

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL  
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

Barbara Celeste Rolim

Participação Social na Política de Saúde de Niterói: Um estudo a partir do  
Programa Médico de Família



NITERÓI, RJ  
2014

BARBARA CELESTE ROLIM

Participação Social na Política de Saúde de Niterói: Um estudo a partir do Programa Médico de Família

Tese apresentada à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Política Social. Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luci Faria Pinheiro.

Niterói – RJ  
2014

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

R748 Rolim, Bárbara Celeste.

Participação social na política de saúde de Niterói: um estudo a partir do Programa Médico de Família / Bárbara Celeste Rolim. – 2014. 169 f.

Orientador: Lucí Faria Pinheiro.

Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.

Bibliografia: f. 149-158.

1. Política social. 2. Política de saúde. 3. Participação social.  
4. Justiça social. 5. Democracia. I. Pinheiro, Lucí Faria.  
II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social.  
III. Título.

CDD 361.61

BARBARA CELESTE ROLIM

Participação Social na Política de Saúde de Niterói: Um estudo a partir do Programa Médico de Família

Tese apresentada à Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Política Social.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Drª Luci Faria Pinheiro  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dr. Márcio Eduardo Brotto  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

---

Profª Drª Mônica de Castro Maia Senna  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Adilson Vaz Cabral Filho  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. André Augusto Pereira Brandão  
Universidade Federal Fluminense

Simão, o Sapateiro  
(um fragmento)

Na ágora de Atenas, ele produzia sandálias, consertava cadarços, conforme os jeitos dos pés e o desgaste das pedras. No tempo da democracia dizia cobrar um preço justo. Era famoso não por essa impalpável medida, mas pela habilidade de modificar a matéria prima conforme sua qualidade, conforme as necessidades que lhe fossem trazidas. Simão, o sapateiro, quando justiça se discutia, tinha para si saudades da Tirania, devido a algumas convicções íntimas que os homens acreditam serem políticas. Mas, Simão, comerciante do próprio trabalho, notava no dorso dos dias, que os homens gastam mais suas solas no vai e vem escarpado da ágora democrática, nos desembarques dos portos, nas praças em gritaria. Simão conheceu Sócrates. Dele ouviu a palavra filosofia enquanto esticava o couro por meio de duas presilhas.

(Fragmento de Giacomo Soderini, poeta italiano do século XVIII. Integra o caderno Epístolas a Helena, Pádua, Oficina Dalforno, 1996. Tradução livre de Sérgio de Carvalho)

Na jornada na vida Deus nos concede muitos presentes em forma de pessoas. Pessoas especiais, que nos animam, suportam, encorajam, ensinam. Pessoas queridas que sempre estão conosco, seja em que momento for. Ao terminar a elaboração desta tese, não poderia deixar de tecer alguns agradecimentos especiais.

A minha grande e companheira mãe, Enir Pereira Rolim, exemplo de vida, de sabedoria para mim. A Ela, sobre todas as demais pessoas, agradeço por tudo em minha vida.

A minha querida filha Louise Celeste que a cada dia me ensina, me anima e que neste período, revelou-se mais companheira do que nunca. Obrigado pela seriedade na avaliação e pela pessoa especial que és.

A Carlos Alberto, companheiro querido, que tem suportado lado a lado comigo todas as dificuldades da vida e que, neste período, superou todas as ausências necessárias ao término deste trabalho.

A meu pai, Airton Rolim, que me ensinou a importância dos estudos. A minha irmã, Cláudia Celeste que ao seu modo tem estado comigo na vida e me ajuda nas lutas. A Aldirnei e “Dona Lourdes”, que me sustentaram em oração durante todo o tempo, me lembrando que tudo é possível ao que crer.

A Profª Luci, que me aceitou como orientanda e me encorajou nos momentos mais difíceis, abrindo mão de seus próprios sonhos.

A Amy, por todas as madrugadas acordadas.

Á todos vocês o que posso dizer, é que nunca pagarei ou retribuirei à altura a dedicação de vocês.

Que Deus abençoe cada um em particular.

Muito Obrigado!

## **AGRADECIMENTOS**

Nunca e de tão perto pude sentir a compreensão e solidariedade de tantas pessoas como neste período de elaboração da tese. A toda elas, o meu muito obrigado! Mesmo me esforçando, sei que esquecerei alguém. Acho bom, significa que a lista foi muito extensa.

A equipe da ASPLAN, que se mostrou muito solidária e companheira neste período. Em especial a Sr<sup>a</sup> Ivani, no levantamento bibliográfico, no agendamento das entrevistas, muito obrigado.

A equipe da Biblioteca da FMS-Niterói que me ajudou no levantamento documental

A Dr<sup>a</sup> Solange Oliveira, secretária de saúde de Niterói que muito me ajudou.

A secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde, Sr<sup>a</sup> Elena, que se empenhou em agendar e reagendar com todos os conselheiros. Em me disponibilizar tudo e algo mais do Conselho Municipal de Saúde para esta tese.

A Josiane, pelo esforço nas transcrições.

Aos irmãos do Ministério Cristo Vive, em especial a irmã Irandir, Gleice, Neila que todo o tempo oraram por mim.

A cada um dos entrevistados, pelo empenho, interesse e infinita ajuda.

A Rodriane e a Kátia, que tanto me ajudaram na reta final.

A cada Professor da banca de qualificação e de defesa – Carlos Gonçalves Serra, Márcio Eduardo Brotto, Maria Thereza Cândido Gomes de Menezes, Mônica de Castro Maia Senna, Adilson Vaz Cabral Filho.

As secretárias do Programa de Pós Graduação em Política Social, em especial a Raquel e Luzia, que durante todo o tempo me ajudaram, orientaram, e ainda ajudam. E a mais recente secretária, Flávia.

A formatadora Ana Paula M. Nunes que em tempo recorde fez toda a formatação da tese, deixando melhor do que é.

Por fim, a cada comunidade, a cada usuário a cada cidadão que acredita e luta pelo Sistema Único de Saúde - SUS, universal, equânime e com participação social.

### **Meu Tributo**

Como agradecer pelo  
Bem que tens feito a mim  
Que vem demonstrar  
Quanto amor Tu tens ó Deus por mim  
As vozes de milhões de anjos  
Não poderiam expressar  
A gratidão do meu pequeno ser  
Que só pertence a Ti  
À Deus demos glória  
À Deus demos a glória  
À Deus demos a glória  
Que por nós tanto fez  
Quero viver, aqui para adorar-Te  
Meu senhor  
E se surgir um louvor  
Ao calvário seja sim  
Foi na cruz que salvou-me  
Seu poder restaurou-me  
À Deus seja a glória  
Para Sempre Amém. (Andraé Edward Crouch)



## RESUMO

Essa tese foi elaborada como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Política Social na Universidade Federal Fluminense. Foi embasada em pesquisa qualitativa tendo como objeto o Programa Médico de Família de Niterói (PMFN), enfatizando a participação social como critério de garantia de universalidade e qualidade dos serviços. O PMFN, fundado em 1992, inspirado no modelo cubano, assumiu uma posição de vanguarda no cenário nacional como experiência bem sucedida para a elaboração do Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde. O objetivo da tese é apontar possibilidades, limites e possíveis estratégias de fortalecimento e ampliação da participação como um elemento de qualificação da política pública de saúde. Como recursos metodológicos empíricos, foram analisadas as atas do Conselho Municipal de Saúde, no período de implantação e vigência do Programa, os relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde realizadas na cidade e as entrevistas com os três seguimentos da experiência, como gestores, profissionais de saúde e comunidade. A pesquisa evidencia a contribuição do PMFN para ampliação da participação social na cogestão, por meio da ação das associações de moradores e suas representações. Contudo, realizamos uma crítica de que a participação deve ser ampliada para outros movimentos sociais. Ou seja, por mais que a população tenha participação, é necessário para o processo de democratização das políticas sociais e da saúde em Niterói, qualificar a estratégia da reunião de setor, identificada neste estudo como a atividade e o espaço que garante diretamente a possibilidade de participação social nas decisões do PMFN. Essa ampliação é uma condição para que as reformas sociais de teor neoliberal não se sobreponham a essa experiência histórica, que tem como originalidade a participação da comunidade na política municipal de saúde.

**Palavras chaves:** políticas sociais, política de saúde, participação social, direito social, democracia.

## ABSTRACT

The present thesis has been developed as a partial requirement for the doctoral degree in Social Policy at the *Universidade Federal Fluminense*. It was based on qualitative research having as object the Niterói Family Medical Program (PMFN), emphasizing social participation as universality assurance criteria and quality of services. The PMFN was founded in 1992, inspired by the Cuban model, assuming a leading position on the national scene as successful experience for the development of the Family Health Program (PSF), established in 1994 at the national level by the Ministry of Health. The purpose of this thesis is to point out possibilities, limits and possible strengthening strategies and expansion of participation as a qualifying element of public health policy. As empirical methodological resources, analyzed the minutes of the Municipal Health Council, the implementation period and duration of the Program, the final reports of Municipal Health Conferences held in the city and interviews with the three segments of experience as managers, doctors and community. The research highlights the contribution of PMFN increasing social participation in co-management, through the action of residents' associations and their representations. However, we conducted a review of that participation should be expanded to other social movements. In other words, as much as the population has participation, it is necessary for the process of democratization of social and health policies in Niteroi, qualify the sector meeting the strategy identified in this study as the activity and the space that ensures the possibility of directly social participation in decisions of the PMF. This expansion is a condition for social reforms of neoliberal content do not overlap with this historical experience, whose originality community participation in municipal health policy.

**Key words:** social policy, health policy, social participation, social rights, democracy.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	TEMAS E CATEGORIAS UTILIZADAS PARA ANÁLISE NA PESQUISA	33
QUADRO 2	O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA NAS REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (1994-2007)	63
QUADRO 3	APRESENTAÇÃO DE DELIBERAÇÕES PARA O PMFN SEGUNDO AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	79

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO PROFISSÃO	116
TABELA 2	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO FUNÇÃO NO PMFN NOMOMENTO DE IMPLANTAÇÃO	117

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO	114
GRÁFICO 2	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA	115
GRÁFICO 3	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA	115
GRÁFICO 4	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO ESCOLARIDADE	116
GRÁFICO 5	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO TEMPO DE ATUAÇÃO NO PROGRAMA	118

## LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas De Saúde
ABRASCO	Associação Brasileiro de Saúde Coletiva
APEDEMA	Associação Permanente de Entidades em Defesa do Meio Ambiente
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CEL	Comissão Executiva Local
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CMSN	Conselho Municipal de Saúde de Niterói
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
FAMNIT	Federação das Associações de Moradores de Niterói
FMI	Fundo Monetário Internacional
GBT	Grupo Básico de Trabalho
GEL	Grupos Executivos Locais
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JUC	Juventude Universitária Católica
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
MP	Ministério Público
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
NOB	Norma Operacional Básica
NEPP	Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organização Social da Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PMFN	Programa Médico de Família de Niterói
PMN	Plano Estratégico Niterói 2033
PROESF	Programa de Qualificação das Equipes de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
SEPIS	Secretaria Extraordinária de Projetos de Integração Social
SMSN	Secretaria Municipal de Saúde de Niterói
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIOPS	Sistema de Informação Sobre Orçamento Público
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
TCERJ	Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense

## SUMARIO

<b>I</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
I.1	PERCURSO METODOLÓGICO	26
I.2	O CENÁRIO DA PESQUISA	27
I.3	COLETA E UNIDADE DE ANÁLISE DE DADOS	28
I.4	UNIDADE DE ANÁLISE	29
I.5	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	31
<b>I.5.1</b>	<b>Análise documental e bibliográfica</b>	<b>31</b>
<b>I.5.2</b>	<b>Identificação e análise das variáveis</b>	<b>32</b>
<b>I.5.3</b>	<b>Entrada no campo</b>	<b>34</b>
<b>CAPITULO I</b>	<b>PRECEDENTES HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI SOB A PERSPECTIVA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	<b>35</b>
1.1	A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA DE MEDICINA DE FAMÍLIA EM NITERÓI – 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA	44
1.2	A COGESTÃO FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSOCIAÇÃO DE MORADORES	51
1.3	REUNIÃO DE SETOR	55
1.4	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI	59
1.5	AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA – ANÁLISE DOS RELATÓRIOS FINAIS	76
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA PERSPECTIVA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	<b>84</b>
2.1	A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UM NOVO MODELO PARA A SAÚDE	97
2.2	PROJETOS SOCIAIS EM DISPUTA – REPERCUSSÃO PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL	104
2.3	A REFORMA E SEUS IMPACTOS EM NITERÓI	110
<b>CAPITULO III</b>	<b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA – A FALA DOS ATORES</b>	<b>113</b>
3.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS	114
3.2	PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA – O QUE DIZEM OS ATORES	118
<b>3.2.1</b>	<b>Eixo 1 - Concepção de Participação Social</b>	<b>118</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Eixo 2 - Fatores potencializadores da participação social no Programa Médico de Família</b>	<b>126</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Eixo 3 - Fatores que dificultaram/dificultam a participação social no Programa Médico de Família</b>	<b>134</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Eixo 4 – Motivos de a participação social como eixo estruturante do PMFN. Justificativas</b>	<b>138</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>141</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>148</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>158</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A década de 1980 no Brasil foi de explosão da participação social em suas múltiplas formas de organização: movimentos sociais diversos, novos partidos políticos, novo sindicalismo, Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), organizações não governamentais (ONGs). Os atores políticos em cada setor buscaram uma mobilização visando reivindicar uma institucionalidade democrática que inserisse seus interesses na esfera pública. A concepção de esfera pública é parte integrante do processo de democratização, pela via do fortalecimento do Estado e da Sociedade civil, expresso fundamentalmente pela inscrição dos interesses das maiorias nos processos de decisão política.

Para Fleury (2006) formou-se uma enorme coalização política em torno da luta pela democracia, indicando o fim do Regime Militar, embora a transição à democracia só fosse possível de uma forma pactuada: as mudanças se fizeram de forma negociada, buscando conciliar a entrada de novos interesses com a preservação das elites tradicionais. Inerente a tal movimento, encontra-se o desafio de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais no âmbito da sociedade política e da sociedade civil, no sentido da criação de uma nova ordem democrática, onde se valorize a universalização dos direitos de cidadania.

A definição de sociedade civil adotada nesta tese tem seu fundamento teórico embasado no pensamento Gramsci onde sociedade civil e sociedade política não estão apartadas, ao contrário relacionam-se dialética e permanentemente em uma unidade orgânica que conforma a base do Estado ampliado. Por Estado entende-se, além do aparelho de governo (sociedade política) também os aparelhos privados de hegemonia (sociedade civil).

O Estado é um todo complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica, e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados (GRAMSCI, 2002, p. 331).

A sociedade civil “conjunto de organismos privados que correspondem a função de hegemonia que o grupo dominante exerce sobre toda a sociedade” (GRAMSCI, 2000, p. 225) pode ser reconhecida como o espaço onde se confrontam os interesses de classes, se estabelecem correlação de forças entre diferentes atores na luta pela hegemonia. Correa (1994, p. 5) ao referir-se a sociedade civil diz que ela “articula interesses estruturalmente desiguais. Concebê-la sem divisão de



classes, como homogênea, não contraditória é minimizar a percepção de conflitos e do seu papel na transformação social”.

A sociedade civil desmistificada se revela espaço de luta e não mais de cenário de pactos sociais (CORREA, 1994, p. 5).

Durighetto (2007, p. 124) destaca que em Gramsci “estado e sociedade civil formam um par conceitual que marca uma unidade na diversidade”. Esta unidade assegura uma visão de totalidade que dá lugar a uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura – economia, cultura apontando para a multicausalidade da realidade. A articulação se manifesta na afirmação de que “não pode existir legitimidade política completa e perfeita sem igualdade econômica” (GRAMSCI, 2002, p. 224). Os estudos de Gramsci têm como pano de fundo as sociedades ocidentais marcadas pela permanente tensão entre o poder do Estado e da sociedade civil “ao oscilar o Estado podia-se imediatamente reconhecer uma robusta estrutura da sociedade civil” (GRAMSCI, 2002, p. 262).

Na década de 1980 operam-se profundas mudanças na relação Estado-sociedade civil em função das reformas econômicas e políticas vividas em diversos países que colocaram em xeque os estados de bem estar social, cenário de estudo de Gramsci. Estas reformas, contudo, se manifestaram de forma muito mais acentuada nos países periféricos como Brasil e toda a América Latina. Nesta crise abrem-se oportunidades para outras abordagens sobre sociedade civil que segundo Jacobi (2002, p. 14) “partem da ideia da organização da sociedade como autodefesa e às possibilidades e limitações dos projetos de ampliação da democracia”. Dentre os novos teóricos insere-se Habermas e a concepção de democracia deliberativa, pautada na teoria do agir comunicativo. Para o filósofo o método democrático constitui-se em uma prática social e não um método de constituição de governo. Para tanto requer argumentação pública e engajamento do cidadão na coletividade em busca de solucionar seus problemas. Segundo Meira (2011, p. 13) “esse modelo de democracia constitui-se uma inovadora articulação entre Estado e sociedade civil (...) que surgiu como resgate à dimensão pública das questões sociais e políticas atuando para revigorar os espaços públicos por meio da ação integrada entre Estado e sociedade civil”.

A ampliação da esfera pública pode ser entendida como processo de socialização da política (COUTINHO, 2008), possível no contexto das sociedades ocidentais por meio da participação da sociedade civil, representada pelos institutos

democráticos na luta pela hegemonia. O processo de democratização se faz à custa da abertura da máquina estatal, a entrada de demandas de novos sujeitos políticos coletivos ampliando o espaço de participação, notadamente no que se refere às políticas públicas de corte social. No Brasil, “podemos afirmar que a sociedade brasileira, depois de um longo tempo de “orientalidade” é hoje uma sociedade “ocidental” e, portanto possui um Estado ampliado” (idem, p. 28). Segundo Jacobi (2002), este fenômeno vem possibilitar a ampliação e consolidação do processo de democratização no modelo denominado híbrido que alia democracia representativa à democracia participativa, levando à formação de uma nova cidadania baseada na participação na esfera pública. Jacobi citando Avritzer (2002, p. 17) destaca que o surgimento da sociedade civil brasileira está ligado aos movimentos sociais e ao “processo pelo qual atores sociais modernos e democráticos surgiram, adquiriram nova identidade democrática e passaram a pressionar o Estado por uma nova institucionalidade democrática”. Podemos classificar este fenômeno, com base em Gramsci, como uma “guerra de posição”, pela abertura do Estado capitalista à participação, deixando de ser um “comitê executivo da burguesia” (COUTINHO, 2008, p. 39).

As lutas sociais que marcaram esses anos criaram um espaço público informal, descontínuo e plural por onde circularam reivindicações diversas. Elaborou-se e difundiu-se neste espaço uma consciência do direito a ter direitos, conformando os termos de uma experiência inédita na história brasileira, em que a cidadania é buscada como luta e conquista, e a reivindicação de direitos interpela a sociedade enquanto exigência de uma negociação possível, aberta ao reconhecimento dos interesses e das razões que dão plausibilidade às inspirações por um trabalho mais digno, por uma vida mais decente, por padrões de civilidade nas relações sociais (TELLES, 2006).

A consolidação da democracia no Brasil, ao mesmo tempo em que ampliou direitos sociais e gerou uma nova institucionalidade democrática, foi simultânea a um processo de redução do papel do Estado e da sua capacidade de investimentos e de redistribuição (FLEURY, 2006). A aspiração democrática que se irradia nos países capitalistas periféricos na década de 1980 traz no seu bojo a recessão econômica, a escalada inflacionária, a crise fiscal do Estado e o agravamento da miséria.

Este é um período de grande contradição - de um lado as conquistas sociais e políticas ampliaram os direitos da cidadania, e as responsabilidades do Estado. De outro, o ajuste estrutural imposto pelo neoliberalismo implantado no governo Collor de Mello e continuado nos governos Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, tem como foco o investimento na política econômica e a drástica redução do papel do Estado como provedor de políticas públicas. Em decorrência, as políticas sociais – saúde, educação, assistência social, tornam-se secundárias frente à determinação de recuperação e acumulação do capital. Em oposição à agenda universalista com plena garantia de direitos em um Estado Democrático proposta na década de 1980, surge no contexto dos anos 1990, imposto pela política recessiva do Fundo Monetário Internacional (FMI) e outros agentes internacionais, a redução dos gastos levando ao desenvolvimento de políticas sociais focalizadas consolidando a visão de um Estado Mínimo.

Neste sentido a década de 1980 é considerada pelo viés econômico a década perdida, mas, politicamente é quando surgem movimentos que florescem de forma bastante ampliada. Neste contexto, a participação social se insere no bojo da disputa dos dois modelos – o democrático e o neoliberal. Fortalece-se na proposta de um estado provedor, mas, se efetiva no bojo de uma política econômica recessiva e de francas reformas do aparelho do Estado já num contexto de mundialização da economia. Torna-se uma categoria de duplo sentido – por um lado é a forma pela qual os novos atores têm de ampliar sua participação no Estado no sentido de inserir novas demandas e tentar assegurar uma nova hegemonia. Paradoxalmente, a participação torna-se também prioridade no novo contexto, mas ‘ressignificada’ na direção de legitimação das ações de um estado mínimo. Segundo Gramsci (2002, p. 139-140) “para manter o consenso o Estado incorpora as demandas das classes subalternas”. Um novo arranjo ocorre dentre os grupos sociais possibilitando o surgimento de uma nova tessitura social, que estabelece uma nova relação sociedade civil–Estado não mais de reivindicação, não mais de controle das ações deste, mas, de parceiro na execução. O redimensionamento dessa parceira significa uma inversão política em favor das regras estabelecidas mundialmente, em nome de um direcionamento do Estado, empenhando-se pela reforma fiscal. Se por um lado grupos sociais, a exemplo de ONGs progressistas, ampliam as ações na direção daqueles historicamente excluídos dos direitos sociais por outro contribuem para o processo de desresponsabilização do Estado pela via

da publicização não do aparelho de Estado, que se mantém voltado aos interesses da classe dominante, mas, pela responsabilização que assumem na transferência de ações que se faz do Estado a estes grupos. Criam-se condições do desenvolvimento de um novo agir e pensar perversos no qual os indivíduos passam da condição de cidadão direitos a consumidor empreendedor pela lógica do você é capaz (CARVALHO, 1988; GOHN, 2000).

Um dos aspectos mais complexos e controversos está relacionado com uma postura institucional de estimular a participação como um fator de substituição, buscando envolver cada vez mais de forma direta os cidadãos na produção e/ou gerenciamento dos serviços públicos (JACOBI, 2002, p. 24).

Este processo é reforçado pelo princípio da descentralização ou mais diretamente da municipalização proposta pela nova Constituição promulgada em 1988. Novos atores entram em cena, desta vez, estados e municípios que recebem o desafio de conduzir o processo político-administrativo, com especial ênfase nas políticas públicas. Novamente aqui podemos afirmar que houve uma 'ressignificação' de um princípio. Na década de 1980 ao ratificar a descentralização, a constituinte visava um maior equilíbrio entre o poder decisório dos entes nacionais, acompanhado de maior redistribuição dos recursos. Na descentralização confere-se maior autonomia na gestão municipal ampliando a participação cidadã no controle das políticas públicas, em especial as políticas sociais, proporcionando a criação de instâncias de participação - os conselhos gestores, as conferências setoriais e orçamento participativo. No bojo da reforma administrativa, se instala a proposta da descentralização, que é incorporada ao discurso dos reformistas, mas, com enfoque diferenciado. Ocorre um claro processo de repasse das responsabilidades do nível federal para os níveis subnacionais, sem a devida desconcentração de recursos, mas na perspectiva de redução da máquina administrativa e das responsabilidades do Estado.

No setor saúde, a década de 1980 também representa um marco histórico. No processo de (re)democratização do país, o movimento popular em saúde ressurgiu, se estrutura e se fortalece. A assistência à saúde deixa de ser assunto dos tecnocratas do setor para incorporar-se às discussões e demandas da população. Ao inscrever no texto constitucional a garantia da saúde enquanto um direito assegurado por um conjunto de políticas sociais e econômicas, a constituição federal de 1988 consagra um período de intensas lutas vividas, não só por

profissionais do setor, mas, por toda a sociedade brasileira em um percurso histórico onde, mais do que assistência a saúde, se lutava pela garantia da saúde enquanto direito de cidadania.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990 tinha como pressuposto o desenvolvimento de um sistema capaz de superar o modelo de atenção de base previdenciária, privatista e curativo instituído durante a ditadura militar. Foi uma superação do modelo que se tornara reconhecidamente ineficiente e causador de grandes iniquidades e por isso repudiado e rejeitado por todos aqueles que reconheciam a saúde como um bem público e que lutaram pelos princípios do SUS, de descentralização, integralidade e participação popular. Concomitante à implantação do SUS, se dá uma política recessiva orientada por agências financiadoras, que têm como principal representante o Banco Mundial e cuja orientação é a redução da máquina administrativa na direção de um Estado Mínimo. Aí se estabelece a primeira grande dificuldade do SUS – gestado com uma política de direitos plenos para ser implantado por um Estado provedor. Nasce no auge de uma reforma administrativa, cuja meta é implantar o desenvolvimento de ações focalizadas para os mais pobres e incapazes de se auto sustentarem. A descentralização das ações de saúde se fará por meio da municipalização da prestação de serviços, de forma a democratizar o acesso pela via da ampliação e qualificação das ações e para que a população possa efetivamente participar no planejamento, implementação e avaliação da política pública de saúde.

As proposições acerca da participação comunitária ou participação social na saúde precedem a formulação dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Segundo Hubner (2012), a ideia de participação integra a proposta de medicina comunitária em suas vertentes ideológica e pragmática, que acompanharam a estratégia de implantação dos centros comunitários de saúde norte-americanos, na década de 1960, numa clara perspectiva de redução de custos. No Brasil, a criação deste modelo ocorre ao longo da década de 1970 tendo como marco a Conferência Internacional de Alma Ata realizada em 1978 na antiga URSS. Esta propunha o lema saúde para todos no ano 2000, na perspectiva de redução da distância entre a qualidade de vida nos países desenvolvidos e nos menos desenvolvidos. O modelo previa a utilização de técnicas simples com participação da comunidade na execução de ações de saneamento e de autocuidado. Este modelo de ação foi bastante rejeitado por diversos segmentos de profissionais de saúde, por

representar uma proposta de medicina de país pobre para pobre. Uma exceção foi feita ao princípio da participação da comunidade que será mantido por ser fundamental no processo de mudanças do sistema de saúde.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) não se constitui em um movimento exclusivo do setor saúde, ao contrário tem ampla participação da sociedade representada por movimentos populares, associações de classes, sindicatos, movimento estudantil, associações de moradores, comunidades eclesiais de base além de partidos políticos e intelectuais do setor. O acúmulo científico produzido pelo movimento, aliado ao intenso processo de organização e participação social possibilitou que o setor saúde figurasse como o mais organizado na Assembleia Nacional Constituinte, permitindo a inserção do texto do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 e integrando o capítulo da Seguridade Social.

E ter conseguido escrever na Constituição a saúde enquanto direito universal, integral, descentralizado, acessível e democrático, constituído por um conjunto de práticas que extrapolam o setor institucional da saúde, revela a existência de uma ampla frente de forças políticas, articuladas em torno de um projeto comum (que lhe confere identidade), suprapartidária, organizado ao redor das práticas: teóricas, ideológicas e políticas (ESCOREL, 1988, p. 7).

O movimento sanitário acreditava ao propor o ideário do SUS, que além da proposição de um novo modelo de atenção à saúde, estaria contribuindo para o processo de democratização do Brasil, portanto, para o fortalecimento da participação social e para a garantia do exercício de cidadania.

A reforma Sanitária é parte do conjunto de uma mudança social. Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se firmar como uma nação de cidadãos (AROUCA, 1988, p. 5).

O grande ícone da RSB foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), conhecida como o maior evento democrático da saúde, inaugurando a época da participação de diversos atores nas conferências como elemento decisivo para a proposição de metas e ações:

(...) a VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas (...). Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu, no cenário de discussão da saúde, a sociedade (BRAVO, 2001, p. 25).

A participação social proposta pela reforma sanitária e incorporada na constituição e nas leis orgânicas da saúde, consagra-se com a definição de controle

social exercido por meio dos conselhos e conferências existentes em cada um dos três níveis de governo. A definição de participação social, contudo, é maior que a de controle social. Neste trabalho adotamos a definição da participação cidadã ou democrática, aquela capaz de construir uma nova realidade social sem desigualdades ou exclusão. A participação cidadã traz embutida a possibilidade de participar na gestão da coisa pública, embora não se possa esquecer que existam outras formas de participação, como os movimentos sociais autônomos. Os conselhos de políticas são a forma de representação de maior visibilidade na sociedade, responsáveis e condicionados legalmente pelo repasse de recursos públicos. Embora não se possa afirmar que a mera existência dos conselhos é garantia efetiva de democratização da formulação e implementação das políticas públicas, pode-se afirmar, contudo, que a base legal e a paridade a eles propostas representam um avanço na alteração do desenho das políticas. Os conselhos são permeados por uma permanente tensão entre diferentes atores e projetos políticos: por um lado, pela resistência do executivo de partilhar seu papel na formulação das políticas públicas e do outro, a insistência da sociedade civil em participar na formulação, implementação e avaliação das mesmas, tal como assegura a nova Constituição. Isto gera um confronto na busca pela partilha do poder e pela construção de um projeto político que incorpore as “aspirações e demandas da sociedade civil”, retirando do Estado o monopólio da definição de uma agenda de prioridades e problemas pertinentes à vida na sociedade (TELLES, 2002, p. 404). Para Jacobi (2002, p. 27) a participação na gestão municipal:

É entendida como uma referência de diálogo e cooperação que permite desenvolver iniciativas inovadoras de questionamento dos particularismos e de fortalecimento de experiências de cidadania ampliada. Pode também transformar-se num meio e num objeto democrático, conferindo direitos de intervenção a todos os cidadãos e perseguindo fins igualitários para a população da cidade.

É a partir desta afirmação que identificamos a participação social como uma categoria fundante da política de saúde de Niterói/RJ que está presente desde um período anterior a formação da própria Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (SMSN), em experiências desenvolvidas entre o movimento popular e professores do departamento de saúde da comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF) que posteriormente assumiram a direção da recém-criada secretaria de saúde. A história da cidade marcada por uma tradição político-partidária de esquerda e pela presença de movimentos populares inicialmente ligados a

legalização da posse de terras pode ser evidenciada em diversos setores da sociedade. Na saúde, contudo, esta influência é determinante sobre a forma de organização política-administrativa da secretaria municipal e sobre a organização dos modelos de atenção a saúde desde a década de 1970. Inicialmente sob a forma do Projeto Niterói que previa a descentralização das ações e serviços de saúde para as áreas periféricas da cidade com participação popular no nível do território e também na gestão do programa até o atual modelo de medicina de família. Este modelo foi inspirado na experiência cubana, com especificidades próprias, seja em virtude das características da cidade, seja pela legislação sanitária própria no Brasil.

O Programa médico de família de Niterói (PMFN), implantado em setembro de 1992, tem por objetivo:

Complementar a rede de saúde do município estabelecendo-se como porta de entrada, proporcionando assistência integral a população adscrita resgatando as relações entre equipe e comunidade criando uma nova consciência acerca do processo saúde/doença (FMSN, 1997, p. 1).

A participação social é um dos eixos estruturantes da concepção metodológica e da proposta gerencial. A operacionalização deste eixo, conforme evidenciado nos documentos oficiais, ocorre nas diversas fases do programa e por meio de diferentes ações. Na implantação, se dá por meio do diagnóstico participativo realizado em parceria com a comunidade e associação de moradores. No desenvolvimento, pela realização das reuniões setoriais. Gerencialmente a cogestão com o movimento social organizado, por meio da associação de moradores, é apresentada como o fator inovador da proposta local que a diferencia de outros modelos, notadamente daquele do nível federal, Programa Saúde da Família (PSF). A associação exerce a função cogestora na implantação, execução e avaliação do programa, cabendo-lhe, dentre outras atribuições, a contratação dos recursos humanos. Ainda acerca da participação, outra distinção refere-se ao processo de trabalho da equipe básica, médico e técnica de enfermagem. Metade da carga horária, ou seja, 50% do tempo é dedicado a atividades de campo, que inclui visitas domiciliares, visitas hospitalares e atividades de organização e mobilização da participação social.

Enquanto pesquisadora e gestora de um setor na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, estas especificidades me causaram interesse de aprofundamento sobre a participação social no programa visando à elaboração desta tese. Partimos da preocupação sobre as estratégias empregadas pelo PMFN que possam contribuir



para ampliação da participação democrática da população. Ou seja, um nível de participação capaz de construir uma nova realidade no sistema de saúde, sem desigualdades ou exclusão. Aqui a exclusão refere-se primeiramente a falta de acesso a assistência em saúde, mas não se limita a este, envolvendo também outros direitos sociais. A participação cidadã traz embutida a possibilidade de participar na gestão da 'coisa pública'. No caso do PMFN, primeiramente no âmbito do micro território (setor/comunidade) onde as equipes atuam, deve ser incentivada a participação da população na gestão das ações de saúde (do módulo). Ela deve participar também, subsidiariamente, no âmbito da formulação e implementação da política municipal de saúde de Niterói, atuando também no conselho municipal e nas conferências de saúde.

O estudo do Programa Médico de Família será limitado ao período entre 1992 a 2007, quando o mesmo seguiu em sua execução a proposta original.

O **objetivo geral** da tese é apontar possibilidades, limites e possíveis estratégias de fortalecimento/ampliação da participação social, como um elemento de qualificação da política pública de saúde, a partir da experiência do Programa Médico de Família de Niterói (PMFN).

Os **objetivos específicos** são:

1. Identificar aproximações e afastamentos da concepção de participação social dos profissionais/gestores e dos conselheiros/presidentes atuantes e envolvidos na execução do PMFN.
2. Analisar os fatores potencializadores/dificultadores da participação social no âmbito do desenvolvimento do PMFN.
3. Apontar a contribuição do PMFN na organização e mobilização das comunidades em luta por políticas públicas de interesse da mesma.
4. Identificar as motivações que orientaram os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói na defesa da participação social como eixo estruturante do PMFN.

Estruturalmente, esta tese se organiza conforme as recomendações da banca de qualificação, realizada antes da pesquisa de campo e seis meses antes da defesa. Ela está organizada em três capítulos. No primeiro capítulo descreve-se uma retrospectiva da história de formação da Secretaria de Saúde de Niterói (SMSN), evidenciando aspectos relacionados à participação social, como definição, papel que assume nas diferentes fases da organização da atenção à saúde na cidade e formas

de manifestação. Encerra-se o capítulo com uma apresentação de como a participação social foi concebida na proposta do Programa Médico de Família de Niterói (PMFN) e as várias formas de operacionalização.

O segundo capítulo apresenta um breve percurso histórico da formação das políticas sociais no Brasil, com especial atenção para as diversas formas de manifestação da participação social desde a década de 1920 com a criação da Lei Eloy Chaves. Discute-se a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 e o papel que a participação social teve na conformação da então considerada maior política pública de saúde do mundo, devido ao seu caráter universal. Discute-se também o confronto que o SUS vivencia entre dois projetos sociais distintos, o democrático e o recessivo, fruto da reforma do Estado. Buscamos evidenciar os impactos deste novo modelo sobre a cidade de Niterói, em especial sobre o setor saúde.

O terceiro capítulo apresenta a participação social a partir da percepção dos entrevistados. Trata-se dos dados empíricos da pesquisa. Neste capítulo, a participação social foi discutida a partir de quatro eixos temáticos evidenciados nas entrevistas realizadas. As considerações finais buscam demonstrar evidências quanto a questão norteadora desta tese e seus objetivos.

Destacamos a opção em introduzir esta tese, apontando as principais categorias norteadoras do estudo, tendo como base a concepção de Gramsci, a exemplo de sociedade civil, sociedade política e Estado.

A participação social é um termo polissêmico que assume diferentes conotações de acordo com o período histórico, os atores envolvidos, as formas de operacionalização. Trata se, portanto, de uma categoria histórica e socialmente determinada.

Para Demo (1996, p. 44), a participação é um fenômeno político em essência. É um processo histórico de conquistas, por isso está sempre em construção. Não é dádiva, é conquistada (p. 97). Participação é exercício democrático (1988, p. 71) Participação é a tarefa de extrema criatividade ao formar autênticos representantes da comunidade e mantê-los como tais (DEMO, 1988, p. 71).

Para Gohn (2003, p. 18) participação é um conceito amplo de cidadania que objetiva fortalecer a sociedade civil, no sentido de apontar caminhos para uma nova realidade social.

Para Wolfe e Stifel *apud* Jacobi (2002, p. 24) participação são esforços para aumentar o controle sobre recursos e instituições reguladoras em determinadas situações sociais. É partilhar do processo decisório.

A participação dos cidadãos trata-se de uma forma de intervenção na vida pública com uma motivação social concreta que se exerça de forma direta, baseada num certo nível de institucionalização das relações Estado/Sociedade (Jacobi *apud* Jacobi, 2002, p. 26).

Para Souza (2010, p. 81) é processo social, existe independente de ser provocada ou não por outro agente. É o processo de pensar e agir do homem sobre os desafios da natureza e sociais.

Neste sentido, no âmbito deste trabalho, adotamos que a participação social é um processo histórico e socialmente construído na perspectiva da garantia dos direitos sociais e na participação dos bens socialmente produzidos, dentre os quais a saúde. É uma nova modalidade reconstituída a partir de 1980, que tem por objetivo influir nos processos de formulação das políticas públicas, inserindo novas demandas na agenda governamental. Tal modalidade realiza-se nos canais instituídos do poder, mas, também de forma autônoma. Participação é a capacidade de reconhecer o poder da população de atuar efetivamente como um sujeito político na conformação de um estado democrático de direito.

## 1.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia pode ser entendida como o caminho da abordagem do pensamento à realidade, incluindo teorias, técnicas, instrumentos utilizados para gerar produção de conhecimento. A escolha do método para se atingir tal objetivo não é neutra, mas carregada de significados, de intencionalidade e justificada pela natureza do fenômeno em estudo (MINAYO, 2010). No presente estudo optou-se pelo uso da abordagem qualitativa justificada pela natureza histórico-temporal da categoria participação social e pelo reconhecimento de que a análise da mesma não pode ser feita sem se levar em conta a multiplicidade de fatores envolvidos em sua determinação.

O presente trabalho configura-se como um estudo de caso, que, de acordo com a definição adotada por TRIVIÑOS (1990, p. 133), trata-se de uma “pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”. Nos estudos de caso, os

resultados obtidos não devem e nem podem ser generalizados, contudo, tais estudos têm como mérito possibilitar a abertura de caminho para outros estudos.

Nesse sentido, Tobar e Yalour (2002, p. 75) consideram que como os estudos de caso se aplicam a poucas unidades de análise, a riqueza está contida na profundidade desse tipo de pesquisa e não em sua extensão. Isto implica, no entanto, numa seleção significativa de variáveis, capazes de descrever as unidades de análise e traçar seus perfis específicos com profundidade e certo grau de detalhamento. Triviños (1990, p. 111) ao falar sobre este tipo de estudo aponta como vantagem o conhecimento aprofundado que se obtém e a possibilidade de formulação de novas hipóteses para novos estudos.

A finalidade da pesquisa pode ser considerada como exploratória, pois será realizada sobre temática para a qual não existem muitos estudos e conhecimento acumulado e sistematizado. Embora o PMFN seja objeto de análise de diversas teses, dissertações e artigos, identificamos um reduzido número de estudos acerca da participação social neste programa. O grande esforço do pesquisador, nesse caso, será o de priorizar os dados, sistematizá-los e definir a utilidade da informação (TOBAR; YALOUR, 2002, p. 69) para elucidar a categoria em estudo. Segundo GIL (2002, p. 41) as pesquisas exploratórias têm como finalidade oferecer maior intimidade com o problema, tornando-o mais explícito, e a possibilidade da construção posterior de hipóteses, assumindo quase sempre a forma de estudos de caso. Dessa forma, seu delineamento é muito flexível, envolvendo, de um modo geral, levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas envolvidas em experiências práticas do problema estudado e a análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (SELLTIZ *et al.*, 1967 *apud* GIL, 2002, p. 41). Nesta tese, a finalidade está associada à elucidação da forma como o PMFN tem contribuído para a participação social.

## 1.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em Niterói, na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Dentre as características que justificam a seleção da cidade como cenário de desenvolvimento da pesquisa, apontamos a inclusão da participação social como um dos eixos estruturantes do PMFN, o pioneirismo do programa como

modelo alternativo de atenção a saúde e pela constante referência da participação social na organização da política municipal de saúde, evidenciada nos documentos oficiais da secretaria de saúde e em diversos artigos bibliográficos.

Outro aspecto refere-se ao fato, como afirma Minayo (2010), que nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido um problema na vida prática; se não tiver uma inserção na vida real. Neste contexto, a autora chama atenção para as imbricações entre o pesquisador e o objeto, desconstruindo a ideia de neutralidade. O interesse pelo tema me move desde a juventude, por estar envolvida com aspectos da democracia participativa, seja no âmbito da representação estudantil, seja no âmbito político-partidário. Posteriormente, no âmbito profissional pude vivenciar parte da história da saúde pública brasileira, participando diretamente dos grupos executivos locais (GEL) na época das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, posteriormente, nas transformações vividas pela implantação do SUS. Atuando como profissional e como gestora no município de Niterói, em contato com as comunidades locais, pude experimentar modelos diversos de participação social – das atividades na comunidade e no conselho de saúde. Desta forma, a opção por Niterói justifica-se também pela vivência cotidiana nesta cidade, como trabalhadora no setor em estudo e cidadã niteroiense.

### 1.3 COLETA E UNIDADE DE ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados é uma etapa tão importante para a pesquisa qualitativa quanto o é no cenário quantitativo. A diferença entre ambas é que na abordagem qualitativa a integração pesquisador-sujeito da pesquisa não é considerada como um “(...) risco comprometedor da objetividade, é pensado como uma condição de aprofundamento da relação intersubjetiva (...)” (MINAYO, 1993, p. 124).

Sob esta perspectiva, os instrumentos utilizados devem possibilitar a apreensão da informação e dos diversos fatores que agem sobre o fenômeno em estudo. Para tanto, deve-se assegurar “atenção especial ao informante, ao mesmo observador e as anotações de campo” (TRIVIÑOS, 1990, p. 138).

Neste trabalho foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, definida por Deslandes como “uma conversa com propósitos bem definidos” (MINAYO, 1993, p. 57). Foram elaborados dois modelos de entrevista

conforme o perfil do entrevistado: um roteiro para profissionais de saúde/gestores e um segundo roteiro para conselheiro/presidente de associação de moradores (ANEXO 1 e 2, respectivamente). Ambos os instrumentos compõem-se de três partes:

- A primeira parte procurou traçar o perfil do entrevistado a partir de características pessoais - escolaridade, formação e atuação profissional;
- A segunda parte refere-se à atuação no PMFN ou no conselho ou na associação de moradores, identificando período de atuação, como ingressou na função desempenhada na época da implantação e função atual;
- A terceira parte composta por perguntas abertas buscou apreender o significado da participação social para o entrevistado, fatores que contribuem ou dificultam a participação social no momento da implantação do programa e no cenário atual, assim como as tendências da participação no cenário atual.

A cada entrevistado foi previamente apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Após o consentimento e assinatura do mesmo, procedeu-se à entrevista. Todas foram gravadas e transcritas, de forma a se assegurar o anonimato dos entrevistados e o sigilo das opiniões emitidas.

Foi feita uma aplicação piloto inicial do roteiro de entrevista, a fim de adequá-lo aos objetivos do estudo. Durante a aplicação piloto avaliou-se também o tempo necessário para aplicação.

#### 1.4 UNIDADE DE ANÁLISE

As unidades de análise do presente trabalho constituem-se de atores chaves, do Programa Médico de Família de Niterói selecionados a fim de possibilitar incorporar à discussão do objeto de análise da tese – a participação social, “significado e intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” (MINAYO, 1993,p.10). Desta forma, os participantes foram selecionados adotando-se como critérios:

- Ter participado da formulação da proposta do PMFN;
- Ter participado na fase de implantação do programa desempenhando função gerencial ou assistencial;

- Ser presidente de associação de moradores na fase de implantação do programa na respectiva comunidade;
- Ser conselheiro do segmento de usuários na fase de implantação do programa, preferencialmente, sendo também presidente de associação de moradores.

A fim de identificar possíveis interferências associadas a aspectos geográficos e contextos culturais, sociais distintos, utilizou-se também como critério de seleção a distribuição geográfica utilizada na organização do programa que abrange três áreas geográficas da cidade, a saber: zona norte, zona centro-sul e zona leste oceânica. Buscou-se uma distribuição equitativa tanto numericamente quanto no que se refere à função desempenhada de forma a contemplar todo o território municipal.

Cada entrevistado, individualmente, constituiu-se em uma unidade de análise tendo sido realizadas vinte (20) entrevistas assim distribuídas:

- Sete (07) técnicas de enfermagem, atuando diretamente nas equipes de saúde da família. Do total das entrevistadas apenas uma não se encontra mais em atividade no programa, por motivo de aposentadoria;
- Três (03) assistentes sociais – sendo uma na condição de formuladora e coordenadora geral do programa, uma na condição de coordenação executiva e uma na condição de supervisora. Das três, uma das gestoras não se encontra mais ligada ao programa, por estar em outra função no executivo da prefeitura;
- Três médicos (03) – sendo um na condição de coordenador de grupo de trabalho, um supervisor, um médico cubano residente no Brasil e que teve participação no programa. Dos médicos brasileiros, os dois não estão mais em atividade no programa. A opção pelo médico cubano foi conhecer melhor acerca da participação social em Cuba e suas diferenças com o programa em Niterói;
- Três (03) conselheiros municipais de saúde do segmento de usuários. Dois destes tem e sempre tiveram o programa em suas comunidades;
- Dois (02) presidentes de associação de moradores em exercício da função, com o programa implantado em suas respectivas comunidades;
- Um (01) representante da FAMNIT na época de implantação do programa, que no momento exerce função no executivo da prefeitura municipal;

- Um (01) dentista, na condição de coordenador de grupo de trabalho, afastado atualmente do programa.



## 1.5 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

### 1.5.1 Análise documental e bibliográfica

As fontes da pesquisa documental referem-se a documentos oficiais, reportagens de jornais, cartas, filmes, fotografias, gravações sem tratamento analítico ou que já tiveram alguma análise, tais como: tabelas estatísticas, relatórios de pesquisa (GIL, 1995, p. 74) No âmbito deste trabalho, foi realizada pesquisa documental acerca PMFN e da história da política de saúde do município de Niterói, com particular atenção ao tema participação social. Foram consultados documentos oficiais da SMS/FMS de Niterói e do programa que possibilitaram identificar as diretrizes e fundamentação acerca da participação social. Estas informações serviram de base para a análise do conteúdo das entrevistas possibilitando identificar aproximação ou distanciamento com o normatizado e também com a base teórica. Também foram consultadas as atas do Conselho Municipal de Saúde de Niterói (CMSN) e os relatórios finais das seis (06) Conferências Municipais de Saúde (CMS) realizadas na cidade no período de 1991 a 2011. Nestes documentos, buscou-se identificar as informações pertinentes a proposição e ao desenvolvimento do PMFN.

A pesquisa bibliográfica constitui-se como uma etapa fundamental em todo trabalho científico que influenciará as demais fases de uma pesquisa, na medida em que fornece o embasamento teórico (GIL, 1988, p. 58). O levantamento bibliográfico sobre o tema e a metodologia escolhida incluiu uma vasta e variada quantidade de artigos, teses, prioritariamente, das áreas de sociologia, saúde, políticas sociais. A leitura dos diversos artigos possibilitou situar a participação social em relação a um referencial teórico/conceitual; na sua manifestação no âmbito do PMFN em particular, na política de saúde de Niterói, em geral de modo que ao final fosse possível apontar os limites e possibilidades como proposta estruturante da política municipal de saúde.

### 1.5.2 Identificação e análise das variáveis

O banco de dados do presente estudo foi composto por:

- Entrevista semiestruturada utilizada junto aos participantes;
- Conteúdo da transcrição das fitas – a matéria prima deste trabalho constitui-se da análise de conteúdo das entrevistas (dados primários, no que diz respeito às questões abertas).

- As atas do CMSN no período de 1993 a 2007.
- Relatório final das seis Conferências Municipais de Saúde de Niterói.

As características pessoais dos participantes constituem-se nas informações quantitativas da pesquisa. Estas receberam tratamento estatístico simples (percentual) e são apresentadas para caracterizar o perfil dos participantes.

Os dados empíricos coletados nas entrevistas, de natureza qualitativa, foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin entendida como:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (BARDIN *apud* MINAYO, 1990, p. 199).

Entre os diferentes métodos de aplicação da técnica sugeridos por Bardin, adotamos a análise temática, ou seja, buscou-se nas entrevistas elementos (temas) que correspondam às categorias previamente definidas. Segundo Minayo (1993, p. 210) “(...) há necessidade de se estabelecer hipóteses iniciais, pois a realidade não é evidente: responde a questões que teoricamente lhe são colocadas (...)”. No entanto, a mesma autora recomenda que estas categorias iniciais sejam flexíveis e que permitam outras hipóteses. No caso do presente estudo, elencou-se inicialmente, quatro (04) temas para orientar a análise.

- Concepção de participação social para cada um dos grupos elencados (conselheiros/presidentes; técnicas/gestores)
  - Fatores potencializadores da participação social no PMFN
  - Fatores que dificultaram/dificultam a participação social no PMFN
  - Motivos da participação social ser elencada como eixo estruturante para os gestores e para a comunidade

A fim de assegurar um embasamento conceitual ao estudo, buscou-se estabelecer um diálogo das categorias selecionadas com conceitos que derivam,

sobretudo, dos estudos de Gramsci acerca de estado, sociedade civil. A discussão de participação social tem como referência, Maria da Gloria Gohn, Maria do Carmo Albuquerque de Carvalho, Pedro Demo, Maria Luiza de Souza, dentre outros.

Para desenvolver a análise foram seguidas as etapas abaixo:

- Pré-análise: foi feita a leitura flutuante das entrevistas para identificar as categorias de análise presentes;
- Categorização e agrupamento das falas – após a primeira identificação das categorias de análise, nova leitura foi feita para agrupar as entrevistas segundo as categorias propostas e evidenciadas nas falas. Nesta etapa evidenciou-se a necessidade de criar subcategorias de análises a fim de desagregar ao máximo possível a fala dos participantes de forma a apreender seu real significado. Nesta etapa também se buscou identificar semelhanças ou diferenças entre os grupos de entrevistados
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – após a análise das falas estas foram confrontadas com o referencial teórico, as normatizações do PMFN, a fim de identificar aproximações, distorções ou inovações frente ao tema em discussão.

A seguir apresentam-se os temas e categorias selecionadas para análise:

**QUADRO 1: TEMAS E CATEGORIAS UTILIZADAS PARA ANÁLISE NA PESQUISA**

	<b>Tema 1</b>	<b>Tema 2</b>	<b>Tema 3</b>	<b>Tema 4</b>
<b>Dimensão conceitual</b>	Concepção de participação social para cada um dos grupos elencados	Fatores potencializadores da participação social no PMFN	Fatores que dificultaram/dificultam a participação social no PMFN	Motivos da participação social ser elencada como eixo estruturante
<b>Categorias de análise</b>	Definição pessoal de PS	Relacionados ao contexto histórico, econômico, social e local	Relacionados ao contexto histórico, econômico, social e local	Para o entrevistado
	Experiência anterior de PS	Relacionados ao programa	Relacionados ao programa	Para a gestão municipal
		Relacionados a gestão do executivo	Relacionados a gestão do executivo	Para a comunidade

Foi solicitada a aprovação à Secretária Municipal de Niterói para consultar as atas do conselho municipal de saúde, os relatórios finais das conferências municipais e realizar as entrevistas. Também foi feito contato com a gestora do programa a fim de assegurar a realização das entrevistas das técnicas e supervisora. Ao se iniciar cada entrevista foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) com o participante que se dispôs a integrar a pesquisa.

### 1.5.3 Entrada no campo

A pesquisa desenvolveu-se no período de junho de 2014 a agosto de 2014, iniciando-se após o cumprimento da exigência formal de aprovação pela Gestora Municipal.

Inicialmente não havia uma relação totalizada dos integrantes da pesquisa. Adotamos dois critérios norteadores para a inclusão: ter participado do programa desde a implantação ou muito próxima a esta e pertencer a um dos grupos: conselheiros/presidentes ou profissionais/gestores. Iniciada as entrevistas cada entrevistado motivou-se por indicar outras pessoas (pares ou não) a serem entrevistados. Interrompemos a realização das entrevistas quando identificamos a saturação das informações nas entrevistas (MINAYO, 2010).

A fim de resguardar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações obtidas neste estudo, optou-se pela codificação quando da utilização das falas dos entrevistados. Cada questionário foi numerado em uma ordem sequencial crescente de acordo com o grupo no qual o entrevistado está inserido. Considerando que a maioria dos presidentes ocupa uma vaga de conselheiro, optamos por formar um único grupo (presidentes/conselheiros). Formaram-se três grupos:

- Gestores – G1 ao G6.
- Técnicas de enfermagem – T1 a T7.
- Presidentes/conselheiros - P/C1 a P/C6.

Houve um entrevistado que por suas características não foi inserido em nenhum grupo. Sua entrevista foi utilizada de forma comparativa ao grupo de gestores.

## CAPITULO I

### PRECEDENTES HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI SOB A PERSPECTIVA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Niterói situa-se na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, com 487.562 habitantes (IBGE, 2010). Destaca-se na qualidade de vida acumulando indicadores sociais como baixas taxas de analfabetismo<sup>1</sup> (2,27%) e de mortalidade infantil (12,91/1.000nv), renda per capita elevada de R\$ 2.000,29, expectativa de vida acima de 76 anos, corroborando para que a cidade ocupe o 1º lugar em índice de desenvolvimento humano (0,837 – IBGE/2010) no estado e o 5º lugar no país. Paradoxalmente, configura-se como uma cidade extremamente desigual. Embora o percentual de pobres na cidade seja de apenas 3,34%, enquanto do Brasil é de 15,20% (IBGE, 2010), o índice de Gini<sup>2</sup> é de 0,59, praticamente o mesmo que o país, que equivale a 0,60. A razão entre os 10% mais ricos sobre os 40% mais pobres<sup>3</sup> é de 22,94% situando-se ligeiramente acima da média do Brasil (22,78%). Este perfil tem repercussão direta para o sistema local de saúde em geral e particularmente para o PMFN considerando ser este o perfil de usuários elegível para o programa.

A cidade teve sua origem em uma capitania hereditária concedida ao Cacique Araribóia, com a posse solene ocorrendo em 1573 (ano de fundação), quando recebeu a denominação de São Lourenço dos Índios. Em 1835 tornou-se capital do estado do Rio de Janeiro, perdendo este status em 1975 depois da fusão com o estado da Guanabara. A condição de capital do estado deixou para a cidade como legado uma ampla infraestrutura em diversos setores como a saúde, que assumiu por muito tempo uma posição de vanguarda no cenário sanitário nacional.

Niterói destaca-se também na atuação dos movimentos comunitários, sindicais e políticos, notadamente com uma tradição progressista. GOULART (2002) chama atenção para a presença constante e marcante de grupos de tendência à esquerda como o Partido Comunista Brasileiro, o movimento sindical nas indústrias

---

<sup>1</sup>Todos os dados a seguir foram retirados do Atlas de desenvolvimento urbano referentes ao ano de 2010. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download>>. Acesso em: 05/09/2014.

<sup>2</sup>Índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade a 1, quando a desigualdade é máxima. Aponta a diferença entre o rendimento dos mais pobres e dos mais ricos. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download>>. Acesso em: 05/09/2014.

<sup>3</sup>Medida do grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Compara a renda per capita média dos indivíduos pertencentes ao décimo mais rico dessa distribuição com a renda per capita média dos indivíduos pertencentes aos dois quintos mais pobres. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download>>. Acesso em: 05/09/2014.

naval e têxtil, o movimento de bairro, organizado inicialmente como conselho e posteriormente, como federação, dando a cidade um comportamento de “inquietação e mobilização”. Provavelmente, foram estes motivos que fizeram com que no período pós-64, o regime militar usasse “mão pesada” na repressão na cidade (idem, p. 229). Serra (2001, p. 96) destaca os movimentos sociais ligados à questão da terra e de melhoria da infraestrutura urbana, os quais culminaram por aproximar universidade e movimento popular, resultando em projetos de saúde nos quais os problemas comunitários eram discutidos e a população, “passou de objeto da assistência a sujeito da ação”. Hubner (2012), ao referir-se ao mesmo período cita a criação da federação de moradores de Niterói (FAMNIT) em 1980, em decorrência da luta pela posse de terrenos em áreas favelizadas. A FAMNIT se tornará um ator social destacado não só nos movimentos populares da cidade, mas, também na construção da política municipal de saúde, passando a ter assento em todos os fóruns deliberativos do setor desde sua criação. Após 1990 tal entidade será o principal interlocutor do PMFNN. Senna (1995) destaca a proximidade entre o setor saúde e os movimentos populares, ainda sob o regime militar.

A participação social na saúde não é fato novo e pode ser evidenciada desde a década de 1970, em período anterior à própria formação da secretaria de saúde, sendo impulsionada por diversas iniciativas desenvolvidas com a presença da universidade federal fluminense (UFF), por meio do departamento de saúde da comunidade e o próprio movimento popular.

No início da década de 70, sob influência de movimentos progressistas, se estabeleceu uma articulação com as populações periféricas de Niterói, no desenvolvimento de um trabalho interinstitucional, que envolvia assistência à saúde e apoio ao movimento popular organizado na comunidade da Vila Ipiranga (SILVA JÚNIOR, 2006, p. 49).

A partir do final da década de 70, as propostas de articulação ensino-serviço foram ampliadas, incorporando os debates sobre currículo médico, reorientação dos Serviços de Saúde e as demandas dos movimentos estudantil e popular. Em 1981, o PIDAS<sup>4</sup> aliou-se também ao “movimento sanitário” de Niterói na construção de uma articulação política ampla voltada para a reformulação do Sistema de Saúde local (idem, p. 50).

A vitória de um grupo de oposição ao regime militar, em 1976, reforça a proximidade governo-movimentos sociais conforme nos demonstra Silva Júnior *apud* Senna (1995, p. 65).

No município de Niterói, após a fusão do antigo estado do Rio de Janeiro com o estado da Guanabara, ocorrem eleições (1976), onde sai vencedor o

---

<sup>4</sup> PIDAS – Programa de Integração Docente-Assistencial.

candidato do MDB, que desenvolveu inicialmente uma política de aliança com os movimentos sociais, articulando propostas e ações de governo em torno de interesses desses movimentos e de um projeto democratizante.

Até essa época cabia à Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social a administração de cemitérios municipais, capelas e serviços funerários. Desenvolvia ações de saúde pública esporádicas, como campanhas. Com a eleição, um grupo de professores das áreas de saúde, ciências humanas e sociais ligados ao Departamento de Saúde da Comunidade assumem a secretaria. O grupo elaborou o primeiro plano de ação para o período de 1977/1980. A proposta apontava para a criação de uma “rede básica de serviços de saúde centrada no modelo de atenção primária em saúde, a ser implantada progressivamente nos bairros periféricos desprovidos de recursos, de forma hierarquizada, regionalizada, integrada, com utilização de agentes de saúde e participação da comunidade<sup>5</sup>”. Na introdução do plano, o recém empossado secretário cita o processo democrático de participação da população como garantia para alcance das propostas.

Desse modo, acata-se a ideia que ao longo do tempo tem-se firmado como definitiva de que nenhum programa de saúde é realmente útil se não inclui a aceitação da população e sua participação ativa nele (SMS, 1977, p. 61 – modelo de intervenção).

Promover medidas adequadas à participação comunitária nos programas e atividades, notadamente aquelas de caráter local (SMS, 1977, p. 66 – objetivos específicos).

As ações de atuação conjunta universidade-movimento popular desenvolvidas até então sob a forma de experiências inovadoras e com caráter de oposição, seja ao governo militar reinante a época, seja ao modelo hegemônico de atenção a saúde, assumem um caráter institucional nas ações propostas no plano e implementadas pelo grupo executor. No detalhamento do plano de ação a participação social é contemplada na descrição de um dos programas-fins sob o nome de promoção social cujo objetivo é “procurar sempre a participação comunitária no processo de planejamento, execução e avaliação das atividades de saúde” (idem, p. 85). Se considerarmos que, programa e orçamento são os instrumentos que fazem a administração pública se efetivar, ter a participação social contemplada sob a forma de programa-fim e ter uma dotação orçamentária (variou de 0,15% a 0,22% do orçamento global) demonstra em efetivo empenho na execução da ação não se tratando de mera intenção. Não identificamos, no

---

<sup>5</sup>SMS, 1977 - Plano de ação da secretaria municipal de saúde e assistência para 1977/1980.

programa, clareza quanto aos mecanismos de relacionamento entre o poder público estatal e a sociedade civil.

Toda esta proposta sofre um grande revés e interrupção quando na reforma eleitoral de 1979 assume o executivo municipal um grupo de tradição a direita ligado ao modelo hegemônico da saúde e contrário a todas estas proposições. Segundo Senna (1995) a participação social sofreu uma mudança, sendo cooptada pelo novo grupo. O antigo grupo condutor da secretaria municipal de saúde afasta-se, voltando a atuar no âmbito da universidade. As ações em curso, notadamente aquelas que contavam com a participação popular, são mantidas em unidades de saúde de bairros periféricos da cidade, como Santa Bárbara e Caramujo por iniciativa de professores, servidores, alunos e do próprio movimento social presente na localidade.

No início da década de 1980, dois fatos, um no cenário nacional e outro no cenário local, vêm propiciar em Niterói o retorno a sua tradição de vanguarda na área de saúde, tornado-se um exemplo bem sucedido de modelo alternativo de atenção à saúde, com integração de serviços, e novamente, com participação popular. No cenário nacional a crise financeira da previdência dá origem ao plano elaborado pelo Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Plano CONASP), cuja finalidade principal era redução dos gastos (HUBNER, 2007, p. 5). O plano tem como eixo orientador a atenção primária em saúde, a integração de serviços, a regionalização, hierarquização e otimização da produção dos serviços. Localmente, a discussão de reformulação do curso de medicina da UFF conduzida pelo Departamento de Saúde da Comunidade com base na necessidade de incorporação dos preceitos da atenção primária em saúde propostos na Conferência Internacional de Alma Ata sobre cuidados primários em saúde (URSS, 1978) e da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem propiciaram a aproximação dos diretores do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e da faculdade (AZEM, 1988). Neste sentido, a experiência em desenvolvimento em Niterói, centrada na atenção primária e em unidades simplificadas, torna-se uma oportunidade para operacionalizar ambas as propostas. Como resultado foi criado em março de 1982 pela portaria INAMPS/PR 697/1982 o Projeto de integração, regionalização e hierarquização de serviços de saúde para



áreas metropolitanas - Projeto Niterói<sup>6</sup>, que pode ser considerado o eixo condutor do processo de reforma do sistema local de saúde e embrião, no país, do processo de municipalização. Posteriormente, esta experiência possibilitará que Niterói se torne um dos primeiros municípios do Brasil a municipalizar a rede e a política de saúde, ainda na década de 1980. Goulart (2002) refere-se ao Projeto Niterói como uma estratégia de resistência do grupo que foi aliado da secretaria de saúde na mudança da condução política da prefeitura.

O projeto privilegiou a condução das ações por meio de uma composição colegiada enquanto fórum deliberativo. Estabeleceu-se uma comissão executiva local (CEL) instituída por meio da portaria INAMPS/PR-726/82<sup>7</sup>, composta por representantes das instituições participantes do projeto, da federação das associações de moradores de Niterói (FAMNIT) e de entidades de classes. Competia a CEL o planejamento e o detalhamento da operacionalização das ações que “pelo papel integrador da proposta, confundia-se com a própria direção do sistema de saúde local<sup>8</sup>”. Silva Júnior *apud* Senna (1995, p. 69), ao referir-se a participação da FAMNIT no Projeto Niterói destaca que, apesar de interesses distintos, setores da administração e movimento popular se unem em torno de propostas alternativas às políticas da prefeitura municipal. As ações propostas pela CEL eram operacionalizadas pela secretaria executiva. Em nível das sub-regiões foram criados os grupos executivos locais (GEL) integrados por dirigentes institucionais e lideranças comunitárias das áreas. A estes grupos cabia a discussão da operacionalização local das ações. Azem (1988) ao analisar a participação social no projeto Niterói avalia que esta nem sempre foi regular, sofrendo oscilações. Contudo, chama atenção para a existência na região norte da cidade, de uma experiência fecunda e duradoura (oito anos) junto à Unidade de Saúde local e a Escola do bairro que culminou na criação de clube de saúde envolvendo profissionais de saúde, professores, pais e alunos onde “os problemas são discutidos e avaliados por todos menos quanto à contratação e orçamentação, de competência da autoridade institucional” (idem, p. 15). Pode se afirmar que esta experiência contribuiu para a formação, em anos posteriores, do conselho comunitário das regiões de saúde.

---

<sup>6</sup>AZEM, E.P. Experiência pioneira da integração e descentralização de serviços. Niterói: FMS, p. 3, 1988.

<sup>7</sup>SMS, 1987 – Ofício nº 26 de 28/01/1987, p. 15.

<sup>8</sup>Documento FMS, sem data, p. 1 – Estrutura Organizacional.

Um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1988<sup>9</sup> aponta que as ações descentralizadas e integradas de saúde foram implantadas em Niterói três anos antes das Ações Integradas de Saúde (AIS). Relaciona para o êxito do programa um conjunto de elementos:

Rede de alianças desenvolvida por profissionais integrantes do projeto Niterói que se inseriram em diferentes níveis da administração estadual e federal; participação popular por meio das associações de moradores cuja atuação obteve-se respaldo em diferentes momentos representados por eventuais avanços das forças interessadas no sistema vertical e centralizado (FMSN, documento interno, sem data).

O Projeto Niterói contribuiu para a reforma do modelo de atenção em saúde não só em Niterói, mas em todo o país. Em 1984 tornou-se um programa nacional denominado ações integradas de saúde (AIS). Dentre aspectos inovadores desta proposta destaca-se a participação popular por meio dos grupos executivos locais (GEL), que tinham como objetivo o acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos territórios.

A partir de 1989 a secretaria sofreu transformações significativas a nível gerencial e na organização dos serviços de saúde acompanhado pela chegada ao executivo local da prefeitura um novo grupo de esquerda liderado pelo partido democrático trabalhista (PDT) que tinha como compromisso de campanha assegurar o processo de municipalização ensejado pela Constituição Federal de 1988.

O governo do prefeito Jorge Roberto Silveira, iniciou-se em 1989 e alinhado ao ideário de um serviço público forte, eficiente e eficaz permitiu num espaço de conflitos e contradições levar a SMS a implantar o Sistema Único de Saúde (NITERÓI, 1982, p. 1).

O prefeito convida o então secretário executivo do Projeto Niterói a assumir a secretaria municipal de saúde. Segundo Serra (2001, p. 99) um “militante do movimento sanitário”. Goulart (2002) destaca a tendência progressista, de esquerda na saúde, possibilitando que a pauta da reforma sanitária fosse incorporada definitivamente no sistema de saúde de Niterói a partir desta nova gestão. Desta forma, em abril de 1989 o Projeto Niterói foi institucionalizado por meio do convênio de adesão para implantação do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) entre a SES-RJ (Secretaria Estadual de Saúde), INAMPS e a SMS Niterói delegando-se a esta última à coordenação programática do sistema de saúde de Niterói.

---

<sup>9</sup>Documento interno da SMS Niterói, sem data.

A estratégia de municipalização segundo o grupo condutor pautava-se em “princípios indissolúveis que dão o arcabouço de um processo sólido para o futuro que previa entre outros, a participação popular como base da democratização da gestão, organização dos servidores e decisão política na construção de um modelo assistencial pautado no conceito de base populacional e priorização do setor público” (NITERÓI, 1982, p. 1).

A condução do SUDS era feita por uma comissão executiva (CE-SUDS) criada para substituir a comissão executiva do projeto Niterói e “ampliar a participação popular e a democratização das decisões” (Ações Integradas de Saúde – Projeto Niterói, 12/07/1989, p. 2). A organização do modelo de assistência levava em conta a “garantia do controle social do sistema pela população, orientando o planejamento da secretaria” (NITERÓI, p. 1). Nesta reformulação são criados três conselhos comunitários regionais, por decisão do conjunto de associações de moradores (SERRA, 2001, p. 99) cita esta como uma das recomendações do Fórum popular de saúde realizado na cidade em maio de 1989 que segundo Silva Júnior (2006) possibilitou que os movimentos sociais se mobilizassem, precocemente em Niterói, na organização do Conselho Municipal de Saúde.

Em 1990, pelo decreto nº 831 de 09 de julho de 1990, foi criada a fundação municipal de saúde com a finalidade de executar a “política de saúde do governo municipal assegurando acesso igualitário a população assegurando agilidade administrativa e possibilidade de captação extra orçamentária” (NITERÓI, 1995, p. 10).

A autonomia da fundação municipal de saúde contribuiu na mobilização de fóruns de negociação entre interesses, as vezes conflitantes, dos diversos segmentos da sociedade apontando para rumos mais democráticos na definição da políticas públicas no setor saúde (O'DWYER *apud* ERBAS, 2010, p. 61).

A fundação incorpora a comissão executiva do SUDS, mantendo a representação da comunidade no conselho diretor e no conselho fiscal. No conselho diretor participa um representante de cada um dos três conselhos comunitários de saúde. Compete ao conselho deliberar sobre a política de saúde a ser desenvolvida pela FMS. No conselho fiscal tem assento um representante do conselho municipal de saúde com a função de acompanhar e fiscalizar a gestão financeira. Estes espaços de representação assumem um caráter institucionalizado e bastante normativo. Senna (1995) destaca os conflitos presentes neste espaço que dificultam,

muitas vezes, a deliberação. Nascimento (2002) chama atenção que a simples presença de representantes da comunidade não significa assegurar participação, pois participar significa ter peso igual no jogo político.

Diversos outros documentos da SMS/FMS Niterói do mesmo período fazem menção a participação social. Em dezembro de 1988 foi realizado o seminário “Pensando Saúde em Niterói” em que se indica, no relatório final, a criação do conselho municipal de saúde:

Sugere um conselho composto de representantes de cada setor, como: secretaria de saúde, trabalhadores de saúde, comunidades... além de representantes de cada conselho distrital (EBOLI, 1988, p. 6).

A este conselho é delegado o “poder de discutir com as instituições e influir em sua política” (idem, p. 9). Outra forma de participação refere-se a fiscalização que deve ser exercida pela comunidade nas ações de vigilância epidemiológica (p. 8).

O modelo de organização adotado neste seminário com presença de lideranças comunitárias pode ser considerado como precursor da organização da Primeira Conferência Municipal de Saúde (1991).

Atribui-se à organização e mobilização do setor sanitário da cidade aliado a presença de um partido de esquerda na condução do executivo local, as condições favoráveis para que Niterói fosse um dos primeiros municípios do Brasil a municipalizar a rede e a política de saúde, de 1989 até 1992. O processo de municipalização na cidade iniciou-se antes da instituição da lei nº 8.080 de criação do SUS segundo documentos internos da secretaria de saúde:

Nossa estratégia de municipalização vem se pautando em alguns princípios indissolúveis entre si que dão arcabouço de um processo sólido para o futuro: (...) Canais de participação popular como base à democratização da gestão (...) e decisão política de construção de um modelo assistencial pautado no conceito de base populacional e priorização do setor público (NITERÓI, 1992, p. 1).

Ao analisarmos a história do setor saúde em Niterói podemos evidenciar que houve uma confluência de fatores históricos e políticos no cenário local e nacional que contribuíram para que o processo de mudança do modelo de atenção e do processo gerencial avançasse rapidamente na direção da conformação de uma política de saúde pautada pelas diretrizes do SUS, de universalidade, equidade, participação social. Alguns aspectos que contribuíram envolvem: a presença de um grupo técnico bem preparado consonante com as novas proposições em curso, notadamente as emanadas do movimento da reforma sanitária brasileira; a

proximidade institucional dos centros de decisão (direção do INAMPS); a interrelação institucional (SMS, SES, MPAS, UFF), a proximidade academia-serviço intercâmbio permanente de conhecimentos e práticas.

No que tange à participação social destacamos alguns aspectos que favoreceram, em nosso entendimento, uma proximidade relativamente constante do movimento popular do setor saúde: a trajetória de ações desenvolvidas junto ao movimento popular, principalmente pelo grupo de professores ligados ao Departamento de Saúde da Comunidade da UFF que posteriormente assumem a direção da secretaria municipal de saúde e mantem a mesma condução; a tendência partidária de esquerda do grupo executivo local; a continuidade da legenda partidária com a manutenção dos mesmos propósitos na condução da política local e o interesse em operacionalizar as diretrizes da nova política de saúde em curso no país, a continuidade do grupo gestor da SMS/FMS Niterói; a formação da federação de associações de moradores com ativa participação na política local de saúde desde sua criação. Avaliamos que para a participação social o contexto foi de favorecimento, sobretudo, pela forte tendência de participação reinante à época no contexto nacional da sociedade brasileira com o desejo de rompimento com o regime militar. Pode-se dizer que a participação social não era uma particularidade da cidade ou do setor saúde, mas uma tendência da época contribuindo para o fortalecimento do movimento popular. A trajetória militante da cidade se fortalece e é fortalecida pelo contexto nacional (GOULART, 2002). No que tange a saúde, o movimento pela reforma sanitária em franco desenvolvimento no país, tem em Niterói representantes importantes que desenvolveram alternativas para materializar os princípios em voga, imprimindo um novo modelo de atenção a saúde na cidade, inclusive com efeito demonstrativo para o restante do país. Julgamos que houve uma aproximação intencional e proposital em que cada ator – governo e sociedade, identificou possibilidades de auto fortalecimento. Assim para o grupo gestor a proximidade do movimento popular possibilitou a manutenção da hegemonia, a disseminação de valores do grupo, além de ter na comunidade um elemento a mais de resistência frente aos oponentes da proposta. Para o movimento popular, sobretudo mediado pela FAMNIT, representou a possibilidade de afirmação e empoderamento junto às comunidades na medida em que seus pleitos se faziam incorporar na agenda governamental alargando sua base de representatividade. Neste sentido, a participação social ao longo da história do setor saúde pode ser

identificado como um elemento importante na conformação da política de saúde local.

## 1.1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA DE MEDICINA DE FAMÍLIA EM NITERÓI – 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA

A medicina de família surge no contexto internacional e nacional, na década de 1980, como uma alternativa ao modelo de atenção vigente centrado na doença tendo como locus preferencial de ação o hospital. Diversos países como Canadá, Espanha, Cuba implantam o modelo que tem como eixo condutor os cuidados primários em saúde e a participação ativa da comunidade. No cenário nacional a falência do milagre econômico, a crise da previdência, a insatisfação de profissionais e usuários com o desempenho dos serviços de saúde possibilitou que algumas cidades iniciassem a medicina de família como modelo alternativo de saúde local. As cidades de Campinas e Londrina optam pelo modelo canadense. Niterói opta pela concepção cubana de atenção a família sendo o modelo implantado logo após o início do processo de municipalização, como uma proposta de extensão de cobertura as áreas de maior vulnerabilidade e vazios assistenciais.

A história da cidade no que se refere à tradição político-partidária, a trajetória de organização do setor saúde, dos movimentos populares e a proximidade destes com a secretaria de saúde podem ser considerados fatores determinantes da opção pelo modelo cubano. Para Hubner (2010, p. 27) os modelos assistenciais não estão baseados apenas em tecnologias, mas, “expressam o interesse de determinados atores que disputam a hegemonia de um determinado setor da sociedade do ponto de vista ideológico e político”.

Os primeiros contatos e intercâmbio com Cuba iniciam-se em 1989 quando Niterói vivia um cenário sanitário marcado por uma grave epidemia de dengue e uma epidemia de meningite (1991) que resultou na busca de colaboração para enfrentamento dos agravos, visto a experiência cubana bem sucedida no combate a estas doenças. Foi a oportunidade de conhecer o modelo de atenção a família adotado naquele país e iniciar uma série de discussões “considerando o momento político oportuno em que se encontrava o município (NITERÓI, 1997, p. 4). Em 1991 a visita do prefeito Jorge Roberto Silveira (PDT) “concretizou um conjunto de

decisões políticas para então adaptar a experiência de medicina de família cubana” (NITERÓI, 1987, p. 6). Em 1992, ano da inauguração do primeiro módulo do programa no Morro do Preventório, havia uma conjuntura histórico-política local bastante favorável a mudanças. A implantação ocorre por uma decisão externa ao setor de saúde vinculada a uma agenda política do poder executivo local e não apenas por condicionalidades técnicas. São apontados como as principais justificativas da implantação: a necessidade de mudança do perfil epidemiológico, a responsabilidade governamental imposta pelo recém criado SUS, a efetividade demonstrada pela experiência internacional na resolução de problemas de saúde, a redução de custos e a necessidade de diminuir a demanda reprimida principalmente dos residentes em morros e periferias (NITERÓI, 1993, p. 8).

Segundo avaliação dos gestores o programa não representa a simples transposição de um modelo internacional, ao contrário foi adaptado a realidade local e é coerente com a legislação brasileira de atenção primária e com a diretrizes do SUS. É reconhecido como uma “medida de impacto” (NITERÓI, 1994, p. 6) sobre as condições de saúde, notadamente da população de baixa renda, porque: permite o controle popular através da coparticipação no controle da qualidade do serviço, resgata o saber popular, propicia a troca de saberes profissionais-usuários, estimulando uma visão de mundo crítica e conjuntural na busca pela transformação na qualidade de vida (idem, ibidem). O objetivo do programa é suplementar a rede municipal de assistência a saúde com ênfase na atenção primária, de modo a otimizar o produto obtido pelos serviços (idem, p. 8).

O PMFN fundamenta-se na concepção humanista que prioriza o homem como sujeito de sua história, a partir de determinantes sociais. Dentre as premissas que orientam a escolha do modelo merecem destaque no âmbito deste trabalho: a atenção integral a saúde como qualidade de vida, o resgate da cidadania e o controle social “feito pela comunidade através dos seus representantes das associações, exercendo a cogestão financeira e administrativa, promovendo desta forma a organização social” (NITERÓI, 1987, p. 7).

Observamos seu grande potencial como organizador da hierarquia assistencial, como provocador de nova relação entre a população e os serviços de saúde, de mobilizador de resolutividade e qualificação dos serviços, facilitando o acesso a tecnologia e, principalmente, tornando presente os conceitos de cidadania, quando a população atendida assume a cogestão do Modelo (Implantação do Médico de Família em Niterói – Relato de Experiência, sem data, p. 5).

Seus conceitos fundamentais não contrariam as bases brasileiras de atenção primária e outros procedimentos uma vez que fundamentam e reforçam as classes populares, contribuindo para a elevação da sua organização de “baixo para cima” enquanto “sujeitos políticos coletivos” em ações coparticipadas na conquista da saúde como direito de cidadania (NITERÓI, 1993, p. 11).

Para a implantação do programa a comunidade selecionada deve obedecer aos seguintes critérios: ser geograficamente delimitada, com população entre 3.500-4000 habitantes, de baixa renda, contar com a existência de associação de moradores regulamentada e reconhecida pela FAMNIT e ter na área uma unidade de saúde de referência. Atendidos os pré-requisitos é formalizado um convênio com a associação de moradores e a FMSN, conforme decreto nº 17/1992. A fase preliminar de implantação “é precedida de ampla discussão com as populações a serem atendidas, aprofundamento do estudo epidemiológico e assessoramento as organizações comunitárias para assumirem as atividades próprias da co-gestão da proposta” (NITERÓI, 1995, p. 15).

Na etapa seguinte inicia-se o cadastramento familiar por setor realizado pela equipe básica (médico e auxiliar de enfermagem) assegurando-se vínculo, adscrição das famílias à equipe, conhecimento da realidade local<sup>10</sup>. Cada equipe é responsável por 500 a 800 pessoas (200 famílias). As atividades da equipe se dividem em dois grandes grupos: 50% de atividades em consultório e 50% de atividades em campo para o desenvolvimento de visitas domiciliares, visitas hospitalares e atividades de educação em saúde. O conceito da vigilância da Saúde permeia a concepção e metodologia do programa que adota o conceito ampliado do processo saúde-doença que compreende as famílias em seu contexto socioeconômico e cultural e tem como diretrizes da ação a integralidade, vínculo, estímulo à participação comunitária nos aspectos relativos a saúde individual, coletiva e ambiental. No campo da promoção da saúde a busca na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares, bem como em outras redes sociais (CZERESNIA, 2004). Neste sentido, o processo de trabalho das equipes permite aos profissionais vivenciar o ambiente domiciliar dos usuários e conhecer os riscos à que estão expostos, pactuando linhas de cuidado à saúde de forma integral. Ainda que esta proposição imponha um novo modelo de agir em

---

<sup>10</sup>No PSF/MS o cadastramento faz parte do rol de atividades do ACS e não do médico como determinado no PMFN Niterói. Esta diferença é importante considerando que um dos objetivos da equipe básica, incluindo o médico é promover a participação comunitária.



saúde, a base das ações adotam conhecimentos e habilidades próprias da formação e ação em saúde.

A promoção da participação comunitária também é responsabilidade da equipe básica, constituindo-se um dos objetivos do programa. Cabe à equipe “incentivar a organização e participação da população na conquista de seus direitos plenos de cidadania” (NITERÓI, 1993, p. 17). Para isto deve desenvolver práticas de educação em saúde que visem à democratização do saber técnico.

Os instrumentos técnico-científicos são destinados ademocratizar e trocar os saberes, a partir da realidade de vida dos usuários adscritos, reforçando e estimulando sua “visão de mundo” de modo crítico e conjuntural; Resgata o “saber popular” onde o usuário e os profissionais refletem sobre suas práticas e, coletivamente, buscam a transformação integral da qualidade de vida da população (idem, p. 11).

A equipe básica é estimulada a planejar as ações que incorporem as determinações sociais que afetam os aglomerados populacionais em função de suas condições de vida. Ela deve estar atenta às demandas por outras ações não exclusivas do setor saúde, mas, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e assegurem garantia às ações de outras políticas públicas. A equipe deve agir em conjunto com a comunidade e com outros atores sociais presentes no território na perspectiva da ação intersetorial. Deve ainda reorganizar as práticas de saúde no nível local, que contribuam para o processo de desenvolvimento e consolidação da cidadania, na medida em que a população é chamada a avaliar os resultados e as práticas desempenhadas pela equipe. Podemos afirmar que estas ações se constituem em um dos grandes desafios do programa e que são mais difíceis de operacionalização pelas equipes, considerando que não constituem o escopo de ações para as quais a equipe de saúde seja normalmente capacitada. “Outra questão a se destacar é a pouca ou nenhuma reflexão dos profissionais de saúde sobre a questão do “controle social” proposto pelo SUS em sua formação” (HUBNER, 2012, p. 53).

Para apoiar e complementar o trabalho da equipe básica, o programa conta com um grupo básico de trabalho (GBT) composto por um Coordenador e uma equipe de supervisores: de clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, enfermagem, serviço social, saúde mental, saúde coletiva e cirurgia geral. O coordenador representa o elo fundamental da equipe com as instâncias superiores da Secretaria de Saúde e demais órgãos relacionados ao programa. Aponta para a secretaria e/ou estabelece, por delegação, articulações interinstitucionais de

interesse do programa sendo responsável pelo controle metodológico, através do gerenciamento de atividades dos supervisores e equipe básica, pela realização de reuniões trimestrais com o grupo básico de trabalho (GBT) para avaliação da metodologia. Dentre as funções do coordenador destacamos seu papel como elo entre a equipe básica e as associações de moradores e demais moradores com a tarefa de “desmonopolizar saberes acerca da metodologia do programa, contribuindo na cogestão do trabalho” (NITERÓI, 1997, p. 6) sendo corresponsável com a equipe básica na realização e condução da reunião setorial, na interlocução permanente com os presidentes de associações de moradores.

O modelo de Niterói expandiu-se para outros municípios do estado do Rio de Janeiro, com a criação da Secretaria Extraordinária de Projetos de Integração Social (SEPI), sob a direção do ex-prefeito Jorge Roberto Silveira no governo estadual de Leonel Brizola. Também serviu de inspiração ao Programa de Saúde da Família (PSF) implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 1994. A equipe gestora do programa passou a integrar o corpo de colaboradores do Ministério da Saúde no assessoramento para a implantação e implementação do Programa em nível nacional (NITERÓI, 1994, p. 17).

As principais diferenças do modelo PMFN para o modelo PSF referem-se à composição da equipe, a presença da equipe de supervisores, o número de famílias adscritas à equipe. No que tange a participação social apontamos como principais diferenças: a distribuição de 50% da carga horária da equipe básica para atividades na comunidade, o cadastramento feito em conjunto pelo médico e técnica de enfermagem, a responsabilização da equipe com caráter de obrigatoriedade com o desenvolvimento de atividades educativas, atividades intersetoriais e de promoção da participação e mobilização comunitária e da reunião de setor. No âmbito do PSF as atividades externas são de obrigação do agente comunitário de saúde (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011).

O programa sofreu a primeira adaptação no ano de 2002, quando o município aderiu ao Projeto de Qualificação de equipes de saúde da família no município de Niterói (PROESF<sup>11</sup>) que prevê o repasse de recurso financeiro do BIRD (Banco Internacional para reconstrução e desenvolvimento) para o município para ampliação da cobertura do programa no bojo da ação ministerial de transformação

---

<sup>11</sup>PROESF – iniciativa do MS apoiada pelo BIRD. Tem como objetivos expandir a ação do PSF em municípios com população acima de 100.000 habitantes. Informe MS outubro de 2002. In: MARQUES, D., 2012, p. 76.

da estratégia saúde da família para programa de saúde da família, com a função de porta de entrada para o sistema de saúde. Para Niterói esta adesão implicou no aumento do número de famílias por equipe passando para 250 para se assemelhar à proposta do ministério que é de 1.000 famílias por equipe. Em 19 de novembro de 2002 a então vice presidente de atenção ambulatorial, coletiva e de família apresenta a proposta ao conselho municipal de saúde informando da ampliação de 68 novas equipes, totalizando 133 equipes que atenderam 44 novas áreas. Dentre os objetivos da proposta consta “participar com os usuários, no exercício da conquista da cidadania, da transformação qualitativa do ambiente em que vivem em termos de preservação e organização social” (CMSN, ata do dia 19/11/2012).

O projeto se justifica pela premência em incluir a população residente em áreas de risco no plano de intervenção como parte da política municipal ampliando o acesso aos serviços e promovendo equidade (CMSN, ata do dia 19/11/2012).

Em 2008, inicia-se o processo de conversão do modelo de Niterói ao modelo vigente em todo território nacional pela ampliação e diversificação das categorias que integram a equipe com a entrada, dentre outros, do agente comunitário de saúde. A este elemento, de acordo com o normatizado na Portaria GM/MS nº 2.488/2011, foi transferida a responsabilidade das atividades externas, anteriormente executadas pela equipe básica – médico e técnica de enfermagem. Neste sentido, o caráter técnico normativo parece ter suplantado o caráter ideológico, tão presente na concepção metodológica e na implementação do programa até o ano de 2002. Identificamos esta modificação como uma perda significativa da capacidade da equipe em influir no processo de mobilização das comunidades na direção da participação e do controle social. Com isto, o que a nosso ver se apresentava como a potência da proposta para o processo democrático, as reuniões de setor, correm o risco de serem eliminadas ou sofrer novo arranjo em que a participação da comunidade perca o caráter ativo. Segundo Demo (1999) passividade não é participar. Em complemento utilizo a definição de Souza (2010, p. 81). “A participação é o próprio processo de criação do homem ao pensar e agir sobre os desafios da natureza e sobre os desafios sociais, nos quais ele próprio está situado”.

Na atualidade o programa está em franco processo de expansão a partir da conversão das unidades de saúde tradicionais em modelo saúde da família. 70% da população do município é coberta pela Estratégia de Saúde da Família estando

instaladas no território 83 Equipes de Saúde da Família, 8 Equipes de Saúde Bucal com 165 Agentes Comunitários de Saúde (2 ACS por equipe) distribuídos em 33 unidades saúde da família (FMS-Relatório Anual de Gestão (RAG), 2013).

Para encerrar este tópico do estudo, podemos afirmar que o programa adquire um caráter singular ao apostar não só na mudança do perfil sanitário, mas, também na mudança do próprio processo democrático, tanto em nível do micro território (setor/comunidade) onde se inserem as equipes, como no exercício do controle social no município via os canais de participação social instituídos no SUS - conselho e conferência.

No que se refere à participação social, em que pese à discussão quanto à efetividade no ciclo da política de saúde e o caráter institucionalizado, não se pode negar que é uma categoria ordenadora do agir das equipes que passam a ter por compromisso promover a mobilização e a participação comunitária na perspectiva da garantia de direitos, notadamente o direito à saúde àqueles que historicamente estiveram privados deste. Pode se ainda afirmar que representa uma decisão política clara do grupo gestor à época de criação e ampliação das bases do estado para a participação de novos atores sociais. Senna (2002, p. 532) aponta que a incorporação de atores sociais à política de saúde, em geral, na cidade e ao programa, em particular, revela um quadro de alianças entre a burocracia municipal e os movimentos sociais, desde a década de 1980. Neste aspecto, não podemos deixar de chamar atenção para o fato de que, ao optar pela FAMNIT, dentre um conjunto de outros movimentos sociais, o governo excluiu outros atores do jogo político (SENNA, 1995; NASCIMENTO, 2005). Pode se observar uma possível intencionalidade, como Nascimento (2005, p. 3) interpreta de “trazer a tona interesses que podem ser manobrados para o consenso imposto ou silenciamento ou por divergências a serem debatidas” ou de contribuir para a participação cidadã da sociedade civil local.

A seguir abordaremos de forma mais detalhada e crítica à cogestão FMSN- Associação de moradores e a reunião de setor por entendermos, após sucessivas leituras de documentos oficiais, que a primeira configura-se como a materialização da concepção da participação social do grupo gestor associada à ideia de controle social. A segunda, a reunião de setor, trata-se de uma ação realizada em território que propicia a participação social no âmbito da implementação da política de saúde, mas, que não se limita a esta, ao contrário, expande-se ou deveria expandir-se na

perspectiva da garantia de outras políticas públicas no micro território (setor/comunidade). Neste sentido, avalio que corresponde a concepção ideológica<sup>12</sup> do grupo gestor. Senna (1995, p. 46) chama atenção para o reconhecimento do papel dos diferentes grupos sociais como interlocutores para o desenvolvimento de um novo padrão de serviços de saúde como direito de cidadania, incorporando novas demandas na pauta de negociação e reconhecimento pelo Estado, como direito social.

Em continuidade, abordaremos a participação social vinculada ao programa médico de família no âmbito do conselho municipal de saúde de Niterói e nas seis conferências ocorridas na cidade por serem estes espaços formais de participação do SUS. Na proposta metodológica é objetivo do programa estimular a participação e controle social nestas instâncias.

## 1.2 A COGESTÃO FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSOCIAÇÃO DE MORADORES

A implantação do programa na comunidade se dá pela solicitação da associação de moradores, filiada a FAMNIT à Fundação Municipal de Saúde por meio de documentação oficial. Esta solicitação é submetida a avaliação pela equipe técnica quanto ao atendimento das exigências preconizadas na proposta metodológica do programa e “pela articulação da associação de moradores com a câmara de vereadores para aprovação da solicitação” (NASCIMENTO, 2005, p. 2). Atendidas todas as exigências, a solicitação é aprovada e firma-se um convênio entre a Fundação Municipal de Saúde de Niterói e associação de moradores (ANEXO 4) conforme o decreto nº 17/92 de 16 de julho de 1992 (ANEXO 5) que estabelece o papel de cada ente na condução do programa. O papel cogestor das

---

<sup>12</sup> Neste trabalho usamos o termo ideologia com o sentido empregado por Gramsci “uma concepção de mundo que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações da vida individual e coletiva” (GRAMSCI, 1977 *apud* SIMIONATO, 1995, p. 75). A ideologia situa-se como concepção de mundo definidora e constituidora do real (BRANDÃO; DIAS, 2007, p. 81). Empregamos o termo ao referirmo-nos ao comportamento do grupo gestor da SMSN ao adotar a participação social como uma categoria estruturante do PMFN, entendendo, em Gramsci, que a ideologia historicamente orgânica é aquela que mobiliza, articula, direciona as ações, as lutas das classes e que, portanto, implica na luta pela hegemonia (SIMIONATO, 1995; BRANDÃO; DIAS, 2007; COUTINHO, 2008). Em Niterói entendemos que a luta pela hegemonia se dá entre os dois modelos antagônicos da saúde – o público, universal, pautado pela definição social da saúde versus o modelo privatista, centrado na doença e no atendimento individual.

associações de moradores assume destaque no programa assegurando um caráter de inovação no que tange a participação da população no controle da política de saúde.

O programa é reconhecido como uma estratégia que possibilita a articulação formal do executivo com a população por meio do convênio com entidades legalmente constituídas e legitimamente representativas de grupamentos populacionais (NITERÓI, p. 11).

A participação sistemática das lideranças locais do movimento organizado na cogestão do modelo expressam claramente o grau de controle social da população e sua capacidade de assumir papel ativo no planejamento e desenvolvimento das ações (FMSN – Médico de Família – um projeto de saúde que fortalece a relação de confiança entre médico, paciente e comunidade, merece crescer, sem data).

Cabe a associação de moradores fazer a cogestão financeira e administrativa. Esta atribuição inclui contratar e dispensar os recursos humanos, fazer avaliação do desempenho das equipes em parceria com a coordenação, indicar componentes de nível médio e elementar para a equipe. Compete ainda à associação de moradores apoiar o trabalho do médico "mobilizando os usuários para participar nas ações de saúde (FMSN - projeto de implantação do PMFN em Niterói, p. 15, sem data).

À associação é repassado recurso financeiro para o custeio das ações oriundos diretamente dos recursos do tesouro municipal. Até 1999 o município sustentava integralmente o programa com recursos próprios, mas, a partir deste ano o Ministério da Saúde, após reconhecer o modelo de Niterói como tipologia do programa saúde da família, inicia, de acordo com a Portaria nº 204 (29/01/2007), o repasse de verbas federais para o município sob a forma de PAB variável (piso da atenção básica). O repasse integra o bloco de financiamento da atenção básica proporcional ao número de equipes de saúde da família, de equipes de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde<sup>13</sup>. Ainda hoje em dia o custeio das ações do programa é em grande parte oriundo do tesouro municipal<sup>14</sup>.

O papel da associação de moradores na cogestão das ações do programa pode ser reconhecido como uma inovação positiva para o movimento popular que existe na cidade desde a década de 1970 e foi ampliado na década de 1980, em concomitância ao processo de democratização vivido em todo país. Em âmbito municipal a proximidade deste movimento com o setor saúde, em particular com um

<sup>13</sup>Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

<sup>14</sup><http://www.fns.saude.gov.br>; RAG/2013. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>>.

grupo de tendência progressiva e tradição de esquerda, que conduzia o Projeto Niterói, possibilitou a criação da FAMNIT que se fortalece enquanto movimento social e assume centralidade, não só nos movimentos ligados a legalização da posse da terra, como na política municipal de saúde ainda nos anos 1980. Posteriormente, na década de 1990 no programa médico de família, a FAMNIT se torna um ator social importante na correlação de forças para ampliação do Estado à participação de novos atores sociais como representante das demandas das comunidades junto ao governo.

No que tange ao poder público relacionar-se com a FAMNIT ainda que apresente momentos de muito tensionamento no embate político é sem dúvida uma estratégia que facilita a negociação de interesses do governo na direção do movimento comunitário. Ainda que possamos identificar um compromisso em assegurar a participação social em cumprimento aos princípios do SUS e em virtude da própria trajetória dos movimentos populares na cidade e que tenha impactado efetivamente no avanço da política de saúde local não se pode deixar de vislumbrar uma intencionalidade na utilização deste ator como estratégia de disseminação dos conceitos e valores de um grupo que almejava (almeja?) a hegemonia do sistema local de saúde. A FAMNIT pode ser reconhecida como um aparelho privado da sociedade civil apropriada pelo grupo que busca se tornar hegemônico e que precisa disseminar novos valores, uma nova cultura compatível ao perfil e necessidades deste grupo. Segundo Demo (1996, p. 70) o Estado aprecia a participação enquanto for fonte de justificação ideológica, ou seja, enquanto não lhe atrapalha.

Um fator que pode se tornar positivo para a participação social em saúde é a representatividade que os presidentes têm como conselheiros. Juntamente com a FAMNIT eles ocupam quatro das dezesseis vagas do segmento de usuário do conselho. Esta situação pode propiciar que o grupo se constitua em um ator importante na arena decisória da formulação e implementação da política de saúde municipal fortalecendo a função deliberativa própria do conselho, que em última análise, pode contribuir com o exercício da democracia deliberativa. Outro aspecto extremamente positivo refere-se ao próprio processo de aprendizagem cidadã que estes presidentes-conselheiros vivenciam, seja no exercício da função de gestor, seja enquanto conselheiros. Neste sentido, este aspecto pode muito fortalecer a participação social e ainda contribuir para a formação de novas lideranças nas comunidades. “As associações de moradores estão recebendo instrumentos de

interferência política direta ganhando status na cena pública” (NASCIMENTO, 2005, p. 4). No rol de fragilidades ou riscos a participação social com este modelo de relação entre poder governamental e a associação de moradores mediatizada pelo papel cogestor do programa podemos elencar um conjunto de situações. Um aspecto prejudicial parece ser a relação de benesse que se estabelece entre o governo e a associação de moradores levando esta a abrir mão de seu poder de participação nos espaços junto ao governo, demonstrando demandas e necessidades locais, realizando críticas ao agir do poder público. Isto ocasiona arrefecimento da luta pela garantia de ações governamentais na perspectiva da inclusão do território e seus moradores no rol de ações públicas assegurando os direitos sociais que fazem jus em conformidade com a condição de estado democrático de direito vigente no país. Neste sentido, a associação se imbuí de uma função que não lhe pertence e obscurece aquela que é a razão maior da criação das associações de moradores na década de 1970 – a reivindicação pela garantia de direitos. Ao assumir a gestão pública, os movimentos sociais perdem o horizonte da busca “da transformação levando a uma participação que se adapta as necessidades dos gestores públicos na conformação das políticas públicas” (NASCIMENTO, 2005, p. 4). Segundo Demo (1993, p. 73) o Estado, ao financiar organizações populares ou ações como é o caso do PMFN, tem o processo participativo sob seu controle.

Outro complicador refere-se ao exercício da ‘função patronal’ exercida pelo presidente que gera constantes conflitos entre este e a equipe. Muitas vezes devido ao exagero do poder que esta função possibilita ao presidente no que se refere a cobrança da carga horária, das atividades desenvolvidas, na marcação de férias. Senna (1995) ao discutir esta função chama atenção para o fato do modelo colocar sob a direção do presidente, ‘um comunitário’, uma categoria detentora de um status social que a diferencia do conjunto dos demais profissionais de saúde, o médico, que pela própria formação tem dificuldade em se adequar a este tipo de regras administrativas (HUBNER, 2012). Em função disto a relação médico-usuários por vezes se torna bastante tensa, causando animosidades de um e outro lado e dificultando o papel proposto para a associação de moradores na metodologia do trabalho de apoiar o trabalho de médico. Outra consequência decorrente deste comportamento segundo Mascarenhas (2002, p. 90) é a rotatividade do profissional médico e que acaba por influenciar nos princípios de vínculo e adscrição de clientela.



Nascimento (2005, p. 4), ao avaliar o modelo chama atenção para a discussão necessária dos limites do público e do privado na relação que se estabelece na cogestão na medida em que, como relata a autora, “muitas vezes o presidente relaciona-se com o módulo como extensão de sua propriedade pessoal”. Outro aspecto refere-se ao ganho pessoal para o presidente que acaba por diferenciar-se do grupo o qual representa e também dos presidentes cujas comunidades não têm o programa. Por vezes incorre em usurpação de poder ao exigir atendimento prioritário para si e seus familiares. Todos estes aspectos/comportamento reforçam características negativas da nossa cultura cívica impregnada, que é de comportamentos ainda pouco democráticos. Não podemos deixar de apontar como um risco inerente à prática da cogestão uma semelhança à prática clientelista que o governo estabeleceu com as lideranças sindicais na era Vargas quando da formação dos IAP's, levando a mudanças nas reivindicações das categorias devido a apropriação de alguns líderes à máquina estatal num processo claro de cooptação (FROTA, 2012). Souza (2010, p. 73) nos traz um alento “a cooptação existe, mas, isto não significa que se deva abandonar a participação ou deixar de considerar sua importância”.

Em que pese todos os riscos e críticas ao modelo, não se pode deixar de afirmar que a grande inovação trazida pelo programa é a possibilidade de fortalecimento do processo democrático pela aprendizagem política no exercício da correlação de forças entre os diferentes atores envolvidos, na partilha do poder, no reconhecimento de que, diversos atores sociais estão envolvidos ativamente no processo. E, por fim, a possibilidade do reconhecimento de que a saúde é um bem público universal.

### 1.3 REUNIÃO DE SETOR

A reunião de setor é uma atividade aberta, que deve se realizar trimestralmente em geral em espaços comunitários e tem por finalidade possibilitar à comunidade a participação direta na avaliação das ações desenvolvidas pela equipe básica por meio do diagnóstico de saúde do setor, apontando para necessidades de adequação traçando novas etapas na continuidade do trabalho (Projeto de implantação do PMFN, p. 14).

As reuniões de setor devem ser espaços de incentivo a participação popular, discutindo índices de saúde apurados no trabalho, buscando um movimento de cogestão com a comunidade usuária. É na relação de parceria que a população pode se apropriar da luta por uma saúde de qualidade (MARQUES, 2006, p. 85).

É o espaço que a equipe utiliza para promover a corresponsabilização dos indivíduos, família e comunidade com as ações de promoção, prevenção em saúde na perspectiva do autocuidado em saúde. Esta concepção de participação como autocuidado tem como base os preceitos de Ama Ata (19978) e da Carta de Ottawa (1986) que diferem da proposta de controle social proposto na lei nº 8.142/1990. Este enfoque apresenta uma nítida semelhança ao significado da participação social no modelo cubano, onde os resultados positivos da modificação do perfil de saúde daquele país são atribuídos a responsabilidade conjunta da equipe saúde da família e dos usuários. Cada indivíduo é corresponsável no cuidado com a sua própria saúde e também da comunidade.

A reunião de setor possibilitou um canal para discussão de outras demandas necessárias no território de caráter intersetorial. Por conta disto, nos primeiros anos do programa, identificamos menção à participação de outros atores sociais do poder público governamental como representantes das diversas secretarias, de grupos comunitários locais, representantes de ONGs dentre outros nestas reuniões. Em decorrência foram estabelecidas parcerias entre a fundação e outras secretarias municipais e órgãos públicos a fim de viabilizar ações de caráter intersetorial como: projeto de garis comunitários, eventos como sábado é dia de faxina, joga fora no lixo, projeto vida nova no morro com ações de urbanização e saneamento em parceria com a secretaria de serviços públicos e empresa municipal de saneamento; estudos demográficos dos setores, estudos de riscos ambientais, reflorestamento de áreas com a secretaria de ciência e tecnologia entre outras<sup>15</sup>. MIRANDA *et al.* (1999, p. 153) citam a criação de um fórum intersetorial com múltiplas representações na perspectiva de “identificar soluções viáveis para questões complexas do cotidiano das comunidades estimulando o movimento participativo”. Goulart (2002, p. 239) chama atenção para a presença compulsória da associação de moradores nestas reuniões gerando por vezes um caráter de “ouvidoria local” por tratar-se de discussão, inclusive, do desempenho das funções da equipe.

---

<sup>15</sup>Todas estas atividades foram retiradas do documento “Programa Médico de Família – 15 perguntas e respostas para você ter uma idéia deste programa cubano implantado com sucesso em Niterói.” FMSN, agosto de 1997.

São as reuniões de setor (equipe se reúne a cada dois meses com a população adscrita ao setor para avaliar o processo de trabalho e discutir a metodologia), que se constituem no principal mecanismo de controle social do processo e ponta de lança na discussão sobre a necessidade de ações intersetoriais (VASCONCELOS, 2001 *apud* HUBNER, 2007, p. 20).

Não se pode negar a realização de outras ações no território e que estas não tenham contribuído para a melhoria da qualidade de vida nas comunidades onde o programa esta instalado. Destacamos, contudo, alguns aspectos que merecem atenção: muitas destas ações resultam em impacto direto sobre os indicadores de saúde, o que foi necessário durante os primeiros anos, para assegurar a efetividade e aceitação do modelo. Estes resultados conferem visibilidade e geram credibilidade ao governo. O atendimento das demandas das associações de moradores pelo executivo geral, aumenta o prestígio do presidente da associação e do seu grupo face a comunidade local e a outros representantes colaborando assim para o empoderamento e respeitabilidade deste. Neste sentido, questionamos se estas ações são fruto de uma resposta do governo local ao processo de mobilização popular ou decorrem de um franco jogo de interesse entre executivo e presidentes, reforçando o caráter patrimonialista, clientelista próprio da cultura política brasileira. Senna (2002, p. 525), citando Bodstein relembra que a descentralização do SUS implicou em responsabilização do município pela gestão local da saúde e criação de espaços de participação e deliberação que envolvem outros atores sociais assim como novas formas de relação público/privada, a exemplo de políticos tradicionais que tencionam o caráter participativo da política de saúde através do poder de influência e representação que facultam a si mesmos.

Avalio que esta atividade, pensada para possibilitar a participação da população na condução das ações de saúde no âmbito do local, e, estimular a mobilização na busca de outras ações necessárias ao território, pode ser utilizada como uma estratégia que, a médio e longo prazo, venha contribuir com o desenvolvimento da participação social no processo democrático a partir da base local. Identifico que esta ação tem potência para diversificar a participação social para além da figura dos presidentes das associações de moradores incluindo outros moradores, vocalizando pleitos por outras ações governamentais não apenas do setor saúde, além de poder assumir um caráter autônomo. Pode se tornar um espaço de aprendizagem de uma política cidadã, da democracia deliberativa, com a formação de novas lideranças locais e de profissionais de saúde engajados na luta

pela garantia dos direitos constitucionais para além da proposta da VIII conferência nacional de saúde. Neste sentido, a reunião de setor pode pavimentar o caminho para uma cidade democrática na aceção da palavra democracia. Concordamos com a avaliação de Souza (2010, p. 84) de que a reunião de setor é um instrumento que:

Ultrapassando as preocupações, as necessidades momentâneas do cotidiano podem contribuir para uma reflexão crítica das determinações histórico-sociais da realidade que poderá gerar outras ações de transformação das questões da vida.

Aponto como questão fundamental o próprio direito a participar, a usufruir dos bens socialmente produzidos, a ter os direitos assegurados. A fim de atingir este estágio de participação identifiquei algumas ações de ordem operacional se fazem necessárias: assegurar regularidade e continuidade na realização da reunião do setor com toda a equipe especialmente no atual momento de reconfiguração e de redefinição de funções; desenvolver ações que contribuam para o processo educativo da participação. Entendo que este pode ser entendido como

O processo que se expressa através da conscientização, organização e capacitação contínua e crescente da população ante a sua realidade social concreta. Como tal é um processo que se desenvolve a partir do confronto de interesses presentes a esta realidade e cujo objetivo é a sua ampliação enquanto processo social (SOUZA, 2010, p. 84).

Avalio que este processo deve dirigir-se tanto aos usuários quanto aos profissionais, reconhecendo que ambos são atores sociais que interagem no processo político no microterritório (setor/comunidade), na arena decisória da política municipal de saúde. É necessário que a equipe seja instrumentalizada com ferramentas próprias para o exercício desta atividade coletiva, que não está no escopo da formação profissional, envolvendo conhecimento acerca de: planeamento estratégico situacional, técnicas de geoprocessamento, mapas interativos, técnicas de comunicação, de dinâmicas de grupo. No que tange a população, comumente se diz que não participa por apatia ou mesmo pela preocupação com questões emergenciais de sobrevivência “quem tem fome tem pressa” (Betinho). Neste sentido, as ações intersetoriais contribuem para o enfrentamento e busca de solução de demandas diversas.

## 1.4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI

Os conselhos gestores de políticas públicas representam uma conquista da luta da sociedade civil no Brasil iniciado desde o fim da década de 1970 e consolidado na década de 1980 no processo de democratização. Eles fazem parte de um novo arranjo de gestão pública onde as relações entre governo e sociedade se tornam mais horizontais pela possibilidade de democratização das relações de poder (GOHN, 2002). Inserido no bojo do processo de descentralização administrativa, proposto na constituição de 1988, os conselhos representam a oportunidade de diferentes atores sociais interferirem na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, notadamente as políticas sociais. Os conselhos gestores diferem dos conselhos populares existentes na década de 1970, criados por grupos de esquerda, tendo a participação popular tendo a resistência ao regime militar como foco central, sendo a principal diferença a independência destes conselhos em relação ao poder governamental.

É possível considerar estes conselhos populares como precursores dos atuais conselhos gestores, pois, não se pode negar que as discussões e proposições da década de 1970 serviram de alavanca na definição da atual atribuição dos conselhos, inclusive pelo avanço na discussão do que são e quais são os canais de participação social. Sobre a categoria participação no âmbito dos conselhos gestores, Gohn (2006, p. 10) diz tratar-se de um “processo por meio do qual a população tem acesso a espaços para definir e avaliar políticas públicas”.

Os conselhos não se constituem em novidade no Brasil, e nem internacionalmente. Gohn (2006, p. 5) citando Vieira (1992), informa que “as Câmaras Municipais e as Prefeituras do Brasil Colônia foram organizadas segundo esse sistema de gestão”. Para Raichelis (1998, p. 38), a novidade é a “natureza deliberativa destes conselhos que se constituem uma das principais inovações no campo das políticas sociais no país”.

Os conselhos gestores constituem-se em instâncias deliberativas, de participação direta do arcabouço jurídico-administrativo das políticas. Muitos deles foram criados a partir da constituição de 1988 e regulamentados por leis específicas dos setores, como é o caso da saúde, criado pela lei nº 8.142/1990. Gohn crítica este tipo de participação pela sua tendência à institucionalização. Acrescente-se a esta crítica a forte possibilidade da população (sociedade civil) se confundir com o

próprio papel do estado (sociedade política) em geral por meio de uma relação de clientelismo e patrimonialismo bem própria da cultura brasileira sedimentada durante o regime militar. É incontestável o crescimento numérico exponencial dos conselhos desde a década de 1990 embora o crescimento quantitativo nem sempre corresponda diretamente ao crescimento qualitativo no que se refere a participação, a capacidade de influir na gestão pública (SERAPIONI, 2006; GOHN, 2006; PINHEIRO, 2006; GOMES, 2003).

Inegavelmente a institucionalização dos conselhos contribuiu muito para a institucionalidade da própria democracia, contudo, concordamos com Barros (*apud* BRAVO, 2001, p. 80) quando afirma que os espaços de participação popular mediatizados e transformados em espaços de controle social representado pelos conselhos não são as únicas formas de participação, embora sejam, na atualidade, os principais mecanismos “pois são os únicos obrigatórios em todo país”. Trata-se de um espaço que vai além do controle social, visto como um instrumento externo ao Estado.

O processo de formação dos conselhos de saúde apresenta, historicamente, três momentos de expansão – 1991, 1993 e 1997 (ESCOREL; MOREIRA, 2009, p. 801). Identifica-se como fator desencadeador do processo, a instituição de dois instrumentos jurídico-legais: a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que agrega as leis 8.080 e 8.142 e detalham os mecanismos de controle social na saúde (BRASIL, 1991) e a Norma Operacional Básica (NOB/93) que vincula o repasse de verba federal para os municípios, a criação e funcionamento dos conselhos de saúde. Alia-se a este fenômeno a expansão de muitos dos municípios que se emanciparam após a constituição federal de 1988.

Os conselhos constituem-se em espaço paritário composto de 50% de membros da sociedade civil e 50% distribuídos entre gestores e profissionais de saúde. Compete ao conselho municipal, discutir, elaborar, planejar e deliberar quanto a política municipal de saúde, inclusive sobre a aplicação financeira. Segundo Escorel e Moreira (2009) a função deliberativa é a que mais gera resistência e oposição ao papel do conselho, fazendo com que estes se caracterizem como espaços de permanente tensão entre interesses diversos, seja entre os diferentes segmentos, seja entre os próprios segmentos.

Niterói destaca-se no cenário sanitário nacional por ter sido vanguarda na criação de conselho municipal de saúde (CMSN) e por ter proporcionado, muito

antes da criação do SUS, um processo de participação social na área da saúde e em outras esferas, notadamente, na mobilização popular. O Conselho Municipal de Saúde de Niterói integra a estrutura da Fundação Municipal de Saúde de Niterói na condição de órgão deliberativo. Instituído pela lei municipal nº 1.085 de 24 de julho de 1992. O conselho foi proposto na I Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1991, com franco processo de participação social. O mesmo vem funcionando sem interrupção conforme regimento interno, criado pelo decreto nº 6815/94 de 06 de janeiro de 1994. Inicialmente o conselho era composto por 28 membros, sendo 14 pertencentes à sociedade civil assim distribuídos: 4 (quatro) indicados pela Federação das Associações de Moradores de Niterói (FAMINIT), 3 (três) pelos Conselhos Comunitários Distritais, 3 (três) pelo movimento sindical, 1 (um) pela Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos (ANDEF), 1 (um) pelas entidades ecológicas filiadas à Associação Permanente de Entidades em Defesa do Meio Ambiente (APADEMA), 1 (um) pelas entidades de representação dos aposentados e 1 (um) pelo Fórum de Mulheres. Atualmente é formado por 32 conselheiros sendo 16 representantes do segmento de usuários, 08 do segmento de profissionais de saúde e 08 gestores. O Conselho é presidido pelo presidente da Fundação Municipal de Saúde. As reuniões ordinárias do conselho acontecem mensalmente no prédio da Prefeitura Municipal de Saúde de Niterói (PMN). A FMSN tem buscado assegurar condições de funcionamento do conselho provendo espaço físico, infraestrutura e recursos humanos próprios para o conselho que possui as seguintes Comissões:

1. Comissão de Legislação, Planejamento, Financiamento e Recursos Humanos.
2. Comissão Executiva.
3. Comissão de acompanhamento da Gestão SUS.
4. Comissão de monitoramento da Vigilância em Saúde.
5. Comissão de Saúde do Trabalhador.

Reconhecido pelo grupo gestor local como espaço e instrumento privilegiado para a gestão democrática da saúde, ao conselho é atribuída a responsabilidade de acompanhar a formulação da política de saúde e o controle de sua execução consoante às definições das conferências municipais. Pode se dizer que o exercício democrático no âmbito das reuniões do conselho é um desafio permanente. “A criação do conselho municipal de saúde modificou profundamente a forma de

organização e gestão da saúde no município”. (O'DWYER, Breve histórico da SMS/FMS Niterói, p. 6, sem data).

Destacamos um fato que, além da criação do conselho em 1992, reforça a característica de vanguarda de Niterói no cenário sanitário e de participação social. Em 1983 por meio do decreto 28/07/1983 foi criado o primeiro conselho municipal de saúde como órgão colegiado de assessoramento e consultoria na estrutura da SMS. Não há relato da composição total do conselho, mas, este era formado por vinte e três (23) conselheiros dentre os quais o vice presidente, o secretário executivo, o secretário adjunto e o presidente, que era o próprio secretário<sup>16</sup>. Avaliamos que este foi o primeiro conselho formalmente instituído na SMSN e que tenha sido motivado no contexto de criação dos conselhos comunitários que surgiram associados aos governos que chegaram ao poder em vários estados e municípios a partir de 1982 em oposição ao regime militar (RAICHELIS, 1998, p. 39). No seminário “Pensando Saúde em Niterói”, realizado em dezembro de 1989, identifica-se que uma das recomendações a criação de um conselho composto por representantes de cada setor e de cada um dos conselhos distritais de saúde com a finalidade de discutir as instituições em inferir em sua prática (FMS, 1989, p. 6 – relatório do seminário pensando saúde em Niterói). Esta recomendação só se materializou em 1992 com a criação do CMSN.

No âmbito da tese procedeu-se a leitura das atas no período de criação do conselho, 1993 a 2007, com o objetivo de identificar se o conselho tem exercido seu papel deliberativo na implementação do PMFN. Buscou-se identificar quais aspectos ligados ao programa foram pautados no conselho: metodologia; resultados; expansão; papel da associação de moradores; modificações na proposta e as recomendações do conselho para o programa.

---

<sup>16</sup> Não identificamos outros relatos sobre este conselho além do decreto. Não identificamos nenhum decreto revogando sua criação. Portanto, não sabemos quando nem por que ele foi extinto.



Identificamos que o programa foi ordem do dia (pauta) nas plenárias do conselho apenas três vezes ao longo dos anos analisados, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

**QUADRO 2: O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA NAS REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (1994-2007)**

Ano	Data	Condição de Apresentação na ata	Tema Abordado
1993	27/07	Ordem do dia	Apresentação do programa pelo consultor cubano.
	10/08	Compõe outro assunto	Questionamento quanto ao financiamento do PMFN.
	23/11	Expediente	Documento em resposta as entidades não governamentais acerca dos aspectos operacionais do PMFN.
1994	05/07	Ordem do dia	Implantação do PMFN no Morro do Céu.
1995		Ausente	
1996		Ausente	
1997	13/12	Compõe outro assunto	Apresentação superintendência ambulatorial- área da secretaria voltada para atenção básica incluindo o PMFN.
1998	07/03	Compõe outro assunto	Termo aditivo de convênios dentre estes o de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal de saúde da família.
1999	15/06	Compõe outro assunto	Transferência de equipamentos procedentes da SES com recursos do REFORSUS visando apoiar a implantação do PSF e VIGISUS.
2000	21/03	Compõe outro assunto	Apresentada a estrutura da VIPACAF inclui o PMFN.
	15/09	Compõe outro assunto	Apresentação da FAMNIT- “tem parceria com a SMS apoiando o funcionamento do PMFN”.
2001		Ausente	
2002	19/02	Compõe outro assunto	No âmbito da apresentação do Programa bolsa alimentação referindo-se ao papel do ACS.
	21/05	Compõe outro assunto	Informa instalação de 30 radio transmissores no bojo do programa de urgência e emergência para unidades de saúde e módulos do PMFN.
	16/07	Compõe outro assunto	Programa de urgências e emergências – I seminário de capacitação profissional inclui rede básica e PMFN.
	19/09	Ordem do dia	Apresentação e aprovação do PROEF
2003		Ausente	
2004		Ausente	
2005	18/01	Compõe outro assunto	Apresentação do plano de metas 2005-2008 – inclui consolidação da articulação do PMFN
	19/04	Pauta próxima reunião	Modelo assistencial <sup>17</sup>
	17/05	Compõe outro assunto*	Apresentação do trabalho produção social da saúde como paradigma norteador da organização do processo de trabalho no SUS
	21/06	Compõe outro assunto*	Não foi discutido
	26/07	Compõe outro assunto*	Não foi discutido
	16/08	Compõe outro assunto*	Discute-se conceito, opção de Niterói por este modelo, mas não cita o PMFN.
2006	23/03	Informes	Convite para inauguração de módulo
	23/05	Compõe outro assunto	Apresentação do programa saúde bucal inaugurando a inclusão do dentista nas equipes de família saúde.
2007		Ausente	

\*Identificamos que o tema, modelo de atenção, está diretamente relacionado ao PMFN, embora na ata não se tenha visto menção ao programa.

<sup>17</sup> Inferimos que discutir modelo assistencial seria discutir o PMFN. Razão da inclusão deste tema na tabela.

O programa foi oficialmente apresentado pela primeira vez pelo consultor cubano em 27 de julho de 1993, onde foi abordado a concepção, metodologia e resultados alcançados nos três módulos em funcionamento – em Preventório, Viradouro e Ilha da Conceição. Transcorreram onze meses desde a inauguração do primeiro módulo, em setembro de 1992, no Morro do Preventório. Em relação à participação social, segundo a ata, o consultor apresentou as seguintes ações: estratégias de implantação em consonância com a participação real das lideranças comunitárias e FAMNIT; gerenciamento do trabalho em coparticipação com a comunidade; controle social da população atendida quanto à assiduidade, relação com o usuário por parte da equipe básica. O objetivo apresentado para a participação social é “a consolidação da organização social dos moradores e reforço as suas representações”. Após exposição do consultor, os três presidentes das associações de moradores com o programa implantado, atuando também como conselheiros, falaram da experiência destacando os resultados obtidos. Dentre os resultados relacionados à comunidade, citaram: cuidado pelos próprios moradores na preservação da higiene, tratamento do lixo e qualidade da água de poços antes contaminados; intercâmbio contínuo de informações com a equipe através das reuniões comunitárias em conjunto com a associação de moradores. Observa-se uma ênfase na necessidade de expansão do programa para outras comunidades. No momento seguinte foi travado um debate sobre pontos de discordância por um grupo de conselheiros, como: implantação sem consulta prévia ao conselho; desvinculação dos distritos sanitários; precariedade quanto aos vínculos trabalhistas; falta de clareza quanto a produção do programa; discordância quanto à necessidade do programa para a melhoria da atenção a saúde, tendo em vista as ações em curso na secretaria com adscrição de clientela, vínculo, descentralização. Todas estas questões são justificadas sob o argumento de desrespeito ao papel do conselho na condução da política de saúde local. Apesar dos questionamentos e embates, o conselho recomenda a expansão do programa para outras comunidades.

As atas nos permitem identificar uma clara correlação de forças contrárias, em particular da parte do segmento de profissionais de saúde. Junto aos conselheiros-presidentes identificam-se uma aliança favorável destes com o grupo condutor. Sobre a aliança contrária, Senna (1995) destaca a rejeição que o programa sofreu dentro da máquina estatal, sobretudo pelo grupo de diretores dos distritos sanitários, por julgarem que o problema da saúde no município era de

natureza estrutural e não restrito ao modelo de atenção, assim como por terem sido alijados do processo de discussão quanto ao PMFN. Acrescente-se a este motivo um comportamento corporativista justificado pelo interesse em manter antigas práticas do processo de trabalho como não cumprimento de carga horária, ausência de vínculo com a população, além do desacordo quanto a diferença salarial, reconhecida como privilegiamento do novo grupo ligado ao PMFN.

Em relação à 'aliança favorável', ainda que o programa já acumulasse resultados bastante positivos, este não é o único motivo que justifica a ênfase no programa por parte dos presidentes. Outros motivos envolvem ganhos pessoais que o modelo de cogestão possibilita, seja pela proximidade do poder máximo da secretaria de saúde e também do executivo local, seja pela própria administração dos recursos do programa. Tais comportamentos trazem à tona a discussão do interesse privado penetrando o espaço público, tão presente em nossa realidade e que reproduz relações de poder difíceis de ser modificadas. Outro aspecto refere-se a maior legitimidade alcançada na função de presidente, tanto frente aos demais presidentes de associações quanto aos próprios moradores. Estes aspectos presentes na sociedade civil e na relação sociedade civil e política podem ser compreendidos à luz dos conceitos de Gramsci, ao apontar a sociedade civil como espaço onde se processam as lutas e os conflitos de classes e se manifestam os interesses contraditórios na luta pela hegemonia.

Outro aspecto evidenciado em ata, mas, também na prática cotidiana dos conselhos, em Niterói e em outras instâncias e localidades, decorre da partilha do poder que o conselho exige. Pode se considerar que este é um fato ainda muito recente no processo democrático em nosso país e que esbarra em uma falta de tradição da cultura cívica brasileira marcada ainda por comportamentos clientelistas e patrimonialistas que comprometem a efetivação das deliberações de fóruns decisórios como o conselho e reduzem a capacidade de introdução de novas demandas na agenda governamental e vocalização por direitos. Senna (2002, p. 525) citando Bodstein relembra que a descentralização do SUS implicou em responsabilização do município pela gestão local da saúde e criação de espaços de participação e deliberação que envolve novos atores sociais e novas formas de relação público/privada esbarrando em mecanismos e atores políticos tradicionais, comprometendo o caráter participativo da política de saúde.

A segunda menção do PMFN como ordem do dia (pauta), ocorre em 1994 pela implantação da unidade de saúde na comunidade do Morro do Céu. Novamente percebe-se que reacende a polêmica quanto ao programa, notadamente pelo posicionamento contrário do segmento de profissionais que alegam falta de condições estruturais e técnicas para o trabalho médico na localidade que abriga o lixão da cidade. Radicalizam dizendo oporem-se a proposta. Em resposta à coordenadora do programa aceita a colocação e compromete-se em informar a comunidade que o programa não será implantado por decisão do conselho municipal de saúde. Após muitas discussões, o conselho recomenda a implantação. Novamente podemos analisar a situação, notadamente o comportamento da coordenadora, uma agente do poder político com base em Gramsci, quando nos afirma que não há neutralidade no Estado “a unidade histórica das classes dirigentes acontece no Estado e a história delas é, essencialmente, a história dos grupos de Estado” (GRAMSCI, 2002, p. 139).

Em 2002 o PMFN volta novamente à ordem do dia. Desta vez para apresentação do programa de qualificação das equipes de saúde da família (PROESF) no município de Niterói o qual “se justifica pela premência em incluir a população residente em áreas de risco, no plano de intervenção proposto como parte da política municipal de saúde ampliando o acesso aos serviços e promovendo a equidade” (CMSN, ata do dia 19/09/2002). Serão ampliadas mais sessenta e oito (68) equipes totalizando cento e trinta e três (133) para atender quarenta e quatro (44) novas áreas. Não se identifica nenhum tipo de enfrentamento nesta plenária, o programa é então recomendado pelo conselho.

Ao longo do período o programa foi citado nas atas, ao mesmo tempo em que outros, sem nenhum destaque (QUADRO 2).

Fica evidente pelo reduzido número de vezes e os temas abordados nas atas que o conselho não se configura na arena decisória do PMFN. As deliberações são tomadas em outras instâncias com outros atores. Pode se dizer que ao estabelecer reuniões regulares entre o secretário de saúde, o grupo de presidentes de associações de moradores e a FAMNIT é fortalecida a aliança governo-movimento social com uma clara intencionalidade – dar condução ao projeto institucional do governo. Senna (1995, p. 88) chama atenção que, a aliança entre poder público e movimento social muitas vezes se dá em apoio ao governo e/ou ao partido no poder. Ao se apropriar de um aparelho privado da sociedade civil, o governo local (classe

dirigente) “não só de mantém no domínio, mas obtém o consenso dos subordinados” (GRAMSCI, 2000, p. 331).

Ao retirar do plenário do conselho as decisões quanto ao programa, o grupo gestor não só desrespeita o papel do conselho como aumenta a resistência do grupo de conselheiros excluídos da discussão e opositores da proposta, notadamente os profissionais de saúde perpetuando um comportamento de predomínio de interesses políticos partidários sobre a vontade da população representada, esvaziando o papel de controle social previsto no âmbito do SUS.

Apesar do caráter inovador de várias medidas de reforma do modelo de gestão já incorporadas ao cotidiano do SUS (...) elas não foram potentes pra contra arrestar o patrimonialismo, a privatização e o padrão de iniquidade do Estado brasileiro.

Ainda no curso do desenvolvimento desta tese outro estudo foi desenvolvido, também com base nas atas do conselho. Utilizando-se os eixos temáticos propostos por Maria da Glória Gohn (2003) ao discutir movimentos sociais, adaptamos seis categorias para identificar aproximações e afastamentos do conselho dos novos movimentos sociais<sup>18</sup>. Em que pese o caráter institucional do conselho, diferença fundamental deste para os movimentos sociais, reconhecidamente autônomos, optamos pela utilização das categorias listadas abaixo por identificarmos que na atualidade os conselhos representam o principal fórum, senão o único, onde população vocaliza suas demandas por saúde. Para algumas categorias, julgamos ser adequado estabelecer algumas aproximações às especificidades do setor saúde criando para isto algumas subcategorias. A análise das atas buscou-se seguiram os seguintes questionamentos:

1. O conselho de saúde tem tornado públicas as demandas do setor? Segundo Luchmann (2002, p. 12).

Os movimentos sociais, utilizando-se de uma série de mecanismos organizacionais de debate, interlocução e influência, podem dramatizar as questões de forma a impactar a agenda da mídia, tornando-as acessíveis ao grande público e ganhando um lugar na agenda pública.

2. O conselho de saúde tem favorecido o associativismo civil e possibilitado a efetiva participação de diferentes atores sociais? A sociedade tem uma composição plural, demandas multifacetadas, interesses diversos e os atores sociais pertencem a camadas sociais diferentes com especificidades bastante

---

<sup>18</sup>ROLIM, B.C; PINHEIRO, L.F. Este trabalho apresentado no IV Seminário Interdisciplinar em Sociologia e Direito da Universidade Federal Fluminense/Niterói nos dias 14 e 15 de outubro de 2014. Encontra-se em avaliação na Revista Ser Social.

distintas. Nesta composição, tem sido assegurada a participação de todos de forma equânime?

Isto confirma que a articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidas no processo decisório é o elemento capaz de encaminhar a política municipal de saúde para a democratização. Embora não seja a única das articulações possíveis, o binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora (...) é o elemento político mais importante para o avanço do processo de democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde (...) (SCOREL; MOREIRA, 2009, p. 805).

3. O conselho de saúde tem conseguido expandir o conhecimento das demandas e o foco da ação coletiva para além da “estreiteza do localismo”? No âmbito dos conselhos entendemos que o “localismo” pode ser aplicado como a capacidade de incorporar outras demandas. Avaliamos dois tipos de demandas: as relacionadas ao setor saúde e, portanto, consideradas determinantes para a saúde e não relacionadas ao setor saúde, mas que surgiram como demandas no conselho. Os dois tipos de demandas apontam para ações intersetoriais.

Segundo Luchmann é necessário, como formas de superar o localismo da ação:

Possibilitar a formação de vínculos ou articulações entre as unidades locais; assegurar a participação dos partidos políticos e do próprio Estado na identificação e na implementação de soluções “por mais amplos e gerais que sejam, são as instâncias propriamente políticas, o poder do Estado e as organizações partidárias, que podem levar à maior universalidade na aglutinação e representação de muitos e variados interesses inerentes a uma sociedade marcada por ampla desigualdade, pois só eles podem garantir a universalidade destas demandas e das decisões (idem, p. 16 e 18).

4. O conselho tem exercido um papel educativo na formação política e cidadã dos indivíduos? Tem estimulado que seus representantes exerçam este mesmo papel junto aos segmentos os quais representam?

Vários teóricos da democracia deliberativa sustentam a tese de que esta vai além da articulação e agregação de preferências e convicções, na medida em que contribui, através do debate público, para a própria reformulação destas preferências. Trata-se, portanto, de um processo educativo, na medida em que a troca de conhecimentos interesses, crenças e expectativas provoca mudanças em direção à ampliação de perspectivas e horizontes. A deliberação estimularia as pessoas não apenas a expressar suas opiniões políticas, mas também a formar essas opiniões através do debate público (VITULLO, 2000).

5. O conselho tem sido uma instância capaz de impactar, influenciar efetivamente na política local de saúde?

Cohen apud Luchmann aponta o limitado poder de transformação da institucionalidade estatal encontrado na teoria habermasiana, uma vez que se tomarmos como pressuposto de que as principais instituições políticas

solucionadoras de problemas (parlamento, administração e partidos) permanecem fixas no seu desenho e concepção, e que os cidadãos deve discutir direções políticas e não resolverem problemas, então, inevitavelmente, a capacidade de contribuição pública para dirigir o Estado permanece como uma questão aberta (LUCHMANN, 2002, p. 18-19).

A análise desta categoria será feita pela avaliação da capacidade do conselho interferir na alocação dos recursos orçamentários, nos tipos de despesas executadas, na condução gerencial do sistema de saúde e na garantia de condições para o funcionamento do próprio conselho, entendendo este como um instrumento efetivo de influência na política de saúde.

6. O conselho de saúde tem contribuído para diminuir as desigualdades e exclusão social? Ao discutir o papel da democracia deliberativa, Luchmann aponta dentre outras finalidades deste modelo de democracia e de gestão da coisa pública, o objetivo de contribuir para a redução da desigualdade, possibilitando a inclusão social e oportunizando a igualdade participativa.

Para avaliar as desigualdades e exclusão no âmbito do setor saúde utilizamos as categorias acesso e a qualidade do atendimento. Desta forma, buscar-se-á identificar as proposições do conselho para estas categorias.

O procedimento de análise constou da leitura de todas as atas do período de 1993 a 2007 do conselho municipal de saúde de Niterói (CMSN). Para cada uma das categorias de análise acima foi determinado um status que variou de ausente a fortemente presente a partir da pontuação recebida segundo a estratificação de valores padronizada:

- Categoria fortemente presente – constou/foi identificada em 70% ou mais das atas;
- Categoria presente - constou/foi identificada entre 70% a 50% das atas;
- Categoria fracamente presente - constou/foi identificada entre 50% a 30% das atas;
- Categoria episódica - constou/foi identificada em menos de 30% ou mais das atas;
- Categoria ausente – não aparece nas atas.

Identificamos que houve uma grande variação do número de atas ao longo dos anos. No primeiro ano o elevado quantitativo de atas justifica-se por serem as reuniões do conselho quinzenais. Nos dois anos seguintes mantem-se esta mesma periodicidade. A partir daí as reuniões tornam-se mensais. Para alguns anos não

foram localizadas todas as atas. Segundo informações colhidas, estas atas não foram localizadas no acervo do conselho. Para outros, contudo, houve mesmo um número reduzido de sessões do CMSN.

Em relação à análise das categorias, utilizando a escala padronizada de valores, identificamos que houve uma grande variação no status entre as categorias e para a própria categoria ao longo do período em análise: a categoria pode ter variado de fortemente presente por até mais de um ano até tornar-se ausente também por longo período. Somente a variável capacidade de influir na organização gerencial das ações e serviços de saúde teve um comportamento mais estável ao longo do período. Para as demais categorias e variáveis não houve regularidade.

A análise da categoria divulgação via meios de comunicação diversos, das decisões do conselho ou de demandas de saúde revela que a mesma variou de esporádica a ausente no período analisado. No que tange aos movimentos sociais tornar as demandas públicas é aumentar a possibilidade que estas entrem na agenda governamental. Em se tratando das ações do conselho, cuja política já está na agenda do governo, podemos problematizar outros aspectos decorrentes da ausência desta publicização. Por exemplo, a garantia da inclusão das deliberações do conselho no rol de decisões governamentais. Segundo Gohn (2006) esta é uma das fragilidades deste modelo de esfera participativa, pois não há qualquer instrumento legal que obrigue o executivo a incorporar as decisões do conselho. A publicização poderia contribuir neste sentido, pelo peso da cobrança da população em geral. A não comunicação pode sugerir a baixa disseminação seja do conselho ou das deliberações deste para a população em geral reduzindo a possibilidade deste ser identificado como um canal para inserção de demandas vindas dos grupos ou comunidades. Sugere que as discussões/deliberações do conselho giram em torno das necessidades do governo relacionadas a aspectos gerenciais, assistenciais ou mesmo legais do sistema de saúde não estando sendo captadas demandas oriundas da população. Sob este aspecto identificamos que há um afastamento entre as práticas do conselho e dos movimentos sociais.

Falar sobre as reivindicações dos conselheiros a começar pela necessidade de maior acesso a imprensa, a mídia. Após debateram, concluem que levarão a Brasília<sup>19</sup>; no Jornal Saúde<sup>20</sup> incluir matéria sobre o CMSN, incluir notícias do CMSN na internet, criar jornal próprio do CMSN (Ata de 29/05/1998).

---

<sup>19</sup>Para o II Encontro nacional de conselhos de saúde.

<sup>20</sup>Jornal Saúde foi uma publicação própria da SMS/FMS Niterói.



A categoria associativismo civil chama atenção por ter variado de esporádica a ausente a partir de 1995. Nos anos de 1993 e 1994 identificamos uma grande multiplicidade e frequência de participação de representantes de diversos outros grupos e solicitação de inscrição dos mesmos no conselho. Evidenciam-se também convites frequentes para representantes do CMSN participarem de eventos externos e para orientar a formação de outros conselhos. Uma das possibilidades destas presenças pode estar relacionada ao próprio período da história dos movimentos sociais no Brasil, fortemente presente e atuante no final da década de 1980 e início da década de 1990. Podemos afirmar que por um período de três anos o conselho de Niterói e sua trajetória contribuíram para a participação social assegurando pluralidade de atores.

Três entidades sindicais devem compor o CMSN, os demais sindicatos poderão enviar representantes com direito a voz além de falar de seus problemas passar o que foi deliberado para suas bases sindicais (Ata de 28/01/1993)

Que a mesa priorize as falas dos conselheiros em vez do público externo. Que seja revisto o poder de voz dos não conselheiros que so se manifestem quando estiverem se tratando de assuntos gerais (Ata de 16/02/1993). (...) A comissão de saúde e de direitos humanos da câmara de vereadores solicitou a presença de um conselheiro do CMSN para compor estas comissões gerais (Ata de 16/02/1993).

Outra categoria que variou de esporádica a ausente foi a capacidade de agregar à demanda de saúde outras demandas, sejam estas determinantes ou não do setor saúde. Para o ano de 1993 foi frequente a referência e inclusão nas atas de demandas por saneamento básico, saúde do trabalhador de diversas empresas, meio ambiente dentre as determinantes. Dentre as demandas condicionantes da saúde identificamos referência a situação do transporte, o valor do IPTU. Estas outras temáticas apontam para a ação intersetorial e o provável reconhecimento da capacidade do conselho contribuir para a garantia de direitos na perspectiva da qualidade de vida, relacionada a definição ampliada da saúde. Gohn (2011) chama atenção para a possibilidade de, via conselhos, a sociedade civil participar da gestão de diferentes políticas públicas.

Proposta que o presidente do CMSN atue como intermediário entre a CLIN<sup>21</sup> e o sindicato dos trabalhadores das empresas de asseio e conservação para apresentar uma resolução quanto a saúde dos trabalhadores (Ata de 02/03/1993).

---

<sup>21</sup>CLIN – Companhia de limpeza urbana de Niterói.

A insuficiência da capacitação técnica, notadamente do segmento dos conselheiros usuários, tem sido apontada como uma das principais barreiras à ação política no âmbito dos conselhos, pois impede que haja um equilíbrio na correlação de forças entre os atores sociais (NASCIMENTO, 2002, GOHN, 2006). Consideramos que as apresentações técnicas realizadas no âmbito do próprio conselho podem ser identificadas como capacitação. Ao longo dos anos foram feitas várias apresentações temáticas: AIDS, cólera, processo de planejamento e orçamento no SUS, política nacional de urgência e emergência. Outra forma que avaliamos contribui para formação é a participação em conferências, fóruns externos. Identificamos que por diversas vezes a SMS/FMS custeou a participação de conselheiros em eventos no e fora do estado. Formalmente foram oferecidos cursos aos conselheiros em 1998, na própria cidade de Niterói e em 2002 na escola nacional de saúde pública. Pode se dizer que o executivo local tem contribuído, ainda que de forma restrita, para a formação técnica, política dos conselheiros se aproximando de uma prática comum nos movimentos que é a formação política pela própria ação, na militância. “A FMS atendendo a solicitação dos usuários, vai oferecer condições para que todos participem da X conferencia nacional de saúde em Brasília como observadores oferecendo transporte e ajuda de custo” (Ata de 29/08/1996).

Decompomos a capacidade de influir na política de saúde, em três subcategorias: a capacidade de influir na alocação de recurso, na condução gerencial das ações e serviços de saúde (entendendo que conjunto de ações e serviços de saúde representam o próprio sistema de saúde), na organização do conselho visto ser este a instância de controle social das políticas públicas.

No que refere à alocação de recursos identificamos que a presença do tema variou de fracamente presente a presente. Destacamos que no período de 1993 a 1997, ainda que este tema não tenha sido fortemente presente no aspecto quantitativo de vezes nas atas lidas, o foi pelo papel que o conselho desempenhou – o de acompanhar e deliberar acerca da alocação orçamentária e das despesas financeiras. O presidente propôs aos conselheiros que fosse adotado o sistema de acompanhamento permanente na parte orçamentária e não de prestação de contas a posteriori – aprovado (Ata de 05/01/1993).

Em 1996 este tema não foi pautado em nenhuma das atas lidas. A partir de 1998 identificamos uma mudança: o conselho passa a ter papel apenas de

aprovação das contas. “O CMSN aprova o relatório de atividades de 1997 da FMS. Conselheiro dos profissionais de saúde indaga sobre a receita geral e sugere que seja feita nova prestação de contas” (Ata de 28/03/1998).

A capacidade de influir no orçamento está associada ao processo de formulação de política evidenciando a correlação de forças presente no processo decisório e a interferência efetiva na condução da política de saúde. Este é um ponto que causa tensionamento no papel de controle social do conselho frente ao poder executivo e que o difere dos movimentos sociais. “Conselheiro do governo apresenta o relatório de prestação de contas do exercício de 2002, sendo aprovado pelo CMSN com unanimidade” (Ata de 23/10/2003).

A capacidade de influir na organização gerencial variou de fortemente presente a presente. Decisões acerca da municipalização, expansão/implantação de serviços, credenciamento/descredenciamento, remuneração de cargos, plano de salário foram temas discutidos e deliberados no CMSN. Identificou-se que a atuação dos conselheiros foi ativa por meio de visitas as unidades de saúde. A temática associada à assistência hospitalar psiquiátrica e a desospitalização persistiu na pauta por aproximadamente dez anos. A situação do credenciamento e descredenciamento de hospitais privados, a cogestão de uma unidade hospitalar estadual, o atendimento nos hospitais próprios, no hospital universitário, o programa médico de família, foram assuntos sempre presentes, O que variou ao longo dos anos foi a postura do conselho. Pode se dizer que até 1999 o sistema de saúde foi organizado pelo executivo local juntamente com o conselho de saúde. A partir de 2000, contudo, percebemos um papel menos combativo em detrimento de um papel mais de “parceiro, colaborador”. As atas revelam um menor enfrentamento entre os segmentos e uma menor capacidade de crítica dos conselheiros. Embora o comportamento tenha mudado, observou-se que os conselheiros permaneceram os mesmos, em sua grande maioria. Isto sugere uma possível mudança no comportamento do gestor revelando o que Arretche (2003) chama da disposição dos governos de serem controlados. Podemos afirmar que o conselho foi capaz de influir na gerência das ações e serviços de saúde por um longo período em Niterói o que provavelmente contribui para conformação da política local de caráter mais participativo.

O mais importante é o pronunciamento do conselho se deverá ou não ser feita a cogestão para expressão junto ao Ministério da Saúde (Ata 11/10/1994 – Fala de um conselheiro governamental sobre a cogestão do

HEAL). Houve decisão anterior do CMSN visitar todas as unidades da rede, pela comissão do conselho ampliada por supervisores da FMS/SUAI. (Ata 18/03/1995). A conselheira usuária informou que este conselho (Comunitário de Saúde da Zona leste) já visitou todas as unidades de sua área de abrangência (Ata 18/03/1995). Foi aprovado que a direção do CPN deverá encaminhar à executiva do conselho a agenda de reuniões para que se envie representantes do conselho (Ata 18/03/1995). Intervenção em serviço hospitalar: só pode ser deliberado pelo CMSN (Ata de 23/07/1996 – Conselheiro profissional de saúde endossando a fala do presidente do conselho).

CMSN aprova a proposta de credenciamento do Litocentro. O presidente apresenta a seguir a proposta do Hospital São Paulo. Os conselheiros avaliaram as condições e manifestaram-se favoráveis a ampliação do credenciamento sujeito a critérios técnicos e as necessidades apontadas pela equipe de supervisão da SUAHE (Ata do dia 25/04/1998).

Relatório da visita realizada ao Hospital e maternidade Santa Rosa com a presença dos conselheiros (...). A comissão executiva do CMSN, após analisar o relatório recomenda que sejam acatadas as exigências da supervisão técnica da FMSN para que o serviço retorne ao credenciamento (Ata do dia 20/02/2001). Os conselheiros aprovam ad referendum<sup>22</sup> a implantação do projeto de atenção domiciliar terapêutica (Ata/12/2001).

Outra variável associada à capacidade de influir na política refere-se a própria organização do conselho municipal de saúde que variou de fortemente presente até a ausência. Diversas atas, nos anos iniciais, relatam a cobrança de condições estruturais, orçamentárias além de respeito às decisões e ao papel do conselho. Este fato pode ser explicado pela recente implantação do conselho e a prática do controle social na saúde. Em Niterói, devemos destacar, contudo, que a existência de um conselho e a presença de uma instância colegiada com participação social na direção das ações de saúde, existe desde 1992, época do Projeto Niterói<sup>23</sup> que tinha na comissão executiva local um agente de “controle social”.

Leitura do editorial do Jornal O Fluminense de 23/03/1995 – ações animadoras com elogiosas considerações sobre a deliberação do CMSN sobre a suspensão de internações no H. São Paulo (01/04/1995).

As variáveis, melhoria no acesso e na qualidade, variaram de presentes a fracamente presentes ao longo dos anos. Elas foram evidenciadas e avaliadas pela proposição de implantação, expansão de serviços. As discussões tiveram como objetivo assegurar a melhoria do acesso, sobretudo, aos municípios de Niterói. Neste

---

<sup>22</sup>Esta foi a primeira vez que se identificou a aprovação de algum projeto sem discussão e com aprovação *ad referendum*.

Ad referendum Trata-se de termo jurídico em latim que significa "para apreciação", "para aprovação", "para ser referendado". É utilizado para atos que dependem de aprovação ou ratificação de uma autoridade ou de um poder competente. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/>>. Acesso em: 10 out. 2014.

<sup>23</sup>Criado em março de 1982 pela portaria INAMPS/PR 697/1982 o Projeto de integração, regionalização e hierarquização de serviços de saúde para áreas metropolitanas - Projeto Niterói<sup>23</sup> que pode ser considerado como o eixo condutor do processo de reforma do sistema local de saúde e embrião do processo de municipalização do país.

sentido, podemos dizer que o conselho tem contribuído para reduzir a inequidade no setor saúde, ou exclusão para os movimentos sociais.

Mediante a leitura das atas identificamos nos três primeiros anos do conselho um tensionamento bastante frequente entre as proposições do presidente (secretário) e os demais conselheiros dos segmentos de usuários e, mesmo, profissionais de saúde. O processo democrático não é linear e a decisão depende quase sempre da correlação de forças e da capacidade dos atores em negociar. No caso do conselho, diversos embates foram travados e percebe-se sua capacidade de influir na organização das ações e serviços de saúde e menos na alocação dos recursos. A partir da estratificação da frequência da variável, identificamos que as variáveis fortemente presentes referiram-se a organização gerencial de ações e serviços de saúde com foco, na discussão da implantação de serviços, na municipalização (primeiros anos do conselho), ampliação da oferta; na organização do conselho no que tange a condições de funcionamento e respeito as decisões e ao papel deste, notadamente nos três primeiros anos; a variável alocação de recursos foi presente. Agregando a análise da categoria, melhoria no acesso, a categoria capacidade de redução das desigualdades e melhoria da qualidade, avaliamos que foi possível ao conselho, até o ano de 1999, influir sobre a fase da implementação da política municipal de saúde de Niterói. Esta capacidade diminuirá após o ano 2000 e nem operacionalmente percebe-se tão fortemente a contribuição do conselho. Identifica-se também uma grande diversidade de representantes da sociedade civil nas reuniões do conselho sugerindo a capacidade deste contribuir para a participação cidadã. Alguns aspectos parecem não compor a agenda de trabalho ou preocupação do conselho como a publicização das decisões e incorporação de outras demandas ainda que tenham impacto sobre a saúde. Neste sentido, o conselho se afasta bastante da forma de agir de movimentos sociais autônomos que tem na mídia e na atuação em rede uma estratégia de assegurar a inserção das demandas na agenda governamental.

Ainda que os conselhos representem na atualidade um novo padrão de relação entre sociedade política e sociedade civil possibilitando, que a população tenha acesso a espaços em que se tomam decisões políticas (GOHN, 2006), percebemos que há uma dependência muito forte da atuação do conselho ao perfil do gestor, mesmo em cidades como Niterói que tem uma tradição militante (GOULART, 2002; SERRA, 2001). Quanto mais claro o perfil democrático do gestor,

maior a repercussão e respeito da sociedade em relação ao papel desempenhado pelo conselho, evitando-se assim, a utilização politicamente instrumental e clientelista deste espaço de participação. Reduz-se também a vulnerabilidade dos movimentos sociais a cooptação, mantendo sua autonomia em relação ao poder estatal. Ainda há muito que se trilhar no que se refere a participação social no Brasil no sentido de efetivar o estado democrático de direito.

### 1.5 AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA – ANÁLISE DOS RELATÓRIOS FINAIS

As conferências representam um espaço formal de participação social. Criadas por meio da LOS, notadamente a Lei nº 8.142/90, têm como finalidade nortear a formulação da política de saúde a ser implementada em cada localidade. Apontam os princípios e as diretrizes que devem ser contemplados na formulação da política de saúde local assim como se apresentam como espaço onde os diferentes grupos podem inserir novas demandas na agenda governamental. Devem ser realizadas com intervalo de quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde pública e propor as diretrizes para a formulação de políticas específicas nos níveis correspondentes.

Tomando por base a finalidade e a dinâmica de realização das conferências, pode-se dizer que, mais que espaço de participação da sociedade civil na cogestão das políticas públicas, as conferências podem ser reconhecidas como uma arena política em que os diversos atores sociais se fazem representar, podendo exercer um papel de coparticipante no processo de formulação de políticas públicas. Estes espaços pretendem reordenar os processos decisórios através da ampliação do público e da reformulação na natureza da decisão, pautada pelo debate público e coletivo e pela universalização dos direitos sociais.

Este formato de participação social é denominado por Velasquez *apud* Luchmann (2002, p.12) como uma “estrutura de oportunidades caracterizada pelo conjunto de opções oferecido por um sistema político e que possibilita aos atores tomar a decisão de participar na busca de bens públicos” e que assegura a importância destes espaços para a consolidação do processo democrático.

O grande ícone do setor, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), conhecida como o maior evento democrático da saúde, inaugura a época da participação de diversos atores nas conferências como elemento decisivo para a proposição de metas e ações:

(...) a VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas (...). Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu, no cenário de discussão da saúde, a sociedade (BRAVO, 2001, p. 25).

(...) a saúde, nessa década contou com a participação de novos atores na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser de interesse apenas dos técnicos para assumir a dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2001, p. 25).

Em Niterói no período de 1991 a 2011, foram realizadas seis conferências municipais de saúde, mantendo-se a regularidade quadrienal. Na primeira conferência municipal foi eleito o Conselho Municipal de Saúde tomando posse em 1992.

Adotando a conferência de saúde como um espaço de participação no qual o programa deve referenciar-se e a equipe deve estimular a participação dos usuários, foram analisados nesta tese de forma complementar, dois estudos do tipo análise documental, utilizando os relatórios finais de cada conferência. O primeiro estudo teve por objetivo identificar as recomendações das conferências para a implantação e implementação do PMFN. O segundo identificar de que forma o tema participação social tem sido contemplado nas conferências<sup>24</sup>.

Observamos que o PMFN passa a figurar nas deliberações, a partir da II conferência municipal de saúde (1996), considerando que na primeira (1991) ainda não havia sido implantado. Não houve nenhuma recomendação da primeira conferência acerca da mudança do modelo assistencial no município. Este fato reforça a análise anterior de que a decisão da implantação está atrelada a uma agenda política, muito mais que às decisões técnicas. Baseado na teoria do ciclo da política (KINGDON, 1994) diríamos que a criação do programa pode ser considerada uma “janela de oportunidade”, na qual houve uma convergência das várias correntes (*streams*) no sentido de incluírem o tema na agenda governamental.

---

<sup>24</sup>Estas informações foram extraídas do trabalho: ROLIM, B.C. Conferências Municipais de Saúde de Niterói – reflexão sobre a participação social apresentado e inserido nos Anais do Seminário Internacional - Proteção Social e Cidadania hoje: tendências e desafios realizado na UFF de 27 a 29 de novembro de 2012.

Apesar de ser contemplado em todas as conferências, observa-se um reduzido número de propostas para o PMFN em cada uma, sugerindo que este programa não é identificado como uma das prioridades da política municipal de saúde de Niterói. O que nos parece reforçar o caráter de complementariedade com qual o programa foi implantado. Mascarenhas (2002) refere-se a este aspecto como uma das dificuldades e fragilidades de implementação e manutenção do programa.

Essa estratégia pode não ter potência substitutiva na concepção do modelo assistencial dado seu caráter minoritário e complementar à rede, ainda baseada no modelo hegemônico de atenção à saúde em vez de integrativo e impulsionador de mudanças (MASCARENHAS, 2002, p. 93).

Podemos observar que para todas as conferências a principal recomendação refere-se à expansão do programa para as áreas de maior risco social com a manutenção da proposta metodológica e o modelo de cogestão. Não há uma única conferência em que o programa seja recomendado como modelo oficial de atenção da saúde municipal, ao contrário, o que se identifica é sempre a deliberação de integração do programa com a rede básica tradicional, denotando-se que esta deve ser mantida e que tem o caráter de modelo prioritário.

Este aspecto merece destaque, considerando apontar uma contradição entre o discurso dos gestores e presidentes que apontam o programa como modelo de escolha e de prioridade da gestão. Outro aspecto a se observar em face desta deliberação é o caráter da focalização que se mantém em detrimento da universalização. Ao tratar deste ponto em estudo realizado em 2002 Mascarenhas destaca que, apesar da opção de implantação do programa em áreas de maior vulnerabilidade social aponte para uma focalização positiva, por voltar-se para aqueles excluídos da assistência, denota uma baixa cobertura do programa.

Na IV conferência identificamos uma deliberação que tem um caráter voltado para toda a rede “estender o controle social e a humanização no atendimento praticado no PMFN para toda rede de saúde” (IV Conferência Municipal de Saúde – deliberação nº 41). Contudo, refere-se a uma forma de agir e não à concepção em sua totalidade.

Outro aspecto refere-se ao reduzido volume de deliberações associadas ao financiamento. Em nenhuma destas identificamos referência ao fato do programa ser financiado com recursos próprios municipais, além de ter um custo elevado devido aos elevados salários pagos, sobretudo ao médico em comparação aos profissionais da rede. Esse é um motivo de crítica contundente do grupo opositor ao programa.



Na VI conferência identificamos a recomendação que dá origem a conversão do modelo original para ao modelo nacional “todas as unidades de atenção básica devem ter em seu quadro de funcionários agentes comunitários de saúde e enfermeiros com financiamento do ministério da saúde” (VI Conferência Municipal de Saúde – deliberação nº 1F do eixo financiamento).

**QUADRO 3: APRESENTAÇÃO DE DELIBERAÇÕES PARA O PMFN SEGUNDO AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Conferência/Ano	Total de deliberações	Numero de deliberações para o PMFN	Eixo temático da deliberação
1996 – II CMS	45	02	Modelo assistencial
1999 – III CMS	69	07	Modelo de atenção
	23	02	Participação social
	17	01	Recomendações
2003 – IV CMS	193	12	Modelo assistencial
	20	1	Participação social
	72	4	Financiamento e recursos humanos
2007 – V CMS*	11	11	PMFN
	4	2	Saúde Bucal
	41	5	Recursos Humanos
	21	1	Participação social
2011 – VI CMS	177	6	Eixo gestão
	40	1	Eixo financiamento

(\*) não é separada por eixos, mas por ações ou programas.

O segundo estudo teve por objetivo identificar se o tema participação/controle social foi contemplado nas Conferências Municipais de Saúde de Niterói. Na presença do tema buscou-se identificar o caráter das propostas deliberadas, ou seja, tem um caráter direcionado a gestão da política de saúde ou amplia-se na perspectiva de incorporar outras demandas do movimento social em saúde. Avaliamos que a identificação deste caráter nos permite inferir quanto à valoração dada pelo grupo gestor a categoria participação social no bojo da política municipal de saúde de Niterói.

Para cada conferência, identificaram-se os eixos temáticos observando a presença ou não do tema Controle/Participação Social como eixo. Na presença eixo, utilizando-se da técnica de Bardin (MINAYO, 1990) buscou-se categorizar as propostas apresentadas nos seguintes núcleos temáticos:

- Identifica-se como instrumento de cogestão de Políticas Públicas, como recomendado na legislação do setor;

- Refere-se à categoria “Participação social” na perspectiva da definição ampliada de participação dos movimentos sociais, que contribuem ou buscam contribuir para introdução de demandas na agenda política.

Em cada relatório identificou-se o número de propostas apresentadas para todos os eixos, mas, em especial para o eixo Controle/Participação Social. Buscou-se ainda identificar a presença de propostas associadas ao tema controle/participação social nos demais eixos de discussão da conferência. Utilizamos a técnica de Bardin, para categorizar as propostas identificadas no referido eixo em núcleos temáticos.

Em 1991, tendo como secretário municipal o Dr. Gilson Cantarino e o prefeito Jorge Roberto da Silveira (PDT) a I Conferência que apresentou como tema - **Saúde: municipalização é o caminho**. Tendo como eixos de discussão: SUS, Modelo Assistencial, Financiamento, Recursos Humanos, Legislação, Controle social. No relatório final desta conferência identifica-se que a participação social é entendida e assume o caráter de *controle social*, com reivindicação para a participação direta da sociedade civil na **gestão** dos serviços de saúde (criação dos Conselhos Gestores Locais) e do próprio sistema local de saúde (criação do Conselho Municipal de Saúde).

Na organização da 1ª conferência municipal de saúde, vislumbramos a concreta possibilidade de construir os marcos fundamentais da participação popular, capazes de transpor as barreiras entre a retórica frias das leis e a materialização objetiva da participação popular enquanto exercício da cidadania. (FMSN, 1992, p. 14).

Realizada em 1996, sob a direção do mesmo grupo gestor da Fundação Municipal de Saúde e do Executivo local, a II Conferência teve como tema **SUS: construindo um modelo, qualificando a vida**. Os eixos de discussão foram: Legislação, Modelo Assistencial, Descentralização, Tutela e Autonomia, Controle Social, Financiamento. Ao todo cento e oitenta e uma (181) propostas foram encaminhadas pelo plenário final. Nesta conferência o eixo Controle Social apresentou 37 propostas. O tema recorrente foi quanto ao funcionamento e a própria representatividade do CMS/Niterói. Percebe-se uma cobrança quanto ao respeito ao movimento social enquanto ator efetivo na decisão do processo político. As propostas sugerem uma “tensão entre sociedade civil e gestores.”

Em 1999 na gestão do secretário municipal de saúde Dr. Agnaldo Zagne, persiste como prefeito Jorge Roberto da Silveira (PDT). O tema central desta terceira

conferência foi - **Niterói: construindo qualidade de vida**. Os eixos de discussão foram ampliados e diversificados, mas participação popular continua como um dos eixos. A análise do relatório desta conferência evidencia uma significativa mudança no foco da política de saúde do município: há grande ênfase nas ações assistenciais com caráter eminentemente técnico e com uma menor participação/envolvimento social. No eixo participação popular, identifica-se que a quase totalidade das propostas refere-se ao desenvolvimento de ações de educação em saúde e com a indicação de que o próprio CMS/Niterói deveria estar envolvido nas ações de parceria com a Fundação Municipal de Educação. Neste contexto participação/control social é entendida como educação em saúde.

Em 2003 foi realizada a IV Conferência de saúde. Essa foi a primeira realizada no governo de coligação PDT/PT tendo como prefeito Godofredo Pinto (PT). O secretário de saúde, também pertencente ao PT, era Francisco D'Angelo. O tema da conferência foi - **SUS Niterói: desafios atuais na valorização da vida**. Nesta conferência percebe-se a retomada da valorização da participação social enquanto um ator no cenário da conferência e na própria política de saúde. Há grande ênfase no CMS enquanto instância de controle social e como veículo de divulgação de informação para a população. Retoma-se a proximidade com o movimento social (aqui citado sempre como "movimento popular", talvez justificado pela própria militância política do grupo gestor).

A V Conferência foi realizada em 2007 sob a gestão exclusiva do PT. Permanecia o mesmo prefeito, Godofredo Pinto, tendo como secretário de saúde Luiz Roberto Tenório (PT), que na conferência anterior assumia o cargo de subsecretário. O tema da conferência foi - **Saúde e Qualidade e Vida, política de Estado e desenvolvimento**. Observa-se nesta conferência o claro poder que grupos representantes de minorias sociais têm de influenciar na decisão coletiva tornando suas demandas particulares como "demandas de todos". O grupo GLBT conseguiu aprovar seis (6) propostas do total de 22 da participação social. Novamente o principal tema, que agrega o maior número de propostas, foi o CMS/Niterói bastante identificado como a própria representação da participação/control social. Não se identificou nenhuma proposta vinculada ao movimento social. Destaca-se que, somente neste ano (2007) é implantado o primeiro Conselho Gestor Local (Maternidade Municipal Alzira Reis). Esta era uma demanda desde a 1ª CMS/Niterói (1991).

Realizada em 2011, em novo mandato do Prefeito Jorge Roberto da Silveira (PDT), a VI Conferência ocorre pela primeira vez sob o comando de um secretário de saúde (Euclides Bueno Neto) que não é médico e nem pertence ao quadro da Fundação. O tema da conferência foi - Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro. É a primeira conferência em que o tema participação/controle social não é um eixo do temário de discussão. Este tema é contemplado no eixo “gestão”. A realização desta conferência é marcada por diversas dificuldades, inclusive de ameaça do movimento social se retirar da mesma. Percebe-se, pelo relatório, que as propostas referentes ao tema participação/controle social são pouco claras e objetivas. A participação/controle social esta associada a função fiscalizadora do CMS/Niterói com responsabilidade de fiscalizar convênios e contratos da rede privada junto a Fundação.

Analisando o impacto destas instâncias de participação popular, asseguradas pelo texto constitucional e pelos diversos instrumentos normativos da saúde, diferentes estudos afirmam que o cidadão brasileiro está inserido em espaços de decisão, como conselhos, fóruns, conferências, porém, com uma capacidade de intervenção bastante enfraquecida e pouco efetivada. Este fenômeno parece materializar-se na realidade da participação social analisada nos relatórios finais das conferências de saúde. Embora o tema esteja presente no relatório final de todas as conferências, percebe-se uma forte vinculação da participação social à gestão das ações e serviços de saúde, caracterizando-se enquanto espaço de controle social, apenas na fase de implementação da política de saúde. Percebe-se que a valoração, o entendimento e a importância do tema pelo grupo gestor, apresentaram uma curva descendente da primeira à última conferência. Este fenômeno sugere que, mesmo em municípios onde a participação é historicamente presente, onde o setor saúde é considerado vanguarda, ainda sim, há uma forte vinculação da participação da sociedade civil ao gestor local. Neste sentido, os conselhos de direito e as conferências precisam evoluir do estágio atual de espaço institucionalizado, por ‘força da lei’, para tornar-se um efetivo espaço em que sejam asseguradas a vocalização das demandas de diferentes grupos sociais. É necessário que estas instâncias convertam-se em espaço de aprendizagem de participação, ou seja, um efetivo espaço de democratização da política.

Em síntese, os conselhos e as conferências representam mecanismos de controle democrático sobre o aparelho estatal, construídos coletivamente ao longo

da história. São resultantes das lutas pela democracia ocorridas no Brasil no final da década de 1970 e em toda a década de 1980, embora tenham sido implantados somente na década de 1990. Os contextos políticos e econômicos dessas três décadas são bastante distintos, variando do regime militar ao contexto neoliberal instalado no país logo após o processo de democratização do estado brasileiro. Esta variação traz sérias consequências para a política de saúde, as políticas sociais e para a participação social porque representa, em última análise, a disputa de projetos societários de diferentes concepções de Estado. Destacamos, contudo, que, apesar de constituírem-se em espaços contraditórios são importantes para a consolidação da cidadania e da democracia. A luz dos conceitos de Gramsci diríamos que estes espaços se configuram em espaços de lutas de classes onde os grupos subalternos organizados da sociedade civil tentam impor uma agenda de demandas e necessidades a sociedade política orientando ações e recursos do governo na direção dos seus interesses e na perspectiva do domínio de uma nova hegemonia.

## CAPÍTULO II

### POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA PERSPECTIVA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As políticas públicas surgem no âmbito dos Estados Modernos como um compromisso firmado entre o Estado e a Sociedade com a finalidade de assegurar os direitos sociais promovendo igualdade, inclusão e justiça social. A dimensão política desta formação está relacionada ao fortalecimento da esfera pública. Podemos reportar-nos a noção de esfera pública, a *res publica*, com distinção entre o público e o privado e como fundamento do estado de direito. O surgimento da esfera pública, em seu sentido moderno, é inseparável do processo de constituição dos Estados Nação, sendo reconhecida como espaço de deliberação (ARENDDT, 1995, GOHN, 2001).

O debate em torno das políticas sociais, ou seja, ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, tem sido enfatizado no decorrer dos séculos XX e XXI e vem ganhando relevância na literatura nacional e internacional. Também é ao longo destes séculos que os direitos sociais são consolidados nas diferentes sociedades. Bravo (2001, p. 135) define direitos sociais como conjunto de normas que devem ser obrigatoriamente garantidas pelo Estado e que assegurem dignas condições de vida e de trabalho das classes trabalhadoras. Reis (2007, p. 20), analisando o papel do Estado na consolidação destes direitos, afirma que é necessária a presença de um Estado que assuma seu papel como provedor das condições necessárias ao efetivo exercício destes direitos e que assegure a participação básica de todos nos frutos da riqueza produzida coletivamente, reduzindo as desigualdades sociais e produzindo maior justiça social. O mesmo autor afirma que a consolidação dos direitos sociais não é fruto de uma “espontaneidade” ou “oferecimento gratuito” do Estado, mas, da mobilização e participação das classes socialmente excluídas dos bens e serviços gerados pelo capital.

O modo de produção capitalista desencadeou uma série de mudanças na infraestrutura da sociedade, como a modernização da produção, a urbanização, o desenvolvimento tecnológico e a necessidade de mão-de-obra qualificada indispensável ao manuseio dos maquinários. Todas estas transformações ao mesmo tempo que contribuíram para a acumulação de capital e geração de riqueza,

resultaram na precarização das condições de vida das classes trabalhadoras, aumentando a desigualdade social, gerando miséria, vulnerabilidade e uma de massas de desvalidos. Segundo Pereira e Linhares (2007, p. 69), neste contexto, “é necessário que o Estado agregue, além de suas funções econômicas, funções sociais na perspectiva de assegurar a força de trabalho e o equilíbrio do sistema econômico - uma resposta a um fenômeno social de massa”. Faceira (2004) aponta que política social não tem o objetivo de produzir mudanças estruturais na sociedade, mas compensar e amenizar os problemas que são resultantes do crescimento da indústria.

As políticas sociais podem ser entendidas como resposta do Estado às reivindicações de diferentes classes frente às necessidades do capitalismo: de um lado a classe trabalhadora (dominada) exigindo melhores condições de vida e trabalho, do outro a elite (classe dominante) buscando assegurar condições de manutenção do trabalho como categoria geradora de riqueza. Bettioli (2006) afirma que as políticas sociais respondem a interesses contraditórios e divergentes da mesma sociedade. Emergem no cenário mundial, após os intensos movimentos populares deflagrados pelo conflito entre capital e trabalho no processo de desenvolvimento da revolução industrial, em um contexto de necessidade de diminuição da tensão social ao lado da preservação da reprodução da força de trabalho (BEHRING, 1988).

Pereira (2008) destaca que a política social é uma espécie do gênero política pública que tem como marca definidora o fato de ser de todos e não estatal. Coloca na mesma arena política diferentes atores sociais, seja por demandas, seja pelo controle social do estado constituindo-se em arena de conflitos de interesses e decorrendo de decisões que visam administrar estes conflitos.

No século XX a expansão das políticas sociais, nos países capitalistas centrais respondem às necessidades de apaziguamento entre as demandas do capital, notadamente nos momentos em que este entra em crise, como no período da depressão de 1929, no 2º pós grande guerra mundial “resultando na formação de uma massa de trabalhadores e cidadãos despossuídos do mínimo necessário à sobrevivência, que fizeram com que emergisse um Estado de Bem estar a partir dos anos de 1940” (FROTA, 2012). Concretiza-se uma nova forma de pacto social como uma resposta estatal às reivindicações e a mobilização social da classe

trabalhadora. Senna e Monnerat (2007, p. 106), analisando o desenvolvimento da seguridade social na Inglaterra afirmam que:

O *Welfare State* é compreendido como produto de uma situação histórica concreta. É, assim, uma resposta ao desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas que, num contexto, de alta mobilização social, gera um novo tipo de solidariedade social.

No contexto brasileiro, o afluxo e o refluxo das políticas sociais no cenário internacional, traduzem-se de forma bastante própria. Se há consenso de que a década de 1930 é reconhecida como marco histórico da implantação das políticas sociais no país, o mesmo não ocorre quanto à forma como estas políticas foram instituídas. Duas correntes apontam para formações distintas no Brasil: uma corrente refere-se a estas políticas como concessões de um Estado populista, autoritário, sem a participação da sociedade, como mostram alguns autores:

Nesse período, as políticas sociais referem-se, principalmente, às relações de trabalho, de alívio à pobreza e a previdência social, sendo consideradas mecanismos populistas e corporativistas a medida que representavam concessões às populações como estratégia de manter a boa imagem do governo e controlar os movimentos sociais e reivindicatórios de trabalhadores (FACEIRA, 2004, p. 4).

No Brasil, a Proclamação da República não estabeleceu entre nós uma república de cidadãos. Ao contrário, 'o povo assistiu a tudo bestializado', efetivando-se basicamente no âmbito das elites brasileiras (CARVALHO *apud* CARVALHO, 1998, p. 1).

Em rebate a esta afirmação, Carvalho (1998) afirma que as expressões *apática* e *bestializada* referem-se não a uma falta de participação da sociedade frente às arbitrariedades do governo, mas, a um discurso que desqualifica a participação por que incorpora a manifestação dos grupos étnicos importantes na sociedade de então, como os negros e os índios. Reitera que a participação social sempre ocorreu como estratégia para garantia de direitos. Analisando os movimentos sociais e a participação social no Brasil afirma que:

A participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada por esta mesma sociedade, de um Estado tradicionalmente privatista, que mantém relações simbióticas e corporativas com grupos privilegiados (CARVALHO, 1998, p. 1).

Para a autora, embora diferenciado do “padrão internacional” a participação social esteve presente nas diversas fases da história do Brasil, manifestando-se de acordo com a “brasilidade” de nosso povo:

(...) mesmo reprimida como ‘caso de polícia’, ocupando apenas as páginas policiais, a participação popular sempre existiu, desde que existem grupos



sociais excluídos que se manifestam e demandam ações ou políticas governamentais. Nesta perspectiva, todas as mobilizações e movimentos sociais são formas de participação popular, que se diferenciam segundo as questões reivindicadas, segundo as formas possíveis, definidas tanto pelos usos e costumes de cada época, pela experiência histórica e política dos atores protagonistas, assim como pela maior ou menor abertura dos governantes ao diálogo e à negociação (CARVALHO, 1998, p. 1).

Aprofundando e sustentando sua argumentação, a autora apresenta uma série de exemplos históricos:

(...) deste ponto de vista podemos analisar a “participação” conquistada e possível nas diversas fases e tipos de movimentos sociais que percorrem a história do Brasil, desde as primeiras resistências indígenas e negras como a Confederação dos Tamoios e os Quilombos, passando pelos chamados movimentos camponeses “messiânicos”, como Canudos, pelas lutas abolicionistas, pela Independência, pelas revoltas urbanas contra a carestia, as mobilizações de inquilinos, e tantas outras (CARVALHO, 1998, p. 2).

Rocha (2008, p. 132) afirma que a história política do país é repleta de exemplos de manifestações populares que demonstram a capacidade do povo brasileiro se organizar e lutar por seus direitos. O que varia é a forma e a intensidade de luta de acordo com os costumes e usos de cada época, com a experiência histórica e política dos movimentos e com a própria abertura e diálogo dos governantes.

Na saúde, a diversificação das formas de participação social se manifesta ao longo da história do setor. O início do século XX é marcado por um modelo de atenção campanhista<sup>25</sup>, implementado pela “polícia médica”. O objetivo das ações era “higienização” dos portos e das cidades na perspectiva de assegurar livre comércio exterior. A resposta popular a este modelo de “assistência” é marcada pela resistência que levou, por exemplo, ao movimento popular de quebra-quebra conhecido como “Revolta da Vacina” (1904)<sup>26</sup>.

A partir da década de 1920 iniciou-se a organização da assistência individual e curativa com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) a partir da

---

<sup>25</sup>O modelo campanhista baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960 (MOSINI, M.V.; MATTA, G.C.). Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 10 de abril 2014.

<sup>26</sup>A Revolta da Vacina foi uma manifestação popular ocorrida na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904 contra a imposição da vacinação obrigatória, cujo objetivo era erradicar doenças tropicais como febre amarela, varíola, malária e peste, além de melhorar as condições de higiene da então capital da república. O plano de saneamento, organizado por Oswaldo Cruz, foi elaborado em sintonia com a política de modernização do espaço urbano do prefeito Pereira Passos. Disponível em: <<http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/revolta-da-vacina/>>. Acesso em: 10 de abril 2014.

aprovação da Lei Eloi Chaves de 1923. As CAP's configuram-se no embrião do modelo previdenciário e reproduzem o modelo alemão de seguro social:

(...) as CAP's eram financiadas pela união, pelas empresas empregadoras e pelos empregados (...) os benefícios eram proporcionais as contribuições e foram previstos: assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependente e auxílio funeral (BRAVO, 2001, p. 22).

Reconhecida como uma resposta Estatal aos movimentos operários do período, as CAP's representaram uma ação para conter o movimento e a tensão social reinantes na época. Apesar desta clara intenção as CAP's tinham um modelo de gestão paritário e a sua instalação nas empresas estava associada à capacidade de organização e reivindicação das categorias. Assim “os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro (grifo nosso) lutaram pela organização das caixas em suas empresas (...)” (idem, ibidem).

Bettioli, analisando o período afirmou que a criação das CAP's foi uma forma de cooptar o movimento popular e de regular a cidadania:

(...) era uma forma de cooptar um setor da classe trabalhadora, sobretudo, os mais organizados e combativos. Isso criaria uma forma de exclusão da política social entre os próprios trabalhadores, o que, nos termos atuais, é conhecido como cidadania regulada (2006, p. 35).

Entre os anos 1930 e 1945 o crescimento da indústria nacional é acompanhado pelo adensamento da população em área urbana levando o Estado a interferir na economia e na sociedade. Diversas ações foram implantadas na perspectiva de assegurar direitos sociais ainda que sob a ótica de um estado populista. As políticas sociais tiveram um caráter focalizado e voltado para aqueles que necessitavam da intervenção estatal. Dentre os direitos assegurados estavam a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a carteira e justiça do trabalho que conformaram uma “cidadania regulada” voltada para os trabalhadores inseridos no mercado formal, com profissão reconhecida por sindicatos cuja ação era autorizada pelo governo (SANTOS, 1979). Frota (2012, p. 61) citando Carvalho, diz que houve uma inversão pelo governo brasileiro na garantia dos direitos, tendo sido assegurado via leis trabalhistas, primeiro o direito social em detrimento da garantia dos direitos políticos. Chama atenção para o fato deste direito ter sido assegurado por decisão estatal e não como resposta aos movimentos sindical ou político. Este aspecto reforça o caráter de benevolência do governo facilitando praticas baseadas na troca,

na dependência. Em oposição Reis (2007, p. 40) destaca que a classe trabalhadora tinha consciência de seus direitos, ou seja, da “obrigação dos de cima para com os pobres e, portanto, não é possível afirmar que esta ocupou apenas o lugar de receptora”. Conclui que, embora houvesse um entendimento controverso associando “direito social como dádiva ou como favor”, a população sabia dos seus direitos e deveria reivindicá-los.

(...) a classe trabalhadora com base em sua própria experiência, valores e crenças em grande medida ‘ressemantizou’ e ‘ressignificou’ tanto o discurso estatal quanto a lógica da outorga, que estabelecia os benefícios sociais como dádiva getulista. E, agindo assim, ela não apenas reconfigurou o outorgado, como foi além dele, ou seja, além do projeto de cidadão-trabalhador desejado pelo regime, cobrando do governante os direitos que lhe foram prometidos (REIS, 2007, p. 40).

Nesta mesma linha de análise, Gohn destaca o retorno das camadas populares como atores sociais: “As classes populares começam a emergir como atores históricos sob novos prismas. Paulatinamente vão deixando de ser apenas casos de polícia e se transformando em cidadãos com alguns direitos, como os trabalhistas” (GOHN, 2001, p. 82).

As CAP's foram unificadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) e estendidos a um maior número de categorias profissionais. Neste período a política de saúde dividia-se em duas grandes áreas: a de saúde pública com foco nas ações preventivas para o conjunto da população, sob a direção do Ministério da Saúde (MS); e a de medicina previdenciária com foco nas ações curativista para os contribuintes dos institutos reafirmando a existência de duas categorias de cidadãos os que trabalham e os que não trabalham e, portanto, estão à margem dos direitos sociais, dentre eles o direito a saúde. O crescimento da massa assalariada aumenta o número de usuários dos institutos, fazendo com que se estabeleça uma política de contenção de gastos reduzindo os investimentos na assistência. A previdência adota uma “orientação contencionista ao contrario do modelo abrangente da década de 1920” (OLIVEIRA; TEIXEIRA *apud* BRAVO, 2001, p. 23). Como consequência da unificação das CAP's a participação social torna-se significativamente menor se comparada ao período anterior, contribuindo para o enfraquecimento da mobilização das classes trabalhadoras, mesmo as mais organizadas. Braga e Paula (*apud* BRAVO, 2001, p. 22) citam como principais ações em saúde neste período: as campanhas sanitárias; a criação do Departamento Nacional de Saúde (1937); a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937; a

criação de serviço de combate às endemias; a reorganização do departamento nacional de saúde em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. Em nenhuma delas se percebe a participação social. São ações de âmbito governamental que conformam uma política de saúde do tipo incremental.

No período de 1945 a 1964 o Brasil passou por contexto de intenso período de desenvolvimento urbano, industrial e de crescimento econômico, conhecido como “a era dos 50 anos em 5” do então presidente J. Kubitschek (Plano de Metas 1956-1961). As políticas sociais desta época precisavam assegurar o desenvolvimento humano como elemento fundamental para o desenvolvimento econômico. Por conseguinte tiveram como foco a educação, habitação, saúde, saneamento, alimentação.

A participação social também estava em expansão associada às lutas das diversas categoriais de trabalhadores num crescente processo de organização e reivindicação por meio da luta sindical possibilitando uma cidadania mais abrangente. (REIS 2007, p. 52). Carvalho (1998, p. 2) corrobora esta ideia citando a forte participação da Liga Camponesa e as reivindicações por “Reformas de Base”. Gohn (2001) afirma que este foi um período fértil – instala-se no país um processo de redemocratização que traz a cena a disputa político-partidária, a expansão dos sindicatos, emergem movimentos sociais por todo o país. A autora finaliza a análise deste período enfatizando:

Os movimentos sociais desta fase foram muitos. As greves de operários e de setores do aparelho estatal, recém-expandido pelas necessidades de conjuntura, marcaram o período como um dos mais ricos da história do país em mobilizações e propostas sociais (GOHN, 2001, p. 92).

Esta intensa mobilização social se dá até meados da década de 1960. Diversos movimentos populares como da reforma agrária, pela redução da tarifa dos transportes públicos, de infraestrutura urbana, da associação de moradores por casas próprias e legalização de terrenos crescem grandemente principalmente devido a migração interna no eixo nordeste-sudeste e pelo caráter populista do governo que barganhava votos em prol de melhorias urbanas.

No que se refere à formatação da política de saúde e a participação social este período representa uma contradição: ocorrem grandes mudanças na história da saúde pública, mas, a participação social é praticamente inexistente, as modificações são determinadas tecnocraticamente para atender a interesses do

poder público governamental. A consolidação da política nacional de saúde se estabelece com a elaboração do I Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Inicia-se o processo de privatização da saúde com a crescente tendência da compra de serviços médicos e a consolidação do modelo hospitalocêntrico, com desenvolvimento de ações individuais e voltadas apenas para a cura em detrimento da prevenção. Bravo (2001, p. 23) destaca que até 1964 a assistência médica ainda era fornecida pelos institutos e a compra de serviços ainda era pouca, mas já se identificava uma pressão por parte de grupos médicos ligados ao sistema de mercado, pressionando o Estado para ofertar financiamento público para uma rede já estruturada de hospitais privados. Pode-se dizer que a participação deste período é exercida por este grupo de interesse privado na saúde.

No período do regime militar, a participação dos movimentos sociais reduziu-se drasticamente, em razão da Política de Segurança Nacional seguida de censura e violência dos aparelhos coercitivos do Estado. Carvalho (1998) destaca a forte presença da resistência e o enfrentamento oferecido por grupos como o movimento estudantil, as guerrilhas urbanas e rurais. Acrescenta-se a este rol o surgimento das Comunidades eclesiais de Base, em continuidade as lutas da esquerda católica, em especial dos militantes da Juventude Universitária Católica-JUC, que atuaram em articulação com os comunistas e fizeram coro à proposta de Reformas de Base do Governo João Goulart, além de terem constituído um fermento à corrente da Teologia da Libertação (PINHEIRO, 2010). Gohn (2001) cita a efervescência do movimento da esquerda responsável por intensa articulação política na clandestinidade. Reis (2007) associou o endurecimento da ditadura pelo movimento de resistência oferecido por diferentes grupos. Podemos dizer que os movimentos sociais não “desapareceram” do cenário político brasileiro, apenas mudaram sua forma de agir.

Paradoxalmente, os direitos sociais se ampliam no governo de exceção. A política social é ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal em consonância com a política de segurança com o claro objetivo de diminuir as tensões sociais. No campo da saúde houve a unificação dos IAP's no instituto nacional de previdência social (INPS), favorecendo o aumento dos investimentos tecnológicos e a compra de serviços médico-hospitalares. Para a participação social a unificação significou “o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua

exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (BRAVO, 2001, p. 24).

Na década de 1970 iniciou-se o processo de abertura política no país possibilitando o ressurgimento e intensificação da organização e participação popular, gerando diversos tipos de movimentos sociais. Carvalho (1998, p. 3) denominou esta nova forma de participação de “Novos Movimentos Sociais” chamando a atenção para a forma como se expandiram pelo país, diversificaram as temáticas de reivindicação e luta e contribuíram para a conformação de uma nova esfera pública.

(...) movimentos que se organizam como espaços de ação reivindicativa, que recusam relações subordinadas, de tutela ou de cooptação por parte do Estado, dos partidos ou de outras instituições. Esses novos sujeitos constroem uma vigorosa cultura participativa e autônoma, multiplicando-se por todo o país e constituindo uma vasta teia de organizações populares que se mobilizam em torno da conquista, da garantia e da ampliação de direitos, tanto os relativos ao trabalho como à melhoria das condições de vida no meio urbano e rural, ampliando sua agenda para a luta contra as mais diversas discriminações como as de gênero e de raça.

Observou-se a criação e fortalecimento de movimentos como: Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), os clubes de mães, as pastorais populares das igrejas, o movimento de estudantes, movimentos populares por creches, por saúde, a Oposição Sindical Metalúrgica de São Paulo e do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo determinando o que Reis (2007, p. 52) sintetiza como confronto entre a sociedade civil e o poder constituído alargando os espaços de atuação coletiva para além do permitido pelo projeto de transição controlada estabelecida pelos militares.

Rocha (2008, p. 134) citando artigo de Ciconello (2008) destaca que mesmo com a censura havia espaço para mobilização e debate na base da sociedade brasileira e este espaço foi utilizado por várias organizações formais ou não por meio de processos educativos que tinham por objetivo gerar emancipação e consciência cidadã para a transformação social.

O Estado não pode manter-se indiferente ou manter o padrão anterior de políticas sociais. No Governo Geisel (1974-1979) inicia-se o projeto de distensão lenta e gradual. As políticas sociais em geral, e a política de saúde em particular, foram utilizadas pelo regime militar na perspectiva de atenuar as reivindicações e pressões da classe trabalhadora. As políticas sociais são reconhecidas como fruto

da articulação entre Estado e sociedade, sendo desvinculadas do caráter eminentemente econômico que vinha ocorrendo até então.

Com o declínio do milagre brasileiro o contexto de revoltas e insatisfações vai se intensificando inclusive no setor saúde previdenciário que também passa por uma grave crise financeira e de credibilidade em função da redução de recursos, das práticas vigentes no setor como a compra de procedimentos em serviços privados e o alto custo tecnológico aliado à baixa efetividade das ações. A participação social se manifesta por meio da “intensificação dos movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente, por parte dos movimentos populares emergentes, da intelectualidade orgânica do setor saúde, e de diversos partidos políticos de esquerda e centro-esquerda que formariam o Movimento Sanitário” (PORTELA, 1996, p. 7).

Em 1974 a vitória legislativa<sup>27</sup> do partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB) elege 16 senadores e 87 deputados federais tornando pública a insatisfação da população com o regime vigente. Neste período há intensa mobilização e organização da sociedade civil na elaboração de programas de mudanças para o país (GOHN, 2001).

Evidencia-se, até este ponto a trajetória da política de saúde em particular e das políticas sociais em geral, que as mudanças ocorridas têm um caráter burocrático de nível estrutural tanto no que se refere ao modelo de assistência como do financiamento. Decorrem da necessidade estatal de assegurar hegemonia, os interesses das oligarquias e, por vezes, aplacar conflitos. Ainda que denominadas políticas sociais mantem-se sob a lógica da concessão e menos do direito coerente com o padrão autoritário da sociedade brasileira. Ainda que se possa afirmar que sempre houve ao longo da história brasileira participação, em que pese suas diferentes manifestações, vale a pena refletir sobre o caráter e o resultado que a participação tem logrado. Souza (2010, p. 81) sinaliza que “assumir a perspectiva da participação exige que se examine a participação nas dimensões: por quê? Em função de quem? O que é mesmo participação?” Para a autora participar é um processo e não algo acabado que tem sua expressão na realidade cotidiana dos diversos segmentos da população. A participação faz parte da construção histórica e é resultado da capacidade de organização e luta da sociedade civil. Neste sentido participação é conquistada e não concebida (DEMO, 1996). Não é possível pensar

---

<sup>27</sup> <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/historia-brasil/governo-geisel-1974-1979-distensao-oposicoes-e-crise-economica.htm>>. Acesso em: 10 abril 2014.

em participação dissociada da disputa de poder e, por conseguinte em conflitos entre os diferentes grupos sociais. Para Anhucci e Suguihiro (2010) a participação existe por que há dominação de uma minoria sobre a maioria. Diríamos que até este ponto a participação que veio ocorrendo no Brasil pavimentou o caminho histórico para que entrássemos na década de 1980 num processo de transformação, de ampliação do aparelho estatal à participação social na perspectiva da conformação de um estado democrático de direito.

No Brasil e na América Latina a década de 1980 é considerada a década da transição democrática e do *boom* da participação da sociedade em suas múltiplas formas de organização, tornando-se extremamente rica do ponto de vista das experiências político-sociais. O processo de redemocratização do país pode ser evidenciado por eventos como: o movimento por “diretas já”, fim da ditadura, mobilização nacional para eleições diretas, eleição do primeiro presidente civil, mobilização e realização da assembleia nacional constituinte, surgimento das centrais sindicais e de vários movimentos sociais. Proliferam-se as organizações não governamentais, novos partidos políticos, novo sindicalismo e comunidades eclesiais de base (CEBs). Os atores políticos, em cada setor, buscaram uma mobilização visando reivindicar uma institucionalidade democrática que inserisse seus interesses na esfera pública.

O surgimento da esfera pública, em seu sentido moderno, é inseparável do processo de constituição dos Estados Nação. A conformação dos direitos civis de participação política na história da América Latina e, em especial do Brasil, traz elementos importantes para o debate sobre a formação do processo democrático, a esfera pública, o que Luchmann (2002) classifica como democracia deliberativa, ou seja, a participação do cidadão nas decisões do poder público por meio de espaços de cogestão de políticas públicas.

A década de 1980 representa o segundo grande marco histórico para a consolidação das políticas sociais no país: diversos movimentos sociais cuja atuação havia sido retomada na década anterior, ainda que de forma tímida e restrita, “desabrocham” no cenário nacional com maior vigor e visibilidade, conforme assinala Braga (2007, p. 86): “as lutas de grupos populares (...) reacenderam com fôlego renovado, disputando um projeto de sociedade com participação social e justiça social”. Como expressão máxima desta participação, Reis (2007, p. 52) aponta o movimento pelas diretas já “(...) a campanha pelas diretas já, (é) apontado



por muitos como a maior mobilização popular da história brasileira (...). Como resultado tem-se a elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988), a “Constituição Cidadã”, em cujo texto insere-se a garantia dos direitos civis, políticos e sociais, colocando um fim na prática assistencialista e no uso de favorecimentos para a concessão de direitos. É como denomina Hannah Arendt (*apud* REIS, 2007, p. 53) a era de “Direito a ter Direitos”. A participação social se intensifica num contexto de crise da ditadura, propício a uma explosão de movimentos sociais na busca da garantia de direitos sociais e da conformação de um estado democrático. Os novos direitos assegurados contribuem para mudar a cultura política do país contribuindo para a formação de uma cidadania ativa e assegurar, no texto constitucional, os mecanismos necessários para a democracia participativa e não apenas representativa.

Neste contexto, é possível afirmar que a década de 1980 representa um “divisor de águas” no que se refere à participação a começar pela concepção que passa a vigorar - a de participação social. A categoria central da participação não é mais a comunidade como na década de 1950, nem o povo nas décadas de 1960/1970, mas, a sociedade civil com suas organizações privadas (PORTELLI, 1977, p. 34) como parte integrante do Estado ampliado no qual se relaciona dialética e permanentemente com a sociedade política, representando o espaço onde se conformam os interesses de classes, se estabelece a correlação de forças na luta pela hegemonia (SIMIONATTO, 1995, p. 66-68). Outro diferencial a partir de então é o foco da ação. Não se trata mais de ações localizadas na comunidade (1950). Não significa mais o confronto direto ao sistema vigente (1960/1970). Significa a busca pela garantia a ampliação dos direitos e da participação no processo democrático da gestão da *res publica*.

Participação pode ser compreendida como um processo no qual homens e mulheres se descobrem como sujeitos políticos, exercendo direitos, ou seja, uma prática que está diretamente relacionada à consciência dos cidadãos e das cidadãs, ao exercício da cidadania às possibilidades de contribuir com processos de mudanças e conquistas (SOUZA, 2010, p. 82).

Democratizar as funções do estado entendido enquanto sociedade política seria ter a possibilidade de evoluir do domínio e coerção para a hegemonia e consenso. Seria ter um estado integral (GRAMSCI *apud* SIMIONATTO, 1995, p. 71-72).

Outros aspectos que sofreram profundas mudanças na década de 1980 referem-se a:

Forma de participação social – embora, como visto anteriormente, jamais tenha deixado de haver participação social nas diversas fases da história do Brasil, é a partir do final dos anos de 1970 e durante toda década de 1980 que esta participação deixa de ser restrita a determinados grupos e temáticas para ganhar espaço, visibilidade e disseminar-se em todos os estados do país, junto aos mais diferentes grupos, de mulheres a trabalhadores, de estudantes a políticos de esquerda:

A massa ocupante das ruas naquele ano, gritando “democracia”, se compunha de muitos grupos com demandas universalistas ligadas às questões trabalhistas, relativas à educação e à saúde pública, entre outras e demandas específicas como referentes as questões da mulher, da criança e dos adolescentes, dos idosos, dos negros e dos povos indígenas (BRAGA, 2007, p. 86).

O objetivo da participação – embora individualmente os grupos tivessem interesses distintos, ao longo da década de 1980, contudo, a bandeira de luta era uma só: democracia, justiça social e participação popular:

A sociedade civil, espaço de disputa de projetos de sociedade, vista de longe (como se vê nas fotos daqueles mega comícios dos anos 80) – no coro da reivindicação perante a aparelhagem estatal -, poderia parecer homogênea, defensora dos mesmos objetivos. Entretanto, as oposições entre os movimentos populares progressistas e as organizações ligadas aos interesses dominantes logo se fariam notar (...) (BRAGA, 2007, p. 86).

O resultado da participação – a formulação das políticas sociais no país, sempre foi marcada por um modelo híbrido entre direito e favor determinando um caráter assistencialista, de benesse às políticas. Na década de 1980 consolidam-se as políticas enquanto direito do cidadão e dever do Estado garantido mediante texto constitucional:

(...) se caracterizou pela conquista do direito a ter direitos, do direito a participar da redefinição dos direitos e da gestão da sociedade, culminou com o reconhecimento, na Constituição de 1988, em seu art. 1º de que Todo poder emana do povo, que o exerce indiretamente, através de seus representantes eleitos ou diretamente nos termos desta constituição (CARVALHO, 1998, p. 4).

Para a política de saúde brasileira esse contexto é de mudanças. A década de 1980 representa um marco histórico para o setor. A saúde deixa de ser uma área restrita a profissionais e gestores e incorpora-se ao rol de reivindicações dos movimentos populares por serviços de qualidade, mas, sobretudo, por um direito a saúde.

Frente a essa situação, profissionais e trabalhadores de saúde, organizações sindicais, movimentos de base, enfim a população organizada vem se mobilizando de diversas formas, denunciando e propondo mudanças, num movimento pela saúde e pela democracia (Saúde em Debate, nº 17, p. 34).

Na raiz das mudanças, estão os fatos do contexto histórico nacional, mas, também aqueles próprios do setor. Diversas mudanças se processam fruto da crise financeira e da precariedade do setor, do desejo e da necessidade de construção de uma política universal e com serviços públicos de qualidade. A principal mudança, contudo, é o reconhecimento da saúde como direito de todo cidadão brasileiro, assegurado pelo Estado mediante políticas econômicas e sociais. Este novo paradigma requer novos arranjos institucionais, a entrada de novos atores na arena política, o que determina conflito e tensão no jogo político. Tratamos abaixo de fazer uma breve descrição deste rico período com ênfase no aspecto da participação social.

## 2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UM NOVO MODELO PARA A SAÚDE

No início dos anos de 1980 a crise financeira da previdência se intensifica e o governo busca alternativas de superação. Foram criados diversos programas de caráter reformista como o PREV-SAUDE, CONASP a partir do próprio MPAS/INAMPS. Niterói se tornará exemplo de implementação de um novo modelo de gestão em saúde a partir da experiência do Projeto de integração, regionalização e hierarquização de serviços de saúde para áreas metropolitanas - Projeto Niterói que se expandirá, posteriormente para o país sob a forma do Programa das AIS a partir de 1983, até a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em um momento especialmente favorável à implantação da almejada integração entre as instituições prestadoras de assistência a saúde. (...) o que nasceu como um programa institucional do INAMPS, passou a ser assumido, pelos demais ministérios e secretarias de saúde dos estados, como eixo comum sobre o qual deve-se caminhar, daqui pra frente, no sentido real da integração (BRASIL, 1984, p. 1-2).

As AIS tinham como estrutura: assistência primária de saúde, integralidade das ações, unificação dos serviços, descentralização, expansão do sistema de

saúde e a participação popular na condição de categoria estruturante como pode ser identificado em diversos eixos da proposta operacional:

- Como diretriz – “reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais da definição de necessidades, no encaminhamento de soluções e na avaliação do nível de desempenho da assistência prestada” (idem, p. 5).
- Na estrutura e organização – “a fim de dar efetividade ao princípio de descentralização, torna-se patente à necessidade de se estabelecer comissões interinstitucionais de saúde, gestoras das ações de saúde nos diversos níveis (...). Estas comissões constituem instâncias de decisão, planejamento, gestão e acompanhamento das ações integradas de saúde” (idem, p. 8).
- Na estrutura orgânica – “comissões interinstitucionais – CIS; regionais interinstitucionais – CRIS; locais ou municipais interinstitucionais – CLIS ou CIMS; GEL – grupo executivo local” (idem, ibidem).

A participação social ocorrerá por meio das comissões interinstitucionais, gestoras das ações de saúde nos diversos níveis (BRASIL, 1984). Integram estas comissões “entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local” (idem, p. 10). As funções das comissões são: definição de necessidades, encaminhamento de soluções e avaliação do desempenho da assistência prestada (idem, p. 5). Esta mesma proposição é citada nos dois documentos elaborados por Cordeiro na função de presidente do INAMPS. Cordeiro (1986, 1987) apresenta a participação como condição para a democratização da saúde e da gestão. Propõe a criação de conselhos nos diversos níveis de atenção e gestão do sistema. Estas proposições serão posteriormente ratificadas na 8ª conferência nacional de saúde (CNS) em que se estabelece o conceito ampliado da saúde como direito e como conquista social com “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” (BRASIL, 1986, p. 5).

Alguns fatores podem ter contribuído para o papel de destaque que a participação social assumiu na formulação e execução das AIS, mas, identificamos como fundamentais: o período de intensa participação vivido no país e o próprio movimento da reforma sanitária que trazia em sua composição representações dos movimentos populares. Também contribui fortemente a experiência desenvolvida

com êxito em Niterói, antecessora das AIS - o Projeto Niterói no qual o movimento popular tinha assento na comissão executiva.

As AIS são consideradas precursoras do SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) criado em 1987 com o objetivo de contribuir para a consolidação e expansão das AIS, possibilitando a curto prazo a materialização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária. No que tange a participação social, refere-se ao reforço das instâncias colegiadas das AIS responsáveis pela “coordenação da formulação dos planos de saúde e pelo acompanhamento da execução destes (BRASIL, 1987). O SUDS tem uma curta duração, sendo posteriormente, em 1988, substituído pelo SUS. No âmbito da operacionalização do SUDS havia uma comissão executiva na qual havia representantes do movimento popular.

Em 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira conferência com participação social, cujo objetivo foi a proposição de um novo modelo de sistema de saúde como dever do Estado e direito de todos pautado nos princípios da universalização, descentralização e da participação social (BRASIL, 1988).

No bojo do processo de (re)democratização do país, o movimento popular em saúde ressurge, se estrutura e se fortalece. A assistência à saúde deixa de ser assunto dos tecnocratas do setor para incorporar-se às discussões e demandas da população.

A saúde, nessa década contou com a participação de novos atores na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser de interesse apenas dos técnicos para assumir a dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2001, p. 25).

As condições de assistência à saúde da época, aliada à grande insatisfação que o modelo vigente causava tanto em usuários como em profissionais, foram elementos que suscitaram uma vigorosa e ampla discussão das necessidades de mudanças no setor saúde. O contexto de abertura política possibilitou a participação de lideranças como Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro e favoreceu que centros progressistas da saúde trouxessem para a discussão no cenário brasileiro, experiências como a reforma sanitária italiana e dos sistemas de saúde de países como Canadá e Cuba. Estas discussões, assentadas em pensadores como

Giovanne Berlinguer<sup>28</sup>, dentre outros, apontaram para a possibilidade de criação de um sistema único universal, equânime e com participação popular. A proposição deste novo modelo de gestão e atenção é fruto de um longo processo gestado desde os anos 1970, que se intitulou “Movimento Sanitário” (ESCOREL, 1988).

O movimento da reforma sanitária brasileira não se constitui em um movimento exclusivo do setor saúde, ao contrário tem ampla participação da sociedade civil, representada por movimentos populares, associações de classes, sindicatos, movimento estudantil, associações de moradores, e outras mobilizações do período, além de partidos políticos e intelectuais do setor. O acúmulo científico produzido pelo movimento aliado ao intenso processo de organização e participação social possibilitou que o setor saúde fosse o grupo melhor representado na Assembleia Nacional Constituinte, permitindo a inserção do texto do Sistema único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, integrando o capítulo da Seguridade Social.

Ter conseguido escrever na Constituição a saúde enquanto direito universal, integral, descentralizado, acessível e democrático, constituído por um conjunto de práticas que extrapolam o setor institucional da saúde, revela a existência de uma ampla frente de forças políticas, articuladas em torno de um projeto comum (que lhe confere identidade), suprapartidária, organizado ao redor das práticas: teóricas, ideológicas e políticas (ESCOREL, 1988, p. 7).

O movimento sanitário ao propor o ideário do SUS, acreditava que além da proposição de um novo modelo de atenção à saúde, estaria construindo o processo de democratização para o fortalecimento da participação social e para a garantia do exercício de cidadania no Brasil.

A reforma Sanitária é parte do conjunto de uma mudança social. Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se firmar como uma nação de cidadãos (AROUCA, 1988, p. 5).

Durante o processo constituinte, inegavelmente, o setor saúde alcançou maior aglutinação e mobilização ao assegurar na Constituição Federal de 1988 a inscrição de uma das mais democráticas proposições de sistema de saúde da modernidade. Bravo (2001, p. 26) ao falar da vitória da plenária da saúde na constituinte aponta

---

<sup>28</sup>Médico, foi vice-presidente do Comitê Nacional de Bioética da Itália. Professor de Higiene do Trabalho na Faculdade de Ciências da Universidade "La Sapienza", Roma, Itália. Foi deputado de 1972 a 1983 e senador do Parlamento Italiano de 1983 a 1992. Autor de várias obras, entre elas: "*Storia e politica della salute*" (1991) e "*I duplicanti politici in Italia*" (1991). In: <<http://www.iea.usp.br/pesquisa/professores/ex-professores-visitantes/ex-professores-visitantes-internacionais/giovani-berlinguer>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

como elementos decisivos a “capacitação técnica de formulação do texto constitucional, a pressão sobre os constituintes e a mobilização da sociedade”.

Com o processo constituinte, a participação social em saúde consolida-se por meio de definição de “controle social”

(...) o controle social na saúde é um direito conquistado na constituição de 1988 e refere-se ao princípio da participação popular, que significa a “gestão participativa nas políticas públicas de saúde, ou seja, a sociedade civil organizada planeja e fiscaliza a política local” (PORTO *apud* BRAVO, 2001, p. 80).

Surge o desafio de assegurar espaços de interlocução entre sujeitos sociais no âmbito da sociedade política e da sociedade civil, no sentido da criação de uma nova ordem democrática onde se valorize a universalização dos direitos de cidadania. A descentralização proposta pela Constituição Federal de 1988 possibilitou a criação dos conselhos gestores de políticas públicas nas três esferas de governo com a finalidade de intermediar a relação sociedade-estado. A participação adquire um caráter institucional e é concebida como uma intervenção social periódica e planejada (GOHN, 2000). Segundo Fleury (1990).

A originalidade da constituição do processo democrático brasileiro está dada ao redesenhar as relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controles sociais, com mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo.

Carvalho (1998, p. 4), ao analisar este rico período da história da democracia brasileira afirma que a assembleia constituinte é o momento onde “deságuam” os diversos pleitos pelos quais os grupos organizados vinham lutando há anos. Entre estes movimentos, tem-se o movimento pela reforma sanitária brasileira (RSB) tinha o objetivo de criação de um novo sistema de saúde. Como resultado do envolvimento e participação não só de profissionais do campo da saúde, mas, da população de um modo geral, consegue-se aprovar o SUS “(...) Sistema Único de Saúde, que institui um sistema de cogestão e controle social tripartite (Estado, profissionais e usuários) das políticas de saúde, que se articula desde os conselhos gestores de equipamentos básicos de saúde até o Conselho Nacional, regido pela Conferência Nacional de Saúde” (BRASIL, 1988).

Bravo (2001) entende que a democracia das massas com ampla participação social deve envolver tanto as instituições parlamentares, os sistemas partidários quanto os segmentos organizados da sociedade como sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de moradores de bairro e os movimentos sociais democráticos das regiões urbanas e rurais.

Fleury (*apud* BRAVO, 2001, p. 26-27) ao analisar a política de saúde da década de 80 refere-se ao fenômeno da participação e da mobilização social como a “politização da questão da saúde” e aponta este como um elemento fundamental para assegurar que as mudanças propostas sejam incorporadas às agendas governamentais. Em período posterior, a mesma autora, analisando o período de criação e aprovação do SUS aponta para um “(...) afastamento da população da cena política despolitizando o processo”. Fleury segue sua avaliação, reforçando que a forma de assegurar a continuidade do processo e a construção democrática é pela participação social.

Na década de 1990 a participação social manifesta-se baseada na conciliação e na negociação pessoal: é a era dos conselhos, órgão de mediação povo-poder (GOHN, 2001). Três tipologias de conselhos são apresentadas pela autora. Os Conselhos populares propostos nos anos de 70/80 pelo movimento popular representam a participação autônoma. A saúde e a habitação são as áreas de maior manifestação, tendo “a democracia de base como valor central” (p. 211). Os Conselhos comunitários tiveram curta duração, foram criados por decretos no regime militar e representaram um espaço de negociação do movimento popular com determinadas áreas do poder público. Os Conselhos temáticos institucionalizados instituídos após a CF-1988 abrangem “todos os cidadãos seja por categorias sociais dos excluídos, áreas de gestão e conselhos tarifários” (p. 212). Funcionam por meio de plenárias, audiências públicas e tem como função participação no planejamento, na implementação, na avaliação e na fiscalização das políticas públicas. Neste sentido, “são espaços de democratização da coisa pública e de exercício de cidadania pela população” (p. 213). São espaços permanentes de tensão e de disputa entre diferentes projetos societários que podem contribuir para avançar ou retardar o modelo de democracia vigente.

Em 1994 o cenário sociopolítico se altera em função das eleições, com a vitória do candidato do PSDB “surgido de um pacto político entre as elites, possibilitando a ascensão de novos quadros ao poder central” (GOHN, 2001, p.129). Destaca-se como alguns movimentos deste período<sup>29</sup>:

- Movimento pela ética na política – movimento social único que culminou com o *impeachment* do presidente Collor de Melo.

---

<sup>29</sup>Todas as citações foram retiradas do Livro História dos Movimentos e Lutas Sociais – a construção da cidadania dos brasileiros. Maria da Glória Goh (2001).



- Movimento dos cara pintadas – movimento de estudantes.
- Movimento ação da cidadania, contra a fome e pela vida.

O exemplo do conjunto de movimentos sociais ocorridos neste período permite evidenciar a capacidade de mobilização e participação das classes trabalhadoras. Observa-se que estes movimentos uniram classes e camadas populares diferenciadas, as camadas médias, militares, membros da igreja e outros. Todos estes movimentos contribuíram e contribuem para a formação do processo democrático e da cidadania no contexto brasileiro. Em que pese à especificidade política e econômica de cada período pode-se afirmar que os movimentos sociais representaram, em última análise, uma disputa de classes.

A noção de democracia e esfera pública sofreu profundas transformações com o advento do Estado Democrático de direito, vigente em nosso país, após a Constituição Federal de 1988. No amplo processo constituinte que culminou com a promulgação da Constituição Cidadã a participação da sociedade na *res publica* ganhou novas dimensões. Temas como descentralização, controle social, intersectorialidade, parceria tornam-se frequentes na perspectiva da consolidação da democracia e da valorização da participação social.

Apesar das mudanças ocorridas neste período representarem os anseios de boa parte da população brasileira, o processo de mudanças não é uniforme nem sem resistência, porque tais mudanças significam romper com alguns aspectos e costumes presentes na sociedade brasileira desde o início de sua formação como a herança patrimonialista, o clientelismo, o favoritismo das elites tradicionais, dos políticos, cuja prática política associa vida pública e privada. Dagnino (2002) corrobora esta realidade assegurando que o processo de construção democrática não é linear, mas contraditório e fragmentado, marcado por diversos níveis de complexidade. Dessa forma, faz-se necessário o fortalecimento do Estado pela via ampliada (sociedade política mais sociedade civil), expresso pela inscrição dos interesses das maiorias nos processos de decisão política. Como resultado da formação do Estado Democrático de Direito surge o desafio de assegurar espaços de interlocução entre sujeitos sociais no âmbito da sociedade política e da sociedade civil, no sentido da criação de uma nova ordem democrática onde se valorize a universalização dos direitos de cidadania.

Em síntese, a definição de saúde tem sempre relação com o contexto socioeconômico e histórico de cada sociedade, não sendo por isso uma definição

abstrata, mas fruto das conquistas da população. Pode-se afirmar que a definição de saúde adotada pelos governos reflete o estágio de organização social e econômica da própria população. No âmbito deste trabalho adotamos a definição ampliada de saúde inscrita no Texto Constitucional (BRASIL, CF-1988, título VIII, seção II) por tratar da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, por apresentar como uma de suas diretrizes a participação social. Por ser fruto de uma longa trajetória de mobilização e participação que a sociedade brasileira vivenciou desde o final da década de 1970 até a promulgação da Constituição de 1988. Portanto, surgiu como uma conquista da sociedade, que teve seus pontos de luta reconhecidos e ratificados, em sua maioria, pelos constituintes de 1987 naquele contexto histórico. A consolidação desta política vem desta época até os dias atuais, num movimento dinâmico que ora se torna mais evidente, ora mais retraído, ora atende a interesses dominantes e ora volta-se para as necessidades da população. A partir da década de 1990, a política de saúde inscreve-se legalmente como uma política social no texto constitucional, tendo por base um Estado ampliado provedor de políticas sociais. Contudo, a materialização desta nova proposição acontecerá concomitante ao período de reformas administrativas, o que trará profundas repercussões na implementação da mesma e conseqüentemente, para a participação social.

## 2.2 PROJETOS SOCIAIS EM DISPUTA – REPERCUSSÃO PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O final de década de 70 e os anos 80 marcam uma inflexão importante na história das políticas sociais no mundo, com reflexos diretos na América Latina e, particularmente, no Brasil. A crise econômica tem forte rebatimento sobre estas políticas em especial sobre os sistemas de proteção social. O *welfare state* é apresentado como o “grande vilão” da dívida pública, sendo necessário reduzir todos os gastos direcionados a manutenção dos direitos assegurados. Países que já haviam implantado ou reformado seus sistemas de proteção social, nas décadas anteriores, viram-se profundamente afetados. Aqueles que experimentavam reformas nesta área foram obrigados a renunciar às grandes mudanças em suas políticas sociais, em nome de uma minimização do Estado, ou da transferência de

responsabilidades ao setor privado e às instâncias não-centrais de governo, ou, ainda, para contenção de despesas e do equilíbrio das contas públicas. Pode-se dizer que a mudança de enfoque nas políticas de saúde dos anos 80 teve, por substrato, uma mudança de paradigma da intervenção estatal no campo social (ALMEIDA, 1996).

Na maior parte dos países na América Latina, este processo de ajustes trouxe efeitos altamente regressivos – ampliação do desemprego, do subemprego, perdas salariais e desregulamentação de direitos trabalhistas, gerando aumento da pobreza com rebatimentos nas formas de violência social.

No Brasil, a manifestação da crise pode ser evidenciada por “altos índices de inflação, forte endividamento externo, recessão e desemprego” (AZEVEDO *apud* ARCOVERDE, 2010, p. 76). A relação Estado-Capital fortalece-se numa espiral crescente que envolve economia/acumulação/poder, onde o Estado adota um comportamento patrimonialista, contribui para a desregulamentação dos direitos trabalhistas e das próprias condições de vida em prol do favorecimento da classe burguesa e da expansão do capital. A inflação tornou-se permanentemente sem controle e ocorreu a redução do investimento produtivo paralelamente a lucratividade empresarial. Aumentaram as transferências financeiras público-privadas, via juros da dívida interna. Tornou-se marcante a concentração da pobreza nos espaços urbanos e aumento da polarização entre os mais ricos e os mais pobres. A crise do Estado levou a interrupção da estratégia de desenvolvimento que vinha sendo implantada por via estatal desde o final dos anos 70. A estagnação econômica e crise do capital permitiram que a década de 1980 ficasse conhecida, para a política econômica, como a “década perdida”, ao tempo que se conformam as condições favoráveis para que, na década de 1990, se instalasse a reforma do Estado (BRAGA, 2007; SANTOS, 2010).

A onda de reformas dos anos 90, articulada à crise fiscal do Estado, resultou numa agenda de propostas reformistas sobre os sistemas de saúde notadamente aqueles de caráter universal, como o brasileiro. Comandados por agências de financiamento como banco mundial os governos, sobretudo de países periféricos, são interpelados a implantarem estratégias de ajustes e cortes de benefícios com ênfase no controle de gastos e equilíbrio financeiro do sistema.

No Brasil, a reforma do Estado inicia-se no governo Collor de Mello (1990), mas ganha real efetividade no governo Fernando Henrique Cardoso (1995) sob a

condução do Ministro Bresser Pereira no Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE). Para o ministro a reforma justifica-se pela “crise do Estado que implicou na necessidade de reformá-lo e reconstruí-lo; a globalização tornou imperativa a tarefa de redefinir suas funções” (PEREIRA, 1996, p. 1) Implantam-se medidas que visam uma administração pública gerencial baseada em eficiência e no controle dos resultados. O objetivo da reforma é “em curto prazo facilitar o ajuste fiscal particularmente nos estados e municípios onde existe claro problema de quadros; a médio prazo tornar mais eficiente e moderna a administração pública voltada para o atendimento dos cidadãos” (idem, p. 7).

A estrutura da proposta se orienta a partir da existência de quatro setores dentro do Estado cuja propriedade e forma de administrar se propõe modificar<sup>30</sup>. No que tange a política de saúde, em particular, e as políticas sociais em geral, interessa o eixo conhecido como *serviços não exclusivos*, àqueles que não envolvem o poder direto do Estado e onde são processadas as maiores transformações no papel do Estado. Na proposta estas ações deixam de ser de propriedade do Estado para se tornarem públicas não-estatal por meio da ação de publicização<sup>31</sup>. Neste sentido, pode se abdicar do ‘ônus’ da execução e se manter apenas com a responsabilidade da regulação.

Assim o papel do Estado, dentro do contexto da sua reforma, deixará 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 (SANTOS, 2010, p. 78).

Quais as consequências desta medida para a política nacional de saúde e para a operacionalização do SUS?

Mendes *apud* Duarte (1998, p.25) nos responde:

É neste palco que vão se conformando dois grandes projetos políticos na direção do setor saúde, o contra hegemônico que sustenta a reforma sanitária fruto da demanda social constituída pelos setores progressistas e o hegemônico de cunho liberal que tem como principal objetivo a reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

A definição social da saúde inscrita na constituição federal de 1988 fruto de uma longa trajetória de lutas da sociedade, requer a participação direta do Estado na garantia de políticas econômicas e sociais que permitam que a política nacional de

---

<sup>30</sup> ANEXO 6 – setores do Estado, formas de propriedade e de administração. Brasil – Plano diretor da reforma do Estado. Brasília, 1995.

<sup>31</sup> O caráter de publicização deverá assegurar o caráter público, mas, de direito privado da nova entidade assegurando-lhes autonomia administrativa e financeira maior. Pereira, 1996, p. 23. Transferência da gestão de serviços públicos para entidades públicas não-estatais que o poder executivo passa a subsidiar. In: <http://www.dicio.com.br/publicizacao/>.

saúde se efetive “como um bem público, um direito social e elemento estruturante do estado de bem estar social conforme determinado na constituição pela desmercantilização” (FIOCRUZ, 2012). Neste sentido “o SUS nos seus princípios básicos constitucionais e infraconstitucionais prevê transformações na política de saúde se constituindo também em uma reforma de Estado não setorizada” (GURGEL JÚNIOR, 2004, p. 34).

Neste contexto, podemos afirmar que a política de saúde vive uma ‘crise de identidade’ por estar tensionada entre dois processos distintos e opostos desenvolvidos historicamente no mesmo período: de um lado os princípios da reforma sanitária que requer um modelo de governo pautado nos princípios da socialdemocracia, na noção de solidariedade e justiça social operada por um sistema de caráter universal e inclusivo. Estes ideais vêm sendo mantidos em voga pela defesa de alguns segmentos da sociedade civil ligados à: academia como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) que sempre estiveram na vanguarda do setor sanitário por manter-se com uma posição progressista de tradição a esquerda; à entrada de novos atores no cenário político como Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS) que se fortaleceram a partir das instituições das normas operacionais e assistenciais da organização do sistema; aos grupos organizados da população. Ainda que a participação desde a década de 1990 esteja majoritariamente ligada aos espaços institucionalizados de participação do SUS (conselhos e conferências) não se pode negar que estes contribuíram para formação de uma nova institucionalidade no modelo de gestão das políticas públicas e para ampliação do processo democrático. Gonçalves (2010, p. 181) ressalta que esta situação se diferencia quando os conselhos são respaldados por um movimento social que os impulsionou, onde, em geral, os resultados têm maior impacto.

De outro lado esta mesma política é alvo da reforma de cunho liberal, comprometida com o modelo privatista e, portanto, hegemônico no setor e no país. A reforma propõe uma política de caráter focalizado e excludente pautada pela orientação do Estado mínimo, executada por agentes públicos, tendo como foco as ações de baixa lucratividade do setor saúde, ou seja, a atenção básica. Reserva-se, a iniciativa privada as ações de média e alta complexidade, reforçando assim o caráter híbrido do sistema marcado pela oferta concomitante de serviços públicos e

privado, diferindo quanto ao público alvo e possibilitado segundo Costa (2014, p. 86), pelo artigo 196 (BRASIL, CF-1988, do título VIII que trata da saúde).

‘Na queda de braço’ o que vimos acontecer a partir de 1991, no governo Collor de Melo e, continuado pelos governos de Fernando Henrique Cardoso, foi uma espécie de mutilação da lei orgânica da saúde, notadamente, a lei 8.142 que trata do financiamento e da participação social pelos vários vetos impostos, que só voltaram a ser recuperado pela resolução nº 453/2012<sup>32</sup> e pela lei complementar nº 141/2012<sup>33</sup>. Como resultado uma nova agenda para o setor se conforma marcada pela redução do financiamento da seguridade social determinando, no caso da saúde, precariedade dos serviços e focalização do sistema; subcontratação da força de trabalho provocando precarização dos vínculos trabalhistas que resulta na própria falta de vínculo com os usuários, pela alta rotatividade que se imprime; a entrada de outros atores sociais no cenário político inaugurando novas formas de gestão por meio de parcerias público-privadas, possibilitando a publicização das ações, como as cooperativas no Rio de Janeiro, as organizações sociais da saúde em São Paulo (DUARTE, 1998; COSTA, 2014; GURGEL JÚNIOR, 2004; BRAGA, 2007).

No que se refere à participação social a reforma do Estado também traz sérias implicações. Os movimentos populares da década de 1980 que tinham na reivindicação e confronto seu modo de agir e na garantia dos direitos, seus objetivos são substituídos por outra tipologia de ação associada a entrada de novos grupos como as ONGs, ampliando a participação do chamado terceiro setor. A grande inovação decorre da aproximação destes grupos do poder público estatal na condição de parceiros da execução. Se por um lado ampliam a oferta de bens e serviços a grupos historicamente excluídos, na prática contribuem para a desresponsabilização do Estado pela publicização das ações.

Desse modo, o projeto liberal cumpre de uma só vez vários de seus objetivos: garante uma ocupação, ainda que precária e provisória, a uma boa parte do contingente de desempregados, diminui a tensão social resultante do abismo entre as condições de vida da elite econômica e da maioria da população, ganhando adesão de muitos movimentos sociais contestadores, e obtém o consenso necessário à sua hegemonia nos países periféricos (BRAGA, 2007, p. 96).

---

<sup>32</sup>Aprovar as para o Funcionamento dos Conselhos de Saúde. In: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/12\\_jun\\_resolucao453.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

<sup>33</sup>Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. In: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2014

Carvalho (1998), ao discutir as influências do neoliberalismo sobre a participação destaca as modificações de significados que ocorrem neste regime: o cidadão transforma-se em consumidor; o direito em mercadoria cujo lócus de atendimento é o mercado em detrimento a responsabilidade estatal.

Para a participação social em saúde também a reforma do Estado trouxe consequências. A maior delas com certeza é a tentativa de desmonte do SUS que terá consequência em todas as ações e proposições que decorrem dele. Diversos autores, contudo, apontam que, mesmo fragilizada a participação persiste e provavelmente é um dos fatores decisivos para que ainda não tenha havido a completa modificação da proposta da reforma sanitária. Muitas ações têm contribuído para a manutenção ou para a busca da manutenção de uma saúde justa, equitativa, universal como garantia de direito em oposição ao corolário liberal.

Assim, embora pare a ameaça sobre o caráter público e universal do SUS, tem-se aglutinado setores progressistas da sociedade para sua defesa, nas seguintes instâncias de participação social: conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde, plenárias nacionais de saúde, plenárias nacionais de conselheiros de saúde e em alguns conselhos de saúde das três esferas de governo, em especial o conselho nacional de saúde (CORREA, 1994, p.21).

É importante destacar que a reforma do estado não negou os espaços de participação social, instituídos pela constituição federal de 1988 embora o ministro a avaliasse (a constituição) como retrocesso burocrático (PEREIRA, 1996, p. 10). Pode se dizer que a estratégia adotada pela reforma foi a tentativa de 'resignificar' a participação a partir de seus valores e objetivos: ao tratar do controle direto o ministro esta se referindo aos conselhos das organizações sociais (conselhos curadores) com caráter consultivo e não deliberativo e ainda a parceria público-privada como uma forma de controle social.

O controle do estado, entretanto, será necessariamente antecedido e complementado pelo controle social direto, derivado do poder dos conselhos de administração constituídos pela sociedade (...). Desta forma a sociedade estará permanentemente atestando a validade dos serviços prestados, ao mesmo tempo que se estabelecerá um sistema de parceria ou de cogestão entre o Estado e a sociedade civil (PEREIRA, 1996, p. 22).

O aumento da esfera pública não estatal aqui proposto não significa em absoluto a privatização de atividades do Estado. Ao contrario trata-se de ampliar o caráter democrático e participativo da esfera publica (idem, p. 23).

As normas operacionais e assistenciais do sistema têm sido citadas como outra forma de resistência, como por exemplo, a criação das comissões tripartite e bipartite integrada por profissionais, gestores, representantes do CONASS,

CONASEMS que tem como avalia Duarte (1998, p. 27), “realizado enfrentamentos políticos importantes deslocando assim o poder decisório”.

Santos (2014, p. 28) relaciona um conjunto de ações que tem fortalecido o movimento da reforma sanitária brasileira como a regulamentação da EC 29<sup>34</sup> que amplia o repasse do nível federal obtido “com elevada e inusitada participação democrática, com representação de movimentos sociais, CNS, CONASEMS, Ministério da Saúde (MS), assessoria técnica do congresso, frente parlamentar da saúde, entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)”; além disso, a criação de diversas leis infraconstitucionais que tratam da regulamentação do sistema, do financiamento, do controle social (Decreto nº 7.508/2011<sup>35</sup>, LC nº 141/2012<sup>36</sup>).

Campos (2014, p. 51) destaca o protagonismo das associações e conferências de gestores como uma estratégia de resistência.

### 2.3 A REFORMA ADMINISTRATIVA E SEUS IMPACTOS EM NITERÓI

Niterói não poderia ficar ileso ao contexto da reforma administrativa vivenciado em todo país. Especificamente no que tange ao setor saúde os efeitos se fizeram notar em situações como: impossibilidade de ampliação do quadro de servidores pela via do concurso público devido à lei de responsabilidade fiscal levando a precarização dos vínculos profissionais por contratação mediante a modalidade recibo de pagamento autônomo<sup>37</sup> (NITERÓI, 2013); estrangulamento da oferta de procedimentos de média complexidade pela dificuldade de contratação de prestadores mediante tabela SUS (documentos internos do departamento de controle, avaliação e auditoria da FMSN). Segundo o CONASEMS mais de 60% da

---

<sup>34</sup>Emenda complementar 29 (EC-29) de 13 de setembro de 2000 - Assegura os recursos mínimos para o financiamento as ações e serviços públicos de saúde. In: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 19 set. 2014.

<sup>35</sup>Decreto nº 7.508/2011 - Regulamenta a lei 8.080. In: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 19 set. 2014.

<sup>36</sup>Lei complementar 141/2012 – dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços de saúde.

<sup>37</sup> Recibo de Pagamento Autônomo é um documento que deve ser emitido pela fonte pagadora, ou seja, quem contratou o serviço de algum profissional, pessoa física e que não esteja regido pelo sistema CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas. Este profissional não poderá ter vínculo empregatício com a empresa durante o trabalho que originará a necessidade deste documento. In: <<http://www.contabeis.com.br/artigos/1790/rpa-recibo-de-pagamento-autonomo-instrucoes-praticas/>>.



população da cidade possui algum tipo de plano público ou privado<sup>38</sup>. Estudos revelam que as cidades de elevado IDH são aquelas que possuem maior quantitativo de população coberta por planos de saúde relacionados aos componentes de renda, educação e emprego. Este tipo de estratificação não contribui para a formação de uma cultura identitária, para a formação de valores solidários e menos ainda para a luta pela garantia do sistema público universal e de qualidade. A reivindicação dos grupos manifesta-se pela garantia da assistência em saúde, notadamente com caráter individual e não pela garantia do direito social à saúde, enquanto formulação de uma política pública.

Ainda que não se tenha estudos, ou que pelo menos sejam de nosso conhecimento, que discutam os impactos da reforma do estado no setor saúde da cidade de Niterói um conjunto de fenômenos nos faz pensar que a tradição progressista local tem sido a principal resistência do setor aos mecanismos da reforma do Estado. Aliem-se a isto outros elementos como: grande massa de servidores com formação e vivência no período da reforma sanitária do país tendo desenvolvido uma vinculação e sentimento diretamente relacionados à *coisa pública*, estando muito destes profissionais há anos na direção da FMS; a contínua participação da universidade junto a FMS e ainda que em alguns momentos mais distanciadas ou tensionadas ela nunca deixou de acontecer e é frequente que professores atuem em unidades da fundação, assim como muitos funcionários, tornem-se professores facilitando uma integração permanente entre academia-serviço; a continuidade, em alternância, das legendas partidárias com tradição à esquerda, garantido a continuidade da direção política do grupo gestor da FMS e da própria prefeitura.

Todos estes aspectos podem ser evidenciados na materialização de algumas decisões/ações como, por exemplo: até o ano de 2012 não havia nenhuma Organização Social da Saúde (OSS) na gestão de serviços de saúde. Paradoxalmente é o PT que introduz a primeira OSS para gestão do hospital pediátrico. A fundação mantém sobre sua responsabilidade serviços de média complexidade como os de apoio diagnóstico e terapêutico, ainda que com dificuldade crescente. Os servidores contratados via entidades privadas são os que ocupam funções não essenciais (limpeza, segurança, portaria). A Fundação tem buscado recursos complementares para ampliar o financiamento da saúde como

---

<sup>38</sup> In: <[http://www.conasems.org.br/conasems\\_dados/municipios\\_detalhes.php?mun=330330](http://www.conasems.org.br/conasems_dados/municipios_detalhes.php?mun=330330)>.

emendas parlamentares, outros convênios do Ministério da Saúde (Sistema de Informação sobre Orçamento Público-SIOPS/2013, RAG/2013) fazendo investimentos na rede própria, impedindo ações de sucateamento e de depreciação estrutural. Mas, o grande exemplo de resistência talvez seja a luta por todos estes anos de manter o PMFN como um bem imaterial da cidade sob sua própria gestão em que pese as críticas e também os constantes processos dos órgãos externos de controle da prefeitura como Ministério Público (MP), Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCERJ). A discussão atual é de criação de uma fundação estatal pública de direito privado, tendo sido descartada a possibilidade de se ter OSS na atenção básica. Neste sentido o movimento social em saúde composto pelo movimento popular, movimento de estudantes, partidos políticos, câmara de vereadores, apesar de todas as contradições que evidenciamos anteriormente, tem sido o elemento principal nesta oposição. Independente da bandeira partidária ou do vínculo com o poder público a defesa do PMFN tem sido uma bandeira de unidade no município.

### **CAPITULO III**

## **PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA – A FALA DOS ATORES SOCIAIS**

Conforme descrito no percurso metodológico, esta tese baseia-se em uma pesquisa qualitativa cuja categoria central de análise é a participação social no âmbito do Programa Médico de Família de Niterói. Optamos por estudar a manifestação da participação, no período que vai da inauguração do primeiro módulo, setembro de 1992, até o ano de 2007, quando há uma adaptação do modelo de Niterói ao Programa Nacional de Saúde da Família.

A participação social é um termo polissêmico que assume diferentes conotações de acordo com o período histórico, os atores envolvidos, as formas de operacionalização. Trata-se, portanto, de uma categoria histórica e socialmente determinada. Nesta perspectiva apreender as várias concepções e manifestações da participação não se revela uma tarefa simples.

A fim de oferecer uma melhor compreensão da participação social, o presente estudo foi organizado a partir de duas etapas complementares: na primeira fase empreendeu-se uma análise documental buscando identificar de que forma a participação social foi proposta na formulação e na operacionalização do Programa. Para esta etapa elegemos a análise detalhada de duas ações próprias do modelo de Niterói - a cogestão do programa com a associação de moradores e as reuniões do setor. Complementamos com o conhecimento da forma como o programa, estruturado com o movimento social e tendo na participação um eixo estruturante, é contemplado nos dois principais canais instituídos de participação e controle social do sistema de saúde – o conselho municipal e as conferências municipais. Os resultados desta etapa foram descritos anteriormente.

A matéria prima do estudo, e que lhe assegura um caráter inédito, é o levantamento da percepção acerca do fenômeno da participação social no programa, a partir da fala de atores-chaves envolvidos desde a sua formulação. Desta forma, esta fase da tese, a segunda, caracteriza-se pela análise do conteúdo das entrevistas segundo a técnica de análise de Bardin na qual destacamos os temas acerca da definição de participação, fatores potencializadores e/ou dificultadores da participação no programa, motivo da participação ser elencada como um eixo estruturante. Avaliamos que este percurso nos possibilita apontar as

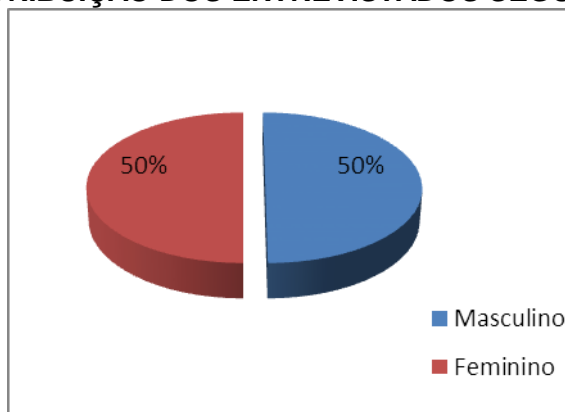
possibilidades, limites e possíveis estratégias de fortalecimento/ampliação da participação social como um elemento de qualificação da política pública de saúde a partir da experiência do Programa Médico de Família de Niterói.

Inicialmente apresentamos os dados referentes às características pessoais dos entrevistados – sexo, idade, escolaridade, formação profissional. Em seguida caracterizam-se as informações associadas à atuação no PMFN ou no conselho ou na associação de moradores, período de atuação, como ingressou na função desempenhada na época da implantação e que função desempenha atualmente. Estas informações foram coletadas na primeira parte da entrevista semi estruturada, instrumento utilizado para a coleta de dados no âmbito da tese,

### 3.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O gráfico 1 nos revela que a distribuição dos entrevistados segundo sexo foi equitativa, ou seja, 50% homens e 50% mulheres, a distribuição ocorreu ao acaso.

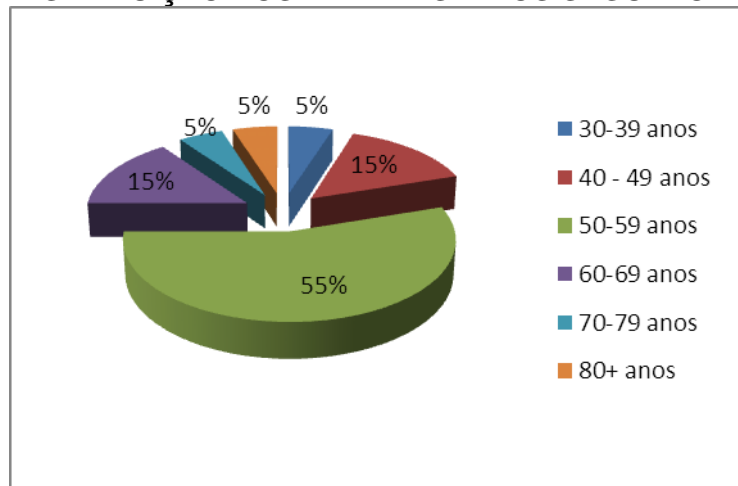
**GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO**



O gráfico 2 apresenta a distribuição dos entrevistados segundo faixa etária revelando que esta variou de 38 anos (menor idade) a 81 anos (maior idade). Podemos perceber que há um predomínio no grupo de pessoas consideradas adultas com idade avançada, ou seja, acima de 50 anos. Do total dos entrevistados 55% tinha idade entre 50 a 59 anos. A seguir ocorre uma concentração em duas outras faixas, 40 a 49 anos e 60 a 69 anos, cada uma com 15% do total. Estas três faixas concentram 85% dos entrevistados. A distribuição deste perfil é coerente com a condição de ter participado do programa desde o seu início ou em período muito

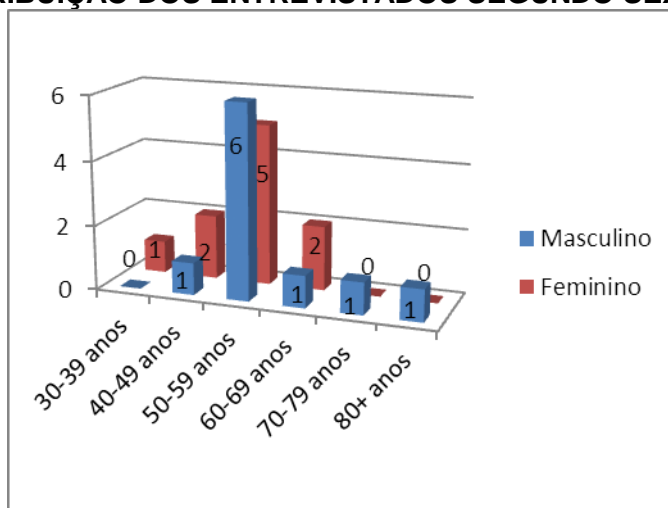
próximo ao início. É preciso considerar que o período de vigência programa é de 22 anos para compreender à idade avançada dos participantes.

**GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**



O cruzamento das variáveis sexo e idade nos revela que as mulheres são um pouco mais jovens que os homens, estando 80% concentradas nas faixas até 60 anos. Para os homens este percentual foi de 70%, sendo que os 30% restantes estão acima de 60 anos (GRÁFICO 3).

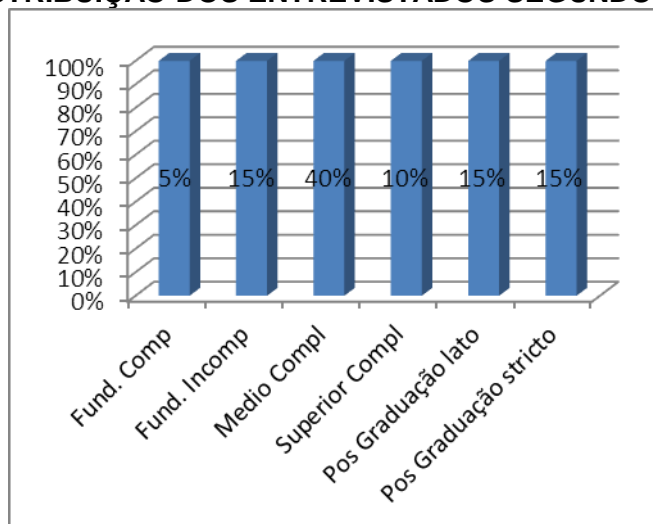
**GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA**



A distribuição por escolaridade (GRÁFICO 4) revela uma enorme disparidade que varia do nível fundamental incompleto até a pós-graduação stricto sensu (doutorado e mestrado). Esta variação é justificada pelo fato de haver conselheiros do segmento de usuários, que em geral tem uma menor escolaridade, e

profissionais de saúde do programa. A grande maioria está concentrada no nível médio completo (40%), justificado pela presença de 07 técnicas de enfermagem dentre o total. O cruzamento escolaridade-sexo não demonstra nenhuma tendência, a exceção da situação das técnicas de enfermagem, todas mulheres, tendência própria da categoria de enfermagem, uma profissão majoritariamente feminina.

**GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO ESCOLARIDADE**



No que se refere à profissão (TABELA 1) excluindo-se as profissões da área da saúde, não há qualquer outra regularidade na distribuição. Dentre os profissionais de saúde, as categorias de nível superior incluem assistente social, médico e dentista. Dentre o total de profissionais prevalece a concentração de técnicas de enfermagem.

**TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO PROFISSÃO**

Profissão	Nº
Dentista	1
Técnica de Enfermagem	7
Médico	3
Assistente Social	3
Tacógrafo	1
Pedreiro	1
Ascensorista	1
Engenheiro	1
Soldador elétrico	1
Agricultor	1
Total	20

No que refere à atuação no PMFN (TABELA 2) interessou-nos conhecer a função desempenhada no início do programa e no momento atual, a fim de identificar continuidade na função, que ao nosso ver contribui para o aprimoramento e consolidação do modelo. Contemplamos dentre os entrevistados aqueles com funções relacionadas à gestão municipal do programa e relacionadas à associação de moradores. Integrou o primeiro grupo: supervisor, coordenador de grupo, coordenador geral além das técnicas de enfermagem. Ligados à associação de moradores entrevistamos os próprios presidentes. Foi possível entrevistar um médico cubano que colaborou no início do programa na função de “capacitador” para as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS junto às equipes.

**TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO FUNÇÃO NO PMFN NO MOMENTO DE IMPLANTAÇÃO**

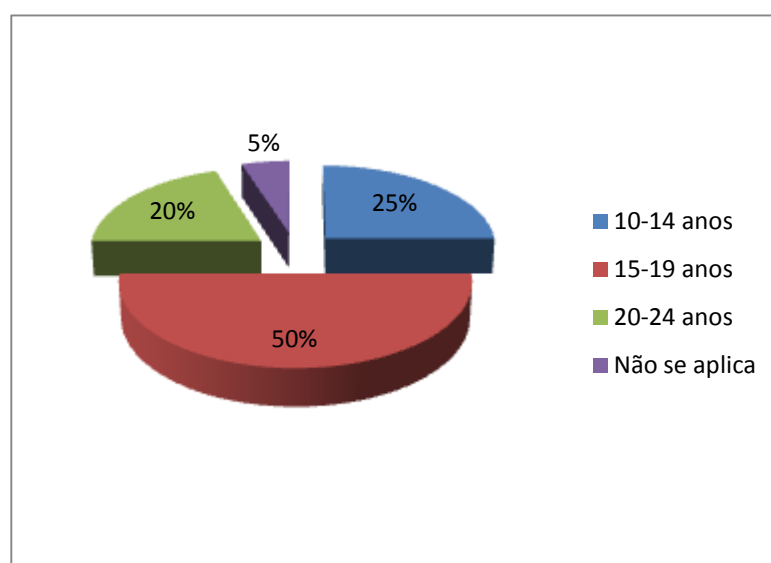
<b>Função na implantação</b>	<b>Nº</b>
Supervisor	2
Coordenador de Grupo	2
Coordenador Executivo	1
Formulador/Coordenador Geral	1
Técnica de Enfermagem	7
Presidente de Associação de Moradores	6
Capacitador	1
Total	20

Identificamos que dos treze entrevistados ligados à gestão municipal, seis não mais atuam no programa. Deste total, cinco são profissionais de nível superior, dos quais três estão em instituição de ensino/pesquisa. Um se encontra na Secretaria Executiva da prefeitura municipal de Niterói. Outro se encontra atuando no Ministério da Saúde. Uma técnica de enfermagem se afastou por aposentadoria. Do total de presidentes, um não mais atua junto à associação de moradores e atualmente, ocupa um cargo no executivo da prefeitura de Niterói. Outro é apenas presidente, não ocupando vaga de conselheiro. Todos os demais, quatro ao todo, estão desde o início da implantação do programa ou como presidente ou em alguma função na associação de moradores e também com assento no conselho municipal de saúde.

Outro aspecto analisado refere-se ao tempo de atuação no programa tanto para os profissionais ligados a gestão municipal como para os presidentes de associação de moradores (GRÁFICO 5). Identificamos que o menor período de atuação foi de 11 anos e o maior é de 22 anos, ou seja, desde o início do programa.

A distribuição por período revela que 50% dos entrevistados atuaram/atua no programa por um período de 15 a 19 anos. 25% se encontra entre 10 e 14 anos. Este aspecto pode ser considerado positivo, pois assegura continuidade das ações em conformidade com a proposição original, além de assegurar um nítido sentimento de pertencimento ao programa.

**GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO TEMPO DE ATUAÇÃO NO PROGRAMA**



## 3.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA – O QUE DIZEM OS ATORES

### 3.2.1 Eixo 1 - Concepção de Participação Social

Neste primeiro eixo buscou-se identificar a concepção individual de cada entrevistado acerca da participação social. Considerando três grupos distintos - de gestores, de conselheiros/presidentes e de profissionais de saúde, representado pelas técnicas de enfermagem. Buscamos ainda identificar se havia semelhanças e/ou diferenças considerando cada um deles.

Para o grupo de gestores foi possível identificar que a concepção de participação social está relacionada a um componente histórico-ideológico associado ao processo democrático ou de redemocratização, vivenciado na época da



formulação do programa. Demo (1996, p. 17) afirma que “o homem político é aquele que tem consciência histórica”.

E quando a gente teve um pouco mais de democracia, surgiram movimentos comunitários fortemente formados. Mas se acreditava que essa participação era o pilar de garantia democrática, de garantia de direitos. Então isso foi muito forte no movimento comunitário. G5

Eu acredito na participação popular, eu acredito mesmo porque eu vivi isso como experiência de vida. G5

Nossas vitórias de final da década de 80, que foi uma década produtiva no sentido da gente ter ali um movimento. Mesmo a gente fazendo alguma crítica em relação ao nosso movimento que se opõe, claro, a outros movimentos! Mas a gente tinha ali estudantes, intelectuais, o pessoal dos partidos envolvidos, a gente tinha deputados, empresários, várias pessoas se mobilizando em prol de uma sociedade, uma democracia que ainda estava começando a se instalar. G3

Na sociedade teria outro termo, aquilo dali era um movimento do PT nascente, completamente ideologizado, né? G1

Buscamos identificar na documentação oficial do programa a definição de participação social estabelecida no e para o programa. No documento ‘Projeto de Implantação do Médico de Família em Niterói’ (1993), no item Plano de Atenção Primária – Médico de Família como medida de impacto, identificamos as seguintes afirmativas:

Seus conceitos fundamentais não se contrariam com as bases brasileiras de atenção primária e outros procedimentos uma vez que se fundamentam e reforçam as classes populares contribuindo para elevação da sua organização “debaixo para cima” enquanto sujeitos políticos coletivos em ações coparticipadas na conquista da saúde como direito de cidadania (NITERÓI, 1993, p. 6).

Incentivar a organização e participação ativa da população na conquista de seus direitos plenos de cidadania. (Idem, p. 9).

Identificamos uma aproximação muito grande entre a fala dos entrevistados e as definições apresentadas no documento. O que é bastante coerente, considerando que os entrevistados ou participaram da formulação do programa ou estão atuando neste desde o início. Além deste aspecto não se pode negar que a ideologia ligada a saúde pública tal qual proposta pela reforma sanitária é ainda hoje uma marca muito forte no setor saúde em Niterói e que tem oferecido uma séria resistência às modificações que vem se tentando estabelecer a nível do aparelho de Estado desde os anos de 1990.

Ao buscarmos identificar as experiências anteriores de participação para o grupo de gestores, fica implícita que a experiência está associada ao movimento político-partidário.

Para o grupo de presidentes/conselheiros a definição de participação social tem um duplo significado: se assemelha a definição de participação comunitária da década de 1960 na perspectiva de realização de ações na e pela comunidade. (GOHN, 2000; SOUZA, 2010). Na saúde esta definição tem sua origem na recomendação na Conferência de Alma Ata (URSS, 1978) em que a população deve ser coparticipante nas ações de melhoria para qualidade de vida. Também se assemelha a definição de participação popular da década de 1970 que se justificava pelo enfretamento ao governo ditatorial, com caráter autônomo, ou seja, não vinculado ao poder governamental.

A participação é o movimento autônomo não tendo nenhum vínculo com o governo e autêntico que tem a obrigação de dizer o que o governo fez independente de partido. P/C2

Toda a infraestrutura que nós temos lá foi em mutirão. Construção da creche comunitária. Tivemos mutirão em concretamento de vielas. P/C2

Não existe movimento comunitário, sem que ela (população) participe das decisões na escola, na educação infantil, ensino médio. P/C4

Precisa e sempre vai precisar de participação comunitária. Todo movimento, independente de ser na saúde ou no setor empresarial, todos eles precisam de uma participação comunitária. Porque se não houver essa participação os órgãos não conseguem saber o problema de cada bairro, travessa de rua que existe dentro de cada comunidade. P/C5

Especialmente falando do movimento comunitário, ele teve seu auge na minha avaliação, no final da década de 70, até meado da década de 80. Primeiro porque você só tinha 2 lugares para fazer política no meio pro final da ditadura militar, ou você fazia na igreja, ou você fazia nas associações de moradores. P/C1

Não identificamos nenhuma descrição quanto à participação social que se assemelhe a visão dos presidentes/conselheiros na proposta do programa. Considerando a trajetória de lutas do movimento popular em Niterói, natural que eles não se limitassem ao escopo de participação proposto no programa. Ao contrário que estabelecessem uma clara relação com as próprias vivências no âmbito do movimento popular. Sob este aspecto, Pontual e Silva apud Nascimento (2005, p.5) afirmam que no processo das várias formas de participação “se faz necessário valorizar as experiências que se relacionam com a mudança no cotidiano da relação do cidadão com a cidade. O que nos coloca a questão de como os representantes comunitários, participando da cogestão de uma política pública, pensam os seus pares e suas atuações na gestão.”

No que tange a experiência anterior identificamos que todos os entrevistados iniciaram no movimento popular há décadas, associados aos movimentos da à igreja católica, a associação de moradores ou mesmo a partidos políticos. Um fato que merece atenção é que nenhum dos entrevistados deste segmento, nem nos outros dois, faz menção ao sindicato como uma via de participação e enfrentamento ao governo. Para este grupo, observando as ocupações, podemos depreender que muitos deles viveram sempre na informalidade ou em categorias com baixo poder de organização não chegando a se constituírem em grupos sindicalizados.

Eu comecei a militar muito novo, comecei no movimento de base da igreja católica, na década de 1980 ainda. Eu tinha 13 anos. P/C1

Eu era muito jovem. Comecei brigando com um padre, ele era alemão e disse que nas comunidades não podiam ter missa que lá onde tinha a capela ele ia construir um campo de futebol. Juntei a comunidade toda e quando ele chegou na igreja não deixamos ele entrar. Ele ficou sentado na calçada, grandão que era, sem saber como conseguimos aquilo. P/C3

Olha, nós fundamos o PT desta cidade, quando a polícia batia em cima sem dó. P/C2

Identificamos um intercruzamento de falas em especial entre um gestor e um presidente/conselheiro sugerindo uma proximidade de atuação no setor saúde em prol do 'partido da reforma sanitária', mas também no movimento comunitário. Fatos como este podem contribuir para a reprodução do aspecto clientelista, fisiologista da cultura brasileira, que em Niterói, acabam sendo potencializados, considerando a pequena dimensão geográfica da cidade e o estilo de vida do niteroiense, que mantém muitos comportamentos de uma cidade provincial, inclusive com dificuldade na separação entre o público e o privado. Segundo Anhucci e Suguihiro (2010, p. 49) "é urgente e necessário uma discussão plural e transparente em torno daquilo que é de interesse comum, superando os interesses particulares e corporativos".

Quando eu voltei da clandestinidade, eu pude voltar para minha casa, a minha associação só tinha comunista. E nós fomos fundadores da FAMNIT. Tinha várias associações isoladas, e nós fomos a primeira classe média que levantou e naturalmente quando a FAMNIT se cria ela tem uma expressão bem à esquerda. G5

Eu era do PT e já era presidente da FAMNIT. A FAMNIT foi uma espécie de tambor de ressonância do movimento comunitário desde a sua criação. P/C1

Para as técnicas de enfermagem, identificamos que a concepção de participação das mesmas varia do sentido de participação enquanto processo de transformação, de garantia de direitos para a definição de educação em saúde. Por

vezes referem-se aos grupos educativos como se estes fossem grupos de participação social. Vasconcelos (1989) e Lacerda (2007) afirmam que os grupos educativos podem ser uma estratégia para discussão e mobilização da participação social desde que os profissionais que lidam com os grupos sejam instrumentalizados para dar o “salto de qualidade”. Nesta direção, Souza (2010, p. 82) chama atenção para o risco dos profissionais se excluírem da participação e aí reproduzirem a questão social na direção das classes dominantes.

Acho que é participar mesmo do movimento, das ações, não só na área de saúde, mas, de moradia, segurança, educação. T1  
A comunidade tinha voz, tinha opinião, tinha ata. Lá a comunidade saía para a rua também para ajudar. Muita gente tem medo de falar, então o povo tem que saber que só se forma uma boa política se a pessoa participar. T3

Eles estarem inseridos em ações de cidadania mesmo. Eles entenderem seus direitos, seus deveres. T4

Hoje nós temos a água, o asfalto, o lixo. A gente vê as pessoas descendo com seu lixo para jogar na caçamba. Antes não queriam nem saber se ia cair na casa do vizinho. Então a participação melhorou muito, eu percebo que aqui na comunidade as pessoas se engajaram mais com relação a estas coisas. T2

Nenhuma das técnicas entrevistadas teve qualquer experiência anterior de participação social. Apesar de moradoras das comunidades, nunca se envolveram com atividades que não fossem domésticas ou profissionais. Duas referiram que às vezes eram procuradas para verificar pressão ou dar uma orientação de saúde.

Ao confrontarmos os documentos, identificamos que um dos objetivos do programa refere-se a “Promover práticas de educação em saúde visando inclusive garantir a democratização do saber técnico” (NITERÓI, 1993, p. 9). Identificamos uma grande aproximação entre a concepção das entrevistadas e o normatizado.

Ao analisarmos as várias entrevistas podemos identificar que as concepções apresentadas muito se aproximam da concepção adotada nesta tese, de que a participação é um processo histórico, socialmente construído na perspectiva da garantia dos direitos sociais, na participação dos bens socialmente produzidos. Não percebemos, contudo, uma alusão à participação, seja nos documentos oficiais ou nas falas dos participantes na formulação da política pública. Entendemos que participação é disputa de poder e que se estabelece nas relações sociais e que nem sempre é linear, ou seja, na direção que se estabelece a priori. Contudo, a efetividade da participação se estabelece a medida que diversos atores, seja por meio dos canais instituídos seja pelo agir de forma autônoma, nos diversos espaços

da vida cotidiana possam partilhar na definição das ações governamentais de forma ativa, como de fato cidadãos. Para Demo (1996) a passividade põe em risco a qualidade política na atuação dos envolvidos no que se refere a legitimidade, representatividade e a participação. Carvalho (1998, p. 14) afirma que a 'construção partilhada da lei só é possível quando entre sujeitos diferentes e opostos, é atribuída uma equivalência em suas habilidades e competências e capacidade de agir, decidir e julgar. Gohn (2003) nos traz a discussão da participação cidadã na perspectiva do conceito ampliado de cidadania e que assegura, em última instância, o direito à vida. A participação integra o próprio significado de democracia. Não é possível que um Estado seja democrático sem participação.

No âmbito do Programa Médico de Família a participação social é um dos princípios estruturantes do programa desde a sua formulação. A exemplo da concepção dos entrevistados, notadamente gestores, percebemos que há uma convicção ideológica<sup>39</sup> na formulação da proposta. E este componente, o ideológico, ainda que de difícil operacionalização tem se constituído, ao nosso ver na marca do programa o que tem lhe dado um status de 'bem imaterial da cidade'. Avaliamos que, ainda que mude a legenda partidária do executivo municipal nenhum partido proporá o fim do programa pela representatividade que o mesmo tem para a cidade de Niterói em geral, e, em particular para o setor saúde.

Acho que a construção era uma construção teórica, uma discussão que restava surgindo e que movimentou bastante as discussões, até nas próprias universidades. G2

Primeiro que a gente acreditava que era uma coisa sólida (...) a gente achava que fortalecer a municipalização era uma coisa que democratizaria o espaço e o movimento. G5

Sim, claro. Para a qualidade do programa. Eu acho que qualquer ação pública, você tem que trabalhar em conjunto com a população. Porque a gente está trabalhando com a necessidade que a população tem, mas que ela possa dizer a sua própria necessidade por ela mesma. Então você trás a população para o planejamento, para discussão dessa execução e avaliação dessa execução. Você está ali trabalhando o tempo inteiro com a perspectiva dela estar participando, de estar ampliando também a condição de saúde. Ela ampliando a condição de saúde daquela comunidade, eu não

---

<sup>39</sup> Na página 51 foi descrito que, nesta tese, empregamos o termo 'ideologia' ao referir-nos ao comportamento do grupo gestor da SMSN ao adotar a participação social como uma categoria estruturante do PMFN, entendendo, em Gramsci, que a ideologia historicamente orgânica é aquela que mobiliza, articula, direciona as ações, as lutas das classes e que, portanto, implica na luta pela hegemonia (SIMIONATO, 1995; BRANDÃO; DIAS, 2007; COUTINHO, 2008). Em Niterói entendemos que a luta pela hegemonia se dá entre os dois modelos antagônicos da saúde – o público, universal, pautado pela definição social da saúde versus o modelo privatista, centrado na doença e no atendimento individual.

vejo outra forma de falar de saúde se a população não estiver participando.  
G3

Julgo que a consolidação e a continuidade do programa se devem à vontade política de seus protagonistas – gestores e presidentes, o que garante a participação como conteúdo e condicionante da cobertura aos grupos mais vulneráveis. No documento – Plano Estratégico Niterói 2033 (PMN, 2013, p. 107), identificamos a proposta para o PMFN: “o Projeto Mais Saúde visa à ampliação e qualificação da rede de atenção básica no município. O objetivo é garantir que 100% da população de maior vulnerabilidade social da cidade tenha acesso ao Programa Médico de Família”. Mascarenhas (2002) aponta este fato como uma das grandes fragilidades do programa que persiste com caráter complementar à rede de saúde.

Na operacionalização existem ações claramente apontadas para contemplarem a participação, como a cogestão com a associação de moradores, a reunião de setor. Para a primeira, o elenco de ações e responsabilidades de cada ator está legalmente definido e até momento mantido via o decreto municipal 17/1992. Para a segunda, a reunião de setor, percebemos uma maior dificuldade de implementação, pois a mesma se estrutura a partir do componente ideológico, a vontade política mencionada acima. Ainda que esteja normatizada, prevista em todos os documentos oficiais, não há um claro direcionamento de como se operacionaliza, ficando a cargo dos coordenadores de grupo e da própria equipe básica, a estratégia de realização.

Reuniões e grupos – metodologia participativa para compreensão dos fatores relacionados ao processo saúde/doença dentro de cada setor, propondo alternativas de encaminhamento de propostas de intervenção sobre determinantes causais e trabalhos educativos a partir de temas específicos e de interesse, contribuindo para a formação de uma consciência sanitária (NITERÓI, 2002, p. 22).

Principalmente eles cobram muito a reunião de setor e grupo. Eles incentivam muito, mas também cobram. Reunião de setor é mais difícil de a gente fazer, grupo a gente tá conseguindo colocar em prática, mas a gente tá tentando colocar pelo menos uma vez no mês o grupo. T7

Se elas faziam lá no início, eram estimuladas a fazer isso, por outro lado tinha uma certa imposição, uma certa obrigação. Faltava emoção muitas vezes, as pessoas iam por que tinham que ir. G2

Eu coordenador pegava no pé das minhas assistentes sociais e falava assim “eu exijo um planejamento”. Eu quero participar da reunião, entendeu? Tem um documento norteador do médico de família que é um instrumento obrigatório, como toda coisa cubana que teve. G1

Abaixo, identificamos uma clara distinção entre o modelo cubano e o modelo local no que tange ao papel da participação. Em Cuba esta categoria compõe o elenco de ações do programa com o objetivo de assegurar que as metas de uma saúde pública de qualidade sejam alcançadas e mantidas.

Em Cuba, a comunidade está envolvida num todo, mas não tem esse olhar, esse sentido de controle social. Ela participa de um todo como objeto e sujeito da promoção da saúde, mas não tem essa representabilidade. Ela é o meu olhar médico, para que possamos ser referência de saúde. A população contribui nesse processo, o médico é bem recebido, sabe que tem que completar a meta, é bem acolhido, participa ativamente. Se não fez ainda o preventivo, ela (população) lembra “eu ainda não fiz meu preventivo”, ela (população) procura cuidar da sua saúde. Fica envolvida nesse processo tanto quanto a equipe de saúde. A população se conscientizou e viu como participar do processo e contribuir com o médico de família. É muito difícil sem a participação, porque se não você fica perdido. E11

A concepção cubana difere do modelo de controle social implementado em Niterói.

As reuniões periódicas da equipe com sua população, em cada setor, para discutir o quadro de saúde e doença de cada área, assim como a participação sistemática das lideranças locais do movimento organizado na cogestão do modelo, expressam claramente o grau de controle social da população e sua capacidade de assumir papel ativo no planejamento e desenvolvimento das ações (FMS, sem data, p. 9)<sup>40</sup>.

Reunião de Setor, que era uma reunião comunitária, que a gente discutia junto com o movimento social, a população e os profissionais. E acompanhava a qualidade de atenção naquela comunidade. Então eu acho que esse era para a gente um instrumento super importante e que deu aí um caldo, por que não era só uma coisa de você colocar presidente na associação e ficar discutindo dinheiro, era também discutir se a mesma estava sendo válida, dar satisfação a atual população de que qualidade era aquela. Em alguns lugares a gente conseguiu até fazer alguns planejamentos estratégicos do diagnóstico do que era feito na área e acho que a participação social ali, tinha um olhar da sustentabilidade do trabalho. G3

A participação social lá (em Cuba), ela seria militante. Que é um cara do partido que controla a vida de todo mundo, a verdade é essa. Tipo, por quarteirão. G1

A análise da categoria participação social a partir das entrevistas nos sugere que, assim como nos documentos oficiais, a participação assume uma posição importante para os atores envolvidos. Identificamos que gestores e presidentes têm concepções e vivências distintas quanto à participação, mas igualam-se ao identificar na categoria a estratégia para a manutenção do programa. Parece-nos que a participação tem contribuído para assegurar que tanto o programa como a

---

<sup>40</sup>Citação retirada da publicação da FMSN intitulada, Médico de Família um projeto de saúde que fortalece a relação de confiança médico, paciente, comunidade merece crescer.

política de saúde de Niterói se mantenha com um caráter contra hegemônico face às propostas da reforma do Estado.

A defesa da democracia participativa a partir dos movimentos sociais como critério legitimador da própria democracia e como canal de manifestações das classes oprimidas é uma necessidade do Estado Democrático de Direito, bem como uma clara e evidente forma de desenvolvimento (GOHN, 2003, p. 30).



### **3.2.2 Eixo 2 - Fatores potencializadores da participação social no Programa Médico de Família**

O Programa Médico de Família é uma estratégia rica em recursos e possibilidades, o que permite diferenciar as práticas assistenciais à saúde, dimensionando-as em novas perspectivas de cuidado e atenção. Essas perspectivas podem e devem ser implementadas a partir de processos que mobilizem não somente a equipe como um todo, mas a população de um modo geral, enquanto sujeitos ativos do processo determinante da saúde da comunidade (Relatório de Gestão/2011/PMFN).

No âmbito das entrevistas realizadas classificamos como fatores potencializadores aqueles que contribuíram e contribuem para a efetivação da diretriz da participação no programa. Elegemos os seguintes fatores: o contexto histórico e local; a continuidade do grupo gestor no executivo municipal e na secretaria de saúde; o modelo do programa e a reunião de setor.

#### **Fatores relacionados ao contexto histórico local**

Em Niterói, a tradição de longa data de legendas partidárias de esquerda na condução do executivo local, contribuiu para a formação de um modelo de gestão municipal democrático em proximidade com os movimentos populares, tanto no executivo como em vários setores do governo, dentre eles a saúde (GOULART, 2002) (SENNA, 1995).

Os movimentos populares em geral, mas, particularmente na saúde, podem ser apontados como outro fator potencializador da participação. Para Gohn (2003, p. 30) a participação é um processo de vivência que imprime sentido e significado a um movimento, gerando uma nova cultura política.

A partir do momento que o movimento comunitário começava a explodir, isso vai dando automaticamente um desejo de melhorar o espaço, de melhorar as condições de trabalho. Então eu acho que foram os dois fatores, eles se uniram e a história vem comprovando isso. G5

Tinha mobilização, tinham lideranças locais que apoiavam, chamavam as pessoas para participar de reuniões com a liderança. Porque aquela população tinha um avanço bom em nível de discussão, de recepção, de mobilização. G4

A federação de Niterói sempre teve uma aceleração muito forte dentro do cenário estadual. Ela sempre foi uma federação muito forte, de muita presença. A atuação da FANIT no conselho de saúde é muito importante. Ela hoje tem membro no conselho estadual e no conselho nacional. P/C1

Seria a federação de associações, que foi criada para dar suporte. P/C6

Neste sentido, podemos apontar em relação ao contexto histórico e local, o processo de democratização vivido no país que traz para a cena pública a sociedade

civil, enquanto um ator importante na conformação do estado democrático. A ampliação do Estado, provocada pelo processo de democratização, torna necessária incorporação das demandas das classes subalternas, ainda que o Estado caminhe no sentido da manutenção da lógica dominante.

Outro aspecto do contexto histórico refere-se à própria criação do SUS e à instituição de canais legais de participação na gestão, como o conselho, que contribui para uma gestão mais horizontal. A municipalização também pode ser considerada, dentre as diretrizes do SUS, como elemento potencializador da participação, na medida em que aproxima a população dos fóruns de decisão política. Em Niterói, ao longo da história do setor saúde evidenciamos a criação de vários espaços de participação nas diversas etapas da política municipal de saúde, que variaram do conselho municipal aos conselhos comunitários e das diversas secretarias executivas onde o movimento popular sempre teve participação.

A implantação estava recentíssima aqui em Niterói estava inclusive transformando parte da secretaria em fundação para agilizar, para tentar uma descentralização, para tentar um fundo municipal de saúde. Tínhamos acabado de montar uma primeira conferência. Tudo isso estava no meio daquela discussão de que a participação social era importante naquele momento. G3

### **Continuidade do Grupo Gestor como potencializador da participação no PMFN**

Um dos aspectos que avaliamos como potencializador do Programa, e, por conseguinte, da participação social, refere-se à continuidade do grupo gestor. O mesmo grupo que assumiu a condução político-partidária em 1989 permaneceu à frente da prefeitura e da secretaria de saúde até 2007.

Aspecto que se constitui como grande modulador do processo de implementação da política de saúde, na década de 90, foi sem dúvida a continuidade política, advinda de quatro administrações sucessivas do mesmo partido, o PDT, tendo em três delas o mesmo prefeito, Jorge Roberto da Silveira. Além disso, permaneceu no cargo por praticamente 10 anos o mesmo secretário, Gilson Cantarino (GOULART, 2002, p. 237).

A gestão de 2005-2008 foi uma coligação PDT-PT. O prefeito do PDT se afasta em 2007 e assume a prefeitura o PT. O grupo técnico da secretaria se mantém até o final deste mandato, se afastando tão somente em 2008. É a partir deste período que se intensificam as mudanças no PMFN. A continuidade do grupo trouxe como positivo a estabilidade institucional (MASCARENHAS, 2002, p. 86), (SENNA; COHEN, 2002, p. 531), e a autonomia na ação (GOULART, 2002, p. 231). Avaliamos que os aspectos mencionados asseguram continuidade na

operacionalização das ações em consonância com os princípios, as diretrizes, às ações propostas na formatação inicial do programa. Podemos afirmar que a continuidade contribuiu para a manutenção do caráter ideológico que acompanha a proposta. Neste item não se pode deixar de dizer que, além do Prefeito Jorge Roberto Silveira, dois atores foram essenciais para o programa – Gilson Cantarino e Maria Célia Vasconcelos (SENNA, 1995; SERRA, 2001; GOULART, 2002; HUBNER, 2012). Ambos foram os responsáveis pela formulação, implantação e desenvolvimento do programa em toda a sua proposta. Em que pese às qualidades profissionais, foram fundamentais as convicções ideológicas, partidárias e as vivências pessoais destes atores para assegurar a participação social. Cantarino, um militante da reforma sanitária, como refere Serra (2001) foi secretário executivo do Projeto Niterói até ser nomeado secretário de saúde em 1989. Permaneceu nesta função até 1999 quando então assumiu a Secretaria de Estado de Saúde. Conduzia pessoalmente as reuniões com os presidentes de associação, ao qual tinham acesso direto. Maria Célia, também egressa do Projeto Niterói é identificada como a mentora do PMFN e responsável pelas ações em parceria com o movimento comunitário (HUBNER, 2007) “ser perfil é também de uma militante política típica, uma *partisan* formada entre os quadros do antigo PCB<sup>41</sup>” (GOULART, 2002, p. 235). Potencializando todas estas condicionantes agrega-se o fato de que a época era de ênfase na participação devido ao contexto de redemocratização do Brasil. E a própria história de Niterói marcada pela presença dos movimentos populares. Estes fatores podem ser avaliados como determinantes sobre o comportamento do grupo gestor no que se refere a ênfase na participação social.

No governo de Jorge ele fazia um trabalho com as comunidades, diretamente com as associações de moradores. E a cada três meses ele fazia uma reunião com as estas. De La para cá isso foi acomodando, o que é um grande erro. P/C5

A gente tinha a porta aberta para as associações entrarem e discutir (com o secretário). P/C3

Gilson e Maria Célia, ele era o pai e ela a mãe. Essas duas pessoas trouxeram o médico de família para o patamar maior. E nesse patamar maior a pobreza era muito mais presente porque havia as famosas reuniões quinzenais. P/C2

---

<sup>41</sup>Partido político de âmbito nacional fundado em março de 1922 com o objetivo principal de promover no Brasil uma revolução proletária que substituísse a sociedade capitalista pela sociedade socialista. O congresso de fundação do PCB realizou-se em Niterói, reunindo alguns poucos operários e intelectuais do Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos20/QuestaoSocial/PartidoComunista>>. Acesso em: 01/12/2014.

Gilson era um camarada fantástico, entendeu? Sensível, falava bem... a Maria Célia, cara... Uma guerreira. Essa coisa do controle social tem muito dedo de Maria Célia. G1

Logo no início o Gilson ia muito às comunidades, estava presente em reuniões só com os presidentes de associações, falando da importância deles estarem em conjunto com a comunidade, junto da equipe discutindo a questão da saúde da população. Então isso era sempre recorrente, era normal ele estar ouvindo ali essa demanda da comunidade e como trabalhar com essa demanda. E eu acho que isso foi se perdendo ao longo do tempo. G3

Agora a continuidade fez isso. Olha só, a mais ou menos uns dez anos eu ouço que vai acabar com a cogestão, tem que acabar porque o tribunal de contas exige. Alguém acabou com ela? Não acaba, porque é muito forte. G1

## **A proposta metodológica e a Reunião de Setor no PMFN**

Outro aspecto que avaliamos como potencializador da participação é a própria proposta metodológica do PMFN no que tange ao processo de trabalho, pela distribuição da carga horária entre 50% de atividades de consultório e 50% de atividades de campo. Destacamos ainda o papel da educação continuada e da supervisão como mecanismos capazes de estimular e ampliar a participação social.

A capacitação profissional requerida não é só de conteúdos relativos a doença, mas sobretudo de incremento da capacidade de ouvir a população e decodificar seus problemas individuais e coletivos (...) a autonomia e consciência sanitária dos usuários devem ser estimuladas em um processo de construção de sujeitos e conquista de cidadania (MASCARENHAS, 2002, p. 99).

Tínhamos treinamentos toda quarta-feira, após o posto fechado e tínhamos capacitação. E entre varias vezes a gente já instruiu o paciente para uma dessas necessidades que estamos falando. Isso me dava uma maior base para trabalhar isso na comunidade. Em um dos treinamentos que a gente teve, o pessoal do INSS esteve lá e instruiu quem quer se aposentar, ou precisa de pensão. T7

Ao instituir as atividades de campo como responsabilidade da equipe básica a metodologia ratifica a definição social da saúde como o componente estruturador do processo de trabalho, transcendendo o foco saúde/doença, mas, investindo na multicausalidade deste binômio. Neste sentido, a educação continuada faz-se necessária para incorporar, notadamente, à prática médica, novos conceitos e ações, “capacidade resolutiva para desempenho de atividades de outras áreas de conhecimento relativas às necessidades das famílias como ações de educação em saúde, assistência e promoção social” (NITERÓI, p. 11). A garantia deste novo enfoque de ação é de responsabilidade do coordenador do grupo, “responsável pelo

controle metodológico através do gerenciamento de atividades dos supervisores e equipes básicas, garantindo o alcance dos objetivos” (idem, p. 10).

Após os processos eleitorais para escolha de presidentes de associações de moradores (...) é papel da coordenação e supervisão estabelecerem encontros formais e informais com os novos dirigentes para refletir sobre a metodologia do PMFN e o papel da associação na cogestão (HUBNER, 2012, p. 54).

Ah, até 2012... Olha, todos os médicos de 40h tinham 8h de consultório, um turno de reunião e um turno que era, ou pra treinamento ou pra ele ver referências, questões burocráticas, encaminhamento, pedido de medicamento, concessão de medicamento, conversar com a assistente social. Porque é indispensável ter assistente social. O camarada que ia fazer contato com conselho tutelar, entidade de apoio... entendeu? É fundamental e a gente tem que pensar nos dois tipos. Pra ponta da população e pra equipe que carrega... É muita tristeza, muitas vezes... É pesado, né? Ter que lidar com gente doente... Fundamental é fundamental. G1

O modelo que exigia 40 horas, e era 40 horas mesmo! Se exigia uma outra maneira de olhar o trabalho. Então você tinha que fazer visita domiciliar, tinha que fazer reunião de setor, sala de espera. E principalmente para o profissional médico, isso ainda era no momento, quebrar uma cultura muito organizada no sentido da formação, do processo de trabalho nas unidades que ainda esperavam que a demanda viessem para ela, e não que ela fosse buscar a solução para os problemas. G3

Fundamentalmente avaliamos como fator de contribuição para a participação social a própria proposta metodológica do programa ao criar mecanismos efetivos de participação, ainda que normatizados, institucionalizados como é o caso da cogestão e da reunião de setor. Julgamos que estas atividades contribuem para o exercício da aprendizagem política que o processo democrático exige, colocando em permanente relação sociedade civil e sociedade política.

Uma das inovações trazidas pelo PMFN refere-se a institucionalização de mecanismos que permitam a participação popular e o controle social (SENNA; COHEN, 2002, p. 532).

Destacamos a reunião de setor identificando que ela pode contribuir para o processo de formação cidadã dos indivíduos, estimulando-os a se organizarem, a atuarem em prol de demandas e direitos, de forma autônoma. Avaliamos que apesar da dificuldade de operacionalizá-la, como discutido anteriormente, o fato de possibilitar a diversificação e ampliação do número de moradores, de se efetivar em parceria com outros atores sociais do território, de se voltar para outras demandas, é por meio da reunião do setor que a participação social pode assumir o caráter de participação cidadã como definido neste trabalho.

A entrada do PMFN confere maior poder a comunidade estimulando uma maior capacidade de mobilização e potencializa a conquista de certos

direitos de cidadania, ampliando a percepção de que bens e serviços são um direito, que podem e devem ser conquistados, e que isto é tão mais fácil quanto mais organizada esteja a comunidade (HUBNER, 2012, p. 54).

A reunião do setor discute não só o atendimento, mas o saneamento básico, qualidade da água e do saneamento, a questão da violência, a questão da adolescência, combate a dengue, enfim. Todos os problemas e combates direcionados a saúde seria discutido ali. P/C2

Contribuiu sim, porque além do trabalho diretamente com o usuário dentro do programa médico de família, o PMFN orienta aos moradores do bairro na questão do lixo, da educação, esses médicos fazem um trabalho em cima dos moradores na parte de conscientização, e isso é muito bom. P/C5

A minha comunidade pelo menos, uma parte que é divisa, nós não tínhamos nada. Nem água potável. Então quando o PMFN chegou à comunidade realmente foi um avanço porque todas as ações foram implantadas. Água potável, saneamento, lixo, pavimentação das ruas, iluminação, etc. P/C6

Sim. Água tratada, que antes a gente não tinha. Eu acho que a chegada do médico de família facilitou para que essas ações chegassem. T2

Avaliamos que a reunião de setor possibilita incorporar a participação da população da formulação à avaliação no ciclo da política pública, ampliando assim, do caráter de controle das ações e dos serviços para a participação efetiva na política de saúde. Esta referência não foi identificada nos documentos oficiais e nem apontada nas falas dos entrevistados. A necessidade posta é que o programa possa contribuir como diria Souza (2010, p. 86), para ultrapassar da mobilização e grupalização para o exercício consciente da organização popular.

A participação passa a ser concebida como uma intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo circuito de formulação e implementação de uma política pública. Para que venha ocorrer participação cidadã, os sujeitos de uma localidade/comunidade precisam estar organizados/mobilizados de uma forma que ideários múltiplos fragmentados possam ser articulados (GOHN, 2003, p. 19).

A participação social prevista no PMFN pode contribuir com o aprofundamento do processo democrático pela ampliação da participação dos indivíduos na gestão do Estado, na política de saúde. Pode contribuir para a incorporação das demandas provenientes da sociedade na formulação das políticas públicas pela diversificação da agenda pública. Para o programa avaliamos que a participação social, notadamente pela parceria gestores e associações de moradores, representa um mecanismo que tem assegurado uma menor influência das propostas neoliberais no setor saúde de Niterói, pela constante resistência que se tem tido ao avanço do modelo privatista hegemônico do setor.

A exigência para o salto de qualidade me parece estar associada a necessidade da formação de uma nova cultura política em que se incorporem na arena decisória os vários atores sociais de forma a consolidar a democracia participativa.

### **Modelo de gestão**

O modelo de gestão baseado na coparticipação da associação de moradores nas ações do PMFN, em que pese às críticas de institucionalização da participação, de clientelismo, do uso da associação como a apropriação de um aparelho privado de hegemonia, pode ser reconhecido como um fator que continua contribuindo para a participação social. Inegavelmente o modelo trouxe para a cena política um novo ator - as associações de moradores. Este fato tem forçado a cada dia mais o governo a negociar com as lideranças populares. Ainda que destituídos da força inicial da década de 1990, elas se mantêm como atores importantes na arena política de Niterói e têm conformado uma gestão mais democrática para a cidade: “pode se dizer que eu dou a cara popular a este governo”. G5

É a arena de interesses em torno do PMFN quem redefine o desenho técnico-institucional desta política, dando lugar a retraduzões diversas do modelo traçado pelo poder público com impacto direto no perfil da oferta de serviços de saúde do município (SENNA; COHEN, 2002, p. 524).

O CMSN foi referenciado durante muito tempo, por que ele era um conselho participativo, que discutia, que validava. Ele tinha tudo aquilo que se deve ter em um conselho. P/C2

Primeiro é você estabelecer conselho gestores, e esse conselho tem que saber o que é assistência. E aí eles tem que gerar a demanda para o conselho municipal e ele definir em alguma demanda o que é institucionalizado e o que não é. P/C4

Quanto a gestão municipal, as entrevistas contribuíram para ratificar, como se pode evidenciar nos vários documentos oficiais, que, o principal motivo da implantação do programa, com base no modelo cubano, foi “primeiro por interesse político e por questões socioculturais de Cuba e também a transição epidemiológica que Cuba tinha passado apontava fortemente para a nossa cidade”. G5

Teve a questão política e a vontade política deles dois. Tanto do Gilson, quanto do prefeito. Tiveram os próprios profissionais de saúde daqui que não compreendiam, porque ia ter que mudar esse modelo. Por que esse modelo era diferente do modelo anterior, por que não manter o modelo? Então teve uma resistência grande dos profissionais de saúde. Teve uma resistência da universidade UFF que sempre foi muito parceira nossa, mas naquele momento ela questionou muito a mudança dentro do modelo. Não conseguia compreender. Levou algum tempo, aproximadamente dois anos. G3

Outro aspecto refere-se a possibilidade de viabilizar a contratação de profissionais sem a obrigatoriedade do concurso público. O que no início do programa foi um dos principais motivos de rejeição da proposta, numa clara ação contrária ao grupo gestor liderada pelo grupo de profissionais de saúde mediação dos sindicatos e conselhos de categorias, aliçados da discussão da proposta (SENNA, 1995, p. 85).

Ter a associação como seu gestor, foi por ver que não daríamos conta, principalmente com os profissionais corruptos, e então precisaria ter aí um profissional contratado e etc, etc. então a associação veio no sentido de abrir uma chance da gente trabalhar com outros profissionais. G3

Neste sentido, não se pode considerar a proposta da cogestão como unicamente voltada à garantia da participação da população na gestão da política de saúde ou mesmo na garantia, pelo aparato estatal, do direito a saúde àqueles historicamente excluídos. Ainda que o grupo gestor tenha convicções ideológicas que apontem para a participação, havia e ainda há uma necessidade da instrumentalidade da associação para viabilizar o programa. Vale a pena a reflexão apresentada por Souza *apud* Anhucci; Suguihiro (2010, p. 49) sobre os mecanismos de participação.

Uma questão muito presente, e que requer ser compreendida historicamente é que muitas práticas e discursos intitulados de participação não são mais que processos de contraparticipação. (...) é importante considerar alguns aspectos do discurso da participação, sobretudo, aqueles estimulados e apreciados pelo poder público. Eles aparecem já após um certo desgaste do que até então é chamado de desenvolvimento.

Senna (1995, p. 88) incorpora a esta discussão um aspecto ligado à burocracia local e ao próprio processo democratização da gestão municipal:

O processo de formulação e implementação do PMFN em Niterói permite identificar a articulação de interesses comuns atores sociais distintos (...) o privilegiamento de segmentos do movimento social organizado como interlocutor junto ao poder público, passa pelo grau de aliança destes segmentos com a burocracia municipal, muitas vezes de apoio explícito ao governo e ao partido no poder.

Nós tínhamos acabado de criar uma fundação municipal de saúde, e nessa fundação não tinha médico de família, ia ter que abrir concurso e tudo mais. E tinha uma vontade política de implantar o PMFN e a associação junto com a FAMNIT tinha uma história de organização. E isso foi muito bom para a associação. G5



### **3.2.3 Eixo 3 - Fatores que dificultaram/dificultam a participação social no Programa Médico de Família**

As entrevistas entre todos os segmentos, igualmente, evidenciaram como principais fatores que têm dificultado a participação social no PMFN: a mudança em curso do modelo de Niterói para o modelo PSF, o tráfico de drogas nas comunidades e, contraditoriamente, o próprio movimento social, representado pela ação dos presidentes e da FAMNIT.

O modelo do PMFN apresenta especificidades próprias que o diferencia da proposta do nível nacional. Dentre as principais diferenças apontamos a composição da equipe, as atribuições de cada elemento e o processo de trabalho no que tange as atividades externas. Na concepção original do programa 50% da carga horária da equipe básica é para o desenvolvimento de atividades externas que incluem visita domiciliar, visita a hospitais e as atividades comunitárias, entre elas a reunião de setor. Estas atividades são de obrigação da dupla: médico e técnica de enfermagem. Esta formatação impõe, sobretudo, ao médico a obrigatoriedade de desenvolver um elenco de outras ações voltadas para os aspectos sociais do indivíduo e não apenas para as questões orgânicas, patológicas. Esta proposta ao tempo que se configura num salto de qualidade, representa um desafio, pois a própria instituição formadora não capacita os profissionais para este tipo de atividade. Justifica-se aí a equipe multidisciplinar de supervisão. No modelo nacional as atividades externas são atribuição do agente comunitário de saúde (ACS) e não da equipe e, menos ainda, do médico. Este só vai ao campo para realizar visitas a acamados, ou seja, doentes. Se os profissionais de nível superior não tiveram afeição a este tipo de atividade, nada lhe será cobrado, pois toda a produção do PSF tem como foco os procedimentos. Esta mudança não só acarreta alteração no elenco de atividades desenvolvidas, como tem 'esvaziado' o sentido e importância das atividades coletivas do PMFN. A consequência imediata tem sido a ausência de realização da reunião de setor.

PSF acabou também com qualquer perspectiva de participação no programa. P/C4

Avaliamos que esta interrupção representa um risco para o estímulo à organização e mobilização da comunidade, ou seja, para a prática participativa em saúde pública. Como observa Gohn (2003, p. 18), "é no local que se desenvolvem

as formas de mobilização e sociabilidade (...) o novo associativismo é mais propositivo, operativo e menos reivindicativo, é mais estratégico”.

A reunião de setor no PMFN está integrada a um conjunto de ações que viabilizam a participação social do território ao nível da gestão da secretaria e da própria prefeitura favorecendo que as demandas do nível local possam efetivamente entrar na agenda governamental. A descontinuidade da reunião de setor sugere mudanças no comportamento do grupo gestor no que se refere ao papel e importância da participação evidenciado uma tendência ao afastamento gestor-população.

Uma sociedade civil participativa, autônoma, com seus direitos de cidadania conquistados, respeitados, e exercidos em várias dimensões, exige também vontade política dos governantes, principalmente, daqueles que foram eleitos como representantes do povo (GOHN, 2013, p. 242).

O prefeito recebia a gente, nos ouvia, ele recebia mensalmente as associações de moradores, todas elas, mesmo as que não tinham o médico de família. P/C3

Tanto que hoje as reuniões de setores diminuíram e nós vemos essa necessidade de voltar como era mensalmente. Há uma necessidade que esse projeto venha ser discutido novamente, na reunião de setor. Nós precisamos que essas reuniões voltem. P/C2

A coordenação, o superintendente, o responsável direto pela construção do programa sempre buscou reuniões juntando o presidente com as pessoas dali da comunidade periodicamente. E hoje isso há um bom tempo não acontece mais. Talvez seja isso que esteja desestimulando lá. P/C6

Outro motivo fortemente citado, como limite à participação, refere-se à presença do tráfico de drogas nas comunidades, configurando-se em um fato novo na realidade local. Associado ao motivo anterior, a mudança de modelo, tem gerado a interrupção das atividades externas, contribuindo para que as equipes se afastem do território e se mantenham nos módulos (consultórios). Este comportamento suscita uma preocupação em relação à participação que vai se tornando cada vez menos foco de ação das equipes apoiada em justificativas como a presença do tráfico e pela nova metodologia. Esta nova metodologia diminui a possibilidade do PMFN contribuir para o exercício da participação cidadã.

Hoje não tem mais como subir os morros igual eu subia. A comunidade não desce o morro igual descia. Tem dia que eles calam a boca de todo mundo da comunidade, e não é só o rio de janeiro. P/C5

O médico de família não funciona mais, não tem poder de funcionar porque o médico fica dentro do gabinete deles nos módulos, porque não tem poder de fazer funcionar e não podem sair dali. P/C3

E tem um problema na questão do aumento da violência, ela dificultou muito o crescimento de lideranças. Também acho que estilhaçou um pouco o surgimento de novas lideranças. G5

Agora, outra coisa inteligentíssima, que tira, por exemplo, da mão do tráfico direto o controle disso. O camarada pra ser presidente da associação, ele tem que ter endereço, identidade, CPF e ser achado, você tem que assinar cheque toda semana e tem que abrir conta no banco. Se ele te der um nome sujo, ele não pode ser presidente nem tesoureiro. Isso é um processo muito inteligente que inviabiliza, né? Os movimentos paralelos de tomarem conta disso, entendeu? G1

Hoje a gente esta em várias comunidades com situações de violência complicada. Uma vulnerabilidade social grande, e que a gente esta ali dentro porque tem aquela população. G3

Então se acabar esse vínculo com a associação o médico não sobe mais o morro e ninguém mais vai vê aquele paciente que mora lá no pico e esta doente em cima de uma cama. Por dois motivos, uma é a bandidagem, porque o médico só sobe porque ele tem o acompanhamento da associação de moradores. C/P5

Outro aspecto refere-se ao papel do presidente da associação de moradores. No que tange às equipes, identificamos que o papel do presidente sofre uma variação que vai da aceitação à rejeição. Um dos aspectos avaliados como extremamente positivo é o poder de conter a interferência dos representantes do tráfico, minimizando os riscos da violência que tem se tornado crescente nas áreas onde o programa atua.

Porque essa parceria ajuda a gente pra caramba! Porque é quando a gente tem um encaminhamento, um documento, algum problema de saúde ligado a criminalidade. O presidente da associação tem um acesso, porque ele conhece a comunidade, os filhos dos moradores, e obriga os moradores a participar das reuniões. Então é um parceiro dando um suporte para a gente. T3

Esta entrada certamente é facilitada pela parceria com as associações de moradores, pela opção de trabalhar com profissionais residentes no local (...) a despeito dos conflitos armados que as vezes se estabelecem nas comunidades. Desde sua criação em 1992, nenhum profissional do PMFN sofreu qualquer violência física por parte destes poderes paralelos (HUBNER, 2012, p. 55).

Outro aspecto positivo é o papel de intermediador, que exerce, em algumas situações de demissão ou realocação de médicos em outras áreas: “Não permitia que um médico que era bom fosse embora, se fosse preciso a gente chamava ele e resolvia”. P/C 4

No caso da crítica ao modelo ou sua rejeição, o principal motivo está associado aos conflitos que decorrem, do exagero da ‘função patronal’ exercida pelo presidente da associação sobre a equipe, notadamente a equipe básica do território.

Eu vivi a cogestão que só se impunha, como se fosse dono da gente, não tinha aquela coisa de chegar e cumprimentar, não. Agindo como se a gente fosse obrigada, só por que era nosso gestor. T2

Para onde eles iam? Para a associação, que é o patrão deles. T6

Ganha assim, status. Sou presidente dos médicos, sou patrão dos médicos. G1

Concordamos com Nascimento (2002, p. 6) que classifica este papel do presidente de associação como “controle social as avessas”, pois, determina um afastamento das associações da discussão da política de saúde para se ater à organização do serviço local de saúde e do papel reivindicatório, próprio destes grupos. Avaliamos que este comportamento determina uma perda do entendimento do papel das associações como vocalizadoras das demandas das comunidades. E do significado do controle social no âmbito da política de saúde. A partir do pensamento de Gramsci concordamos com Correa (1994, p. 11) ao definir o controle social como a “atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que estas atendam cada vez mais as demandas sociais e aos interesses das classes subalternas”.

No que tange ao desempenho da participação junto ao poder público, também evidenciamos que há conflitos. Podemos apontar, inicialmente, a falta de clareza do papel que a associação deve continuar desempenhando, mesmo sendo parceira do poder público na execução de uma ação que normalmente compete ao Estado. Trata-se de um equipamento de hegemonia da sociedade civil que deve desempenhar sua função no sentido de assegurar que as demandas dos grupos figurem na agenda governamental e não o contrário, a demanda do governo passando a ser a demanda dos grupos.

O grande erro que alguns presidentes de associação cometem, é porque eles invertem o seu papel. O papel do presidente da associação é de primeiro lugar representar a sua comunidade. Ele não pode ser representante de político ou de governo. Enquanto ele representar sua comunidade ele sabe que vai estar no jogo. Dizer que um conselheiro que tem vínculo, sobretudo de remuneração para ele ou família, dizer que vai ter autonomia, não vai. Mais cedo ou mais tarde aquilo tem um peso. P/C1

Outro aspecto que gera conflito decorre da relação público-privado, na qual muitas vezes se percebe na apropriação da função pública em prol de vantagens pessoais “a gente diz que eles são os clientelistas, eles são a cara da nossa sociedade”. G1

Dizer que um conselheiro que tem vínculo sobre tudo de remuneração com ele ou família. Dizer que aquilo ali vai ter autonomia, não vai. Mais cedo ou mais tarde aquele tem um peso. P/C1

Com todas as dificuldades do exercício democrático, pode se afirmar que a participação social, mediatizada sob a forma de cogestão tem assegurado à continuidade do modelo de atenção a saúde da família em Niterói. Avaliamos que o grupo de presidentes associados à FAMIT criou um espaço próprio de deliberação junto ao secretário municipal e ao próprio prefeito. Uma espécie de '2ª via do poder'. Este movimento ocasionou o esvaziamento da discussão do programa do conselho, mantendo-o afastado das críticas dos opositores, sobretudo, no que se refere ao modelo de contratação dos recursos humanos. Evidencia-se com esta atitude uma clara intencionalidade, de duplo sentido, que tanto atende aos interesses dos presidentes como do próprio governo. No caso, deste possibilita a aprovação e implementação de uma proposta governamental de interesse político que se tornou a marca de um governo. Este fato contribuiu para assegurar legitimidade e continuidade da legenda partidária e dos mesmos representantes no poder por, pelo menos quatro mandatos e meio. Esta continuidade favoreceu aos interesses coletivos e individuais dos presidentes de associação. Coletivamente, ao atender demandas das comunidades por outras ações sociais assegurou e assegura legitimidade da liderança popular junto aos moradores. Neste aspecto, se firmam como os únicos capazes de assegurar as benfeitorias para e na comunidade. Isto possibilita, no campo individual, continuidade à frente a associação. Gera continuidade no conselho, gera poder e não alterna as representações.

#### **3.2.4 Eixo 4 – Participação social como eixo estruturante do PMFN. Justificativas**

Buscamos evidenciar, na percepção dos entrevistados, os motivos pelos quais a participação social foi elencada como um dos eixos estruturantes do programa. Identificamos como principais motivos relacionados ao programa: a decisão política do prefeito, necessidade de viabilizar a operacionalização do programa, tendo uma estratégia para contratação dos recursos humanos. Podemos ainda citar como fatores indiretos a tradição de práticas participativas junto ao movimento social e o perfil dos profissionais de saúde, ligado ao movimento da reforma sanitária brasileira.

Na leitura da documentação oficial do programa, das atas do CMSN, dos relatórios finais das conferências, não identificamos uma demanda da população pelo programa de atenção a saúde da família. Identificamos a reivindicação de expansão da assistência à saúde, com especial atenção para as áreas periféricas. Paralelamente, identificamos que a implantação do modelo decorre de uma decisão do prefeito ao visitar Cuba, em virtude de um quadro sanitário local marcado por duas graves epidemias. Para atender ao 'desejo do prefeito', constituiu-se um grupo de técnicos da saúde para formular a proposta. Assim, a decisão da implantação do modelo é política; a formulação da proposta é técnica, de gabinete. Não percebemos, nestas etapas, nenhuma participação da sociedade. Evidenciamos que a entrada do movimento social organizado via associação de moradores, atende a uma necessidade do grupo gestor de viabilizar a implantação da proposta, sobretudo, no que refere à contratação de recursos humanos. Para entender a entrada das associações de moradores no programa, faz-se necessário uma breve análise do contexto: nacionalmente é a época da democratização do Estado Brasileiro, que traz para a arena política a sociedade civil. Em âmbito local, a cidade de Niterói tem tradição de participação social, inclusive na saúde, como mencionamos antes. O perfil do grupo gestor à frente da prefeitura e da secretaria é de tradição à esquerda, marcada por um forte componente ideológico e com proximidade com o movimento social. Os profissionais de saúde da rede local têm forte vinculação com o movimento da reforma sanitária brasileira e os preceitos do SUS, recém-criado que inclui a participação social. A vivência dos dois principais formuladores da proposta aponta para a proximidade dos movimentos organizados e da militância política. Todos estes fatores não nos deixam dúvidas ao afirmar que a decisão da inclusão da participação social é governamental, atende a uma necessidade dos gestores. Pode-se dizer que a proposição do modelo da medicina de família em Niterói com participação social segue um modelo incremental, 'de cima para baixo'. Considerando a trajetória dos movimentos sociais da cidade, podemos inferir que houve uma apropriação da oportunidade pelos presidentes de associação de moradores, que podem ter vislumbrado uma possibilidade de ganhos reais para a comunidade, mas, não se pode descartar a possibilidade de ganho pessoal. Neste sentido, diferentes intencionalidades frente a uma única proposta, aproximam movimento social e governo, em um tipo de relação que reproduz o padrão da cultura política brasileira. Nas entrevistas identificamos críticas frente ao atual papel

desempenhado pela associação de moradores e também pela FAMNIT, sugerindo que o que parece ter sido uma relação profícua para o movimento social, na atualidade tem se revelado um dificultador da participação, devido ao caráter de cooptação, clientelismo que tem assumido.

O movimento comunitário são reféns de alguns peixes né, por que o cara não fala pelo grupo e sim ordenado pelo patrão lá em cima. Naquele momento de ser autônomo, quando ele faz isso. Ele perde a sua autenticidade, por que tem aquilo que eu já falei da sopa de letrinha (partidos). A maioria das pessoas hoje está ligada a governo e ações partidárias. Tem um governo doente, você precisa falar que ele não está bom. E quando ele está bom você precisa dizer que tem que melhorar. P/C2

Antes a FAMNIT se manifestava, nós marcávamos com as associações e íamos até o prefeito. Hoje a FAMNIT já não reúne mais essas associações. P/C3

Primeiro o movimento comunitário, ele está deitado eternamente em berço esplêndido, ele perdeu a identidade, ele não sabe o seu papel. P/C4

Eu acho que o controle pela associação acabou tomando um caráter tão burocrático, e mais do que isso, até enviesado politicamente uma autoritarismo muito grande e repetindo praticas não republicanas. A perpetuação dos Conselheiros é impressionante como não tem mudança. G5

E acho que isso foi ao longo do tempo sendo muito desvalorizado, pouco trabalhado. Acho que foi desincentivado ao longo do tempo. Então houve um retrocesso aí, no movimento popular. G3

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social ao lado da universalização são atributos que diferenciam o SUS de outros sistemas de saúde de cobertura universal.

No âmbito de Niterói a participação social enquanto princípio da política local de saúde assume um papel de destaque antes mesmo da criação do SUS e vem se consolidando e ampliando da década de 1970 aos dias atuais. Percebemos, a despeito do significado que assume, da época, do contexto histórico, que a mesma carrega um traço ideológico muito forte dos diversos grupos que se sucederam na gestão da secretaria municipal de saúde. Os espaços de participação social com deliberação, foram e continuam sendo assegurados na estrutura do órgão gestor. Este aspecto parece ser o grande diferencial da política de Niterói e que tem mantido a saúde pública em geral, e o Programa Médico de Família em particular, como um direito assegurado mediante políticas econômicas e sociais, a despeito da reforma do Estado vigente no país há 20 anos. Quando se trata da preservação do PMFN parece não haver grandes distensões, todos se unem independente da legenda partidária, do segmento social ou mesmo do grupo gestor na direção da secretaria. Este comportamento sugere um forte traço ideológico presente na condução deste programa.

O PMFN configura-se como uma estratégia de operacionalização da atenção básica em âmbito municipal. Ele orienta o desenho da política de saúde local, embora não se conforme como um modelo único de atenção à saúde na cidade. A proposição do modelo ocorre, inicialmente, em função de uma decisão governamental, primeiro do executivo municipal e depois, da própria secretaria. Não identificamos nas atas do conselho nem nos relatórios das conferências analisados a solicitação de um novo modelo de atenção pelo movimento popular. Havia uma necessidade e solicitação de melhoria e expansão dos serviços de saúde para as áreas mais periféricas e distantes da cidade.

As diretrizes do modelo cubano forneceram a base que estruturou o componente teórico metodológico que norteia a execução das ações técnico-assistenciais. Avaliamos que o componente ideológico é fundamental para a estruturação do princípio da participação social. Nos quinze anos de experiência, da implantação do primeiro módulo em 1992 até 2007, o programa se manteve inalterado em toda a sua concepção incluindo sempre a participação social. Em



2007 inicia-se o processo de conversão do modelo local á proposta nacional pela inclusão dos agentes de saúde e enfermeiros. Avaliamos que as modificações ocorridas no contexto nacional, associadas às reformas do Estado parecem não terem exercido impacto determinante sobre o programa até 2007 visto que ele continuou se expandindo e mantendo a proposta original até então. As modificações nos parecem estar associados ao perfil do grupo gestor que assume a secretaria a partir de 2008. Ainda que a legenda partidária que assume o governo tenha sido a mesma que implantou o PMFN, o grupo gestor da secretaria era opositor ao grupo que até 2007 esteve na direção da mesma e integrava o grupo que rejeitou o modelo desde o início.

No âmbito desta tese identificamos que, para a equipe gestora e para o conjunto de presidentes de associação de moradores, além de uma série de estudiosos do programa, o reconhecimento que a cogestão é a principal manifestação da participação social proposta no programa. Hubner (2012, p. 49) a classifica como “uma inovação que assegura a institucionalização de mecanismos de participação direta da população na gerência dos serviços de saúde do PMFN”. Para Senna; Cohen (2002, p. 532) representa uma forma institucionalizada de vocalização de demandas da população. Regulamentada por decreto-lei de 1992, cabe a associação funções que variam da contratação dos recursos humanos ao acompanhamento das ações da equipe básica numa espécie de ‘ouvidoria do programa’.

Consideramos que a cogestão materializa a participação sob a forma de controle social, relacionado ao papel desempenhado pela associação, possibilitando uma valorização especificamente da liderança popular, junto aos moradores, às equipes básicas e ao poder público municipal. A representatividade da liderança torna-se evidente por questões bastante óbvias – é por meio do presidente da associação de moradores a chegada do programa e também de outras ações governamentais. Pode se dizer que, o PMFN fortalece deste modo, a organização dos bairros.

No âmbito desta tese, identificamos, contudo, outra ação do programa que tem uma grande possibilidade de contribuir para a participação cidadã. Trata-se da reunião de setor. Esta estratégia diferente da cogestão tem uma abrangência ampliada por envolver os moradores das comunidades, os profissionais do programa de modo geral desde a equipe básica ao coordenador de grupo, além de outros

atores presentes no território; diversificada por ter como foco as demandas e necessidades múltiplas da comunidade. Possibilita a formação de novas lideranças locais. Destacamos a contribuição desta ação, se bem conduzida, para a formação de uma identidade cultural pela disseminação de valores que podem evoluir para a formação de uma identificação comunitária. Demo (1988) aponta que a identificação cultural é o que move as pessoas a participarem em prol de um objetivo comum sendo essencial para o caráter da participação política e da política social que se forma.

A comunidade somente reconhecerá como seu aquele projeto que, mesmo tendo vindo de fora, é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo (DEMO, 1988, p. 56-57).

Em que pese que o tipo de participação proposta e implementada no PMFN possa ser considerada como cidadania regulada (SANTOS, 1979), possa atender a interesses da burocracia estatal no sentido de assegurar a hegemonia (GRAMSCI, 2002), reforce um traço clientelista da cultura brasileira (CARVALHO, 1998; GOHN, 2002), não podemos negar que tem contribuído para a organização e ampliação do movimento social em saúde.

Entendemos que a reunião de setor pode ser uma estratégia para expandir e qualificar a participação do controle das ações e serviços de saúde, notadamente no âmbito do PMFN, para uma prática democrática deliberativa. Esta ação tem possibilidade de gerar transformações no âmbito local, a partir do processo de “recuperação e preservação das identidades culturais e comunitárias através das quais se alimenta o processo de tomada de consciência crítica, sendo a condição efetiva da necessidade de organização política dos interessados” (DEMO, 1996, p. 33-34). Se bem organizada pode contribuir para a formação de movimentos autônomos. O resultado destas reuniões precisa ser potencializado para expandir-se além do território e do PMFN atingindo a política de saúde e a própria cidade.

Não podemos esquecer, contudo, que o PMFN e o SUS vêm sendo implementados num contexto de sérios embates entre duas ideologias opostas. Concebidos na perspectiva de um Estado de bem estar social tais sistemas/modelos são desenvolvidos no bojo de uma política recessiva, de cortes contínuos de recursos públicos. Embora não haja evidências teóricas, há um conjunto de características conjunturais sugerindo que, em Niterói, há uma ‘blindagem’ proporcionada, provavelmente pela tradição da participação social na saúde, em

particular, e na cidade em geral, que vem impedindo que o PMFN e a política local de saúde sejam alvos das ações do modelo neoliberal e de reformas privatistas. Segundo Roncalli (2002) a reforma do Estado tem dois grandes objetivos – flexibilizar as relações trabalhistas e assegurar maior participação do setor privado nos serviços, que não se constituem atividades estratégicas do Estado. Segundo o autor a aplicação destes objetivos no setor saúde pode ser evidenciada, no que tange ao programa saúde da família, no grande quantitativo de profissionais contratados na modalidade *contratos temporários*. Pesquisa do Ministério da Saúde de 2000 revela que 49% dos municípios adotam esta como a principal forma de contratação de recursos humanos gerando, a precarização da força de trabalho. O regime de consolidação das leis trabalhistas (CLT) é adotado por apenas 12% dos municípios, como oficialmente recomendado pelo Ministério (BRASIL, 2000). Outro aspecto refere-se a “implantação acrílica” do PSF sem qualquer discussão com a população. Segundo o autor este processo tem por finalidade aumentar a receita municipal via repasse fundo nacional fundo municipal por meio do piso variável, proporcional ao número de equipes em especial, ao número de agentes comunitários de saúde (RONCALLI, 2002, p. 24).

Utilizando estes parâmetros para analisarmos o Programa Médico de Família de Niterói, percebemos uma situação bastante diferente, senão inversa. Todos os profissionais do programa, do médico ao faxineiro, são contratados no regime CLT com garantia dos direitos trabalhistas. Relembramos que uma das pessoas entrevistadas foi aposentada pelo Programa, tendo recebido todos os seus direitos no ato do afastamento oficial – ah! “Foi ótimo ser contratada pela associação, recebi tudinho, direitinho” T5. Além do aspecto legal do vínculo, há um investimento no processo de educação continuada, com o propósito de assegurar conhecimento, qualidade ao trabalho, mas, também de oferecer um diferencial para os profissionais. Podemos considerar este aspecto uma demonstração de preocupação com as condições de trabalho do quadro de recursos humanos. Um aspecto que se diferencia completamente do modelo nacional e que reforça o papel da participação social, é a forma de implantação do PMFN nas comunidades. A implantação ocorre mediante solicitação da associação de moradores, sendo o pedido atendido se a comunidade atende aos pré-requisitos (p. 32-33). Posteriormente, as atividades somente se iniciam após a realização do diagnóstico local com participação dos moradores. No que se refere à possibilidade de aumento da receita da saúde, via

ampliação do programa, destacamos que a conversão do modelo de Niterói só se iniciou em 2007, e se deu pela inclusão de novas categorias, notadamente, o agente comunitário e enfermeiro, mas, não foi adotada a recomendação de 4.000 pessoas por equipe. Em Niterói esta relação é de 2.000 pessoas por equipe. Por conta disto, cada equipe tem apenas 02 agentes de saúde. O preconizado pelo Ministério da Saúde é de 4 a 6 agentes por equipes. E o repasse se dá mediante o número de agentes cadastrados no sistema nacional de estabelecimentos de saúde. Com base nestes dois indicadores, avaliamos que a conversão do modelo em PSF, parece não ter como preocupação principal o aumento da receita municipal. A prefeitura continua arcando com recursos próprios o custo do programa. Há ainda outro aspecto que ajuda a pensar a resistência local à influência da reforma do Estado sobre a política municipal de saúde. Trata-se do aspecto focalização versus universalização. Conforme visto no plano estratégico de 2014 da Prefeitura Municipal de Niterói (PMN), o programa permanece voltado para os grupos de maior vulnerabilidade. Esta decisão pode sugerir uma estratégia de redução da função do Estado na medida em que prioriza apenas aqueles incapazes de conseguirem no âmbito do mercado atendimento às suas próprias necessidades. Acreditamos, com base nas evidências conjunturais apontadas acima, que no município de Niterói, a opção pelas comunidades empobrecidas não se justifica pela necessidade de redução dos gastos da máquina administrativa. A nosso ver as evidências locais sugerem que a opção pode ser avaliada como uma medida de “equidade positiva” na direção daqueles historicamente excluídos da atenção à saúde, como refere um entrevistado: “o programa médico de família se tornou o melhor plano de saúde do pobre”. P/C2

Para reforçar estes aspectos relacionados à decisão político-administrativa, apontamos como principal fator que a limitar ofensiva neoliberal no âmbito da saúde em Niterói – a participação social. Remontando a história da cidade, notadamente no setor saúde, evidencia-se nos diversos artigos publicados e nos documentos oficiais, que a presença do movimento e a militância dos profissionais de saúde no movimento da reforma sanitária brasileira popular, é uma realidade presente no contexto local desde a década de 1970. Estes dois atores da sociedade civil ainda mantêm os ideais propostos na VIII Conferência Nacional de Saúde, que pode ser considerado uma perspectiva contra hegemônica ao modelo vigente. Não estamos afirmando que a cidade está excluída do conjunto de medidas impostas pelo novo

regime, mas que até o presente momento, estas medidas têm tido um menor impacto na política de saúde municipal. Dentre os motivos, apontamos a participação da população. Nesta perspectiva, ao voltarmos a questão norteadora desta tese, se o PMFN tem contribuído para ampliar a participação social podemos dizer que ele tem contribuído com a participação via ação dos presidentes de associações de moradores na cogestão. Mas, avaliamos que ele tem potencial para avançar desta participação “restrita” para contribuir para um tipo de participação democrática mais ampla, dos movimentos sociais e organização da sociedade civil, sobretudo, se mantiver ampliar e qualificar a estratégia da reunião de setor. Identificada neste estudo como a atividade que apresenta a maior potencia para ampliar a participação social.

## REFERÊNCIAS

ANHUCCI, V.; SUGUIHIRO, V.L.T. **A construção do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente na perspectiva da participação e do controle social.** Textos e Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 47-54, jan./jun. 2010.

ARENDT, H.. **A condição Humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ARENDT, H.. **O que é política?.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

AROUCA, S.. **A reforma sanitária brasileira.** RADIS, v. 11, p. 2-4, nov. 1988.

**A Saúde no Brasil em 2030:** diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Fundação Oswaldo Cruz [et. al.]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Ministério da Saúde, 2012.

AZEM, E.P. **Experiência pioneira na integração e descentralização de serviços.** SMS/Projeto Niterói, abril de 1988.

BASUALDO, E.M.; ARCEO, E.. **Neoliberalismo y sectores dominantes: tendencias globales y experiencias nacionales.** 1 ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO, 2006.

BEHRING, E.R.B. **Em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BETTIOL, L.M. **Saúde e participação popular em questão.** São Paulo: UNESP, 2006.

BOBBIO, N.. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRAGA, I.F. A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI. In: **Sociedade, Estado e Direito a Saúde.** MOROSINI, M.V.G.C. (Org.). Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações Integradas de Saúde.** Documento Interno. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. Brasília, 1986.

BRASIL. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 21 jul. 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei 8142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. Resolução nº 333 Conselho Nacional de Saúde, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57.

BRASIL. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRAVO, M.I.S. **A política de saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

BRAVO, M.I.S. **Participação Social e controle social**. In: Capacitação para conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

BRAVO, M.I.S. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en La coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):301-306, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: O SUS Brasil. In: **25 anos do direito universal à saúde**. FRIZON, Maria Lúcia; RIZZOTO, Ana Maria (Orgs.). Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

CARVALHO, A.. **I Participação e controle social em saúde:** recapitulando ideias e práticas. In: \_\_\_\_\_ Conselhos de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, M.C.A. **Participação Cidadã no Brasil Hoje.** 1997. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – UNICAMP, São Paulo, 1997.

CORDEIRO, H.. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 319-328, 2001.

CORDEIRO, H. **A reforma sanitária I.** Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde. Rio de Janeiro. MPAS/INAMPS, 1986.

CORDEIRO, H. **A reforma sanitária II.** Propostas do Presidente do INAMPS. Rio de Janeiro. MPAS/INAMPS, 1987.

CORREA, M.V.C. Controle Social na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 1994.

COSTA, A.N. Rumo ao direito universal a saúde. In: **25 anos do direito universal à saúde.** FRIZON, Maria Lúcia; RIZZOTO, Ana Maria (Org.). Rio de Janeiro: CEBES, 2014.

COUTINHO, C.N. **Contra a Corrente:** ensaios sobre democracia e socialismo. 2ª edição revista e atualizada. São Paulo: Cortez, 2008.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E.. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.

DEMO, P. **Pesquisa:** princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.

DEMO, P. **Pobreza política.** 5. ed. Campinas: A&A&A, 109p. (Polêmicas do nosso tempo 27), 1996.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 2007.

DIAS, S.G. **Reflexões Acerca da Participação Popular.** *Integração*, v. 48, p. 45-53, 2007.

DURIGUETTO, M.L. **Sociedade Civil e Democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

EBOLI, N.V.; COELHO, M.S. **Relatório final do seminário Pensando Saúde em Niterói.** FMSN, 20-22 de dezembro de 1989.



ENCONTRO MÉDICOS DE FAMÍLIA, 1º, 1995, Contry Club Niterói. Prefeitura de Niterói – Fundação Municipal de Saúde.

ERBAS, D.S. **Uma análise da intersetorialidade no cumprimento das condicionalidades da saúde no programa bolsa família a partir das interfaces com o PMFN.** 124f. 2010. Dissertação (Programa de Estudos Pós Graduação em Política Social) – UFF, Centro de Estudos Sociais Aplicados, 2010.

ESCOREL, S. **Revirada na saúde.** TEMA/RADIS, v. 11, p. 5-7, nov. 1988.

FACEIRA, L. Assistência Social: uma política pública. In: **Introdução à gestão de unidades asilares.** Rio de Janeiro: CIEDS, 2004.

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. **Participação, Democracia e Saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

FONSECA, E.G.F. **Programa Médico de Família: sua inserção nas políticas públicas de saúde e intersetorialidade.** In: Encontros Nacionais da AMPUR, Desenvolvimento, planejamento e governança – Recife, Anais, v. 15, 2013.

FROTA, M.M.R. **Políticas sociais no capitalismo e no socialismo: uma análise comparativa entre Brasil e Cuba.** Cachoeira, 2012. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais: cultura, desigualdades e desenvolvimento) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Bahia, 2012.

GALENDI JÚNIOR, G. *et. al.* **O Programa Saúde da Família: uma avaliação do desempenho no município de Botucatu.** Pesquisa em Debate, edição especial, 2009.

GOHN, M.G. **Novas Teorias dos Movimentos Sociais.** São Paulo: Loyola, 2009.

GOHN, M.G. **Teoria dos Movimentos Sociais – paradigmas clássicos e contemporâneos.** São Paulo: Loyola, 2000.

GOHN, M.G. **História dos Movimentos e lutas sociais – a construção da cidadania dos brasileiros.** São Paulo: Edições Loyola, 2001.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores na política social urbana e participação popular.** Cadernos Metrôpole, n. 7, p. 9-31, 2002.

GOHN, M.G. **Movimentos Sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo.** Petrópolis: Vozes, 2010.

GOHN, M.G. **Movimentos Sociais no início do século XXI – antigos e novos atores sociais.** Petrópolis: Vozes, 2003.

GONÇALVES, R.M. Os Conselhos como espaço público de negociação e controle social das políticas públicas para o meio rural. In: **Estado e Sociedade: Contribuição ao debate sobre políticas públicas.** ARCOVERDE, Ana Cristina Brito (Org.). Recife: Ed Universitária da UFPE, 2010.

GOULART, D.C. **Opostos que não se atraem: a sociedade civil para Gramsci e os neoliberais.** Lutas Sociais, v. 19-20, p. 66-9, 2º sem. 2008.

GOULART, F.A.A. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

GOULART, F.A.A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** 386f. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

GRAMSCI, A.. **Cadernos do Cárcere.** Tradução: COUTINHO, Carlos Nelson. Coedição: HENRIQUES, Luiz Sérgio; NOGUEIRA, Marco Aurélio. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GUIZARDI, F.L. Vozes da Participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, 2010.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; SANTANA, A. D.; MATTA, G.; GOMES, M. C. P. A.. **Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v. 14(1), p. 15-39, 2004.

GURGEL JÚNIOR, G.D. A reforma do Estado e o Sistema único de Saúde no Brasil. In: **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Eduardo Freese (Org.). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

HOCHMAN, G. *et. al.* **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B.. **O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os princípios e Diretrizes do SUS.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007.

HUBNER, L.C.M. **Clínica, cuidado e subjetividade: uma análise da prática médica no programa médico de família de Niterói a partir dos encontros no território.** 236f. 2012. Tese (Pós-Graduação em Clínica Médica) – UFRJ, Centro de Ciências da Saúde, 2012.

JACOBI, P.R. **Políticas Sociais e ampliação da cidadania.** 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

LUCHMANN, L.H.H. **Os Sentidos e desafios da participação.** In: XII Congresso Brasileiro de Sociologia, FAFICH/UFMG – Belo Horizonte/MG, jun. 2005.

LUCHMANN, L.H.H. **Os Sentidos e desafios da participação.** Ciências Sociais Unisinos, v. 42, n. 1, jan./abr. 2006.

MARQUES, D. L. **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: concepção dos profissionais médicos do programa médico de família.** 2006. Dissertação (Pós Graduação em Política Social) UFF, 2006.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MASCARENHAS, M.T.M.; ALMEIDA, C.. **O Programa Médico de Família em Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão.** Saúde em Debate, v. 26, n. 60, p. 82-102, jan./abr. 2002.

MEIRA, T.A.V. **Limites e Desafios do Orçamento Participativo: o estudo da experiência de Montes Claros.** 116f. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

MENDONÇA, S.R. de. Sociedade civil em Gramsci: venturas e desventuras de um conceito. In: **Sociedade Civil: Ensaios Históricos.** Paco Editorial, 2013.

MINAYO, M.C.S. *et. al.* **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MINAYO, M.C.S. *et. al.* **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MONNERAT, G.L.; SENNA, M.M. A seguridade social brasileira: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M.V.G.C. (Org.). **Sociedade, Estado e Direito a Saúde.** Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

MONTAÑO, C. *et. al.* **Estado, classe e movimento social.** 3 ed. São Paulo: Cortez, v. 5, 2011.

NASCIMENTO, S. do. In: Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2º, 2005, UNIOESTE. **Participação: Fator de análise do papel das Associações de Moradores co-gestora do Programa Médico de Família – Niterói.**

NASCIMENTO. S. do. **A participação das associações de moradores na cogestão da política de saúde de Niterói – RJ: Programa Médico de Família-Niterói/RJ. II Jornada Internacional de Políticas Públicas.** Maranhão, São Luiz, 23 a 26 de agosto de 2005.

NITERÓI. Decreto nº 4006, de 28 de setembro de 1983 - **Regimento interno do conselho municipal de saúde de Niterói.**

NITERÓI. Lei nº 944, de 06 de junho de 1991. **Estrutura organizacional da PMN.**

NITERÓI. Lei nº 1656, de 30 de dezembro de 1996. **Estrutura organizacional da PMN.**

NITERÓI. MPAS-INAMPS. **Portaria INAMPS/PRESI nº 69/82 de 19/03/1982** - Projeto de integração, regionalização e hierarquização de serviços de saúde para áreas metropolitanas. 1982.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Etapa I – setembro de 1991–dezembro de 1992**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1993.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Médico de Família**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1993.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Qualificação de Equipes de Saúde da Família no Município de Niterói**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, sem data.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Ações integradas de Saúde/Projeto Niterói – 12/07/1989**. Cria comissão executiva do SUDS/CE-SUDS. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, 1989.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Uma Breve História do Município de Niterói – IBGE/FMS**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, sem data.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **A Evolução do Setor de Saúde no Município de Niterói – 1977/1995**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, 1995.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Médico de Família – Um Projeto de Saúde, que fortalece a relação de confiança entre médico, paciente e comunidade, merece crescer**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, sem data.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Médico de Família 15 anos**. Publicação Comemorativa, 2007.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação da secretaria municipal de saúde e assistência para 1977-1980**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, 1977.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de implantação de unidades periféricas elementares de saúde em regiões periféricas de Niterói no ano de 1982**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, 1981.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Ampliação da cobertura em atenção primária em saúde no município de Niterói – saneamento básico e assistência de primeiro nível para atender a grupos populacionais carentes**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, 1985.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório sumário das ações desenvolvidas em 1991 e perspectivas para 1992**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Implantação do Médico de Família em Niterói – Relato de Experiência** Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1994.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Síntese da saúde no município de Niterói - Marcos Históricos (1977/1995)**. Niterói: DIDES/SEECO, 1995.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Médico de Família – 15 perguntas e respostas para você ter uma idéia desde programa cubano implantado com sucesso em Niterói**. Niterói: ASCOM/FMS, 1997.

NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de implantação do medico de família em Niterói**. NITERÓI: Fundação Municipal de Saúde, 1993.

NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática. In: **Participação e Deliberação**. COELHO, V.S; NOBRE, M. (Orgs.). Editora 34, 2004.

O'DWYER, G.C.; MARINS, J.J.N. **Apresentação sintetizada da experiência desenvolvida no município de Niterói, a partir do PIDAS e do Projeto Niterói**. II Reunião Nacional de Coordenadores de Projeto – Rede IDA/Brasil, sem data.

PEREIRA, E.M.; LINHARES, F.. O Estado e as políticas sociais no capitalismo. In: **Sociedade, Estado e Direito a Saúde**. MOROSINI, M.V.G.C. (Org.). Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

PEREIRA, P.A.P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.R. (Org.). São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, L.C.B. **Da administração pública burocrática à gerencial**. Revista do Serviço Público, 47(1), jan./abr. 1996.

PEREIRA, L.C.B. **Estado, sociedade civil e legitimidade democrática**. Lua Nova, n. 36, p. 85-104, São Paulo, 1995.

PINHEIRO, L.F. **Movimentos sociais, políticas sociais e questão social: elementos para uma análise da realidade no Brasil e América Latina**. Rio de Janeiro: Gramma, 2011.

PORTELLI, H.. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

PREFEITURA DE NITERÓI. **PMN - Dando os primeiros passos**. Projetos Estratégicos Estruturadores, 2014.

RAICHELIS, R.. **Esfera pública e conselho de assistência social: caminhos de construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

REIS, J.R.F. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: **Sociedade, Estado e Direito a Saúde**. MOROSINI, M.V.G.C. (Org.). Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

FREURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

ROCHA, ENID. **A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios.** 20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafio da Seguridade Social, 2008. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras\\_pesquisas/a%20constituio%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf](http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras_pesquisas/a%20constituio%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2014.

RONCALLI, A. G.. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: PEREIRA, Antonio Carlos. **Saúde Bucal Coletiva.** MEDSI, 2002.

SÁ, P.K. **A integralidade da atenção no Programa Médico de Família de Niterói/RJ.** 114f. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

SADER, E.; GENTILI, P. **Pós neoliberalismo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SADER, E. **Crise hegemônica na América Latina.** Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n. 19, p. 15-37, 2007.

SANTOS, A.C.B.B. Fundações Públicas de Direito Privado: um novo modelo de gestão hospitalar pública ou negação do direito à saúde?. In: **Estado & Sociedade contribuição ao debate sobre políticas públicas.** ARCOVERDE, A.C.B. (Org.). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

SANTOS, N.R. SUS: 25 anos profícuos de resistência e avanços possíveis. In: **25 anos do direito universal à saúde.** FRIZON, Maria Lúcia; RIZZOTO, Ana Maria (Orgs.). Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça:** a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SENNA, M.C.M. **Municipalização e controle social:** o programa médico de família em Niterói (1992-1994). 121f. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. **Modelo Assistencial e estratégia saúde da família no nível local:** análise de uma experiência. Ciência e Saúde coletiva, 7(3): 523-535, 2002.

SERRA, C.G. **A saúde bucal como política de saúde:** a experiência de Niterói. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 11 (2): 95-122, 2001.

SILVA, D. A. S.; ARNAUD, F. I. M.. **Direitos x Participação Social:** da Filantropia ao campo de luta pela democracia – uma breve reflexão. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, 20 a 23 agosto de 2013.

SILVA JÚNIOR, A. G.; PIRES, A. C.; MARINS, J. N.; TOMASSINI, H. C. B. **As experiências de articulação Universidade-Serviço-Sociedade em Niterói, RJ.** Cadernos ABEM, v. 2, jun. 2006.

SILVA, Maria Angélica Duarte. **O programa Médico de Família como Estratégia de um Novo Modelo Assistencial: A Experiência do Município de Niterói – RJ.** 1998. Nº de páginas: 108. Monografia. (Especialização em Serviço Social e Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Sociais. Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, 1998.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influencia no sérico social.** São Paulo: Cortez, 1995.

SOUZA, M. F. *et. al.* **Saúde de família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho futuro.** Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

SOUZA, M.L. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação.** 10 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

TELLES, V.S. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha.** FLEURY, S. (Org.). São Paulo: FGV, 2006

TEIXEIRA, S.C.S.; MONTEIRO, V.O.; MIRANDA, V.A. **Programa médico de família no município de Niterói.** Estudos Avançados 13 (35), 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

## ANEXOS

### ANEXO 1: ENTREVISTA GESTORES/PROFISSIONAIS

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR/PROFISSIONAL

Pesquisa: **“Participação social na saúde – análise a partir do Programa Médico de Família de Niterói”**

#### **Parte I – Identificação Pessoal**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( )

Escolaridade: ( ) Fund. Completo ( ) Fund. Incompleto ( ) Médio Completo

( ) Méd. Incompleto ( ) Sup. Completo ( ) Sup Incompleto ( ) Pós Graduação

Formação Profissional: \_\_\_\_\_

#### **Parte II – Atuação no Programa Médico de Família/ Na gestão da FMS ou do PMF/Na Universidade**

Você é ou foi profissional do PMF? É ( ) Foi ( ) Por quanto tempo?

( ) até 1 ano ( ) 1 a 3 anos ( ) 3 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 +

Como você se ingressou no programa? \_\_\_\_\_

Na época de implantação do PMF que função você desempenhava no programa?

\_\_\_\_\_

E no momento atual? \_\_\_\_\_

#### **Parte III – Sua opinião**

**Nos diversos documentos da FMS/PMF há constante referência a participação da comunidade:**

1. O que você entende por participação social? \_\_\_\_\_

2. Qual o papel da participação da comunidade no PMF na época da implantação do programa e na atualidade?

\_\_\_\_\_



3. Qual era o entendimento do grupo gestor sobre participação social na época de implantação do PMF? Você acha que houve alguma mudança deste entendimento? \_\_\_\_\_

Que motivos fizeram com que a participação social fosse definida como um dos pilares do programa? \_\_\_\_\_

4. Como você vê a participação da associação de moradores na condução do programa? Deve mudar/continuar? Por quê? \_\_\_\_\_

5. Que motivos fizeram com que a implantação do programa tivesse como gestores locais as associações de moradores? \_\_\_\_\_

6. Houve alguma contribuição do PMF, para a organização, mobilização/participação da comunidade? Como? \_\_\_\_\_

7. Que instrumentos a comunidade tem para fazer o acompanhamento da política de saúde? \_\_\_\_\_

8. O modelo de participação social proposto na década de 1990 é compatível com o cenário atual no PMF e na saúde em geral? \_\_\_\_\_

9. Considerando o contexto político, social, econômico da década de 1990 e da atualidade, que elementos **contribuíram e contribuem** para a participação social no PMF e na saúde em geral? \_\_\_\_\_

10. Considerando o contexto político, social, econômico da década de 1990 e da atualidade, que elementos **dificultaram e dificultam** a participação social no PMF e na saúde em geral? \_\_\_\_\_

11. Considerando o atual estágio da política de saúde e da democracia brasileira, quais as possibilidades da participação social no PMF e na saúde em geral? \_\_\_\_\_

12. Na época de implantação do PMF, já havia distintas experiências/modelos de medicina familiar. O que fez o grupo gestor optar pelo modelo cubano? \_\_\_\_\_

13. O SUS esta completando 25 anos, qual o futuro desta política pública no país? \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: ENTREVISTA PRESIDENTE/CONSELHEIRO

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – CONSELHEIROS/USUÁRIOS

Pesquisa: “Participação social na saúde – análise a partir do Programa Médico de Família de Niterói”

#### Parte I – Identificação Pessoal:

Nome: \_\_\_\_\_ Dt de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( )

Escolaridade: ( ) Fund. Completo ( ) Fund. Incompleto ( ) Méd. Completo

( ) Méd. Incompleto ( ) Sup. Completo ( ) Sup Incompleto ( ) Pós Graduação

Formação Profissional: \_\_\_\_\_

#### Parte II – Atuação como Conselheiro/líder comunitário

Você é ou foi conselheiro da saúde? É ( ) Foi ( ) Porquanto tempo?

( ) até 1 ano ( ) 1 a 3 anos ( ) 3 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 +

Já foi ou é conselheiro de outro setor? Qual? \_\_\_\_\_ Há

quanto tempo? ( ) até 1 ano ( ) 1 a 3 anos ( ) 3 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 +

Como você se tornou conselheiro da saúde? \_\_\_\_\_

Você é ou foi presidente de associação de moradores? É ( ) Foi ( ) Por quanto

tempo? ( ) até 1 ano ( ) 1 a 3 anos ( ) 3 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 +

Você desempenha ou desempenhou alguma outra função em sua comunidade?

Sim ( ) Não ( ) Qual \_\_\_\_\_

Na época de implantação do PMF que função você desempenhava em sua comunidade? \_\_\_\_\_

Como sua comunidade foi escolhida para participar do programa?

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo o programa esta implantado em sua comunidade?

\_\_\_\_\_

### Parte III – Sua opinião:

#### Nos diversos documentos da FMS/PMF há constante referência a participação da comunidade:

1. O que você entende por participação social? \_\_\_\_\_
2. Qual o papel da participação da comunidade no PMF na época da implantação e na atualidade? \_\_\_\_\_
3. Houve alguma contribuição do PMF, para a organização, mobilização/participação da comunidade? Como?  
\_\_\_\_\_
4. Existem outras experiências de mobilização e participação social em sua comunidade? Quais? Você pode relatar sobre estas experiências?  
\_\_\_\_\_
5. Que instrumentos a comunidade tem para fazer o acompanhamento da política de saúde? \_\_\_\_\_
6. Como você vê a participação da associação de moradores na condução do programa? Deve mudar/continuar? Por quê?  
\_\_\_\_\_
7. Que motivos fizeram com que a implantação do programa tivesse como gestores locais as associações de moradores?  
\_\_\_\_\_
8. Da implantação aos dias atuais, houve alguma mudança do papel desempenhado pela associação de moradores?  
\_\_\_\_\_
9. De que forma sua comunidade busca garantir a presença de outras políticas públicas no local? \_\_\_\_\_
10. Como você acha que o grupo gestor via/entendia a participação social na época de implantação do PMF você acha que houve alguma mudança deste entendimento? \_\_\_\_\_
11. Considerando o contexto político, social, econômico da época da implantação e da atualidade, que elementos **contribuíram e contribuem** para a participação social no PMF e na saúde em geral? \_\_\_\_\_
12. Considerando o contexto político, social, econômico da época da implantação e da atualidade, que elementos **dificultaram e dificultam** a participação social no PMF e na saúde em geral? \_\_\_\_\_

13. Considerando o atual estágio da política de saúde e da democracia brasileira, quais as possibilidades da participação social no PMF e na saúde em geral?

---

14. O SUS esta completando 25 anos, qual o futuro desta política pública no país? \_\_\_\_\_

### ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Função que desempenhou na época de implantação do PMF:

\_\_\_\_\_

Função que desempenha na atualidade: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Pesquisa: **“Participação social na saúde – análise a partir do Programa Médico de Família de Niterói”**

Responsável: Bárbara Celeste Rolim

RG: 44.950 COREN-RJ

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito e estar de pleno conhecimento do que se segue:

1. **Objetivo da Pesquisa:** apontar possibilidades, limites e possíveis estratégias de fortalecimento/ampliação da participação social como um elemento de qualificação da política pública de saúde a partir da experiência do Programa Médico de Família de Niterói.
2. Benefícios que possam ser obtidos: aprimoramento de conhecimentos.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador(a) pelo telefone (21) 99420 - 9770.

Niterói - RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

## ANEXO 4: TERMO DE CONVENIO

Prefeitura de Niterói  
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

*Assinatura e rubrica*  
Em 18/07/94  
*[Assinatura]*

MINUTA

Nº /94

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE NITE-  
RÓI, COM A INTERVENIÊNCIA DA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, E  
A ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES, VI  
SANDO A IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO  
NO PROJETO "MÉDICO DE FAMÍLIA",  
na forma abaixo:

Aos ( ) dias do mês de do ano de mil novecentos e noventa e quatro (1994), o MUNICÍPIO DE NITERÓI, representado neste ato pelo Prefeito JOÃO CARLOS DE ALMEIDA SAMPAIO, brasileiro, casado, Arquiteto, residente e domiciliado nesta Cidade, doravante designado simplesmente PREFEITURA, com a intervenção da FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, neste ato representada na forma do seu estatuto pelo seu Presidente Dr. GILSON CANTARINO O'DWYER, brasileiro, casado, Médico, residente e domiciliado nesta Cidade, doravante designada simplesmente FUNDAÇÃO, e a ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES, entidade civil, sem fins lucrativos, devidamente registrada no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Niterói, no Livro de Pessoas Jurídicas, sob o nº , em de de 199 , CGC nº , sediada à neste ato representada, na forma do seu Estatuto Social, pelo seu Presidente portador da Carteira de Identidade nº , expedida pelo , em , CIC nº , residente e domiciliado nesta Cidade, mediante Ata de Constituição e Ata de Eleição da atual Diretoria que passam a integrar o presente instrumento, doravante designada simplesmente ASSOCIAÇÃO, resolvem firmar o presente CONVÊNIO, que obedece ao despacho autorizativo do Exmo. Sr. Prefeito, exarado às fls. do processo nº , consoante Decreto Legislativo nº 17/92, de 14.07.92, mediante as disposições das cláusulas abaixo, subordinando-se que couber a

Cláusula Segunda, para atendimento do previsto no item "d" da Cláusula Quarta; l) Garantir que os possíveis atrasos nos prazos de repasse de verba a que se refere a letra "l" sejam de responsabilidade da PREFEITURA e da FUNDAÇÃO, salvo exigência contida no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda; m) Providenciar a compra e distribuição aos Módulos do Projeto "Médico de Família", todo o material de consumo e material permanente que após a aquisição passarão a integrar o Patrimônio da FUNDAÇÃO; n) Determinar a substituição da equipe ou pessoa contratada pela Associação de Moradores ou Centro Pró-melhoramentos ou entidade representativa, quando for detectada falha técnica no atendimento ou operacionalização do Projeto. QUARTA: OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA ASSOCIAÇÃO - Caberá à ASSOCIAÇÃO: a) Executar todas as tarefas e atividades inerentes ao objetivo deste CONVÊNIO, visando a execução do Projeto; b) Encaminhar mensalmente à FUNDAÇÃO os relatórios requeridos ao acompanhamento, avaliação e controle das ações previstas e da aplicação dos recursos, na forma estabelecida neste CONVÊNIO e de acordo com normas que possam ser editadas posteriormente; c) facilitar o acesso dos representantes da FUNDAÇÃO aos locais de execução do Projeto e a documentação a ele correspondente; d) Gerir os recursos financeiros, destinados ao pagamento de recursos humanos, repassados pela FUNDAÇÃO, através de conta bancária especialmente aberta para este fim, em agência indicada pela FUNDAÇÃO, para cuja movimentação serão necessárias assinaturas de um representante da FUNDAÇÃO e de outro da ASSOCIAÇÃO, este autorizado na forma do respectivo Estatuto, os quais ficarão solidariamente responsáveis; e) Apoiar ativamente o trabalho do "Médico de Família", mobilizando os moradores da Comunidade para a participação nas ações de Saúde; f) Viabilizar o atendimento às solicitações encaminhadas pela Comunidade, visando adequar as ações de Saúde às necessidades reais da população; g) Adotar providências necessárias à contratação do pessoal médico, de supervisão e auxiliar, necessários ao atendimento da Comunidade a que esta afeta a ASSOCIAÇÃO, bem como providenciar pessoal para o funcionamento da parte administrativa e financeira do Projeto, conforme critérios previamente estabelecidos em comum acordo entre a FUNDAÇÃO e a ASSOCIAÇÃO ;

Fica eleito o FORO da Comarca de Niterói como o único competente para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente CONVÊNIO. E por estarem as partes acordadas, assinam o presente em 05 (cinco) vias de igual teor e forma para um só efeito, juntamente com as testemunhas que também assinam. Niterói, de de 1994.-.-.-.

.....

JOÃO SAMPAIO  
PREFEITO

GILSON CANTARINO O'DWYER  
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO

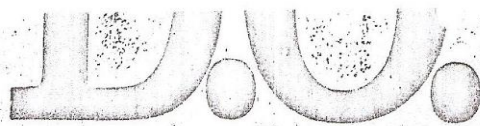
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES

TESTEMUNHAS:

1.

2.





# Municipalidades

## Município de Niterói

### Câmara Municipal

#### DECRETO LEGISLATIVO Nº 17/92

A CÂMARA MUNICIPAL DE NITERÓI decreta e eu promulgo o Decreto Legislativo: Art. 1º - Fica o Prefeito Municipal de Niterói, autorizado a Celebrar Convênios, com a Intervenção da FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, com as ASSOCIAÇÕES DE MORADORES DA CIDADE DE NITERÓI, visando a IMPLANTAÇÃO DO PROJETO "MÉDICO DE FAMÍLIA". Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. CÂMARA MUNICIPAL DE NITERÓI, em 14 de julho 1992. Projeto nº 140/92: Autor: Mensagem Executiva nº 11/92. ASS: FERNANDO NERY DE SA: - PRESIDENTE.

#### PORTARIA DO PRESIDENTE:

**INSTAURA** Processo Administrativo Disciplinar com a finalidade de apurar os fatos mencionados no expediente protocolado sob o nº 2506/92, em que é indiciado LUIZ AMORIM CRAVO

Assessor Legislativo-mat. nº 100.497-7, por estar incurso no Art. 207, incisos V e VI e § 1º da Res. nº 1550/87. Publique-se; Afixe-se e Cumpra-se. (Port. nº 47/92).

#### ATO DO PRESIDENTE:

**APOSENTA**, de conformidade com o que preceitua o Art. 161, inciso III alínea "a", da Lei Orgânica do Município de Niterói, publ. em 21/04/90, comb. com o Art. 98, inciso I Art. 145, da Res. nº 1550/87, publ. em 07/04/88 mais o Art. 165, § 1º, da Res. nº 134/54, publ. em 26/11/54, o servidor LUIZ AMÉRICO GOMES, mat. nº 100.478-7, no cargo de Diretor Financeiro, CH-1, do QP desta Secretaria. Referência Processo nº 02196/92. (Ato nº 184/92).

#### DESPACHOS DO PRESIDENTE:

Salário Família - 2200/92; 2181/92-Deferidos-Processos nºs 2398/92; 2297/92; 2494/92; 2418/92; 2495/92; 2548/92; 2417/92-Autorizo - Grat. Adicional 05% - 2248/92; 2247/92; 2246/92; 2245/92; 2244/92; 2234/92; 1378/92 - 10% - 2335/92; 2329/92; 2243/92; 2242/92; 2241/92; 2240/92 - +5% - 2232/92; 2238/92; 2233/92; 1206/92; 2340/92. Deferidos-Aquisição de Material nº 2311/92- Autorizo. ASS: FERNANDO NERY DE SA: - PRESIDENTE.

#### APOSTILA DE FIXAÇÃO

Ficam fixados em Cr\$ 46.220.136,00 (quarenta e seis milhões, duzentos e vinte mil, cento e trinta e seis cruzeiros) os proventos anuais do servidor LUIZ AMÉRICO GOMES, mat. nº 100.478-7, aposentado no cargo de Diretor Financeiro, CH-1, do

QP desta Secretaria, conforme as paradas:

-Vencimento do cargo integral-Art. 1 da L.O.M.N., publ. em 21/04/90, comb. com o Art. 159, inciso I, alínea "a", 90; comb. com o Ato nº 163/92, publ. em -Grat. Adicional-40%-Art. 98, inciso I 87; publ. em 07/04/88, comb. com o Art. publ. em 21/11/54. Cr\$ 1.454.400,00-Grat. Adicional-40%-Art. 98, inciso I, 12º da Res. nº 1389/85, publ. em 01/10 de Quebra de Caixa-30%-Art. 98, inciso publ. em 07/04/83, comb. com o Art. 1º 73, publ. em 05/06/73. Cr\$ 1.090.800,00 100%-Art. 185, inciso III, da Res. nº 1 comb. com o Art. 1º, da Res. nº 1139. Cr\$ 3.636.000,00-Acréscimo de 20%-de ciso II; alíneas "b e c", da L.O.M.N. Cr\$ 2.327.040,00-Direito Pessoal: Inc por ter exercido o cargo de Diretor os artigos 1º e 2º, § único, da Res. nº 88, mais a Res. nº 2072/92, publ. em 03/ da Res. nº 2089/92, mais o Ato nº 171 Cr\$ 32.257.896,00 -TOTAL: Cr\$ 46.220.1 tração e Pessoal: em 09 de julho de ASS: Mª DO SOCORRO FLOR SANTOS FAILLA

## ANEXO 6: SETORES DO ESTADO, FORMAS DE PROPRIEDADE E DE ADMINISTRAÇÃO

Figura 1: Setores do Estado, Formas de Propriedade e de Administração

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
<b>NÚCLEO ESTRATÉGICO</b> Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios	●				●
<b>ATIVIDADES EXCLUSIVAS</b> Polícia, Regulamentação Fiscalização, Fomento, Seguridade Social Básica	●				●
<b>SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS</b> Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização →	●			●
<b>PRODUÇÃO PARA O MERCADO</b> Empresas Estatais		Privatização →	●		●

Fonte: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995) *Plano Diretor da Reforma do Estado*.