Conselho, não foram observadas divergências de interesses, o que pode caracterizar a aliança com o poder público. Contudo, esta não é uma postura peculiar destes representantes, conforme será visto mais a frente. Neste sentido, o problema da paridade relaciona-se a um maior, que é o da autonomia do próprio Conselho para decidir independentemente dos estímulos e pressões do poder estatal.

Albuquerque, referindo-se à ocupação de cargos públicos por lideranças comunitárias, diz que a cooptação destas pelo poder público não está determinada *a priori*, pois, “se conseguirem manter uma independência na tomada de decisões e na defesa dos seus interesses, pode vir a ser um instrumento de promoção da igualdade e da cidadania.” (Albuquerque, 1994:168).

### ***Organização interna***

O CMS-V organiza-se através da presidência e das plenárias. De acordo com o art. 4º da Lei 3.712/91, o presidente do CMS-V é o secretário municipal de saúde que, como membro nato, ocupa um dos quatro assentos destinados ao governo, tendo, portanto, direito a voto. Nos impedimentos legais e eventuais, assume a presidência do Conselho seu substituto legal e imediato na SEMUS.

O presidente tem a prerrogativa legal de indicar o secretário executivo do CMS-V, coordenar o SUS e cumprir e fazer cumprir as resoluções do Conselho. A história de existência do CMS-V mostra que esta indicação tem privilegiado ocupantes de cargos de confiança da SEMUS, que agrega mais esta função não tendo dedicação exclusiva. As

atividades do secretário executivo, apesar de legalmente muito mais amplas, restringem-se, na prática, ao momento das reuniões e da elaboração das atas, configurando, portanto, um secretário das reuniões e não do Conselho.

A periodicidade das reuniões ordinárias é mensal e ocorrem na sede administrativa da SEMUS, em local previamente agendado e comunicado aos membros, por meio de telegrama, juntamente com a confirmação da data (determinada pelo regimento) e o horário das plenárias. A convocação para reuniões extraordinárias podem ser feitas pelo Presidente do CMS-V ou por no mínimo 1/3 de seus membros.

### ***Normas de funcionamento***

Legalmente cabe à SEMUS fornecer infra-estrutura para o funcionamento do CMS-V (art. 16, Lei 3.712/91). Porém, este não conta com secretaria executiva profissionalizada.

De acordo com o art. 16 do regimento, o CMS-V deve encaminhar extratos das atas ao Conselho Estadual de Saúde, o que normalmente não ocorre. Também não há cobrança daquela instância neste sentido.

No art. 17 do referido regimento está previsto que as deliberações do CMS-V sejam formalizadas através de resoluções, assinadas pelo conjunto dos membros presentes, devendo ser acatadas por todos os demais conselheiros. No entanto, na análise destas, observou-se que o único tema que originou resoluções, desde a criação do Conselho até a realização deste trabalho, foi “prestações de contas” que, cumprindo a lei, são homologadas pelo Chefe do Executivo. Na reunião de abril/98, por solicitação de um dos representantes dos usuários, ficou decidido que este procedimento deveria tornar-se rotina no Conselho, o que até junho não havia ocorrido.

A duração do mandato do CMS-V, exercido sem remuneração, é de dois anos e, na prática, não coincide com as eleições municipais, apesar da lei ser omissa quanto a isso. A recondução ao cargo é permitida por lei, *ad aeternum*. Dois representantes dos usuários, já no terceiro mandato, vêm na recondução um ponto positivo para a capacitação prática dos conselheiros, o que reforça a ausência de um projeto de capacitação técnica:

*...é muito bom a pessoa participar não só de um mandato, mas de vários outros, porque a cada dia em que ela participa, ela se aprimora mais. E isso é muito benéfico para o resultado final, que é a prestação do serviço na área de saúde. (04-U).*

*O Conselho é um aprendizado. Você... todas as reuniões está aprendendo coisas diferentes, está se deparando com situações diferentes e, no mínimo, com duas gestões é que você tem noção de realmente o que é um conselheiro. (01-U).*

Sua legislação é omissa quanto à destinação de dotação orçamentária para manutenção deste colegiado. Entretanto, apesar de não possuir rubrica própria, o próprio Fundo Municipal de Saúde, de acordo com sua Coordenadora, prevê dotação para o Conselho na rubrica referente às despesas administrativas da SEMUS. O fato é que, embora uma das competências regimentais deste colegiado seja elaborar sua proposta orçamentária anual, até então ele nunca o fez e não tinha conhecimento da existência desta dotação. Na reunião de julho/98, pela primeira vez, o Conselho foi acionado para que elaborasse seu plano de ação para executar a dotação orçamentária a ele destinada para o exercício de 1999. Acrescenta-se que o gasto com o Conselho tem-se resumido ao pagamento de despesas de conselheiros, eleitos em plenárias, para participarem de eventos nacionais como encontros de conselheiros e plenárias de saúde.

### ***Atribuições***

Além de vasta relação de competências prevista no regimento interno, a Lei 3.712/91 prevê o caráter deliberativo do CMS-V quanto “o estabelecimento, o acompanhamento e avaliação da Política e diretrizes municipais de saúde”, bem como sua responsabilidade para “aprovar, acompanhar e avaliar a execução do Plano Municipal de Saúde”. (Incisos I e II do Art. 2º da Lei 3.712/91). A efetividade ou não destas competências será analisada no próximo item (subitem “efetividade”).

### **Dinâmica interna de funcionamento**

Conforme referido anteriormente, a análise da dinâmica interna de funcionamento do CMS-V será feita a partir das categorias: “representatividade”, “capacidade operacional (organicidade)”, “permeabilidade”, “autonomia/independência”,

“visibilidade” e “efetividade”. Os dados utilizados nesta análise resultam da leitura das atas das reuniões do CMS-V, desde a sua criação, das observações participantes e das entrevistas realizadas.

### ***Representatividade***

De acordo com a análise da “composição”, o CMS-V é composto por vinte e quatro membros. Sendo, quatro representantes do governo, quatro prestadores de serviços do SUS, quatro profissionais de saúde e doze usuários. Com exceção dos profissionais de saúde, a Lei 3.719/91 determina quais entidades são responsáveis pela indicação dos representantes em cada segmento.

O quadro seguinte mostra os segmentos que compõem o Conselho com respectivas entidades responsáveis pela indicação dos representantes; forma de escolha; número de assentos; e atores sócio-políticos que efetivamente estão presentes no atual mandato do CMS-V (1997-1999).

SEGMENTOS QUE COMPÕEM O CMS-V	ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELA INDICAÇÃO	FORMA DE ESCOLHA	Nº ASSENTOS	ATORES SÓCIO-POLÍTICOS PRESENTES NO MANDATO ATUAL (1997-1999)	
				ENTIDADES	Nº
Usuários	Conselho Popular de Vitória	Assembléia específica	12	Movimento Popular Pastoral da Saúde	11 01
Prestadores de Serviços do SUS	Associação de Hospitais do E. Santo (AHES)	indicado	01	AHES (privado)	01
	Entidades filantrópicas de saúde	indicado	01	Hosp. Sta. Rita de Cássia (filant.)	01
	Hosp. Universitário (HUCAM)	indicado	01	HUCAM (público)	01
	Secretaria de Estado da Saúde (SESA)	indicado	01	SESA (público)	01
Profissionais de Saúde	A lei não faz referência a nenhuma entidade <sup>45</sup>	Assembléia específica	04	SINDSAÚDE SINTUFES SISMUSV	02 01 01
Poder Público Municipal	Chefe do Poder Executivo <sup>46</sup>	indicados	04	Gestor e gerentes da SEMUS	04

<sup>45</sup> Embora não haja determinação legal, na prática, duas entidades são contatadas pelo secretário executivo do CMS-V para indicar representantes: o SINDSAÚDE (entidade intersindical da saúde) e o SISMUSV (Sindicato do Servidores Municipais da Saúde de Vitória). Sendo solicitados três representantes do primeiro e um do segundo. No mandato vigente, um dos três assentos do SINDSAÚDE foi ocupado por representante do Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal do Espírito Santo, eleito em assembléia promovida pelo SINDSAÚDE.

<sup>46</sup> Na prática, são indicados pelo secretário municipal de saúde.

Fonte: Elaborado a partir da Lei Municipal nº 3.719/91 e das atas das assembléias/ofícios das respectivas entidades.

A representatividade social do Conselho está sendo pensada enquanto capacidade de expressar o conjunto de interesses e demandas presentes na sociedade. Neste sentido, se por um lado, a institucionalização formal — e informal no caso dos profissionais de saúde — de entidades para indicação dos representantes impossibilita que o Poder Executivo exerça influência direta em seus processos de escolha, prática que é traduzida com atualidade no depoimento do primeiro presidente do CMS-V,

*... o Conselho foi escolhido todo ele de forma estritamente democrática, porque nós não participávamos de absolutamente nenhum processo de escolha dos conselheiros que não fossem da própria Prefeitura. Os trabalhadores de Saúde, eles que se reuniram e escolheram; a comunidade, eles que se reuniram e escolheram. (Secretário Municipal de Saúde, gestão 89-92 e presidente do CMS-V no primeiro mandato, 91-93).*

por outro, esta mesma determinação apresenta um perigo: a exclusão, *a priori*, de outras organizações coletivas representativas destes mesmos segmentos.

No caso do segmento dos usuários, conforme visto anteriormente, o processo de escolha é seletivo e hierarquizado.

A representação dos profissionais de saúde é exclusivamente classista. Contudo não está representada no CMS-V a categoria dos médicos, presença comum na maioria dos Conselhos de Saúde. Em virtude dessa ausência, o Sindicato dos Médicos do Espírito Santo (SIMES) enviou ao CMS-V correspondência reclamando assento. A esse respeito ficou deliberado na reunião de março/98 que fosse encaminhado ofício ao SIMES informando que as assembléias de escolha dos representantes deste segmento são convocadas pelo SINDSAÚDE, são amplamente divulgadas, e estão abertas à sua participação.

O segmento dos prestadores de serviços parece ser o mais representativo uma vez que todas os setores estão presentes: privado, filantrópico e público.

O caráter ambíguo do processo de escolha dos representantes da sociedade civil, ao mesmo tempo democrático e seletivo, constitui um dos fatores que limitam a expressão do conjunto dos interesses públicos. Pois, a exclusão de certos grupos de interesse faz com que certas questões não cheguem a pautar as discussões no Conselho.



Um outro fator que contribui para limitar a expressão dos interesses públicos é a fragilidade na comunicação entre representantes e representados. Esta fragilidade está sendo referida aqui especificamente ao segmento dos usuários, conforme registrada no capítulo anterior.

Através da análise das atas e da observação de cinco reuniões do CMS-V, foi ratificado o papel, preponderantemente, reivindicativo e fiscalizatório dos segmentos sociais no CMS-V. Vale registrar que, durante as reuniões observadas, representantes dos profissionais de saúde e prestadores de serviços não fizeram nenhuma intervenção no sentido de denunciar, reivindicar ou propor tema para discussão. A esse respeito, a leitura das atas chamou a atenção para a participação ativa que representantes dos profissionais de saúde exerceram no terceiro mandato do Conselho (1995-1997), tanto no sentido de propor medidas para potencializar a atuação do Colegiado (propondo a realização de evento para discutir papel do conselheiro, atribuições, deveres e prerrogativas do Conselho, o que não se efetivou, e a elaboração de normas para liberação de recursos para subsidiar eventos, o que foi efetivado) quanto no sentido de solicitar aprovação de relatório a ser encaminhado ao Chefe do Executivo propondo a criação de uma política salarial específica para os profissionais de saúde (proposta recusada devido não ter sido discutida pelo conjunto dos representantes desse segmento, evidenciando uma representação corporativa e ausência de articulação de interesses entre os representantes deste segmento).

Ao assumirem papel mais reivindicativo e fiscalizatório, os segmentos sociais fragilizam a capacidade deliberativa do CMS-V e, por consequência, fortalecem a centralização do processo decisório no âmbito do governo. Neste sentido, pode-se inferir que o CMS-V constitui-se numa instância de caráter mais consultivo-burocrático do que deliberativo. O que significa dizer que há desvinculação entre a arena institucional da formulação das políticas de saúde e o “processo de votação” vivido no Conselho, “utilizado” para homologar decisões do governo e atender exigências legais.

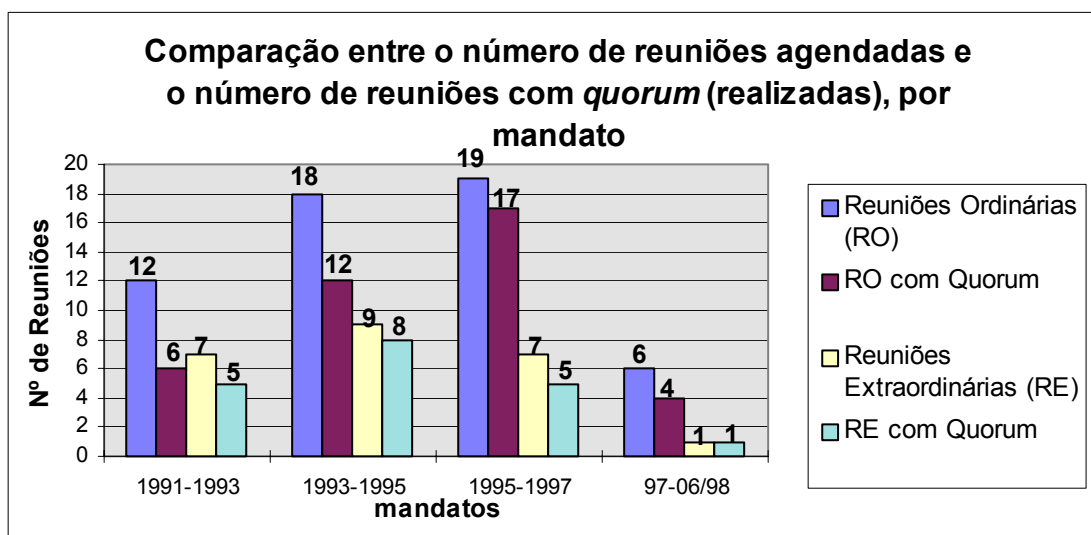
O secretário municipal de saúde ao mesmo tempo que reconhece haver limites no caráter deliberativo do CMS-V, localiza esta limitação na dimensão societária:

*É uma instância que decide, mas ainda eu acho que não da maneira que a gente gostaria. (...) isso vai depender muito do processo de crescimento coletivo, na Cidade, participação. (Secretário Municipal de Saúde).*

### Capacidade operacional (organicidade)

Neste item será verificada a capacidade do CMS-V de funcionar regularmente, inclusive de tomar decisões e cuidar para que sejam encaminhadas.

A periodicidade legal das reuniões ordinárias do CMS-V é mensal. Apesar de, na prática, nem sempre ter sido assim, o número de reuniões agendadas vem aumentando com o passar dos mandatos, como se pode observar no gráfico a seguir. A realização ou não da reunião é vinculada à constatação de *quorum* regimentar. Observa-se no gráfico que a ausência de *quorum* caiu de 50 para 10,5%, do primeiro para o terceiro mandato, o que elevou o percentual de reuniões realizadas de 50 para praticamente 90%.



Fonte: Elaborado a partir de dados das Atas do CMS-V.

Nas reuniões acompanhadas de fevereiro a junho/98, proporcionalmente, o governo foi o segmento com maior número de representantes presentes (o menor número observado foi três participantes), seguido pelos usuários (presença acima de sete), pelos profissionais de saúde e prestadores de serviços (com um ou dois representantes cada). O *quorum* das reuniões ficou sempre acima de 60% de presenças.

Registra-se que o governo vem investindo na manutenção do *quorum* das reuniões, tanto através da garantia da presença de seus representantes como da solicitação para que os outros segmentos façam o mesmo. Tendo este tema pautado

discussão na reunião de março/98 (após ausência de *quorum* em fevereiro/98, quando foi necessário realizar reunião extraordinária para votar a condição de gestão do município).

A dinâmica das reuniões caracteriza-se por três partes distintas: informes, discussão da pauta e distribuição de processos de prestação de contas para análise e parecer, que são distribuídos aleatoriamente. Os três momentos constam de um único registro entregue aos conselheiros no início das reuniões pelo secretário executivo do Conselho.

As reuniões são registradas em atas, após as discussões terem sido manuscritas durante as reuniões pelo secretário executivo. A ata é lida e aprovada na reunião seguinte, sem conhecimento prévio dos conselheiros, o que é uma antiga reivindicação mas ainda não um fato.

O presidente inicia a reunião dando os informes do governo, e após, passa a palavra para os conselheiros presentes. Este momento foi apropriado pelos segmentos diferentes do governo, como espaço privilegiado para a vocalização de denúncias e reivindicações. Essa apropriação, no entanto, acaba limitando as possibilidades de discussão e encaminhamento dos problemas. Pois além de haver sempre muito pouco tempo, nas reuniões, para se discutir questões não contempladas pelo governo, não raramente os conselheiros são solicitados, pelo presidente, a formalizarem suas denúncias por escrito, a dirigirem-se ao setor responsável, ou ainda, a levarem o problema para o território ou comissão/conselho local de saúde. Esta prática (ou tática) do Conselho não trazer para si a responsabilidade dos encaminhamentos, quando não impede que as denúncias ou reivindicações se efetivem, no mínimo, adia soluções. E, “o que deveria ser deliberativo, tona-se reivindicativo” (*apud* Valla, 1998:32).

*Com relação a essa questão de denúncia, então, pela colocação que o Presidente fez na última reunião, eu por exemplo não gostei. Porque ele falou que a gente ia ficar ali naquela reunião só para discutir aquela questão de denúncia. Então eu não gostei. Porque é o principal interesse da população é a pessoa ser bem atendida. (01-U)*

A pauta é elaborada pelo governo. Seu recebimento antecipado também constitui antiga reivindicação dos conselheiros, conforme consta das atas das reuniões, contudo, isso não se verifica na prática.

*A gente já recebe a pauta para discussão. (...). Mas é tudo elaborado por eles lá. (01-U)*

Apesar disso, é consenso entre os conselheiros entrevistados de que esta responsabilidade cabe ao presidente do Conselho, pois, enquanto secretário de saúde, reúne recursos necessários para isto: informações referentes aos serviços de saúde e aos problemas da comunidade, e disponibilidade financeira e de tempo. O que, por outro lado, explicita a não democratização das informações, o distanciamento entre conselho e sociedade e a falta de tempo e dinheiro dos representantes dos usuários para participarem.

*... entendemos até que por ele estar trabalhando lá na secretaria, ser o secretário, ter a ligação direta com todos os setores ligados à saúde: os hospitais, toda a comunidade... ele tem muito mais chance, ele recebe o salário dele como secretário, ele está disponível para esse tipo de coisa. Então, ele recebe as demandas e todos os problemas ligados ao setor saúde. E ele, então, por aí, ele confecciona... ele pede a confecção da pauta. (...) Nós, como representantes, principalmente nós como representantes dos usuários, nós não recebemos nada para participar lá e não temos disponibilidade de tempo remunerado para ficar na secretaria, para receber essas demandas e elaborar a pauta. (04-U)*

Esta percepção é tão condicionante das atitudes dos membros do Conselho que, apesar dos conselheiros poderem indicar temas para a pauta da reunião seguinte, isto não é uma prática muito utilizada, daí se apropriarem do momento dos informes.

*O secretário é quem decide a pauta do dia-a-dia. Claro que qualquer conselheiro tem a prerrogativa e o direito de poder incluir qualquer ponto como ponto de pauta. Mas isso não é muito normal. (04-U)*

Outro representante dos usuários, há três mandatos no Conselho, quando perguntado se já indicou algum ponto de pauta respondeu que

*Não. Mas pode-se colocar para ser discutido na próxima reunião. (01-U)*

Em última instância, a centralização do governo na elaboração da pauta, na prática, privilegia assuntos de seu interesse e relega a participação dos demais segmentos ao momento dos informes, contribuindo para a manutenção do caráter reivindicativo da participação social no CMS-V.

A votação das matérias no Conselho é nominal e aberta (tema que será melhor tratado no item “autonomia”). Quanto ao encaminhamento das suas “decisões”, também há consenso entre os entrevistados ser esta uma função do presidente do Conselho.

*Quem dá o encaminhamento das decisões é o presidente do Conselho. (02-U).*

De fato, após o término das reuniões, os encaminhamentos ficam a cargo do governo, isto é, são transferidos para a instância que reúne meios para tal.

Mas em virtude da recorrência com que certas questões aparecem nas atas, ao longo dos sete anos de existência do Conselho, fica evidente que nem tudo recebe o devido encaminhamento. Nunca foram encaminhadas sugestões referentes: 1º) à gestão da saúde: convocar reunião com os outros Conselhos de Saúde da Região Metropolitana para debater e encaminhar problemas comuns, criar grupos de estudo e organizar seminários para debater a política de saúde do município; e 2º) ao controle social: elaborar plano de ação para o CMS-V, buscar assessoria técnica para análise de prestações de contas, elaborar boletim de divulgação das ações do Conselho. Após inúmeras solicitações, registradas em atas, para se discutir o papel e atribuições dos Conselheiros, o governo trouxe, na reunião ordinária de março/98, um representante do NESC/UFES que apresentou proposta para realização do primeiro “curso de capacitação para conselheiros”. Esta foi aprovada, tendo o curso sido realizado em agosto/98. Este fato provavelmente se configura num divisor de águas para a atuação do CMS-V, o que mereceria um acompanhamento empírico para conhecer possíveis desdobramentos.

Apesar das questões sugeridas apontarem necessidades prementes para a política de saúde local e o funcionamento do próprio Conselho, nunca pautaram discussão. Surgiram sempre dentro de outros temas, o que parece ter minimizado seu caráter deliberativo. Além disso foram sugeridas, em momentos diferentes, pelos diferentes segmentos que integram o Conselho. Se isto, à primeira vista, poderia caracterizar uma interlocução de interesses, ao não serem viabilizadas na prática, estas sugestões evidenciam, pelo contrário, uma estratégia de manipulação das potencialidades deste espaço, fragilizando-o na sua capacidade de produzir respostas desejadas para os problemas apontados.

Na percepção de um dos representantes dos usuários entrevistados, o encaminhamento das “decisões” do Conselho, às vezes, é prejudicado pela fragilidade no registro das atas e pela falta de acesso a elas antes do momento de sua aprovação:

*...Inclusive, muitas vezes essas decisões são ou não registradas em atas do Conselho e, boa parte das vezes, o que se percebe é que em função de não ter o conhecimento dessas atas antecipadamente, muitas vezes uma ata é aprovada faltando dados, com dados incompletos e que o conselheiro, principalmente o proponente da questão, por esquecimento, acaba não solicitando a inclusão desse ponto de pauta na ata. (04-U).*

Acrescenta-se a isso a ausência de secretaria executiva profissionalizada e o fato do Conselho não formalizar suas decisões em resoluções, ficando sem apoio e instrumental prático para os encaminhamentos e o seu controle.

Quando há interesse particular, como no caso das reivindicações, o controle do encaminhamento é feito pelo próprio conselheiro junto ao dirigente político da SEMUS:

*procurando a sala dele: secretário, fui atendido ou não na reivindicação? Caso não foi, a gente coloca, solicita novamente providências ao Conselho Municipal de Saúde. (02-U).*

### **Permeabilidade**

A capacidade do CMS-V detectar denúncias e/ou demandas é mais elevada com relação aos segmentos representados do que em relação à sociedade em geral, uma vez que, este Colegiado não conta com nenhum serviço formal de acolhimento de denúncias/demandas.

As denúncias e/ou demandas chegam até o Conselho por duas vias basicamente: correspondência, o que não é muito comum, e através de seus membros, primordialmente dos representantes dos usuários que utilizam o momento dos informes, com todas as limitações que isto representa, conforme visto anteriormente.

*... a parte inicial de toda reunião ela é baseada em informes. E aí cada conselheiro tem o direito de estar colocando os problemas dos locais, das comunidades, da qual ele tem uma certa vivência, da qual ele tem informação. (04-U, grifo nosso).*

De acordo com as atas, enquanto as correspondências, predominantemente, vêm de instituições que solicitam ajuda financeira para eventos, as denúncias e demandas dos conselheiros têm origem, principalmente, no que acontece nos limites das unidades básicas de saúde e dos hospitais. As mais freqüentes durante os sete anos de Conselho foram: número insuficiente de fichas para atendimento médico; falta de insumos de modo geral, principalmente, medicamentos; demora na entrega de resultados de exames; dificuldade de acesso à ambulância; mal atendimento de profissionais médicos e paramédicos; falta de vaga em hospitais. Assim, o perfil das denúncias e demandas está centrado na questão do acesso e controle dos serviços prestados, revelando a luta pelo direito à saúde.

Direito este, concebido pelos representantes dos usuários como “obrigação do Estado em ofertar serviços sociais à população”, numa “vertente assistencialista que se objetiva na assistência médica curativa e preventiva”. (Dallari et al., 1996):

*Eu acho que todo ser humano tem direito, no momento de sofrimento, de dor, de encontrar um posto de saúde, um médico disponível, um transporte, para que ele possa ser atendido, que não fique em filas longas de espera, que não fique subordinado a filas para conseguir fichas de madrugada e, às vezes, pequenas quantidades de fichas. (...) Ele tem direito a ter essa assistência... (03-U)*

*Ah! O direito à saúde é o cidadão chegar, ser atendido em qualquer horário. O básico, ter seu remédio, ter a sua internação. (05-U)*

*Direito à saúde é a pessoa ter a oportunidade, sempre que se sentir ou sempre que se fizer necessário, de ter uma atenção de um médico, de um profissional da saúde para resolver o seu problema. (04-U)*

*O direito à saúde é você conseguir se consultar, você ter uma saúde preventiva, você ter acesso à saúde. Isso que é o principal. (02-U)*

Concepção que não é compartilhada pelo secretário municipal de saúde e presidente do Conselho, o qual define direito à saúde como “condições de vida” (Dallari et al, 1996)

*direito à vida; direito que as pessoas têm de ter condições de viver dignamente, direito a emprego, renda, trabalho, escola, lazer, enfim a se divertir, ser feliz e se sentir bem, conviver, a questão da cidadania também. Isso aí. (Secretário Municipal de Saúde e presidente do CMS-V).*

Esta concepção reflete-se na composição da pauta das reuniões do CMS-V, uma vez que esta fica a cargo do governo. De maneira geral, as pautas privilegiam discussões que guardam sintonia com a reorientação do modelo de atenção e a reorganização dos serviços de saúde. Neste sentido, na agenda do CMS-V predominam *informações* sobre os projetos, programas e campanhas a serem implantados e/ou implementados pelo governo, além, dos temas que, legalmente, necessitam de aprovação como prestações de contas, plano municipal de saúde, condição de gestão, PACS e PSF etc.

Vale registrar que, durante as reuniões observadas de fevereiro a junho, foi solicitada, pelo segmento dos usuários, a inclusão de apenas um tema de pauta, referente à legislação do próprio CMS-V (sugerido na reunião de março e discutido na de abril/98). Os temas debatidos nesses meses foram: fevereiro (reunião extraordinária): adesão à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica; março: pleito do sindicato dos médicos referente assento no CMS-V, curso de formação de conselheiros e frequência dos membros nas reuniões do Conselho; abril: legislação do CMS-V e apresentação da

proposta de pronto-atendimento odontológico; maio: pagamento dos prestadores de serviços e indicação de representantes para acompanhar eleição do conselho local de saúde de Maruípe; junho: apresentação da proposta da política de recursos humanos da SEMUS e subsídio financeiro para o seminário da Região Sudeste sobre Dependência Química.

Em síntese, fatores como: ausência de canal formal para recebimento de denúncias e/ou demandas, vocalização dos interesses dos segmentos sociais limitada ao momento dos informes e predomínio do Estado sobre a Sociedade na geração dos temas de pauta, geram um baixo grau de permeabilidade do CMS-V.

Com a finalidade de captar denúncias e de estabelecer um canal de comunicação entre Conselho e usuários, um representante deste segmento sugere, na entrevista, que o CMS-V deveria ter um “disque-conselho”. Entretanto, desconhecendo a existência de dotação orçamentária, afirma que a falta de recursos financeiros impossibilita sua criação:

*A gente deveria até pensar num ‘disque-conselho’. Um sistema dos próprios usuários ligarem: ‘Ó, é do Conselho Municipal de Saúde? Aqui nós temos esse problema, esse, esse e esse’. Mas o problema é que o Conselho não tem remuneração. De onde viria essa verba? (05-U).*

### **Visibilidade**

Um único mecanismo formal de divulgação das atividades do CMS-V está previsto em seu regimento interno: publicação das resoluções. O que ocorre rigorosamente através do Diário Oficial do Poder Executivo de Vitória, publicado no jornal de maior circulação do estado. Contudo, esta visibilidade é restrita, pois, conforme visto no subitem “Normas de funcionamento”, as resoluções limitam-se às prestações de contas.

Para além disso, de modo geral, a visibilidade das atividades do CMS-V não vai além da teia de comunicação estabelecida entre o conselheiro e a entidade civil que ele integra.

*O que é discutido no Conselho acaba sendo de conhecimento apenas das pessoas que são membros..., que estão na comunidade da qual esse conselheiro faz parte. (04-U)*



Na percepção dos representantes dos usuários entrevistados o CMS-V é incapaz de se comunicar com a sociedade em geral.

*... no geral, como um todo, não é dado nenhum tipo de informação. (04-U)*

*... É um caso que tem que sentar com os conselheiros e ver como que a gente pode abranger esses nossos irmãos que estão nas outras comunidades e não sabem o que se passa dentro do Conselho. Muita gente não sabe o que é Conselho. Na própria comunidade: 'O que é Conselho? Ah! Não sei.' (05-U).*

Constam das atas, com recorrência ao longo dos diversos mandatos do Conselho, falas que apontam a necessidade de serem viabilizados outros meios para tornar públicas e visíveis as atividades do Colegiado. Contudo, este tema ainda não pautou nenhuma discussão efetiva, permanecendo no campo das sugestões, sem propostas de encaminhamento.

### ***Autonomia/independência***

De antemão chama-se a atenção para o fato de que autonomia está sendo entendida aqui “como independência na tomada de decisões e definição de interesses e não como a negação da institucionalidade.” (Albuquerque, 1994:168).

A fim de pensar esta questão vale acrescentar o conceito de autonomia do sujeito, visto numa perspectiva relacional por Castoriadis (1982). Para este autor, “um sujeito autônomo é aquele que sabe ter boas razões para concluir: isso é bem verdadeiro, e: isso é bem meu desejo” (Castoriadis, 1982:126). Neste sentido, autonomia do sujeito, segundo Castoriadis, não é entendida como a elucidação sem resíduo e eliminação total do discurso do Outro não reconhecido como tal. Mas, como instauração de uma “outra relação” entre o discurso do Outro e o discurso do sujeito. Assim, a liberdade de opinião só configura uma relação de autonomia quando o discurso do Outro não é “material indiferente” nem “pura e simplesmente reproduzido”, antes, faz parte de uma relação onde o sujeito, além do discurso do Outro, leva em conta suas próprias razões e desejos para realizar escolhas.

O objetivo aqui é analisar a capacidade do CMS-V funcionar e tomar decisões distinta e independentemente de estímulos e pressões do poder estatal, segmento social ou força política. Neste sentido, serão analisados os recursos de poder que reúne para

funcionar; a existência (ou não) de divergências de opinião entre seus componentes e a correlação de forças que se estabelece em seu processo decisório.

Na análise das condições que o CMS-V reúne para funcionar será considerada a definição de recursos de poder de Testa (1979). Testa divide os recursos de poder em: administrativos (pessoal, material, equipamentos); técnicos (mobilizar conhecimento e informação); e político (capacidade de mobilizar vontades para além de interesses econômicos, por interesses políticos e ideológicos em favor de projetos políticos).

Todas as ações do CMS-V que envolvem recursos administrativos, técnicos e, acrescentamos, financeiros são realizadas e patrocinadas, diretamente, pela SEMUS. O CMS-V não tem nenhuma estrutura organizacional independente, mesmo que financiada pela secretaria.

Em primeiro lugar, não tem espaço físico específico e não conta com secretaria executiva profissionalizada. Seu material fica arquivado em armário na sala da assessoria de gabinete do secretário de saúde e as questões administrativas são encaminhadas pela Unidade de Apoio Setorial da secretaria, por solicitação do Secretário Executivo, que também não tem dedicação exclusiva.

Em segundo, não conta com assessoria técnica externa, submetendo-se unicamente às informações fornecidas pelos técnicos dos diversos setores da SEMUS, na grande maioria das vezes por exposição dos projetos do governo, ou então, quando demandadas pelos conselheiros, como ocorre, principalmente, com técnicos do FUMDES, por ocasião das análises das prestações de contas. Com relação ao acesso às informações técnicas, ocorre a mesma limitação.

A realização de cursos para os conselheiros, apesar de inúmeras sugestões, vinda dos diversos segmentos durante os sete anos de existência do Conselho, só foi assumida pela SEMUS recentemente, isto é, em março de 1998.

Apesar de não ter rubrica orçamentária exclusiva, conta com dotação orçamentária destinada pelo Fundo Municipal de Saúde (FUMDES), prevista na rubrica dos serviços administrativos da secretaria. O Conselho não elabora sua proposta orçamentária, e, até a realização deste trabalho, esta dotação era desconhecida até do presidente do CMS-V.

Quanto aos recursos políticos, para além da capacidade do Conselho mobilizar vontades por interesse público em favor de projetos políticos, no sentido de controlar as ações do governo,

*O incentivo que eu tenho é ver que a sociedade está fiscalizando o dinheiro público. O dinheiro tem que ser fiscalizado. Se o dinheiro não for fiscalizado, como é que a sociedade em si vai ter condições de garantir que o dinheiro foi usado para aquilo ali? (02-U)*

mobiliza também interesses particulares de orientação moral, altruísmo, e de orientação político-partidária, que gera dependência e aliança com o partido político do governo, conforme expressam os depoimentos, respectivamente:

*E só o amor nos move. E só o amor também que nos trouxe para o Conselho Municipal. Nosso único objetivo dentro do Conselho é esse: tentar ajudar a saúde. É só isso. Trabalho voluntário, gratuito e de amor. (03-U)*

*É uma coisa engraçada. Apesar das pessoas - representantes dos usuários - serem escolhidas num fórum específico para isso, da qual o poder público não tem acesso, (...) a maioria das pessoas que são lideranças comunitárias, que são presidentes de comunidade, essas pessoas, de uma forma ou de outra, estão ligadas a algum político; e boa parte desses políticos, de certa forma, estão ligados ao Executivo. (...) Que por sua vez, tem, então, o seu representante, que é o secretário. Boa parte dessas pessoas, tentando agradar ao Executivo e a esses secretários, muitas vezes relegam uma necessidade, um interesse maior do povo, para satisfazer a vontade de algum secretário ou de algum prefeito. (04-U).*

Quanto a existência (ou não) de divergências de interesses, na concepção dos representantes dos usuários entrevistados, os pares têm liberdade de expressar, defender e votar de acordo com suas idéias no processo decisório do Conselho:

*Olha... se chegar por consenso, não precisa votação. É lógico. Agora, quando é muito polêmico, o representante — aquele mais interessado — pede a palavra, discute aquela questão, mostra o ponto de vista dele e, após a discussão, é colocado em votação. (...) mesmo que venha a contrariar a direção da saúde, prevalece a votação. (01-U)*

*...todo conselheiro lá, fala. O secretário ele ouve tudo certinho, é colocado em votação. Todo mundo ali tem voz, tem voto. A coisa bem transparente que é feita. (05-U)*

Contudo, apesar da liberdade da fala, observou-se, através das atas e das reuniões acompanhadas, ser praticamente nula a divergência de opiniões no momento das votações, principalmente, com relação ao Executivo.<sup>47</sup> A fala do presidente do CMS-V no primeiro mandato, é atual quanto a isso:

---

<sup>47</sup> Durante as cinco reuniões acompanhadas, um único caso de divergência foi observado. Este diz respeito à indicação de nomes para o II Encontro Nacional de Conselheiros, ocorrido no mês de junho/98, em Brasília (ata da reunião ordinária, maio/98). A postura do presidente era de não enviar ninguém, alegando que esta participação não traria nenhum benefício ao CMS-V. Assumindo posição inversa, representantes

*... não havia preocupação ou compreensão dos movimentos populares e do próprio movimento sindical da responsabilidade e do poder que um Conselho pode ter. Então, todas as nossas propostas, que a gente levava para o Conselho, e a gente levava todas, todas elas eram aprovadas sem absolutamente nenhuma vírgula. E eu acho que muito mais do demérito deles do que por mérito da administração. (Secretário Municipal de Saúde, 89-92 e presidente do CMS-V, primeiro mandato).*

A que se deve o consenso prévio no processo decisório do CMS-V? Fundamentalmente a três fatores do contexto sócio-político em estudo, que na prática se relacionam e se mantêm:

- fragilidade do CMS-V em reunir recursos de poder, conforme já visto;
- legitimidade do governo municipal para implementar seu projeto político e;
- legitimidade da autoridade do secretário de saúde para formular a política de saúde local.<sup>48</sup>

De acordo com Bobbio et al. (1997) — verbete “governabilidade” — a capacidade de um governo atender demandas e ser fiel aos compromissos de campanha, atingindo um equilíbrio entre receita e gasto público, gera legitimidade da autoridade no poder. Por outro lado, essa legitimidade expressa-se pela disposição dos cidadãos obedecerem espontaneamente às leis e às diretrizes do governo, mesmo quando, numa situação racional, estas contrariam seus interesses tendo em vista a limitação dos recursos.

Em Vitória, a legitimidade da autoridade do governo pode ser demonstrada através de alguns indicadores como: 1º) aprovação do Prefeito Paulo Hartung (administração PSDB, 1993-1996) por 91,4% da população, maior índice de aceitação do país, segundo a pesquisa Isto é/Brasmakert; 2º) ratificação do PSDB para a gestão 1997-2000; 3º) alto índice de pagamento de impostos pela população se comparado aos municípios da Região Metropolitana. Na capital, em 1996, a receita *per capita* do IPTU foi de R\$ 32,69, enquanto o segundo município de Região atingiu apenas R\$ 12,66 *per*

---

dos usuários defenderam a proposta de que seria muito importante para o Conselho a troca de experiências. Assim, acabou sendo votada a ida de dois conselheiros deste segmento, financiadas pela SEMUS.

<sup>48</sup> Autoridade está sendo entendida aqui como poder legitimado pelos próprios pares. Como categoria socialmente construída que pressupõe obediência e comando. A este respeito ver verbete “Autoridade” em Bobbio et al. (1997).

*capita*;<sup>49</sup> e 4º) implementação de projetos que integram as diferentes áreas sociais da prefeitura, visando impactar positivamente a qualidade de vida da população,<sup>50</sup> o que tem refletido nas condições de saúde conforme sugere o depoimento a seguir:

*... a saúde tem que ser uma preocupação de governo, o governo todo envolvido para melhorar as condições de vida das pessoas sobre todos os aspectos: moradia, habitação, renda, educação, saneamento básico, pavimentação, a questão mesmo de geração de renda — hoje até pelo lado desse mercado informal — a questão da preservação do meio-ambiente. Porque isso é produzir saúde. Tem a ver, talvez, com o resultado nosso, aqui, da mortalidade infantil. Talvez esteja mais relacionado a essas mudanças que a gente conseguiu, que vários governos conseguiram fazer em Vitória, do que propriamente da intervenção direta dos serviços e dos profissionais de Saúde. (Secretário Municipal de Saúde).*

Por seu lado, a legitimidade da autoridade do secretário para formular a política de saúde local objetiva-se através de: continuidade do mesmo profissional à frente da secretaria de saúde na segunda administração do PSDB; moção do Conselho Popular de Vitória em apoio à administração do atual secretário (registrada na ata da reunião do CMS-V de março de 1996); aprovação do Conselho para redistribuição financeira dos recursos do SIA/SUS visando pagamento de pessoal no mês de maio/96, por solicitação da Secretaria Municipal de Fazenda (reunião extraordinária, maio de 1996); e também através de depoimentos colhidos nas entrevistas, quando, no momento final, os entrevistados ficaram à vontade para acrescentar algo, caso desejassem:

*Agradecer ao Anselmo também, um excelente secretário, que realmente se preocupa pela saúde, você vê o semblante dele, você vê como ele fala, que realmente ele se preocupa com a saúde do município. (05-U).*

*A gente tem notado que o secretário de saúde tem se esforçado, tem nos passado essa imagem de pessoa que quer mudar a saúde. (03-U).*

Este consenso prévio transfere para o Estado a capacidade de definir a realidade desejada para a saúde da população de Vitória. Na percepção dos conselheiros entrevistados as condições de saúde em Vitória só não são melhores devido à demanda de serviços de saúde por parte de usuários de outros municípios:

*A saúde em Vitória funciona bem. O ruim é que tem uma sobrecarga dos outros municípios. Se cada município cuidar de sua saúde, Vitória tem uma saúde excelente; não dá problema. (02-U).*

<sup>49</sup> Dados obtidos na *home page* da Prefeitura de Vitória, Indicadores - Finanças, elaborados a partir dos Balancetes Municipais de 1996, fornecidos pelo Tribunal de Contas do ES - TCE e dos dados preliminares da Contagem Populacional de 1996 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

<sup>50</sup> Alguns programas em desenvolvimento: Programa de Geração de Emprego e Renda em Áreas de Pobreza (PROGER, criado em 1996), Família Cidadã (programa de renda mínima, 1996); Fábrica Escola de Alimentos (1996); Cidadão Criança (que engloba 17 projetos); projetos habitacionais especiais; Projeto Terra (1997); banco do povo (para créditos de até três mil reais, 1998) entre outros.

*...se fosse só atender o pessoal de Vitória, ter remédio só para o pessoal de Vitória, era uma maravilha; eu não precisaria ir às quatro horas da manhã para arrumar uma ficha. (05-U)*

*O principal problema da saúde em Vitória hoje é exatamente atender pessoas de outros municípios ou de outro Estado. Esse é o principal problema. Porque, veja bem, eles recebem o recurso lá, então eles deveriam ser atendidos lá. No dia que isso acontecer, com certeza a qualidade da saúde em Vitória vai melhorar e muito. (01-U)*

*Se formos comparar aos municípios da Grande Vitória, com certeza Vitória é o melhor município disparadamente. Não há nem como fazer esse tipo de comparação. Porque Vitória, precária ou não, ainda possui saúde. (04-U)*

O secretário de saúde ratifica esta percepção ao dizer que o problema da saúde em Vitória está na atenção de média e alta complexidades e hospitalar, que o município ainda não gerencia, e também vê a pressão externa pelos serviços prestados como agravante da

situação:

*... enfim, há um cem número de trabalhos, experiências aí que mostram que a gente está indo bem. A questão que pega é a questão hospitalar, que o município não gerencia, não tem nem um hospital e, notadamente, na questão da urgência e emergência. Mas, aí com todas as conseqüências da invasão das pessoas que vêm de fora para procurar os nossos serviços. (Secretário Municipal de Saúde).*

Esta realidade define em favor do governo a correlação de forças neste Colegiado. E, ao mesmo tempo que contribui para ocultar os conflitos de interesses, favorece a centralização do poder e a legitimidade do Estado na formulação das políticas de saúde em Vitória. O CMS-V não configura, portanto, um espaço de conflito entre forças sócio-políticas divergentes, antes, configura um espaço de “aliança social composta” (Offe, 1985).

### ***Efetividade***

Nas palavras de Antônio Ivo de Carvalho, “os Conselhos não governam, mas estabelecem os parâmetros do interesse público para o governo. Definem o que deve ser feito e verificam/avaliam o que foi feito” (Carvalho, 1997:105). Diante disso, o objetivo neste item é analisar se houve em Vitória alguma influência concreta do Conselho na formulação da agenda e no controle da execução das ações do governo. Esta análise será feita a partir de duas variáveis: participação e controle.

### **Participação**

Esta análise privilegiará a participação (ou não) do CMS-V na definição de prioridades e indicação de diretrizes para o plano municipal de saúde, bem como na elaboração do orçamento da SEMUS e alocação de recursos.

Definição de prioridades e indicação de diretrizes para elaboração do plano municipal de saúde são práticas não assumidas pelo CMS-V, apesar dos elaborados nas gestões 89-92 e 97-2000<sup>51</sup> terem sido aprovados por ele.

*... Eu me lembro do Plano Municipal de Saúde que nós montamos, e a proposta foi montada pela equipe técnica-gerencial, mas foi levada à discussão e preparamos material para a discussão mesmo, efetiva, mostrando para eles através de transparências e tal, qual era a proposta do governo, etc. e tal. (...) E a gente coloca o Plano em votação, perguntando se tinha algum adendo,*

---

<sup>51</sup> A gestão 93-96 não elaborou Plano Municipal de Saúde.

*alguma proposta nova, alguma coisa nova. E o Plano passou por unanimidade mesmo, de 100% dos Conselheiros, sem uma vírgula a ser mudada. Ou seja, não por mérito da equipe que bolou o Plano, mas por demérito dos conselheiros participantes, que eu tenho certeza absoluta que se um leu, foi muito. (Secretário Municipal de Saúde, gestão 89-92)*

*O plano [municipal de saúde] foi elaborado a partir de discussões da equipe aqui, com a coordenação do Planejamento, e foi discutido no Conselho. Mais ainda, a partir da Conferência Municipal de Saúde, que foi bastante rica. (atual Secretário Municipal de Saúde)*

*A proposta ela já vem feita. Você não tem acesso ao âmbito da discussão, à formulação da proposta. (01-U).*

Esta exclusão é ratificada pela Chefe do Núcleo de Planejamento da SEMUS, setor responsável pela elaboração do plano atual, que acrescenta que sua confecção deu-se em virtude de uma exigência legal, além de não ter conhecimento de sua aprovação pelo Conselho, o que demonstra distanciamento entre o setor de planejamento e esta instância:

*nós achamos uma parte do diagnóstico pronto e nós tínhamos alguns trabalhos sucintos, originados da Conferência Municipal, de várias reuniões estratégicas na própria Secretaria, determinados locais; então todo o documento, todo o relatório que era emitido, a gente foi juntando num documento só. Então, esse material ficou como espécie de reserva. Em janeiro de 1997, foi solicitado a Brasília que o Município entrasse na Gestão Plena. Para isso, nós tínhamos que cumprir... listar uma série de documentos, entre eles o plano municipal. Então, nós pegamos esse material, fizemos uma adaptação, foi quando saiu o documento, o plano municipal de saúde. (...) infelizmente eu não tenho conhecimento se esse material ele é aprovado, se ele é passado ou não no Conselho Municipal. Eu nunca participei de uma reunião. (Chefe do Núcleo de Planejamento).*

Em relação ao orçamento da saúde, o CMS-V não participa nem da fase de elaboração nem aprova a proposta, que é encaminhada ao Legislativo.

*é feita por todos os Setores, Divisões, Departamentos. (...) E isso é coordenado pelo Planejamento, pelo Fundo Municipal de Saúde. (Secretário Municipal de Saúde).*

*... a proposta orçamentária dela [referindo-se à SEMUS] é aprovada pela Câmara, quando do envio do Chefe do Executivo para apreciação da Câmara Municipal. Mas o Conselho não tem nenhuma participação nisso. (04-U)*

A esse respeito, vale registrar que, quando se trata de reivindicar a construção de unidades de saúde, o *locus* privilegiado pela comunidade é o orçamento municipal que, desde a Gestão da Frente Vitória (1989-1992), vem-se dando de maneira “participativa”. Como sua metodologia prevê delegados eleitos diretamente pelo movimento popular, alguns conselheiros, enquanto liderança comunitária, são também delegados do orçamento:



U) *Mesmo que o Conselho não indique uma unidade de saúde, mas a comunidade vai indicar... (02-U)*

O Conselho também não participa da alocação dos recursos:

*... você não tem acesso e não tem um acompanhamento dos principais recursos que vêm para a saúde, para ser aplicado na saúde. Então, você não tem acesso. Quando você tem acesso, já está pronto, já está planejado. (01-U).*

Não sem razão, a prática de não inclusão do Conselho no processo decisório da política de saúde gera nos representantes, tanto dos usuários quanto do governo, uma percepção reducionista da participação orientada para uma postura ao mesmo tempo passiva e reativa. Ou seja, o CMS-V é acionado para homologar projetos do governo e para aderir e divulgar suas campanhas e programas. Nas palavras dos entrevistados, o Conselho participa

*... só para aprovar projetos. (...) Você só aprova: 'não, está ótimo, está aprovado. Está aprovado?' (...) 'O Conselho aprova. Aprovado, pronto, acabou'. (05-U).*

*Só quando o governo, nas reuniões do Conselho, pretende estabelecer alguma política na área de saúde e cita essa política para o Conselho. Ai ele tem alguma participação. Mas, fora disso, não. (04-U).*

*... aprovar todas aquelas decisões que vêm em prol da população, ou seja, melhor qualidade de vida e de saúde para a população. (01-U).*

*Todas as ações que são colocadas para o Conselho, o Conselho é convidado a participar. (02-U)*

*... em todas as reuniões, seminários. (...) Todas as reuniões que acontecem aí, sempre tem representantes dos usuários. Então, eu considero que há uma boa participação. (01-U)*

*... das ações das Campanhas de Vacinação, as Campanhas da epidemia, de todas as epidemias, a ação da própria Secretaria, com o objetivo de mobilizar a população através das comunidades, através dos bairros, através da mídia. E eu acho isso bastante significativo. (01-U).*

*A gente esteve dentro do Conselho várias vezes para expor as ações que estávamos desenvolvendo, expor as campanhas que estávamos desenvolvendo, pedir a participação dos conselheiros nas grandes campanhas, principalmente na Campanha de Meningite - que o município de Vitória teve que desenvolver em janeiro de 97 e foi planejada toda em 96, nós tivemos pedindo aos Conselheiros a divulgação, a participação efetiva, a participação efetiva na Epidemia de Dengue - quando foi introduzida no Município. (Chefe da Vigilância em Saúde, 93-97, e representante do governo no terceiro mandato do CMS-V).*

*... o Conselho sabia que esse movimento estava existindo [referindo-se ao processo de territorialização]. Apesar de não se ter pedido aprovação do Conselho para que esse movimento acontecesse. Como a gente faz em outras políticas ou outras atividades e projetos. (Chefe da Vigilância em Saúde, 93-97, e representante do governo no terceiro mandato do CMS-V)*

A não inclusão do Conselho no processo de planejamento gera nos conselheiros entrevistados um desconhecimento da política de saúde como um todo, o que também impõe limites à efetividade deste espaço. A esse respeito um conselheiro, no terceiro mandato, diz que:

*A gente não tem conhecimento. A gente tem um acompanhamento, mas o conhecimento a gente não tem. Pelo acompanhamento, a gente apoia, porque são idéias boas. Idéias que vêm em prol da população. (01-U)*

## **Controle**

A atribuição mais efetiva do CMS-V é a de controle. Segundo os entrevistados seu papel é eminentemente

*fiscalizador... primordial, fiscalizador. (05-U)*

*...o papel dele é amplo e de muita responsabilidade, que a nossa função não é fiscalizar somente os órgãos municipais, mas também os órgãos estaduais também, os hospitais, inclusive os hospitais particulares também, as clínicas particulares, essa é a função. Só que é que nós não temos 'perna' para fazer isso tudo, devido ao tempo nosso que é pouco. (01-U)*

*... o Conselho Municipal de Saúde... ele está pronto não só para fiscalizar, mas para também colaborar com o Município na área de saúde, dando autorização, aprovando as contas. (02-U)*

Contudo, os depoimentos deixam claro que este poder fiscalizador não diz respeito à execução da política de saúde como um todo, mas, principalmente, à análise e aprovação das prestações de contas. Tendo inclusive sido deliberado no terceiro mandato, por sugestão de um representante dos usuários, que todas as prestações de contas referentes aos recursos da saúde deveriam passar pelo Conselho, o que de fato vem acontecendo.

*O conselho hoje, (...) a sua importância se dá muito mais na fiscalização daquilo que foi feito, daquilo que já foi executado. (...) Principalmente através da prestação de contas da secretaria. (04-U).*

*Ó. O Conselho, ele analisa todas as contas... mas eu acho que ainda é uma coisa um pouco formal. Isso aí precisaria ser uma coisa mais direta, participativa, enfim... Mas, se compararmos com a maioria das secretarias municipais por aí a fora, participa muito. Mas ainda eu acho que precisa melhorar, ser uma coisa mais integrada, mais articulada, com o que se faz para acompanhar até para ver se aquilo está correto. (Secretário Municipal de Saúde).*

Atividade que é facilitada pelo fácil acesso aos documentos,

*Caso nós tivermos alguma dúvida com relação a documentos, a gente têm acesso à secretaria, de pegar esses documentos, ver a veracidade. (05-U).*

Registra-se que, em sete anos de existência, nenhuma prestação de contas foi recusada pelo CMS-V, conforme constatado através das atas e no depoimento seguinte:

*Não. Até hoje, não. Teve uma irregularidade - não digo uma irregularidade - uma coisa meio obscura num processo que uma amiga nossa fez e ela pediu para ver os outros documentos, para ver a clareza e tal; mas depois foi sanado e acabou o problema. (05-U).*

Sem minimizar a importância da análise das prestações de contas, esta não substitui a participação do CMS-V no controle da execução do orçamento, o que não se verifica na prática.

Tampouco o CMS-V controla a execução do plano municipal de saúde. O depoimento a seguir, reforça o que foi dito anteriormente sobre a exclusão do processo de planejamento, que acaba retirando do Conselho sua potencialidade de ação, pois, apesar de aprovado o plano não é controlado por não ser conhecido.

*Não, por desconhecimento. Por não ter conhecimento de qual é o plano. O Conselho sequer sabe qual é o plano. (...) Muitas vezes, apesar de ter aprovado, se perguntar a essas pessoas que aí estão, devido ao tempo curto que as pessoas participam deste Conselho, alguma coisa cai no esquecimento. E como o Executivo não tem interesse nenhum de estar sendo fiscalizado - ninguém gostaria disso - ele acaba também não prestando essas informações para os Conselheiros novos que chegam e mesmo os antigos, por esquecimento, e os novos, por desconhecimento, acabam sequer prestando atenção no que foi decidido. (04-U).*

A única fiscalização, *in loco*, que o CMS-V realiza não é sobre ações da secretaria e sim, sobre a aplicação de recursos financeiros liberados por ele para hospitais. Quando há dúvida na prestação de contas ou denúncia de que o hospital não vem garantido os serviços de acordo com o objeto da solicitação, o Conselho forma comissões, *ad hoc*, para fiscalizar:

*Vou te dar um exemplo, a Santa Casa estava aplicando os recursos no ano anterior de forma errada; não foi o que foi discutido e aprovado pelo Conselho e foi virado lei através de Decreto pelo Prefeito. Então, o que nós fizemos? Nós suspendemos os recursos da Santa Casa... suspendemos os recursos. Só vai voltar a receber os recursos com a nova proposta de diretriz. Se tiver errado, novamente suspenderemos os recursos. (02-U).*

De acordo com a qualidade das denúncias, mostrada no estudo da “permeabilidade”, vê-se que, a despeito do não cumprimento de várias competências legais, há um certo controle sobre os serviços de saúde produzidos nas unidades básicas.

Portanto, com relação às duas variáveis analisadas, é possível inferir que o CMS-V possui baixíssima capacidade de influir concretamente no processo de tomada de

decisões do governo, sendo um pouco mais efetivo no controle social. Esta realidade gera uma dicotomia entre seu poder de ação legal e seu poder de ação real.

*Tem o poder de influenciar. Mas até agora, não influencia. (05-U)*

*Não. Não influi. Mesmo porque não são todos os assuntos que vem para ser discutidos no Conselho. (...) Geralmente, o que vem é quando envolve algum tipo de recurso, que é obrigado a passar no Conselho, então vem para ser discutido no Conselho. (01-U)*

*... é uma instância que decide, mas ainda eu acho que não da maneira que a gente gostaria. (...) deve ser mais participativo, deve estar mais junto à formulação, definição das políticas... (Secretário Municipal de Saúde)*

Concebendo o CMS-V como uma instância sem poderes decisórios um representante dos usuários questiona a necessidade de sua existência:

*...chega o telegrama para nós, nós vamos para lá e tal. E é aquela coisa, já está tudo mastigado, está nos informes: 'Oh! Isso aqui, é reunião, é tal, tal, tal; tem reunião para o Conselho não sei aonde... tal, tal, tal, os informes são estes aqui, combate à Dengue, tal, tal, tal, tal'. Uma coisa fechada, um pacote fechado. Você só aprova: 'não, está ótimo, está aprovado. Está aprovado? (...) O Conselho aprova? Aprovado, pronto, acabou'. Então, é uma coisa que... para que precisa de Conselho, então, não é? S e é uma coisa que o próprio Presidente já dita as normas (05-U)*

Por outro lado, porém, sua importância enquanto canal de vocalização de demandas é ressaltada:

*...muitas vezes você não tem acesso para falar determinadas coisas com a autoridade do Setor, e no Conselho você pode tanto falar como explicar suas idéias, que muitas vezes ela é aproveitada. Por isso que, não só o Conselho de Saúde, mas todos os Conselhos Setoriais, são de tamanha importância para o avanço e o desenvolvimento do município ou do estado. (01-U)*

*A participação é fundamental. (...) Se não tiver Conselho, se nós voltarmos, retroagiremos ao tempo dos generais... E novamente os planos privados vão tomar conta e a população mais carente não vai ter acesso à saúde. (...) Foi o maior ganho que a população teve, porque só aí que nós estamos sabendo quanto que o Governo recebeu, quanto que a Prefeitura ganhou, para aplicar na área da Saúde, do Governo Federal, e assim vai. Melhor coisa que se tem no Brasil hoje é a Lei 8.142, a Lei que dá acesso à população para fiscalizar tudo, tudo, tudo o que gasta na área de saúde. (02-U).*

Concepção partilhada pelo gestor do SUS em Vitória:

*Para mim, o fator determinante do funcionamento do SUS, que na minha concepção é o que existe de mais avançado em termos de reforma do Estado, é a participação popular, que se dá através dos Conselhos Municipais, dos Conselhos Regionais; enfim, é fomentar a participação. Sem isso não tem mudança. (Secretário Municipal de Saúde).*

Por fim, pergunta-se a que se deve esse baixo grau de efetividade do CMS-V? Na percepção dos representantes dos usuários entrevistados os obstáculos para a atuação do CMS-V são basicamente: ausência de capacitação técnica, dificuldade de comunicação interna devido linguagem técnica e inexistência de vínculo com a sociedade.

Em virtude da recorrência com que foi citado, pode-se afirmar que a falta de capacitação técnica dos conselheiros para a participação institucionalizada constitui a principal limitação para que o Conselho funcione de fato e de maneira independente:

*...eu gostaria de citar só um fundamental, que é o despreparo das pessoas que lá estão para desenvolverem as suas atividades como conselheiros. Isso aí acaba fazendo com que tudo o mais para frente fique prejudicado. (04-U, no terceiro mandato).*

*...a gente não tem conhecimento amplo de 'o que é o Conselho.' (...) Até muitos conselheiros não conhecem o poder que eles têm. (05-U, no segundo mandato).*

*...não havia preocupação ou compreensão dos movimentos populares e do próprio movimento sindical da responsabilidade e do poder que um Conselho pode ter. (Secretário Municipal de Saúde, gestão 89-92)*

O fato de até então não ter sido realizado curso para os conselheiros se, por um lado, impõe limites à efetividade do CMS-V, por outro, favorece e mantém a centralização decisória do governo, na visão dos representantes dos usuários:

*Nunca aconteceu. (...) o que de certa forma acaba privilegiando a administração, porque as pessoas sem ter conhecimento efetivo da sua responsabilidade, da sua importância, do seu papel neste processo, ela acaba não participando da forma como deveria participar. (04-U).*

*... a gente tem que se aprofundar muito, muito, muito mesmo. E eu não sei se há interesse da própria Secretaria Municipal de Saúde em treinar esses conselheiros. Não sei. (05-U)*

Em segundo lugar, a não democratização de termos técnicos no momento das discussões do Conselho é apontada como empecilho para uma efetiva participação:

*... Os conselheiros, a maioria deles, não está nem preparada tecnicamente para discutir. (...) aqueles termos técnicos, você não sabe nem qual o significado (...) Então, muitas vezes, a gente não participa do planejamento exatamente por causa disso. Se fosse linguajar mais comum para você alcançar, seria o ideal, mas isso não ocorre. (01-U)*

E por último foi apontada a ausência de mecanismo de comunicação entre Conselho e Sociedade para acatar denúncias:

*Primeiro treinamento, e segundo subsídios. Subsídios para você saber o que está acontecendo. (...) Você não tem subsídios para trabalhar, você não tem uma denúncia para levar para o Conselho. Então, fica muito a desejar nesse sentido. (05-U)*

Para que o CMS-V possa vir a constituir um espaço efetivo de participação e controle social, coerente com os problemas levantados, foi sugerido, em primeiro lugar, a capacitação, que deveria ser viabilizada pela dimensão política:

*... deveria ser dado ao Conselho esse espaço de conhecer toda a política de saúde, de conhecer todas as normas, de conhecer tudo o que se tem feito nesse sentido na saúde, para depois abrir*

*esse espaço para que o Conselho possa, além de fiscalizar, trazer ajuda real para que a saúde alcance o nível desejado para todos os usuários e para toda a população. (03-U)*

*Seria dar subsídios para esse Conselho, treinamento, isso é essencial. Sem treinamento, você não vai saber, vai ficar 'perdição'. Então, depende muito do interesse da própria Secretaria Municipal de Saúde em... — como é que se diz? — reciclar a gente. Fazer cursos. (05-U)*

O poder público também compartilha desta necessidade, apesar de localizar a responsabilidade desta capacitação na dimensão societária:

*...só vai ser possível com o processo de crescimento (...) a formação de lideranças com conhecimento, com capacidade de intervenção e, conseqüentemente, melhorar a sua participação. (...) Vai depender muito do processo de crescimento coletivo na Cidade, participação. (Secretário Municipal de Saúde)*

Dentre os representantes dos usuários entrevistados, há também a visão de que esta capacitação deveria ser uma obrigação do próprio Conselho, e não da SEMUS.

*O próprio Conselho em si deveria ter alguns mecanismos do qual as pessoas que entrassem, e mesmo aquelas que já estão, pudessem estar aprendendo as funções de Conselheiro, qual o seu papel, qual a sua responsabilidade. Isso não ocorre. (04-U).*

E ainda, a fim de evitar manipulação das informações, não deveria ser promovida pelo Estado.

*... a formação de conselheiros, se feita por uma organização não-governamental, ela poderia ser muito mais abrangente. (...) A gente entende que, mesmo quando isso estiver acontecendo, mais que seja por parte do poder público, essas informações não serão na sua totalidade, mas só aquilo que interessa a eles. (04-U)*

Observa-se que, na indefinição da instância que deveria assumir esta capacitação — política, societária ou colegiada — acaba sendo gerado um mecanismo de justificação para o não funcionamento do CMS-V, resultando num imobilismo participativo, numa profecia que se auto-cumpre. Quadro que poderá começar a mudar com a realização do primeiro curso de capacitação para conselheiros, previsto para ocorrer em agosto de 1998, com patrocínio da SEMUS e execução do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Em segundo lugar, na medida em que o CMS-V não possui, para além das suas reuniões, nenhum canal formal para acolhimento de denúncias e/ou demandas, um conselheiro sugere que:

*... a gente deveria até pensar num 'disque-conselho', não sei. Um sistema, assim, dos próprios usuários ligarem: 'ó, é do Conselho Municipal de Saúde? Aqui nós temos esse problema, esse, esse e esse'. (...) Alguma coisa para o Conselho ter subsídios para trabalhar. Porque de repente eu estou achando que essa ação de Saúde é boa, mas lá para o próprio povo está por fora (05-U).*

Sugerindo também a criação de um fórum de discussões específico para os representantes dos usuários, onde seriam debatidas e traçadas diretrizes para atuação deste segmento no CMS-V:

*Ver com os outros conselheiros, uma reunião dos conselheiros dos usuários — são doze; juntava aqueles doze e vamos traçar normas, vamos traçar diretrizes, como é que nós vamos fazer, como é que nós vamos trabalhar. Isso seria muito importante. (05-U)*

Ressaltando a condição de dependência do Conselho e a frágil identificação com um projeto político-social devido aliança político-partidária, a conquista da autonomia também foi citada como essencial para que este se constitua num espaço de participação e controle social:

*Em primeiro lugar ele precisaria ser independente. E em segundo lugar, ele teria que ter membros, mesmo que integrantes do Executivo ou não, mas que estejam totalmente ligados às questões sociais, independente da vontade do Executivo. Isso faria com que a sua independência fosse de tal forma que as ações tomadas, as decisões tomadas no Conselho, ainda que afetassem ou não a forma de agir do Executivo, pudesse prevalecer a vontade do Conselho. O que não ocorre hoje, quer seja pelo poder de decisão que o secretário tem como presidente do Conselho. Quer pela coesão que existe dos chamados 'aliados' — aliados pelas necessidades políticas. (04-U).*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de analisar se a municipalização da saúde em Vitória vem apontando para uma democratização da gestão das políticas do setor, esta pesquisa buscou registrar a trajetória da municipalização e analisar os limites e as possibilidades do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMS-V) constituir-se num espaço catalisador da interlocução de interesses entre a administração e os representantes dos usuários dos serviços de saúde.

Para os propósitos deste trabalho, identificamos nas três últimas administrações de Vitória (PT e partidos coligados, 1989-1992; PSDB, 1993-1996 e; PSDB, a partir de 1997) três traços de continuidade: 1) governos de orientação participativa; 2) opção pelo planejamento estratégico, buscando aliar racionalidade gerencial com inclusão de diferentes grupos sócio-políticos no âmbito do Estado;<sup>52</sup> e 3) definição pelos princípios e diretrizes do SUS através da opção pela municipalização e pela mudança no modelo de atenção como diretrizes gerais do setor saúde em Vitória.

Com relação à municipalização das ações e serviços de saúde, verificou-se que esta vem ocorrendo de maneira lenta e gradual, desde 1989. Num primeiro momento, quando o governo municipal encontrava-se sob gestão do PT (89-92), a municipalização foi requerida plenamente mas não foi efetivada nestes termos, tendo sido dificultada pela resistência política do governo estadual que era do PMDB. Esta situação se inverteu quando o PT assumiu o governo do estado em 1995, passando a incentivá-la plenamente enquanto o município passou a requerê-la de forma parcial. O resultado disso é que, em janeiro de 1998, o município foi habilitado na condição de gestão plena da atenção básica. Os obstáculos a serem ultrapassados para que se avance neste processo vão além da incapacidade financeira do município para arcar com novas responsabilidades. São, também, de ordem política. Neste sentido, foram apontadas a fragilidade da secretaria de

---

<sup>52</sup> No bojo das transformações na relação Estado-Sociedade, ocorridas nas últimas décadas na área da saúde, segundo Carvalho “não por acaso, dá-se um trânsito nos marcos teórico-metodológicos do planejamento em saúde, do pensamento normativo para o pensamento estratégico. É este último que dá a base técnica para a nova concepção de participação. (...) No referencial do planejamento estratégico, a comunidade passa a ator social e, decomposta nos diversos grupos sociais que a compõem, ganha o status



estado da saúde em exercer seu papel articulador na criação de um sistema de saúde intermunicipal — a fim de racionalizar o planejamento, a execução de ações e o financiamento do setor — e a falta de vontade política dos demais municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória para efetivação deste sistema. O município de Vitória tem interesse e vem incentivando discussões neste sentido, em virtude da posição central que ocupa na provisão de serviços coletivos, da pressão da demanda externa que recebe sobre eles e da preocupação com a qualidade dos serviços prestados.

O impacto da municipalização na reorganização dos serviços de saúde prestados pela rede municipal de Vitória, no período de 1989 a 1997, evidencia uma valorização de práticas voltadas para a saúde coletiva, prevenção e promoção, sem detrimento das práticas individuais e curativas, referidas à atenção básica, uma vez que o município concentra todas as suas ações e serviços de saúde nesta atenção. Tal valorização pode ser confirmada, principalmente, através da implantação de vários programas (como Atenção Integral à Saúde da Criança, Atenção Integral à Saúde da Mulher, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Tuberculose, Hanseníase, Sorria Vitória — odontologia preventiva —, Criança Saúde — acompanhamento das crianças de 0 a 6 anos —, PACS, PSF), serviços (vigilância sanitária e epidemiológica) e centros de referência (orientação ao exercício físico, DST/AIDS, saúde do trabalhador, prevenção e tratamento de toxicômanos, atendimento ao idoso, atenção psicossocial), em relação ao número de unidades básicas de saúde que foi elevado de dezenove para vinte e cinco em virtude da transferência das unidades estaduais para a gerência e gestão municipal, no ano de 1996. Permanentemente, as unidades básicas de saúde são submetidas à manutenção física e de equipamentos.

A administração da Frente Vitória, 89-92, criou uma ambiência favorável à implantação do SUS em Vitória. Fez opção de iniciar a reorientação das práticas e reorganização dos serviços de saúde a partir do conceito de “vigilância à saúde”, tendo criado o nível regional na administração do setor — as sete áreas de vigilância à saúde — que, embora tenha sido aprovado pelo CMS-V, não foi oficializado na estrutura organizacional formal da Secretaria. A primeira administração do PSDB, 93-96, deu

---

de protagonista do processo de planejamento em saúde, entendido na sua dimensão política e social de

continuidade e avançou neste processo fazendo opção pela construção de “sistemas locais de saúde”, buscando reorientar práticas sanitárias e reorganizar processos de trabalho, a partir do processo de “territorialização em saúde”. A lógica que move o território, também é o conceito de vigilância em saúde (Unglert, 1995). A atual administração do PSDB, iniciada em 1997, dando continuidade ao processo de territorialização, vem tentando implantar o planejamento ascendente e os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) dentro da lógica de “sistemas locais de saúde”.<sup>53</sup>

Apesar da administração, em nível macro, ter clareza da direção que quer imprimir à política local de saúde, pelo menos dois desafios foram identificados para se avançar na construção de um novo modelo assistencial. Em primeiro lugar, a tensão gerada pela coexistência entre uma cultura centralizadora e normativa e uma cultura descentralizadora. Esta vem tentando ganhar espaço com o processo de territorialização, através da redefinição de papéis dos níveis gerenciais da SEMUS, central (regulador) e local (propulsor do planejamento) e da inclusão de novos atores sociais no nível local. Dentro da proposta de territorialização que vem sendo implantada, o nível regional encontra-se em xeque. Na prática, tanto a redefinição de papéis quanto a participação carecem de uma maior apropriação pelos atores sócio-políticos envolvidos, uma vez que, estas mudanças exigem que sejam alteradas as relações de poder internas do governo, assim como as relações do poder local.

O outro desafio a ser enfrentado nessa construção é a dificuldade de se trabalhar a relação entre distintos processos de trabalho, em desenvolvimento na SEMUS, ou seja, entre práticas sanitárias tradicionais médico-centradas, processo de territorialização (em construção permanente que visa à apropriação do espaço local através da delimitação das áreas de abrangência e responsabilidade de uma unidade de saúde e da adscrição de clientela, a fim de pautar ações e serviços nas reais necessidades da população) e Programa de Saúde da Família. Estas práticas, ainda que não devessem se opor, são de responsabilidade de diferentes grupos dentro da SEMUS, o que gera diferentes níveis de apropriação e de envolvimento dos profissionais de saúde no processo como um todo.

---

pactação e viabilização de políticas.” (Carvalho, 1995:40).

<sup>53</sup> Até dezembro de 1998, encontravam-se implantadas cinco equipes de PSF e duas de PACS.

A análise sobre os limites e os alcances do CMS-V constituir-se num espaço público de interlocução de interesses entre a administração da saúde e os representantes dos usuários dos serviços a fim de influir na formulação da agenda pública do setor e no controle da execução das ações do governo, encontra-se balizada pelas concepções de Testa (1997) e Carvalho (1995), devido à perspectiva relacional com que estes autores concebem o poder de decidir e as possibilidades da participação institucionalizada, respectivamente. Neste sentido, de acordo com Mario Testa, o poder de decidir sobre uma política pública encontra-se diretamente relacionado à ampliação da cidadania e à configuração do Estado (Testa, 1997). E, segundo Carvalho, o referencial teórico da chamada participação institucionalizada pressupõe que “o Estado deve aceitar como legítimas as demandas dos diversos grupos sociais, assim como demonstrar capacidade de transigir e flexibilizar suas políticas em função delas. E a sociedade deve ter capacidade, em nível dos diversos grupos sociais, de elaborar interesses e vocalizar propostas, assim como reconhecer no Estado condições e possibilidades de acolhimento.” (Carvalho, 1995:26-7).

De acordo com os resultados da pesquisa, verificou-se uma baixa capacidade do CMS-V influir na agenda pública da saúde. Esta constatação parece não ser novidade entre colegiados desse tipo no Brasil, pois, referindo-se ao potencial político dos Conselhos de Saúde, Conil et al. (1995) concluíram que “a análise da interação entre os diferentes atores (profissionais, lideranças comunitárias e políticas) mostra um limitado poder de influência na formulação e implementação das políticas públicas.” (Conil et al., 1995:101).

Por outro lado, coerente com a idéia de controle social presente no processo de criação desses colegiados no Brasil — segundo Carvalho (1995), dentro de um contexto de exclusão social e de um Estado marcadamente clientelista e privatizado a idéia de controle social em saúde nasce com um forte sentido fiscalizatório, parecendo mais importante impedir o Estado de transgredir do que induzi-lo a agir — o potencial de ação do CMS-V está mais voltado para o controle das contas e dos serviços prestados pelo governo. Neste último caso, os representantes dos usuários utilizam o Conselho como canal de vocalização de denúncias e demandas, cujo perfil revela a luta constante pelo acesso e controle dos serviços de saúde prestados à população. Esse potencial de ação,

que não propõe alternativa aos programas de atenção à saúde propostos pelo governo, também não é peculiar do CMS-V. Para Conil et al. “estes fóruns têm sido muito mais espaços de denúncias e debates do que instâncias que contribuem para a adequação dos serviços às necessidades da população.” (Conil et al., 1995:101).

Assim, a nosso ver, a baixa efetividade do CMS-V reflete os limites das três dimensões que ele envolve: societária, que aqui refere-se ao movimento popular; político-institucional, que aqui refere-se à administração da saúde (o governo) e; dimensão colegiada, significando o próprio espaço do Conselho. Apontamos os principais limites em cada dimensão:

#### 1. Dimensão societária:

- inexistência, em Vitória, de movimento social tematizado pela saúde;
- movimento popular caracterizado pela organização verticalizada, pelo caráter mobilizatório-reivindicativo e pela aliança com o governo;
- baixa capacitação técnica dos membros do movimento para a participação institucionalizada, desconhecendo o próprio espaço do CMS-V;
- processo de escolha dos representantes para o CMS-V seletivo, do ponto de vista das entidades que participam, e hierarquizado, do ponto de vista de quem pode votar e ser votado;
- inexistência de canal formal de comunicação entre representantes e representados.

#### 2. Dimensão político-institucional:

- baixa capacidade do governo em criar oportunidades para incluir o CMS-V no processo de tomada de decisões, evidenciando insulamento burocrático, isto é, reunião de competência técnica alheia ao espaço do Conselho;
- democratização das informações técnicas de caráter administrativo, financeiro e epidemiológico limitada aos assuntos de interesse do governo, uma vez que não há sistema de informações disponível para que os conselheiros conheçam a realidade do município como um todo e possam pautar suas deliberações;

- manutenção de linguagem técnica que, somada ao limite anterior, impõe uma relação assimétrica, desigual, na comunicação entre representantes do governo e usuários;<sup>54</sup>
- negligência no fornecimento de infra-estrutura para o funcionamento do Conselho.

### 3. Dimensão colegiada:

- desmobilização no sentido de conquistar seus próprios recursos de poder: administrativos (pessoal, material, equipamentos), técnicos (mobilizar conhecimento e informação) e político (capacidade de mobilizar vontades por interesses políticos e ideológicos em favor de projetos políticos);
- baixa permeabilidade e visibilidade social;
- conformação de um espaço de “aliança social composta” e não de conflito entre forças sócio-políticas divergentes.

Estes fatores, que na prática se somam e se reforçam, mantêm a redistribuição dos recursos nas mãos do governo. Este, por seu lado, para além de uma instância consultivo-burocrática, a fim de atender exigências legais, requer o funcionamento do CMS-V para favorecer a adesão e dar visibilidade social às suas ações e também para legitimar o discurso de “governo participativo”.

*... apesar de eu achar que é pouco [referindo-se ao CMS-V enquanto uma instância que decide], Vitória tem uma história aí de participação. Nós temos mais de vinte Conselhos. Deixamos essa democracia indireta. (Secretário Municipal de Saúde).*

Diante dos limites apontados e da funcionalidade ao governo, a prática social do CMS-V assume um carácter instrumental em relação aos objetivos daquele, além de gerar nos representantes dos usuários um imaginário reducionista da participação que os orienta para uma postura passiva e reativa.

O CMS-V não se constitui, portanto, num *locus* privilegiado pela administração do setor para promover o vínculo entre a arena institucional da discussão das políticas públicas e os “processos comunicativos vividos na periferia dos núcleos decisórios” (Costa, 1997). Nem os representantes dos usuários são “co-responsáveis pela tradução e transmissão para a órbita político-institucional dos anseios difusos gestados nos interstícios do tecido social. Tampouco contribuirão, agindo na direção oposta, para o

---

<sup>54</sup> Przeworski (1994; 1996) sustenta que o nível de informação é decisivo para a deliberação dos atores envolvidos em processos democráticos. “A deliberação é a mudança endógena de preferências resultante da comunicação.” (Przeworski, 1994:34).

enraizamento dos valores democráticos nas ‘práticas cotidianas’.” (Costa, 1997:132).<sup>55</sup> Assim, o CMS-V, não conforma um espaço efetivo de interlocução de interesses entre administração municipal de saúde e representantes dos usuários, a fim de parametrar a agenda pública do setor. Os representantes dos usuários, ao mesmo tempo que utilizam o Conselho como canal de denúncia e vocalização de demandas, são transformados em “atores intermediadores de interesses políticos” (Costa, 1997:132, grifos nossos). Encerram-se aí os limites e as possibilidades deste colegiado.

Não se pode perder de vista, contudo, que a administração da saúde em Vitória, principalmente a partir de 1995, vem tentando redefinir a agenda do setor a partir da aproximação com os problemas concretos de saúde da população, o que ainda encontra-se num estágio incipiente. Essa transparência às demandas vem sendo buscada através de arranjos institucionais como diagnóstico situacional de saúde, planejamento ascendente, colegiados locais, processo de territorialização, PACS e PSF. Assim, a partir da municipalização, os problemas de decisão política começam a ser detectados nos processos vividos pela sociedade. Independentemente do espaço do CMS-V, essa prática abre a possibilidade para que atores coletivos, e também isolados, influenciem e sejam co-reponsáveis pela agenda da saúde. E isso deve-se menos à capacidade de pressão de grupos sociais do que à própria capacidade político-institucional de criar arranjos para a identificação de problemas de saúde individuais e coletivos.

Contudo, apesar desse redirecionamento na definição da agenda, não se pode ainda falar que o setor de saúde em Vitória vive um processo de descentralização do poder decisório entre governo e sociedade. Pois, mesmo com o levantamento de informações sobre os problemas concretos de saúde da população, ainda é o corpo político-técnico da SEMUS, em última instância o político, que define e prioriza os temas que efetivamente constituirão programas e ações a serem implantadas. A respeito de um efetivo planejamento participativo, consideramos o que disse o educador e estudioso do assunto Danilo Gandin, “o importante é definir que, para construir um processo participativo com distribuição do poder, não é suficiente pedir sugestões e aproveitar aquelas que pareçam simpáticas ou que coincidam com pensamentos ou expectativas dos

---

<sup>55</sup> Sérgio Costa chegou a estas conclusões ao estudar a participação da sociedade civil em administrações peemedebistas em Minas Gerais, nos anos 80.

que coordenam: é necessário que o plano se construa com o saber, com o querer e com o fazer de todos.” (Gandin, 1994:136).

Vale considerar também a conclusão de Offe (1994) a respeito da incorporação de “grupos de interesse” ao processo de tomada de decisão do Estado. Apesar de referir-se ao contexto europeu, este autor fornece um importante referencial para se pensar os limites e as possibilidades da participação institucionalizada. Para ele,

*nenhuma das mudanças ou dos planos propostos para a reorganização política das relações Estado/grupos de interesse foram inspirados por motivos alheios à doutrina liberal-pluralista da democracia representativa, que hoje em dia constitui o credo das elites políticas nas sociedades capitalistas desenvolvidas. (...) Os motivos subjacentes são, antes, de natureza pragmática e ‘funcionalista’: facilitar a resolução do conflito distributivo, obter um conhecimento mais sólido e previsível necessário à elaboração da política, livrar a burocracia estatal do poder de veto de grupos de interesse imprevidentes, combater mais eficazmente a inflação, a recessão e a crise fiscal e assim por diante. (Offe, 1994:241).*

Assim, pensamos que a distância prática existente entre o poder de ação legal e o poder de ação real deste colegiado, evidencia as demasiadas esperanças que o movimento da reforma sanitária depositou nos Conselhos Municipais de Saúde, e aponta para a necessidade de se relativizar a participação social no âmbito do Estado. Esta necessidade deve-se, principalmente, ao fato dos representantes dos usuários contarem com uma limitação intrínseca para influir na formulação da agenda, isto é, a desigualdade no nível de informação com que comparecerem a estes espaços, uma vez que, cotidianamente, não compartilham e não participam da lógica e dinâmica do espaço político-institucional.<sup>56</sup> As informações que estes trazem são imperfeitas para que efetivamente exerçam controle social sobre o governo, a fim de induzi-lo a desempenhar um papel “responsivo” na formulação das políticas de saúde.<sup>57</sup>

Por fim, pensamos que a institucionalização do movimento popular, não determina *a priori* e *per se* uma inação participativa, conforme sugere a hipótese levantada por Pinheiro (1995) de que, “os Conselho Municipais de Saúde não garantiriam um planejamento e gestão democrática da saúde no nível local, pois quando se criam e

<sup>56</sup> Capacitação técnica está sendo pensada, para além da informação sobre os problemas de saúde localizados, como a reunião de conhecimento sobre a máquina administrativa, sobre o financiamento, sobre o perfil epidemiológico do município como um todo, a fim de subsidiar as deliberações.

<sup>57</sup> Przeworski chama de governo responsivo aquele que aje “em defesa dos principais interesses dos cidadãos, mais especificamente se escolher políticas que uma assembleia de cidadãos, tão informados quanto o Estado, escolheria por votação majoritária, sob os mesmos constrangimentos constitucionais.” (Przeworski, 1996:26).

mantêm órgãos institucionais de decisão, de natureza mista — Estado e sociedade —, dentro do próprio aparato estatal, impossibilita-se a participação e o controle social efetivo no planejamento e gestão pública.” (Pinheiro, 1995:33). Esta hipótese encerra a idéia de que os movimentos sociais devem manter-se absolutamente autônomos em relação à institucionalidade política, o que, em última instância, encerra a idéia de “povo bom” e “Estado ruim”, idéias presentes nos movimentos dos anos 70-80.

Ao contrário, concordamos com a proposição de Gerschman (1995) de que a institucionalização favorece à maioria do movimento popular, mas que para alcançar essa ossatura eles precisam se habilitar. Esta habilitação, no caso em estudo, vai além da necessidade da capacitação técnica dos atores sociais envolvidos, pois, concordando também com Carvalho (1995), cada um dos atores envolvidos nos Conselhos “traz para dentro desses organismos, além de seus interesses específicos, *todo um conjunto de representações a respeito dos demais atores e a respeito do próprio Estado, a partir inclusive de sua experiência anterior.*” (Carvalho, 1995:27, grifos nossos). Neste sentido, levando-se em conta a trajetória do movimento popular de Vitória, verifica-se a necessidade de mudanças num nível mais profundo, no nível da cultura política e associativa desses atores que, coerentes com sua trajetória movimentalista, convivem com o imaginário de “Estado doador” e “movimento popular reivindicativo”, o que talvez constitua a maior limitação para que se tornem atores ativos em defesa da saúde como direito de cidadania e pressionem por uma efetiva participação na tomada de decisões e no controle das políticas de saúde do município.

Assim, para que a institucionalização da participação por via do CMS-V seja mais efetiva, para que haja uma real apropriação deste espaço pelos representantes dos usuários, deve-se investir na superação dos limites apontados, iniciando-se, essencialmente, pela:

1. criação, no âmbito societário, de fórum temático da saúde, permanente e com ampla participação social que, para além de servir como *locus* de elaboração de interesses específicos e capacitação técnica, promova acúmulo de “capital social”;<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Para os propósitos de seu trabalho, Putnam definiu capital social como sendo as “características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade.” (Putnam, 1996:177).



2. e institucionalização de “apoio concreto através de diferentes formas de assessoria e cooperação técnica aos grupos que constituem forças potenciais nesta nova ordem política.” (Conil et al., 1995:99), e ao próprio Conselho. Para tanto, seria necessário um novo envolvimento, mas em outros termos, de agentes externos — como a Igreja, ONGs, universidade e intelectuais de áreas afins — que serviram de aporte organizativo para os movimentos sociais dos anos 70-80, e se ausentaram por conta da abertura democrática.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> “Numa democracia todas as forças devem lutar continuamente pela satisfação de seus interesses. Nenhuma delas encontra refúgio em suas posições políticas. Ninguém pode esperar pelos resultados para modificá-los depois; todos devem subordinar seus interesses à competição e à incerteza.” (Przeworski, 1994:31).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, P. C., 1994. *Planejamento e participação popular em Saúde: o caso de Duque de Caxias*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ALMEIDA, M. H. T., 1996. Federalismo e políticas sociais. In: *Descentralização e políticas sociais* (R. B. A. Affonso & P. L. B. Silva, Orgs.), São Paulo: FUNDAP.
- ALVARENGA, L. M. C. A., 1995. *Construindo a Vigilância em Saúde*. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde/ Divisão de Vigilância em Saúde. (mimeo).
- BARROS, M. E. D., 1997. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência... In: *Ciências sociais e saúde*. (A. M. Canesqui, Org.), pp. 113-134, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO.
- BENEVIDES, M. V. M., 1994. Cidadania e democracia. *Lua Nova*, nº 33.
- BITTAR, J. (Org.), 1992. O modo petista de governar. *Cadernos de Teoria & Debate. Publicação do Partido dos Trabalhadores*. Diretório Regional de São Paulo.
- BITTENCOURT, G. A. M., 1987. *A formação econômica do Espírito Santo: roteiro da industrialização - do engenho às grandes indústrias (1535-1980)*. Rio de Janeiro: Cátedra.
- BOBBIO, N., MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G., 1997. Dicionário de Política. 10ª ed. Brasília: UnB.
- BODSTEIN, R. C. A., 1997. Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: *Ciências sociais e saúde*. (A. M. Canesqui, Org.), pp. 219-226, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO.
- BOSCHI, R., 1983. *Movimentos sociais e institucionalização de uma ordem*. Rio de Janeiro: IUPERJ.
- BRASIL. Congresso Nacional, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.
- BRASIL. Congresso Nacional, 1990. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Publicada no D.O.U. em 20/09/90, ano CXXVII - nº 182.
- BRASIL. Congresso Nacional, 1990. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/Secretaria da Reforma do Estado, 1997. *Organizações Sociais*. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado. Cadernos MARE da reforma do Estado, v.2.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1994. *Descentralização e gestão dos serviços de saúde: uma avaliação do SUS - Região Sudeste*. UERJ, (mimeo).
- BRESSER PEREIRA, L. C. & SPINK, P. K. (Orgs.), 1998. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- CAPISTRANO FILHO, D., 1995. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec.
- CARDOSO, R. C. L., 1983. Movimentos sociais urbanos: balanço crítico, In: *Sociedade e política no Brasil pós-64*. (B. Sorj & M. H. T. Almeida, Orgs.), São Paulo: Brasiliense.
- CARDOSO, R. C. L., 1985. Mudança sociocultural e participação política nos anos 80. In: *Lições da década de 80*. (L. Sola, & L. M. Paulini, Orgs.), São Paulo: EDUSP/UNRISD.
- CARDOSO, R. C. L., 1987. *Descentralização administrativa e política local de saúde*. São Paulo, CEBRAP. [Relatório final de pesquisa].
- CARVALHO, A. I., 1995. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM.
- CARVALHO, A. I., 1997. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. (S. Fleury, Org.), pp. 93-112, São Paulo: Lemos editorial.
- CARVALHO, A. I., 1998. Os Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 23-25, vol. III, nº. 1.
- CARVALHO, A. I., et al., 1993. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. *Saúde em Debate*, nº 38, mar.
- CARVALHO, R. C., 1998. *A participação popular no conselho municipal de saúde de Feira de Santana*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.
- CASTORIADIS, C., 1982. *A instituição imaginária da sociedade*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- COHN, A., 1992. *Descentralização, cidadania e saúde*. São Paulo em perspectiva, São Paulo: Fundação SEADE, v.6, n. 4, p. 70-76, out/dez.
- COHN, A., 1996a. *Saúde e cidadania: a árdua construção de uma ordem democrática no país*. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, suplemento de Saúde, nº 10, jan/fev.
- COHN, A., 1996b. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: *Política de saúde: o público e o privado*. (C. Eibenschutz, Org.), pp. 315-327, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- CONIL, E. M., BRAVO, M. I. S. & COELHO, F. D., 1995. Políticas públicas e estratégias urbanas: o potencial político dos Conselhos de Saúde na construção de uma esfera pública democrática. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, ed. Cortez, pp. 99-116, nº. 49, ano XVI, nov.
- CONSELHO POPULAR DE VITÓRIA, 1998. *O Popular: informativo mensal do Conselho Popular de Vitória*, ano 02, nº 03, abr.
- COSTA, N. R., 1996. O Banco Mundial e a política social nos anos 90. In: *Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90* (N. do R. Costa & J. M. Ribeiro, Orgs.), Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- COSTA, S., 1997. Movimentos sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 12, nº 25, out., pp. 121-134.
- DALLARI, S. G., ADORNO, R. C. F., FARIA, M. M., SHUQAIR, N. S. & TREWIKOWSKI, S., 1996. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cadernos de saúde Pública*. Rio de Janeiro, 12(4):531-540, out-dez.
- DOIMO, A. M., 1984. *Movimento social urbano, igreja e participação popular: movimento de transporte coletivo de Vila Velha, Espírito Santo*. Petrópolis: Vozes.
- DOIMO, A. M., 1995. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- DOIMO, A. M. & BANCK, G. A., 1989. *Entre a utopia e a estratégia: um estudo de caso de um movimento social urbano*. Vitória: Centro Cultural de Estudos e Pesquisas do Espírito Santo.
- DURHAM, E., 1984. *Movimentos Sociais: a construção da cidadania*. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, nº 10, p. 24-30, out.
- ESCOREL, S., 1987. *A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo, 1995. Lei Complementar, nº 57.
- FERRAZ, A. T. et al., 1990. *Movimento reivindicatório de bairros do município de Vitória*. Vitória: PMV.
- FIGUEIREDO, R. & LAMOUNIER, B., 1997. *As cidades que dão certo: experiências inovadoras na administração pública brasileira*. Brasília: MH Comunicação.
- FLEURY, S., 1997. A questão democrática na saúde. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (S. Fleury, Org.), pp. 25-41, São Paulo: Lemos editorial.
- FONTANA, A. & NACIF, V. M. S., 1995. *Três princípios norteadores da política social do governo Paulo Hartung*. (mimeo).
- GANDIN, D., 1994. *A prática do planejamento participativo*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- GENTILLI, R. M. L., 1987. *A prática profissional no contexto das políticas sociais*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: PUC.
- GERSCHMAN, S., 1995. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- GIL, A. C., 1994. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.
- GONH, M. G., 1980. A questão dos movimentos sociais urbanos. *CERU*. São Paulo: USP, nº 17.
- GONH, M. G., 1985. Movimentos populares e democracia. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, ano VI, nº 17, abr.
- GONH, M. G., 1991. As relações Sociedade Civil e Estado nos anos 90: perspectivas sobre participação. In: *Revista Serviço Social & Sociedade*. Ano XII, nº 36, ago.
- HERKENHOFF, M. B. L., 1995. *O papel do líder comunitário*. Vitória: Secretaria de Produção e Difusão Cultural/UFES.
- HIRST, P. Q., 1992. *A democracia representativa e seus limites*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- IBAM, IMS-UERJ, NESC-FIOCRUZ, NESC-UFCE, NESCO-PR, NESCON-UFMG, NESS-UFBA, 1993. Projeto avaliação e funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, mar.

- JACOBI, P., 1989. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde*. São Paulo: Cortez.
- JORNAL A GAZETA, 1996. Vitória, 28 de abr.
- JORNAL A GAZETA, 1998. *Secretaria capacita conselheiros de saúde*. Vitória, 11 de out.
- MENDES, E. V. (Org.), 1993. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- MENDES, E. V., 1993a. As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, Org.), pp. 19-92, São Paulo: Hucitec.
- MENDES, E. V., TEIXEIRA, C. F., ARAUJO, E. C. & CARDOSO, M. R. L., 1993. Distrito sanitário: conceitos-chave. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, Org.), pp. 159-186, São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O., 1993. Quantitativo - Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul./set., pp. 239-262.
- MINAYO, M. C. S. (1996), *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRACO.
- MOISÉS, J. A., 1978. *Classes populares e protesto urbano*. São Paulo: Tese de doutorado: USP.
- MOISÉS, J. A., 1982. *Cidade, povo e poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, São Paulo: CEDEC.
- MULLER NETO, J. S., 1991. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, nº 31.
- NACIF, V. M. S., 1996. CJP — Comissão justiça e paz da arquidiocese de Vitória x movimentos sociais. In: *Movimentos sociais: Coleção Escritos de Vitória*, nº 16. Vitória: Prefeitura Municipal, Secretaria de Cultura e Turismo.
- NACIF, V. M. S., 1996a. A experiência da Prefeitura de Vitória (PSDB). In: *Prefeituras do povo e para o povo: Angra do Reis, Belo Horizonte, Campinas, Diadema, Porto Alegre, Recife, Salvador, Santos, São Paulo (89-92), Vitória* (I. Lesbaupin, Org.), São Paulo: Edições Loyola.

- NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS-SUDS-SUS: os caminhos dos direitos à saúde. In: *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80* (R. Guimarães & R. A. W. Tavares, Orgs.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- OFFE, C., 1985. New social movements: challenging the boundaries of institutional politics. *Social Reserach*, n.º 52, pp. 817-868.
- OFFE, C., 1994. *Capitalismo Desorganizado*. 2ª ed., São Paulo, Brasiliense.
- PASSOS, I. M. C., 1995. *Participação Popular na gestão pública da saúde: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Recife: Fundação Oswaldo Cruz.
- PÊGO, R. A., 1993. Movimentos sociais na saúde e identidades coletivas. In: *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. (R. C. de A. Bodstein, Org.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- PINHEIRO, R., 1995. *Conselhos municipais de saúde: o direito e o avesso*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
- PRZEWORSKI, A., 1994. *Democracia e mercado no Leste Europeu e América Latina*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- PRZEWORSKI, A., 1996. Reforma do Estado: responsabilidade política e intervenção econômica. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.º 32, ano 11, out.
- PUTNAM, R. D., 1996. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- RAMOS, C. L., 1996. Conselhos de saúde e controle social. In: *Política de saúde: o público e o privado*. (C. Eibenschutz, Org.), pp. 329-344, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- RÉGIS, I. B., 1995. Entrevista. *Cidade: Revista de Vitória*. Jan./Fev., ano 1, nº 1.
- SADER, E., 1988. *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- SANTOS, C. N. F., 1981. *Movimentos urbanos no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Zahar.
- SANTOS, N. R., 1998. *Os conselhos de saúde: balanço atual e algumas questões*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, abr. (mimeo).
- SOUZA, M. F. M. & KALICHMAN, A. O., 1993. Vigilância à Saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: *Epidemiologia e saúde* (M. Z. Rouquayrol, Org.), Rio de Janeiro: Medsi Editora.

- SPOSATI, O. O. & FALCÃO, M.C., 1990. *Assistência social e brasileira: descentralização e municipalização*. São Paulo: EDUC.
- TEIXEIRA, E. C., 1995. *Sociedade civil e espaço público*. XIX Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu - Minas Gerais, out.
- TERRA, O., 1989. A participação da comunidade no SUS. *Saúde em Debate*, nº 26.
- TESTA, M., 1997. Análise de instituciones hipercomplejas. In: *Agir em saúde: um desafio para o público*. (E. E. Merhy, & R. Onocko, Orgs.), pp. 17-70, São Paulo: Hucitec e Buenos Aires: Lugar Editorial.
- TESTA, M., 1979. *Estrutura de poder en el sector salud*. Caracas, Venezuela: CENDES, UCV.
- TOCQUEVILLE, A., 1977. *A democracia na América*. São Paulo, Itatiaia: EDUSP.
- UNGLERT, C. V. S., 1993. Territorialização em sistemas de saúde. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, Org.), pp. 221-236, São Paulo: Hucitec.
- UNGLERT, C. V. S., 1995. *Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente*. Tese para Concurso de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- VALLA, V. V., 1998. Comentários a “Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 31-32, vol. III, nº. 1.
- VIANA, A. L., 1998. Desenho, modo de operação e representação de interesses — do sistema municipal de saúde — e os conselhos de saúde. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 20-22, vol. III, nº. 1.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1991. *Lei 3.712 de 17 de janeiro de 1991*. Publicada no Jornal A Gazeta de 19/01/91. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1991a. *Lei 3.719 de 09 de abril de 1991*. Publicada no Jornal A Gazeta de 11/04/91. Altera a redação do Art. 3º da Lei 3.712/91.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1991b. *Plano Municipal de Saúde*. Secretaria Municipal de Saúde.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1992. *Avaliação da administração municipal - período: 1989/1992*. Relatório Síntese, vol I, set.



- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1992a. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, 89-92.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1995. *Decreto nº 9.728 de 19 de outubro de 1995*. Publicado no Jornal A Gazeta de 28/10/95. Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1996. Relatório da II Conferência Municipal de Saúde de Vitória, jun.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1996a. *Vitória do Futuro* - plano estratégico da cidade 1996-2010.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1997. *Plano Municipal de Saúde*. Secretaria Municipal de Saúde.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1997a. Plano estratégico da cidade 1997-2000.
- VITÓRIA. Prefeitura de Vitória, 1998. *Vitória bairro a bairro*: informativo da Prefeitura Municipal de Vitória. Orçamento Popular 98.
- WANDERLEY, L. E., 1980. Movimentos sociais populares: aspectos econômicos, sociais e políticos. *Encontros com a Civilização Brasileira*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- WANDERLEY, M. B., 1993. *Metamorfose do desenvolvimento de comunidade e suas relações com o serviço social*. São Paulo: Cortez.

## **APÊNDICE 1: Caracterização dos entrevistados**

**01**

Fem.

16/04/98.

Chefe do Núcleo de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Funcionária pública municipal efetiva. Enfermeira sanitarista com especialização em planejamento pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG e pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ). Mestre em Saúde Coletiva na área de Planejamento, Política e Administração de Saúde, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Assumiu, como cargo comissionado, o Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, no início de 1996, após ter retornado do mestrado. “Nossa meta é trabalhar com o planejamento ascendente”. É moradora de Vitória e não é filiada a partido político.

**02**

Masc.

22/04/98.

01-U - Representante dos usuários no CMS-V, pela terceira vez. Foi indicado pela diretoria da associação de moradores de seu bairro, da qual hoje é membro do conselho fiscal. De 92 a 96 foi presidente de associação de moradores, e hoje ocupa o cargo de diretor de meio ambiente no Conselho Popular de Vitória. Participou da II Conferência Municipal de Saúde em 96. É representante da comunidade em mais outros quatro Conselhos Setoriais na prefeitura. Embora seja aposentado pela iniciativa privada, ocupa cargo de confiança na Secretaria Municipal de Ação Social de Vitória. Tem segundo grau completo. É filiado ao PSDB.

**03**

Masc.

22/04/98.

01-U - Representante dos usuários no CMS-V. Está em seu segundo mandato, apesar de, no primeiro, ter representado o segmento dos profissionais de saúde, em virtude de ser funcionário público municipal. Ocupa a função de auxiliar de serviços gerais, lotado na Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente é cargo de confiança em uma das sete Regionais Administrativas da prefeitura. Membro fundador e participante da associação de moradores de seu bairro desde 1982. No CPV é diretor de saúde. Participou da I e II Conferência Municipal de Saúde de Vitória; na 3ª Plenária de Saúde em Brasília e; recentemente participou, representando os usuários, do II Encontro Nacional de Conselheiros em Brasília (realizado em junho de 1998). Foi eleito pela comunidade para integrar o Conselho Municipal de Segurança Pública.

Tem segundo grau completo. Já foi candidato a vereador em 1988, não conseguindo conquistar a vaga. É filiado ao PSDB.

**04**

Fem.

24/04/98.

Técnico responsável pelo grupo de discussão “Participação e Controle Social”. Funcionária pública municipal, efetiva na função de Assistente Social. Apesar de não ter “nenhuma formação extra na área de planejamento, planejamento estratégico”, exerce suas funções junto ao Setor de Planejamento, onde coordenou, informalmente, o grupo de “Discussão, Participação e Controle Social” durante o período de sua existência efetiva, isto é, de junho a novembro/dezembro de 1997. “O grupo de participação social, se ele não acabou, ele está em banho-maria.” É moradora de Vitória e não tem nenhuma vinculação partidária.

**05**

Fem.

29/04/98.

03-U - Representante dos usuários no CMSV, eleita para o mandato vigente. Indicada pela Pastoral da Saúde. “A minha participação é apenas na Pastoral da Saúde. Eu não participo de movimentos organizados.” Sua participação em eventos da Saúde até agora esta relacionada aos patrocinados pela própria Igreja. Tem terceiro grau completo. É aposentada. Não participa de nenhum outro conselho e não é filiada a nenhum partido político.

**06**

Masc.

05/05/98.

Atual secretário municipal de saúde de Vitória, nomeado em 07 março de 1994, pelo governo do PSDB. É médico efetivo do quadro de funcionários da municipalidade. Fez residência em Medicina Geral Comunitária. Antes de assumir como secretário, além do vínculo com a prefeitura, trabalhava com medicina intensiva, cardiologia e medicina esportiva. Quando universitário, participou intensamente e de forma clandestina no “Partidão” e no movimento estudantil. Também participou do PMDB jovem. Depois de formado foi membro da diretoria do Sindicato dos Médicos e, mais recentemente da diretoria da Sociedade Espírito-santense de Medicina Esportiva. Participa do CONASEMS, do COSEMS e da CIB. Do primeiro colegiado já foi diretor, no segundo é o presidente e da terceira é membro nato. É morador de Vitória e filiado a partido político.

**07**

Masc.

06/05/98.

Presidente do Conselho Popular de Vitória - CPV, pela segunda vez consecutiva. É militante do movimento popular de Vitória desde 1965 e morador da comunidade Ilha de Santa Maria há 53 anos, onde o movimento teve início. “Na época de 65 — a Revolução foi em 64 — a ditadura militar, a repressão era violentíssima, e nós através de vários professores... vários alunos da Universidade Federal do Espírito Santo nos procuraram aqui na Ilha de Santa Maria, onde nós nem conhecíamos o que era movimento comunitário e nem popular. Então, foi daí que nós iniciamos esta luta.” É aposentado e filiado ao PSDB.

## 08

Fem.

11/05/98.

Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde de novembro de 1993 (data da criação da Divisão) a janeiro de 1997. Funcionária pública municipal, concursada na função de médico-sanitarista. Fez residência em Medicina Social e Saúde Pública e especialização em Epidemiologia. Foi representante do governo no terceiro mandato do CMS-V. É moradora do município de Vitória e não é filiada a partido político.

## 09

Masc.

15/05/98.

04-U - Representante dos usuários no CMSV, há três mandatos consecutivos. É membro de associação de moradores como delegado do Orçamento Popular do município. Foi indicado para participar da eleição para o CMS-V pelo presidente da associação comunitária de seu bairro. Participou da II Conferência Municipal de Saúde de Vitória, fórum que o elegeu para participar da Etapa Estadual de preparação à X Conferência Nacional de Saúde. Participou como representante dos usuários do II Encontro Nacional de Conselheiros, realizado em junho/98 em Brasília. É assessor de parlamentar do PDT na Câmara Municipal de Vitória. Não concluiu o terceiro grau. É filiado ao PT, mas não é militante.

## 10

Masc.

15/05/98.

05-U - Representante dos usuários no CMS-V, há dois mandatos consecutivos. Iniciou sua trajetória associativa na Igreja Católica. Foi fundador da associação comunitária do Bairro do Rio Branco. Hoje não participa do movimento popular pois encontra-se à disposição da diretoria do sindicato de sua categoria profissional (SINDBORRACHA-ES, iniciativa privada). Foi indicado pela diretoria da associação de moradores de seu bairro para a eleição dos conselheiros de saúde. Participou da II Conferência Municipal de Saúde de Vitória. Tem segundo grau completo. É filiado ao PSDB, não militante.

**11**

Fem.

29/05/98.

Diretora do Departamento de Administração em Saúde, setor responsável, atualmente, pela coordenação da criação das Comissões/Conselhos Locais de Saúde. Funcionária pública municipal, concursada para a função de enfermeira. Não reside no município de Vitória e não é filiada a nenhum partido político.

**12**

Masc.

26/06/98.

Secretário municipal de saúde de Vitória na gestão 1989-1992. Funcionário público estadual. É médico, fez curso de especialização em Saúde Pública dado pela ENSP em conjunto com a UFES, no Espírito Santo. Atualmente encontra-se cursando mestrado em Saúde Pública, na subárea de Epidemiologia, na ENSP-FIOCRUZ. Sua trajetória associativa evidencia intensa participação nas lutas pela Saúde, tanto como sindicalista quanto como secretário municipal de saúde. Criou e foi presidente do COSEMS do Espírito Santo; foi vice-presidente do CONASEMS da Região Sudeste; integrou várias comissões formadas pelo Ministério da Saúde; foi delegado na VIII, IX e X Conferência Nacional de Saúde; foi consultor especial e relator de grupos da IX e X Conferência Nacional de Saúde; participou ativamente de todo o movimento pela Reforma Sanitária, lutando pela implantação do Sistema Único de Saúde à época da Constituinte e depois pela sua regulamentação. “Particpei ativamente do processo todo, como militante da saúde.”

## **APÊNDICE 2: Considerações a respeito do grupo a que o entrevistado pertence**

Representantes da administração municipal da saúde em Vitória:

1. Tanto o cargo político de primeiro escalão quanto os cargos de confiança intermediários e o cargo técnico, retratados neste estudo, são ocupados por profissionais de saúde, funcionários públicos da prefeitura municipal de Vitória, com exceção do secretário de saúde da gestão 89-92, que é funcionário público estadual.
2. Apesar da trajetória política e movimentalista dos dois gestores entrevistados, ambos nunca foram candidatos a cargo eletivo.
3. À exceção de um gerente, os demais são moradores da cidade de Vitória.
4. A “qualificação técnica” parece ser fator preponderante para a nomeação dos cargos intermediários e técnico, uma vez que não se verifica nenhum grau de parentesco nem foi declarada filiação político-partidária.

Representantes dos usuários no CMS-V:

1. Com relação ao associativismo: dos cinco entrevistados, três ocupam cargo de diretor na associação de moradores, dos quais, dois ocupam também cargo na diretoria do Conselho Popular de Vitória; os outros dois são associados.
2. A respeito da filiação política: nota-se que os quatro representantes oriundos do movimento popular têm filiação, sendo três filiados ao PSDB, partido do governo, e o outro ao PT. O representante da Pastoral da Saúde alega não ter nenhuma identificação político-partidária.
3. Com relação às profissões: dois ocupam cargo de confiança em área diferente da saúde, sendo que um é funcionário público municipal, lotado na SEMUS, e o outro, é aposentado pela iniciativa privada. Os demais são: assessor parlamentar, aposentado e funcionário da iniciativa privada.
4. Quanto ao grau de escolaridade formal: três concluíram o segundo grau, um tem terceiro grau completo e o outro, terceiro grau incompleto. Apenas um tem formação relacionada à área da saúde (técnico em enfermagem).

## Anexo I: Distribuição das clínicas especializadas, programas de saúde e serviço de vacinação nas Unidades de Saúde de Vitória

Unidades Básicas de Saúde	Atenção especializada em*	Programas de Saúde e Serviço de Vacinação										
		PAISM	PAISC	SISVAN	PROG DIABETES	PROF RAIVA HUMANA	PROG. IDOSO	SORRIA VITÓRIA	PROG. DE HANSENÍASE	PROG TUBERCULOSE	PROG. HIPERTENSÃO	VACINAÇÃO
Andorinhas	D, N	X	X	X				X		X		X
Arivaldo Favalessa		X	X	X				X				X
Avelina		X		X				X				X
Fonte Grande		X	X	X				X				X
Forte São João	C, N, mmOt, Of, Ps	X	X	X		X	X	X				X
Bairro da Penha	E	X	X	X								
Ilha do Príncipe		X										X
Santa Maria	N	X		X				X				
Jardim Camburi	D, H	X	X		X	X	X	X	X			X
Jesus de Nazareth		X		X				X				
Maruípe	D, P, Ps, Ri	X	X	X		X		X		X	X	X
São Pedro III	H	X	X	X				X	X	X		X
São Camilo			X	X								
Santa Tereza		X									X	X
Santo Antônio	D	X	X	X		X		X	X	X	X	X
Vitória	C, D, Of, P, Ps, Psiq	X	X			X			X	X	X	X
Bairro República		X	X	X			X	X				X
Ilha das Caieiras		X	X	X				X				X
Jabour		X	X	X				X	X			X
Maria Ortiz		X	X	X				X				X
Romão												
Santo André		X	X	X								X
Grande Vitória		X	X	X				X				X
São Pedro V		X	X	X								X

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/Departamento de Administração em Saúde

\* Cardiologia (C), Dermatologia (D), Endocrinologia (E), Homeopatia (H), Neurologia (N), Oftalmologia (Of), Otorrinolaringologia (Ot), Pneumologia (P), Psicologia (Ps), Psiquiatria (Psiq) e Reumatologia infantil (Ri).

## Anexo II

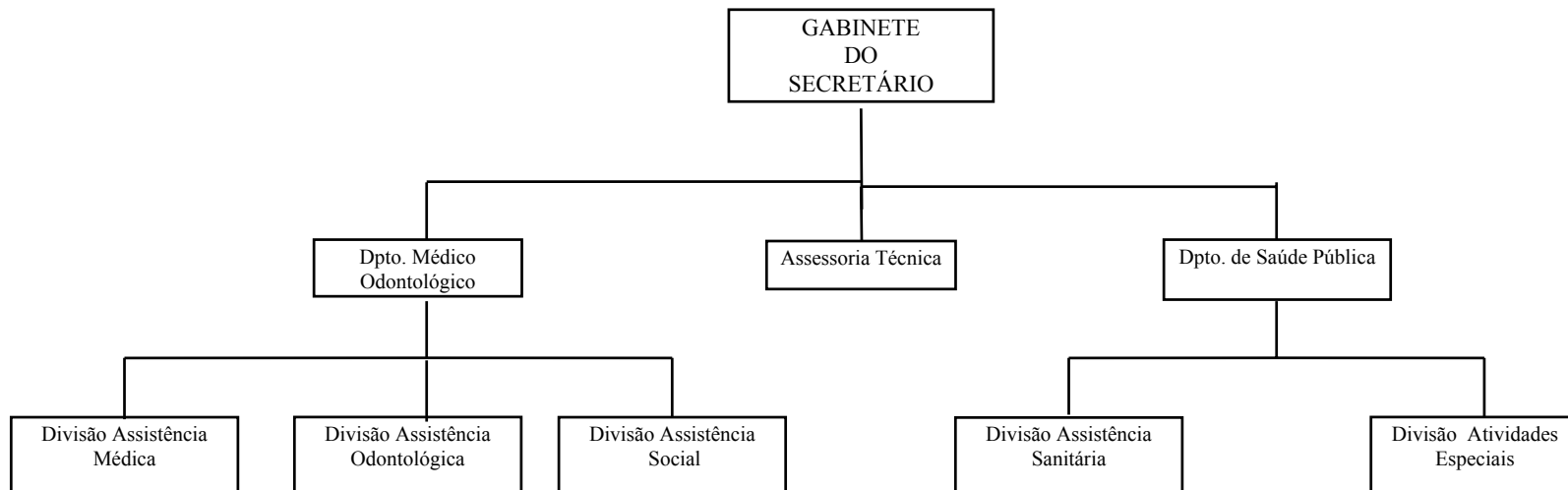
## Organização e gerenciamento do sistema de saúde e da rede de serviços do estado do Espírito Santo

	Níveis	Rede Ambulatorial Pública	Rede Ambulatorial complementar	Rede Hospitalar Pública	Rede Hospital complementar	Gerência do Sistema	Gerência da Rede de Serviços
Rede Especializada	1	-	-	Hospital Especializado ou de especialidades	Hospitais Especializados ou de especialidades conveniados e contratados	Estadual, realizada regionalmente, com a participação, a nível deliberativo dos municípios	E S T A D U A L
	2	C.R.E.	Especialistas, conveniados e contratados	Hospital regional	Hospitais de porte regional, conveniados e contratados		
Rede Básica	3	U.S. 3 U.S. 2 U.S. 1	Clínicas e profissionais conveniados e contratados	Hospital local	Hospitais de porte local, conveniados e contratados		Municipal

Fonte: Lei Estadual nº 4.317 de 04 de janeiro de 1990



## Anexo III

**ANTIGO ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA  
Lei Municipal nº 2.548, de 1978**

**ATUAL ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA**  
 Lei Municipal nº 3.983, de 1993 e nº 4.397 de 1996

