

VERA LÚCIA IGNÁCIO MOLINA

**NEGOCIAÇÕES “PELO ALTO”: um estudo sobre a formulação
das Políticas de Saúde, em São José dos Campos, de 1980 a 1996.**

0300075553



Orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Tereza Micelli Kerboay.

RETOMBADO

P/416

Araraquara

1998

VERA LÚCIA IGNÁCIO MOLINA

NEGOCIAÇÕES “PELO ALTO”: um estudo sobre a formulação das políticas de saúde, em São José dos Campos, de 1980 a 1996.

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras, Câmpus de Araraquara, Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor, pelo Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Área de Concentração em Sociologia.



Orientadora Prof.^a Maria Tereza Micelli Kerbauy.

Araraquara

1998

VERA LÚCIA IGNÁCIO MOLINA

NEGOCIAÇÕES "PELO ALTO": um estudo sobre a formulação das políticas de saúde, em São José dos Campos, de 1980 a 1996.

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

PRESIDENTE E ORIENTADOR	Prof.ª Dra. Maria Tereza Micali Kerkhuy
2º EXAMINADOR	Prof. Dr. Wilson Góes Naves
3º EXAMINADOR	Prof.ª Dra. Stela Maria de Azevedo Roselini
4º EXAMINADOR	Prof. Dr. François D'Ary
5º EXAMINADOR	Prof.ª Dra. Vera Maria Henriques de Almeida

Araraquara, 18 de Agosto de 1998

Apresentação gráfica e normalização de acordo com:

RIBEIRO, J. F. et al. Roteiro para a redação de monografias, trabalhos de cursos, dissertações e teses. São José dos Campos, 1993.

MOLINA, Vera Lúcia Ignácio. Negociações “pelo alto”: um estudo sobre a formulação das políticas de saúde, em São José dos Campos, de 1980 a 1996. Araraquara, 1998. 396 pp. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Ciências e Letras, Câmpus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Agradecemos à UNIVAP e FAPESP por sua contribuição
e apoio técnico na elaboração.

Agradecemos aos colegas da profissão na
pessoa do Professor Hugo Bonatti Júnior,
que nos incentivou e nos tornou melhores como pessoas;
à orientadora desta tese, Dr.ª Maria Teresa M. Navarro,
que com sabedoria se mostrou de pronta ajuda e sempre.

Foi um privilégio viver toda a experiência de sua trajetória profissional.
Se não conseguimos corresponder às suas expectativas, cogitamos seu valor.

Agradecemos ao Dr. Gilson de Carvalho, que nos permitiu
usar a pesquisa desenvolvida.

Agradecemos ao Márcio, à Sandra, ao Cláudio.

De quem, com o **Para Iracema, in memoriam.**

Agradecemos **Para Luana Maria e Janaína,**

aprendemos a manter vivos **à esperança e ao sonho.**

Agradecemos a Valquíria e Cláudio **Para o Preto, um bom parceiro de viagem.**

Para os usuários do Sistema Municipal de Saúde.

INTRODUÇÃO	12
1. O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE	12
1.1. A Constituição da República Brasileira de 1988	12
1.1.1. Os princípios e a consolidação das Políticas Sociais nos arts 190	12
1.1.2. A agenda internacional e o marco legal nos arts 190	12
1.2. As Políticas de Saúde e o Município	12
2. PLANOS NORMATIVOS E PLANOS DIRETORES DE INTERFERÊNCIAS SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	21
2.1. Estado, Sociedade e Políticas de Saúde	21
2.2. Planejamento e Políticas de Saúde	21
2.3. Plano Diretor de Saúde para São José dos Campos	21
2.4. Plano Diretor de Saúde do Município de São José dos Campos	21
3. PRÁTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	21
3.1. Políticas de Saúde do Município de São José dos Campos	21
3.2. Políticas de Saúde do Município de São José dos Campos	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
4.1. Considerações Finais	21
4.2. Considerações Finais	21
4.3. Considerações Finais	21
4.4. Considerações Finais	21
4.5. Considerações Finais	21
4.6. Considerações Finais	21
4.7. Considerações Finais	21
4.8. Considerações Finais	21
4.9. Considerações Finais	21
4.10. Considerações Finais	21
4.11. Considerações Finais	21
4.12. Considerações Finais	21
4.13. Considerações Finais	21
4.14. Considerações Finais	21
4.15. Considerações Finais	21
4.16. Considerações Finais	21
4.17. Considerações Finais	21
4.18. Considerações Finais	21
4.19. Considerações Finais	21
4.20. Considerações Finais	21

Agradecemos à UNIVAP e UNESP por nos mostrarem o mundo mágico da ciência; agradecemos aos colegas de profissão na pessoa do Professor Hugo Benatti Júnior, que nos socorreram e nos fizeram melhores como pessoa; à orientadora deste trabalho, Dr.ª Maria Teresa M. Kerbauy, que com talento se manteve de plantão todo o tempo.

Foi um privilégio contar com a excelência de sua trajetória profissional. Se não conseguimos corresponder às suas expectativas, culpas não lhe cabem.

Agradecemos ao Dr. Gilson de Carvalho, que nos permitiu acesso à pesquisa documental.

Agradecemos ao Molina, à Sandra, ao Olavo, do quais, este trabalho tantas horas roubou.

Agradecemos aos nossos alunos, com eles aprendemos a manter encantamento pela liberdade!

Agradecemos à Valquíria e Cláudio Moraes pela editoração do trabalho.

Sumário

“Era em São José dos Campos
E quando caía a ponte
eu passava o Paraíba
numa vagarosa balsa
como se dançasse valsa.”
(C. Ricardo)

INTRODUÇÃO.....	15
1. O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	31
1.1. A Construção do Sistema Brasileiro de Proteção Social.....	35
1.1.1. Os novos atores e a desaceleração das Políticas Sociais nos anos 80.....	53
1.1.2. A agenda inovadora e a atenção oficial nos anos 90.....	62
1.2. As Políticas de Saúde e o Município.....	67
2. PLANOS NACIONAIS E PLANOS DIRETORES: AS INGERÊNCIAS SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.....	71
2.1. Estado, Sociedade e Planejamento.....	72
2.2. Planejamento e Políticas de Saúde.....	76
2.3. Planos Diretores Urbanos para São José dos Campos.....	98
2.4. Planos Diretores Urbanos de São José dos Campos e seus Paradigmas.....	112
3. POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NOS PLANOS DIRETORES DE SAÚDE.....	123
3.1. Políticas de Saúde dos anos 80.....	139
3.2. Políticas de Saúde dos anos 90.....	153
4. POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS: O COMUS EM AÇÃO DE 1990 A 1996.....	172
4.1. I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos.....	179
4.2. II Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos.....	184
4.3. III Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos.....	188
4.4. IV Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos.....	189
4.5. Análise Temática.....	189
4.5.1. Diagnóstico.....	189
4.5.2. Decisões Tomadas.....	207
4.5.3. Objetivos.....	217
4.5.4. Medidas de Racionalização.....	224

4.5.5. Inovações Políticas.....	233
4.5.6. Atores Sociais.....	237
4.5.7. Avaliação dos Programas.....	251

5. ATORES SOCIAIS E AS NEGOCIAÇÕES POLÍTICAS PARA A SAÚDE

EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.....	276
------------------------------------	------------

5.1. Cenário Histórico-Social das Negociações Políticas.....	279
5.2. 1.º Feixe de relações: as Elites Políticas Locais	289
5.3. 2.º Feixe de relações: as Negociações Políticas.....	309
5.3.1. Fazendo a própria política: o momento da Negociação.....	312
5.3.2. A experiência municipal com a Negociação Política.....	320
5.3.3. Os espaços para a Negociação Política.....	329
5.4. 3.º Feixe de relações: os Grupos Econômicos e a Burocracia.....	337
5.5. 4.º Feixe de relações: Descentralização e a Participação	345
5.5.1. Participação Política	351

CONCLUSÃO.....	369
-----------------------	------------

BIBLIOGRAFIA.....	383
--------------------------	------------

ANEXOS.....	04
--------------------	-----------

1 - Instrumento de coleta de dados

2 - Entrevistas realizadas

3 - Posse do 1º COMUS/São José dos Campos - Palavras do Prefeito Pedro Yves Simão

4 - Programação das Conferências Municipais de Saúde/São José dos Campos

5 - Direitos e Deveres dos Usuários do SUS

SIGLAS

AIS	Ação Integrada de Saúde
AJAM	Associação Joseense de Assistência à Mulher
BNH	Banco Nacional de Habitação
CEDRHAS	Centro de Estudos para o Desenvolvimento de Recursos Humanos na área da Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGU	Conselho Gestor de Unidade
CODIVAP	Consórcio de Desenvolvimento Integrado do Valeparaíba
COMUS	Conselho Municipal de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração de Saúde Pública
CONIC	Conselho de Integração Comunitária
CMS/SJC	Conferência Municipal de Saúde/São José dos Campos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPEU	Centro de Pesquisa e Estudos Urbanísticos
CTA	Centro Técnico Aeroespacial
DRS	Divisão Regional de Saúde
DSP	Departamento de Saúde Pública
EBTU	Empresa Brasileira de Transportes Urbanos
EMBRAER	Empresa Brasileira de Aeronáutica
FAMME	Fundo de Assistência Médica e Medicamentosa
FUNDHAS	Fundação Hélio Augusto de Souza
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GEIPOT	Empresa Brasileira de Planejamento de Transportes

IEAV	Instituto de Estudos Avançados
IFI	Instituto de Fomento e Coordenação Industrial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPE	Instituto de Pesquisas Espaciais
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ITA	Instituto Tecnológico da Aeronáutica
LOS	Lei Orgânica de Saúde
LBA	Legião Brasileira de Assistência
NUFES	Núcleo de Fomento aos Estudos de Saúde
NUSAC	Núcleo de Saúde Comunitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Plano de Ação Integrada
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PAEG	Programa de Ação Econômica do Governo
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PDE/67-76	Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico /67-76
PDDI/95	Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado/95
PDE/68-70	Plano Estratégico de Desenvolvimento /68-70
PDI/71	Plano Diretor Integrado /71
PID	Programa de Internação Domiciliar
PLADI	Plano de Desenvolvimento Integrado
PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PIS	Programa de Integração Social
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PMSJC	Prefeitura Municipal de São José dos Campos
PP/61	Plano Preliminar/61

PND (I-II)	Plano Nacional de Desenvolvimento (I e II)
PRN	Plano de Reconstrução Nacional
PS	Plano Setorial
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos
PRONAM	Programa Nacional de Alimentação
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
SAB'S	Sociedades Amigos de Bairro
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SESC	Serviço Social do Comércio
SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
SFS	Sistema Financeiro de Saneamento
SINDAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência e Política Social
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SIS	Sistema Integrado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMVP	Serviço de Melhoramentos do Vale Paraíba
SUS	Sistema Único de Saúde
SVOP	Secretaria de Viação e Obras Públicas do Estado de São Paulo
SVP	Serviços do Vale Paraíba
UAS	Unidade Básica de Saúde
UBS'S	Unidades Básicas de Saúde
UPAS	Unidade de Pronto Socorro

QUADROS

Quadro 1	Indicadores para a Análise dos Documentos: PDS e CMS.....	24
Quadro 2	Tipos de Políticas Públicas/1970.....	36
Quadro 3	Década de 70: a Política Brasileira de Bem-Estar.....	43
Quadro 4	Intervenções Estatais no Setor de Saúde.....	49
Quadro 5	Gestores e Planos (1956-1996).....	80
Quadro 6	Distribuição das Unidades por Distritos.....	94
Quadro 7	Planos e Fases do Processo.....	111
Quadro 8	Fases da Operação Saúde.....	142
Quadro 9	Rede de Equipamentos/1979.....	147
Quadro 10	Planos Diretores de Saúde (89/90/91).....	157
Quadro 11	Síntese das Propostas e Recomendações/ I CMS/SJC.....	181
Quadro 12	Representantes por Categorias na II CMS/SJC.....	184
Quadro 13	Características do Município de São José dos Campos.....	197
Quadro 14	Resumo das propostas das CMS/SJC.....	264

RESUMO

O processo de investigação do presente estudo teve por objetivo discutir a negociação na formulação das políticas de saúde, em São José dos Campos entre 1980 e 1996.

A relação entre as idéias expressas pelos relatores dos documentos e pelos entrevistados nos permitiu defender a tese de que as negociações das Políticas de Saúde, prevalente na perspectiva social, são técnico-burocráticas e também limitadas ao Secretário Municipal de Saúde nos meandros do Poder Local, tendo a audiência como processo básico, ao mesmo tempo excluindo-incluindo neste momento aqueles que são os setores populares/usuários do Sistema Municipal de Saúde.

Podemos concluir mostrando que as experiências da Negociação Política das Políticas de Saúde, mesmo sendo técnico - burocráticas, tornaram possível um Sistema Municipal de Saúde com qualidade técnica e de reconhecimento nacional. Até agora o que permanece aberto a discussões é a relação entre a qualidade técnica destes serviços de saúde e a demanda social que eles não têm atendido com sucesso desde que as necessidades do comunitário são decodificadas pelos que estão principalmente comprometidos com os interesses da Elite Local de Poder, grupo do qual faz parte e em nome do qual trabalham.

A exclusão-inclusão destes setores populares, os usuários do Sistema Municipal de Saúde no mínimo obstacula a participação popular proclamada pela própria Constituição Brasileira de 1988. É o reconhecimento de que o Poder Local ainda considera os setores populares como coadjuvantes e não autores políticos, sensíveis às questões políticas.

ABSTRACT

The process of investigation of this present study had the aim of discussing the political negotiation in the elaboration of the Health Politics in São José dos Campos, from 1980 up to 1996.

The link between the ideas expressed by the documents reporters and by the subjects interviewed allowed us to defend the thesis that the negotiations of the Health Politics, prevalent in the social perspective, are technical bureaucratic and also limited to the Municipal Health Secretary in the meanders of the Local Power having the audience of the Local Mayor with the Municipal Health Secretary as its basic process, , at the same time excluding from - including in this moment those who are the popular usufructuary sectors of the Local Health System.

We may conclude by showing that the experiences of the Health Politics Political Negotiation, even being technical - bureaucratic, made possible a Municipal Health System with technical quality and national acknowledgement. So far what remains open to discussions is the relation between the technical quality of these Health Services and the social demand it hasn't successfully answered since the needs of the community are decoded by those who are mainly committed to the concerns of the Local Elite of Power, group of which they are part and on whose behalf they work.

The exclusion - inclusion of these popular sectors, the usuaries of the Municipal Health System, at least hinders the popular participation proclaimed by the 1988 Brazilian Constitution. This is the recognition that the Local Power still considers the popular sectors as coadjuvants and not as political authors sensitive to political issues.

“Segundo sua vocação, o funcionário autêntico (...) não se dedicará à política. Deve dedicar-se, de preferência, à administração imparcial (...). Sine ira et studio, “sem ressentimento nem preconceito”, ele administrará seu cargo. Daí não fazer precisamente o que o político, o líder bem como seu séquito tem sempre e necessariamente fazer, ou seja, lutar“. (...). “Tomar uma posição, ser apaixonado - ira et studium - é o elemento do político e, acima de tudo, o elemento do líder político. Sua conduta está sujeita a um princípio de responsabilidade muito diferente e, na verdade, exatamente contrário ao princípio do servidor público. A honra deste está em sua capacidade de executar conscientemente a ordem das autoridades superiores (...). A honra do líder político, do estadista importante, porém, está precisamente numa responsabilidade pessoal exclusiva pelo que ele faz, uma responsabilidade que ele não pode e não deve rejeitar ou transferir”.
(Weber, s/d)

**“Deus quer,
o homem sonha,
a obra nasce.”**
(Fernando Pessoa)

INTRODUÇÃO

"Era em São José dos Campos
E quando caía a ponte
Eu passava o Paraíba
Numa vagarosa balsa
Como se dançasse valsa"
(C. Ricardo)

O presente trabalho objetiva compreender como as Políticas de Saúde implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, entre 1980 e 1996, foram negociadas pelos Secretários Municipais de Saúde e os Prefeitos Municipais, na expectativa de que essa retomada mais sistemática de um objeto de investigação - a Negociação das Políticas de Saúde - contribua, desvendando as relações entre os agentes históricos, a Elite Local e as Classes Populares, para a efetivação da cidadania e melhoria da qualidade de vida daqueles excluídos do Sistema de Saúde.

Assim nossas reflexões se orientam no sentido de se aproximar da:

1.º) Reconstrução histórica das formulações das Políticas de Saúde em São José dos Campos, no período que se estende de 1980 a 1996, por meio da análise dos **textos-documentos**: Planos Diretores Urbanos, Planos Diretores de Saúde e Conferências Municipais de Saúde.

2.º) Compreensão de que a criação de múltiplos espaços públicos, no período pós-Constituição de 1988, não foi suficiente para substituir o processo de negociação técnico-burocrática das Políticas de Saúde deste Município.

3.º) Compreensão das formas de racionalidade utilizadas nos processos de negociação daquelas Políticas de Saúde mais relevantes segundo o processo de reconstrução histórica.

A construção do **objeto de estudo** - Negociações das Políticas de Saúde - tem como **espaço de análise**, o Município de São José dos Campos, uma realidade urbano-industrial. Compreendê-lo a partir das formas estruturais e das

relações entre os atores sociais, usuários do sistema de saúde mediados pelo Secretário Municipal de Saúde e a Elite Política, torna-o histórico, onde o objeto torna-se sujeito.

A escolha do Município de São José dos Campos se dá não só por sua localização geográfica, mas também por sua superação enquanto estância climática, favorável ao tratamento da tuberculose - Fase Sanatorial - e chegada a uma formação urbano-industrial nos anos 70, sob intervenção política com alegação de ser Município de Segurança Nacional.

São José dos Campos é um município de 1.142 Km², 594 metros de altitude, localizado a 85 Km a nordeste da capital do Estado de São Paulo. Integra uma das 15 regiões administrativas do Estado, criadas a partir de um Decreto Estadual de 1990.

As décadas de 60 e de 70, I Fase de Industrialização do Município, foram particularmente excepcionais para São José dos Campos. São Paulo Alpargatas, Avibrás, Fortiplás, General Motors do Brasil, Tecnasa, Sociedade Aerotec Ltda., Indústrias Reunidas F. Matarazzo, Indutel e Concretex, são algumas das indústrias instaladas. São 72 indústrias com 6 mil operários.

A década de 70, assiste contínuas reproduções do golpe militar, com a criação de novos instrumentos para aumentar o conjunto de poderes autocráticos do Governo Central. O Presidente Médici completa a coalização dominante. O Presidente Geisel coloca em prática um projeto de institucionalização do regime autoritário, ao mesmo tempo em que prevê medidas liberalizantes (Almeida, 1984). O Município de São José dos Campos entra nesta década com o Poder Municipal nas mãos dos gestores municipais nomeados; o primeiro deles, o Doutor Sérgio Sobral de Oliveira, e o segundo o Engenheiro Ednardo de Paula Santos.

Os projetos e atividades políticas e os projetos e atividades econômicas locais limitam-se aos I PND e II PND, instrumentos de racionalidade

e eficiência com fins de melhorar a economia, a produtividade e assumir as funções administrativas e de controle dos Estados e dos Municípios.

A II Fase de Industrialização tem início nos anos oitenta. O Estado inicia a década perdendo controle sobre seus instrumentos de política econômica. A sociedade civil passa a conviver com altas taxas de inflação e de desemprego e com as falências pela economia recessiva. Neste cenário encontra-se São José dos Campos, com uma Administração Local de oposição ao Governo do Estado - Governador Paulo Maluf - mas precisando corresponder à unidade e coesão proposta pela instância do Poder Central. O Projeto de Abertura, a Campanha das Diretas Já e a Anistia são fenômenos que permitem aos Estados e Municípios se pensarem livres do Clientelismo Centralizado (Machado, 1983), o que de fato não acontece.

De acordo com o Perfil Municipal e Anuário Estatístico do Estado de São Paulo (1980-1991), São José dos Campos alcança durante os anos oitenta a maior taxa de crescimento médio entre os Censos Demográficos, estimada por meio de uma curva geométrica com 3,99%. Apresenta também a segunda melhor taxa de população rural, 3,8%, com 16.733 habitantes ainda livres do êxodo rural.

A relação entre o número de habitantes e a área demográfica coloca São José dos Campos na 8.^a posição no Estado de São Paulo, com 387,5 habitantes por quilômetro quadrado. A densidade demográfica é baixa.

A década de setenta é particularmente vantajosa para a economia local. O Mercado de Trabalho é promissor. O processo de industrialização propicia um centro de formação de mão-de-obra especializada. O mesmo não se pode afirmar dos anos 80. As crises mundiais e internas, as altas taxas inflacionárias, a dívida externa e os demais problemas internos modificam a estrutura do emprego, diminuem o mercado de trabalho local, aceleram o processo de fomento do setor informal, o setor de comércio e inicia a implantação de pequenas e médias empresas (Sindicato do Comércio Varejista,

1994; Sanchez e Corsevai, 1995; Bicarato, 1995). O pólo industrial joseense é bastante castigado. A situação parece ser irreversível.

A participação do comércio local elevou em 17,92 % o faturamento em 1993, comparado com índice de 1992, o que indica que o crescimento do setor do comércio foi considerável. A instalação do Center Vale Shopping com 200 lojas distribuídas em 02 pisos de 57.000 m² de área construída e com Lojas como a Mesbla, Lojas Americanas, C&A, Tok & Stok, GG, Arapuã, McDonald's como âncoras, atrai consumidores de todo o Vale Paraíba, gerando 3 mil empregos.

O Sindicato do Comércio Varejista de São José dos Campos, a maior entidade empresarial da região, a Associação Comercial e Industrial de São José dos Campos, O Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC), entidades mantidas e operadas pelas contribuições do comércio sindicalizado, os Sindicatos de várias categorias são algumas das entidades que chegam entre os anos 60 e 80 e fazem de São José dos Campos a principal cidade urbana-industrial da região.

A especificidade deste Município encontra-se:

a) na ausência de Movimentos Sociais na Saúde, a não ser que se queira entender alguns grupos de pressão mobilizados pelas Associações de Bairros para reivindicar não diretrizes para a Saúde, mas questões mais concretas como Unidade Básica de Saúde para um determinado Bairro, como movimento social;

b) no fortalecimento dos Movimentos Sindicais na década de 80 que acabam por inserir em suas agendas a Saúde do Trabalhador nas empresas locais.

Os anos 80 são marcados pela falência econômica, pela perda paulatina pelo Estado de seus instrumentos de política econômica e pela convivência da sociedade civil com as altas taxas de inflação e desemprego. A

Sociedade Brasileira chega aos anos 90 “com nossos pobres mais desprotegidos” (Draibe, 1993, p.05) já que os programas sociais foram desativados.

Neste período, entretanto, na Sociedade Brasileira presencia-se de um lado a continuidade do modelo meritório no campo da Saúde, pelo qual as classes populares devem resolver os seus próprios problemas; o fortalecimento do Setor Privado na Saúde e o aceleração da crise do Sistema de Saúde nos três níveis do Estado (Federal, Estadual e Municipal).

De outro lado, tanto os movimentos sociais dos usuários do sistema por melhores serviços de saúde, como dos profissionais da saúde no sentido de municipalizar a Saúde, garantir a universalidade dos serviços e a participação dos usuários nas decisões, dão particularidade a este período histórico recente. A Conferência Nacional de Saúde de 1986 indica a pujança do movimento pela Reforma Sanitária.

Na efetivação da Nova República,

o período 1985-86 assiste a um movimento mais denso de alteração do perfil da proteção social no país, ainda que com resultados bastante modestos (Draibe, 1993, p. 23):

tais como os novos direitos sociais, novos princípios de organização da política social, alterações nos pilares do Estado de Bem-Estar Social, mais universalista e igualitária [modelo institucional redistributivista, segundo Draibe (1993, p. 07)].

O ressurgimento dos movimentos da saúde nos anos 70 possibilita uma nova legislação que inicia sua implementação a partir dos anos 90, adensando o caráter redistributivo das Políticas Sociais, tais como a expansão da cobertura, a “redefinição dos benefícios sociais e maior comprometimento do Estado e da sociedade” (Draibe, 1993, p. 23), além das alterações acima descritas, organizando um Sistema de Saúde mais racional, porém não mais eficaz. A lógica do

planejamento e da epidemiologia na administração e gerência dos serviços de saúde substituem a lógica de mercado, e

A implementação destas medidas e decisões ficou quase que totalmente comprometida com a aceleração da crise econômica, após o fracasso da gestão Collor (Draibe, 1993, p. 26)

No sentido de facilitar o alcance dos objetivos acima mencionados, define-se como caminho para se defrontar com a realidade empírica a seguinte **hipótese-diretriz**, já que o diálogo entre esta e a experiência define o processo científico (Bourdieu apud Minayo, 1993, p. 110; Minayo, 1993, p. 95-96):

As Políticas de Saúde apresentadas nos textos-documentos tornam-se Projetos de Saúde depois de negociadas pelo Secretário Municipal de Saúde junto ao Prefeito Municipal, priorizando o Projeto Político da Elite de Poder e não as demandas sociais, sugerindo o uso de uma forma de racionalização, pela qual as decisões técnico-burocratas são consideradas mais adequadas às realizações dos interesses das classes populares.

A atenção dada às Negociações das Políticas de Saúde não abrange o processo em sua totalidade mas algumas indicações das maneiras como elas ocorreram entre os envolvidos, perseguindo a proposta de verificar qual o tipo de racionalidade utilizada.

Durante o processo de produção do objeto de estudo utiliza-se da metodologia qualitativa, um instrumento privilegiado que permite a ruptura com os dados pré-construídos.

A **metodologia qualitativa** é selecionada por tomar a formação social como constituída de microprocessos, os quais em conjunto configuram as estruturas globais dinâmicas, mediante a força das ações dos atores, sejam os

indivíduos, os grupos ou os movimentos sociais (Thiollent, 1985, 270 p.; Haguette, 1992, 224 p.; Minayo, 1993, 267 p.).

A metodologia qualitativa oferece várias possibilidades na aproximação com a realidade empírica, em busca de dados e informações.

À medida em que a intencionalidade deste projeto de pesquisa centra-se no desvelamento de algumas características do Estado de Bem-Estar e conseqüentemente do seu Sistema de Proteção Social, a partir da compreensão das relações do Estado, na esfera municipal, e setores das classes populares, intermediadas pelo Secretário Municipal de Saúde, adentramos ao **Estudo de Caso**.

O Estudo de Caso é um dos tipos de pesquisa na área das Ciências Sociais, assim classificada pela perspectiva do empírico e utilizada para confrontar a visão teórica com dados da realidade a partir de um modelo conceitual e operativo da pesquisa. O modelo conceitual e operativo da pesquisa - o delineamento ou design, como prefere a literatura científica inglesa - vai valer-se das fontes documentais e das entrevistas para a coleta de dados.

É recente o uso do estudo de caso na compreensão das Políticas Sociais Brasileiras. Vianna (1989, p. 03-39) reuniu alguns dos estudos de caso realizados no último decênio (Cordeiro, 1988; Luz, 1971; Oliveira e Teixeira, 1986; Costa, 1985) e detectou algumas das razões que levaram os estudiosos das Políticas Sociais a optarem por este procedimento metodológico. As análises foram incentivadas pela instalação da crise sanitária nos anos 70, a emergência das demandas da sociedade “a partir dos albores da distensão” (Vianna, 1989, p. 15) e as contradições do discurso oficial que estimularam as análises institucionais.

Estudos sobre temas específicos, tais como a crise sanitária, as demandas sociais, as contradições do discurso oficial, e sobre determinadas dimensões ou sobre determinadas unidades-casos alcançaram explicações importantes sobre a constituição do complexo médico-hospitalar, as origens das

políticas de saúde no Brasil, as estratégias de propaganda comercial de medicamentos, a qualidade dos serviços sociais oferecidos, a perspectiva dos atores sociais sobre os serviços públicos.

Entre outros estudos (Laurel, 1993), os estudos de casos sobre temas ou casos da Política Social Brasileira permitem considerar as tendências do padrão de Estado de Bem-Estar no interior da lógica capitalista, e abordar as especificidades de determinadas Políticas Sociais em relação às demais. Os estudos de casos permitem, também, a reconstrução histórica do quadro da Previdência Social e a elucidação do projeto de Política Social que acabou garantindo o sucesso do capitalismo no Brasil, particularmente no que se refere à assistência médica.

O Estudo de Caso ao tratar das especificidades de uma unidade-caso, o tema, a área setorial da saúde, o corporativismo que norteia a prática médica, as relações entre os profissionais de saúde e as agências estatais que os dirigem, ou como neste projeto as formas de negociação política das Políticas de Saúde no Município de São José dos Campos, pode

(...) se constituir em mecanismos de abordagem dos traços que distinguem o padrão de proteção social predominante no Brasil (Vianna, 1989, p. 19),

assim como esclarecer “com viável precisão, as consequências que a concepção de cidadania imprime à política social (...)” (Vianna, 1989, p. 19)

Para a reconstrução histórica da formulação das Políticas de Saúde optou-se pela Análise de Conteúdo dos textos-documentos, em sua versão denominada como **Análise Temática**, uma vez que aquela análise segundo Bardin é

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a **inferência** de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção destas mensagens (grifo do autor) (Bardin, 1979, p. 42).

Na prática, a Análise de Conteúdo é realizada pela **inferência** (frequência e extração das estruturas), pela **retórica** (o estudo das modalidades de expressão próprias de uma fala persuasiva) e pela **lógica** (a análise dos enunciados de um texto).

Entre as técnicas da Análise de Conteúdo encontramos: a **análise das relações**, a que procura extrair de um texto as relações entre as partes de uma mensagem e assinala a presença simultânea de dois ou mais elementos na mesma unidade de contexto; a **análise de avaliação ou representacional**, elaborada por Osgood (1959, apud Minayo, 1993, p.203), e tem por finalidade medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de quem fala (pessoas, coisas e acontecimentos); e a **análise temática**, na qual o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (Minayo, 1993, p. 208-211).

A análise temática, utilizada para a análise dos textos-documentos relativos aos Planos Diretores Urbanos, Planos Diretores de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde, vale para “**demonstrar o que foi definido a priori pela situação**” (Minayo, 1993, p.199) já que tomamos cada texto “**como documento a ser compreendido e como ilustração de uma situação**” (Minayo, 1993, p.199) (grifos nossos).

Com a Análise Temática dos textos-documentos acima citados pretendeu-se compreender o campo institucional, à medida em que se procuravam esclarecimentos quanto à práxis institucional do grupo político e quanto às significações desveladas pela desconstrução de cada documento a partir de 8 indicadores selecionados e abaixo identificados:

QUADRO 1- INDICADORES PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DOS PDU/PDS/CMS

Indicadores	Conteúdo Operacional
1. Diagnóstico e Recursos Disponíveis	1.1. A coleta de dados típicos 1.2. O Fenômeno da Escassez: Dimensão quantitativa: orçamento; e Dimensão Qualitativa: recursos físicos e humanos.
2. Decisões Tomadas e Mudanças Propostas	2.1. Identificação das decisões e das mudanças: origem e pressões recebidas 2.2. Conteúdo e quantidade 2.3. Processos naturais
3. Objetivos e Programas	3.1. A temática e as soluções
4. Medidas de Racionalização	4.1. Identificação das medidas administrativas 4.2. Identificação dos conflitos sociais
5. Inovações Políticas	5.1. Estratégias e instituições políticas
6. Atores ou Sujeitos Históricos e Canais de Participação Popular	6.1. Movimentos, grupos, instituições ou pessoas e seus papéis/ações 6.2. Identificação dos canais de participação
7. Avaliação dos Programas	7.1. Iniciação do Programa: objetivos e tecnologia 7.2. Contato do Programa: divulgação 7.3. Implementação do Programa: os resultados
8. Elites Políticas e Projetos Políticos*	8.1. Identificação das elites e dos projetos políticos

OBS: o indicador 8 será objeto de discussão no capítulo 4

Os indicadores acima (Quadro 1) foram selecionados tendo como referência:

a) o modelo proposto por Santos (1979, p. 59-69)) para avaliar as alterações sofridas pelas políticas implementadas na Sociedade Brasileira; o modelo seleciona àquelas dimensões a serem substituídas no agregado de justiça social, à medida que se identifica, tanto as diferentes composições da elite política e as alterações em seu projeto político, como o fenômeno da escassez, uma vez que a escassez constrange/limita o grau de liberdade dos decisores (Santos, p. 61-63), os modelos e as ações;

b) as contribuições de Diniz (1986) que destaca o papel dos atores sociais na análise das políticas sociais relacionadas às determinações do Estado Capitalista;

c) os estudos de Ozlak e O'Donnell (1987) que permitem a recuperação da história das demandas políticas da sociedade e da história das políticas, como também revelam a maneira como as demandas sociais são decodificadas pelo Estado;

d) os estudos de Hirsch (1977) que tratam do sistema de barreiras e filtros que operam na órbita do Estado transformando exigências políticas em uma agenda viável de problemas;

e) as propostas de planificação de Faleiros (1971) e de Tripodi et al. (1975) que priorizam a conjuntura, a temática do diagnóstico (coleta de dados típicos), o sujeito histórico e suas ações típicas; e

f) os estudos sobre participação popular e descentralização elaborados por Benevides (1991), Calderón (1993), Andrade (1996), entre outros já citados acima.

O Quadro 1 permite visualizar como os **indicadores** selecionados para a análise de conteúdo dos documentos, sejam os Planos Diretores de Saúde e Urbanos, como os das Conferências Municipais de Saúde, foram operacionalizados para facilitar a busca do essencial para os propósitos da análise temática.

A seleção de indicadores é um recurso metodológico utilizado para se aplicarem corretamente os conceitos e assim apreender e alcançar uma realidade observável, já que o que se encontra são indivíduos agindo no cotidiano e suas ações contextualizadas historicamente têm inúmeros significados.

Selecionar os aspectos da vida social que digam respeito aos conceitos que se pretende analisar, depende não só de ferramentas apropriadas, mas também de elementos da própria realidade nos quais os conceitos se traduzem.

Acredita-se que os indicadores apontados no Quadro 1 tenham esta qualidade. Estes indicadores (diagnóstico e recursos disponíveis, decisões tomadas e mudanças propostas, objetivos e programas, medidas de racionalização, inovações políticas, atores sociais, avaliação de programas e elites políticas) discriminam e ordenam as falas contidas nos textos-documentos, de modo a nos permitir a reconstrução histórica das Políticas de Saúde, no Município de São José dos Campos, de 1980 a 1996.

Os indicadores permitem discriminar e discernir aquilo que é circunstancial e periférico daquilo que é essencial e diz respeito ao problema investigado. Como nos enveredamos por uma metodologia qualitativa, não ordenaremos nem indivíduos nem fatos, nem relacionaremos variáveis. Nossa tentativa centra-se na apreensão dos acontecimentos e nas decisões políticas tomadas para o setor de saúde, em suas particularidades e em toda a sua complexidade.

A análise dos textos-documentos por meio de indicadores é utilizada para superar o perigo da compreensão espontânea, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador, e ampliar a compreensão de contextos políticos onde se inserem as Políticas de Saúde do Município de São José dos Campos.

Para a compreensão tanto das formas de racionalização utilizadas nos processos de negociação política como das formas de Negociação das Políticas de Saúde, o **depoimento oral (história oral** para Moss, 1974) foi selecionado por ser um instrumento privilegiado de coleta de dados para as Ciências Sociais.

Tanto enquanto método como enquanto técnica, o depoimento oral gravado permite

o preenchimento de lacunas existentes nos documentos escritos, e, assim presta serviços à comunidade científica através da socialização de seu produto (Haguette, 1987, p. 95).

Mesmo que a técnica sofra, “de algumas limitações comuns a outros instrumentos de coleta” (Haguette, 1987, p. 95), o pesquisador apreende o ponto de vista dos Secretários Municipais de Saúde sobre a forma de racionalização e os tipos das negociações realizadas durante suas gestões.

O roteiro das entrevistas (anexo 1) foi realizado com a intenção de entender de que modo os sujeitos-entrevistados concebem:

a) o seu lugar e suas relações no grupo de poder local;

b) as formas e os processos de negociação engendradas com o Prefeito Municipal e

c) a política local, suas relações com os grupos econômicos e com o poder central.

O instrumento para a coleta das entrevistas foi um questionário (ver anexo 1) com 66 itens assim distribuídos:

- a) Biografia político-ideológica
- b) Ideologia político-partidária
- c) Atitudes políticas
- d) Experiência no poder local
- e) Relações entre o secretário de governo e os grupos econômicos
- f) As propostas de saúde do secretário de governo e suas negociações políticas.
- g) Perfil individual

O depoimento oral exige o uso da entrevista biográfica ou temática (Haguette, 1987, p. 97). Para este estudo decidiu-se pelo primeiro tipo (anexo 2), pois os entrevistados selecionados são

(...) personagens que, ao longo de suas vidas, desempenharam um papel relevante, seja na política, na administração (...)
(Haguette, 1987, p. 97).

Os **sujeitos** considerados significativos para as informações necessárias foram os Secretários de Saúde do Município de São José dos Campos de 1980 a 1996, pois são eles que detêm os atributos que o presente projeto de pesquisa busca: **Como foram negociadas as políticas de saúde com o Prefeito Municipal? Por quais razões as negociações são “pelo alto” mesmo com o processo de participação popular? Por quais razões os múltiplos canais de participação disponíveis aos setores populares não são capazes de garantir a participação para além de vez e voz?**

Os sujeitos selecionados detêm estes atributos pois cada qual vivenciou um momento específico na formulação das Políticas de Saúde do Município, no período analisado por este trabalho e podem transmitir “sua versão dos acontecimentos e não a reconstituição dos próprios acontecimentos”. Não se descarta a possibilidade de deturpação e enganos, “seja pela distância entre o fato passado e o depoimento (...), seja por que o fato pode ser reinterpretado à luz dos seus interesses” (Haguette, 1987, p. 94) (grifos nossos).

Como na metodologia qualitativa a preocupação com a generalização é bem menor do que com a compreensão abrangente, neste caso a compreensão das negociações políticas levadas a efeito, acabamos excluindo aqueles Secretários Municipais de Saúde que permaneceram menor tempo frente à Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos durante uma mesma gestão do Grupo Político. Com este processo chegamos a 03 Secretários Municipais de Saúde, os quais pela vivência no Poder Local forneceram informações pertinentes ao objeto de estudo e aos objetivos do projeto. O número é menos importante do que a insistência de se tomar a questão por múltiplos pontos de vista e de observação.

Operacionalmente a análise dos depoimentos exigiu que o pesquisador cumprisse as seguintes etapas (Minayo, 1993, p.218-228):

- a) **Pré-análise:** nesta fase retomou-se os objetivos do projeto de pesquisa e as hipóteses diretrizes antes de se deixar impregnar pelo conteúdo dos depoimentos. Com a leitura iniciou-se a organização do corpus de análise, considerando a relevância dos temas, palavras, opiniões;
- b) **Exploração do material:** elaborou-se a codificação de cada fala pelo corpus constituído e por meio dele agregou-se os dados;
- c) **Tratamento dos dados** fez-se uso de estatísticas simples e complexas para propor inferências e realizar interpretações previstas no quadro teórico.

A análise da trama do poder local, aqui empreendida, naquilo que se considera como especificidade da situação histórico-social delimitada pelos anos 80 e 96, no Município de São José dos Campos - as negociações políticas de questões públicas - percorrerá o caminho detalhado a seguir.

O primeiro capítulo destina-se:

- a) a configurar as Políticas Sociais e as Políticas de Saúde a partir de uma revisão bibliográfica que contemple os encaminhamentos intelectuais latino-americano e em particular da sociedade brasileira sobre a questão, os processos de implementação e seus obstáculos; e
- b) a compreender como o Estado Brasileiro intervencionista/planejador tem interpretado as necessidades sociais, definido as Políticas Nacionais de Saúde e sustentado a implementação das Políticas de Saúde, de forma municipalizada.

No segundo capítulo evidenciam-se as aproximações e distanciamentos entre o Município de São José dos Campos e a cultura do planejamento naquilo que concerne a atenção à saúde da população. Procura-se interpretar como a preocupação com a ocupação do espaço urbano alcança uma forma local de definir, priorizar e lidar com os direitos sociais à saúde.

Aos capítulos terceiro e quarto reservam-se a Análise Temática dos Documentos liberados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São José dos Campos, mediante 08 indicadores (Quadro 1). No capítulo terceiro concentra-se a análise dos Documentos dos Planos Diretores de Saúde. Procura-se tanto delinear as diretrizes propostas para a Saúde e os Programas estabelecidos para solucionar as prioridades definidas pelos estudos diagnósticos; como avaliar se tais programas foram implementados conforme as decisões estabelecidas.

1-2 35 No quarto capítulo concentra-se a análise dos Documentos das Conferências Municipais de Saúde para interpretar as diretrizes definidas para a Saúde em conjunto com os diversos segmentos sociais. Questionam-se os programas e as ações de Saúde, as medidas de racionalização e as direções dadas aos programas. Prioriza-se o processo de participação popular no sentido de se questionar as dificuldades com as quais se depara a Elite do Poder com os interesses dos cidadãos, em sua tentativa de institucionalizar a Municipalização da Saúde mediante a democratização “relativa” do processo decisório.

No quinto capítulo concentra-se a análise dos depoimentos realizados pelos Secretários Municipais da Saúde, mediante alguns indicadores utilizados para operacionalizar o discurso dos depoentes sobre as Negociações das Políticas de Saúde resgatadas pela reconstrução histórica elaborada nos capítulos terceiro e quarto.

Procura-se delinear alguns aspectos reveladores das formas de negociação política e das formas de racionalidade utilizadas no momento das decodificações realizadas pelos Secretários Municipais de Saúde, das relações entre os projetos políticos da Elite do Poder e as decisões implementadas, das formas como as decisões tomadas nas Conferências Municipais de Saúde pelos diferentes segmentos da população se confrontam com os interesses da Elite do Poder e de como a Elite do Poder seleciona as decisões tomadas durante as Conferências Municipais de Saúde.

Por fim, apresentam-se alguns aspectos conclusivos que revelam o impasse com o qual se depara o processo de democratização das Políticas de Saúde nos interesses do capital monopolista.

1 - O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

“Era em São José dos Campos
no tempo em que não havia
comunismo nem racismo
prá nos tirarem o sono”
(C. Ricardo)

O Estado de Bem-Estar apareceu como uma saída do capitalismo para enfrentar a crise econômico-social que desarticulou os níveis da produção burguesa da segunda década do nosso século. Para fazer frente a esta crise mundial, o Estado ampliou sua estrutura administrativa, criou órgãos e dotou-se de um corpo de funcionários, e custeou o sistema de proteção social tanto por meio de cobranças de taxas e impostos de alguns segmentos sociais, como pelo fundo público, um fundo de riquezas vindo de suas empresas, de sua política fiscal, financeira e cambial.

Navarro (1993, p.157-158), apresenta duas grandes correntes de pensamento nas análises do Estado de Bem-Estar e do processo de produção do mundo capitalista desenvolvido.

A primeira e mais importante corrente de pensamento é a da **Escola de Frankfurt**, para a qual o Estado de Bem-Estar legitima o sistema capitalista “cooptando para a ordem capitalista as classes trabalhadoras do capitalismo ocidental desenvolvido” (Navarro, 1993, p.157). “O consenso entre as classes sobre o valor da ordem capitalista” (Navarro, 1993, p.157) é a maneira encontrada para garantir a reprodução da ordem capitalista.

Neste sentido, o capitalismo se fortalece graças à obtenção de legitimidade junto aos pobres e oprimidos, as reformas estatais fortalecem as relações capitalistas e as estratégias reformistas de limitação da expansão do capitalismo são prejudicadas (Navarro, 1993; Przeworski, 1989).

A segunda grande corrente de pensamento é conhecida nos meios intelectuais como **Regulação Capitalista** (regulação do consumo por meio das

políticas sociais), nasce sob a influência da Escola de Frankfurt: nas mãos do Estado encontram-se mecanismos que garantam a regulação do consumo por parte dos trabalhadores.

Segundo Navarro (1993), o aumento da produção capitalista vai demandar o aumento do consumo, o que leva o Estado a liberar aumentos salariais aos trabalhadores, para que estes possam participar do consumo.

Como consequência do processo de regulação capitalista por parte do Estado está o fato de se descartar

a classe trabalhadora como agente impulsionador da transformação do capitalismo, assim como o reformismo como caminho para o socialismo (Navarro, 1993, p. 161).

A classe trabalhadora torna-se um mero espectador do processo, cooptando e partilhando dos valores da classe capitalista.

Por mais que a regulação capitalista descaracterize a classe trabalhadora, Navarro (1993) apresenta algumas evidências empíricas sobre os mecanismos políticos utilizados pela classe trabalhadora para transformar a ordem capitalista: criação dos partidos trabalhistas, sindicatos e a seguridade social conseguida por pressão política da classe trabalhadora.

O Estado de Bem-Estar Social emergente nas sociedades capitalistas em desenvolvimento pode adotar uma das duas perspectivas: a) aquela que se restringe à modificação estatal da reprodução e das condições de utilização da força de trabalho, mediante salário indireto; b) aquela que deriva das relações entre o padrão de reprodução do capital tipo fordista, considerando as novas relações entre o Estado e a Sociedade, dando à classe trabalhadora a oportunidade de efetivar sua participação nas decisões políticas; e propondo uma

política econômica que concilie o ciclo global de reprodução do capital, do crédito e do pleno emprego (Solis, V. Farfán apud Draibe, 1993, p. 15).

O certo é que o desenvolvimento da economia capitalista cria as condições para a adoção de um Sistema de Bem-Estar, o qual estabelece os critérios de equidade e de incorporação social da população ao nível de Bem-Estar social.

O autocrescimento das demandas feitas ao Estado de Bem-Estar pelos clientes melhor organizados, a distribuição de benefícios segundo princípios de necessidade atribuída e a consideração dos imperativos da economia capitalista no planejamento das políticas sociais que as impedem de portarem qualquer grau de racionalidade para a implementação efetiva, são alguns pontos analíticos indicados por Offe (1994) para argumentar sobre o sentido alarmista da natureza imoral do Estado de Bem-Estar afirmado por Zijderveld (1986 apud Offe, 1994, p. 274-275).

As tensões sofridas pelo Estado de Bem-Estar não se localizam apenas na economia de mercado. Elas estão presentes também na dimensão do político e são consideradas positivas tanto para a manutenção do sistema de proteção social como para o próprio regime democrático. O Estado de Bem-Estar é um conjunto de

manifestações, primeiro, do **desejo de sobrevivência** da sociedade como um todo orgânico e, em segundo lugar, do desejo expresso de todos os indivíduos de contribuírem para a **sobrevivência de alguns** indivíduos (Titmuss, 1963 apud Offe, 1994, p.278-279) (grifos nossos).

e a democracia política, os meios institucionais pelos quais as manifestações e as expressões da vontade tornam-se possíveis.

Apesar das interações favoráveis entre a Democracia Política e o Estado de Bem-Estar - o fortalecimento do poder político da maioria dos

cidadãos e a redução da intensidade do conflito político - presenciam-se interações antagônicas, como as novas tendências individualistas, a marginalização de grupos, interesses e setores pelo Estado de Bem-Estar, que acabam por ameaçarem-no.

As perdas e derrotas eleitorais para os partidos social-democratas e socialistas, a descontinuidade abrupta dos gastos pelos cortes na agenda política, as transferências de serviços do Estado de Bem-Estar para a esfera privada, a não defesa do sistema de proteção social pela deserção eleitoral da classe trabalhadora para os setores liberais conservadores, a proeminência dos projetos libertários, anti-estatizantes e comunitários que levam setores da esquerda política a desacreditarem dos governos e a pensarem no Estado como um mecanismo de intervenção não confiável, terminam por acelerar a crise do Estado de Bem-Estar na década de 80, segundo Offe (1994, p. 269-317).

O Estado Liberal torna-se um Estado de Bem-Estar e entre tantas medidas adotadas para garantir a sobrevivência da sociedade, encontra-se a adoção de uma política que tanto assegure o acesso dos cidadãos aos bens essenciais, como minimize os obstáculos do acesso, seja pela descentralização (obstáculo geográfico), seja pela transferência de recursos (obstáculo financeiro), ou pela racionalização. Nem sempre as políticas adotadas minimizam os efeitos das desigualdades de condição, por estarem mais ligadas ao interesse mercantil.

No processo de intervenção no mercado, o Estado Liberal melhora os recursos humanos, gerencia a mão de obra, estimula a demanda favorecendo a economia de mercado em seu conjunto. No entanto, as diferenciações sociais provocadas pelo sistema capitalista não são amenizadas, pelo contrário, as relações de exploração, fenômeno distintivo deste sistema, são acentuadas.

No processo de instauração do Estado de Bem-Estar, o Estado ordena o jurídico para regular a existência coletiva (Cerroni, 1993; Poulantzas, 1977) e por meio deste ordenamento toma decisões imperativas. Em sendo um Estado Democrático, o ordenamento jurídico se dá pela decodificação das

demandas vindas dos interesses das classes populares e encaminhadas via os diferentes canais disponíveis para a participação popular. Em não o sendo, a Política Social é decidida pela Elite no Poder, cuja consequência é o fortalecimento da política deste grupo e não a universalidade e a participação popular. Usa-se da força e não da autoridade.

À medida que esta proposta de pesquisa contempla reconstruir as Políticas de Saúde do Município de São José dos Campos e compreender a forma de racionalidade e as formas de negociação política destas Políticas de Saúde, contribui-se com a reversão deste quadro, uma vez que se pontuará aqueles aspectos que podem levar os responsáveis a alterarem os modos de produzir e distribuir os serviços de saúde.

Acredita-se na possibilidade de um projeto alternativo para a saúde. Um projeto que dê conta dos determinantes sociais, contemple políticas de salário e emprego, política de trabalho. Um projeto que integre as diversas instituições envolvidas mantendo a qualidade dos serviços, e minimize as forças políticas que dificultam a acessibilidade e maximize a participação dos reais interessados.

1.1. A Construção do Sistema Brasileiro de Proteção Social

No cenário latino-americano, cada país institucionaliza seus aparelhos e organismos de Bem-Estar social nos limites de seu contexto histórico.

O Brasil, assim como a Argentina e o Chile, são os países latino-americanos pioneiros na adoção do tipo de sistema de proteção social, calcado na estratificação ocupacional (corporativismo) e nos tipos e valores de benefícios, administrando-os “por múltiplas instituições autônomas com recursos públicos” (Draibe, 1993, p.08).

sua proteção social fundamentalmente através da cooptação, combinando ingredientes de incorporação regulada, proteção social como privilégio legal e controle corporativo (Draibe, 1993, p. 11).

O padrão de cooptação iniciado nos anos 20-30 se estendeu aos anos 60, ancorado

numa rede de patronagem e trocas políticas entre os Sindicatos, o Ministério de Trabalho, as instituições de previdência por categoria profissional (...) e o Partido Trabalhista (...) [frustando] quaisquer tentativas de unificação, homogeneização e universalização, ainda que tenha constituído o centro da agenda política do sistema previdenciário (Draibe, 1993, p. 12).

o que denota relações de interesse entre burocracias públicas e sindicais, na concessão e troca de benefícios.

O Estado Brasileiro inicia o processo de institucionalização de seus aparelhos e organismos de bem-estar nos anos 30, e nestes últimos 60 anos acabou alcançando conquistas sociais relevantes: as unidades agro-médicas dos anos 50, o INAMPS nos anos 60, os Institutos e Programas e tipos de Políticas Públicas nos anos 70, (Quadros 2 e 3, p.36 e p.43) e a Descentralização no final dos anos 80 e muitas outras.

Tais conquistas, entretanto, não resultam num Estado de Bem-Estar, no sentido de efetivar a participação da maioria dos cidadãos nas decisões políticas, de construir uma política econômica que concilie capital, crédito e emprego e de equacionar o progresso social ao desenvolvimento econômico.

QUADRO 2 - TIPOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS/ 1970

PREVENTIVAS	Emprego, salário, saúde pública, educação, saneamento, nutrição	Medidas que no limite produzem o mínimo de desigualdades sociais
COMPENSATÓRIAS	INPS e IPASE	Medidas para remediar desequilíbrios gerados pelo processo de acumulação
SOCIAL	PASEP, FGTS, FUNRURAL	Medidas orientadas para redistribuição de renda e benefícios sociais

Os clientes melhor organizados, a marginalização da maioria e a manutenção dos níveis elevados do conflito político ameaçam o processo de construção do Estado de Bem-Estar, de tal sorte que se pode afirmar que o resultado foi a organização de um Sistema de Proteção Social, ou seja o Estado Brasileiro passou a contar com um Sistema de Proteção, aqui considerado como um

conjunto articulado de ações públicas e privadas nas áreas de saúde, previdência e assistência social, educação básica/secundária e habitação popular (Draibe, 1993, p. 06) (grifos nossos).

dentro de seus limites estruturais, e não com um Estado de Bem-Estar.

Ao tratar do Estado Brasileiro, o capitalismo excludente e concentrador, a cooptação e por meio dela a legitimação do poder, institucionalizam um Sistema de Proteção Social com fortes características conservadoras e reguladoras (Draibe, 1993).

Como consequência da regulação do consumo por meio das políticas sociais (Regulação Capitalista), os indicadores sociais básicos apontaram melhoras crescentes dos anos 30 ao final dos anos 70, no Bem-Estar da população brasileira, mesmo que a reprodução das desigualdades sociais se mantenha e grandes parcelas da população continuem excluídas do acesso aos diversos programas e ações de saúde e o Estado tenha pela má qualidade de seus serviços de saúde expulso grandes contingentes para o Setor Privado.

O capitalismo excludente e concentrador não desloca recursos suficientes para as políticas sociais e elas terminam por não dar conta das demandas dos trabalhadores, primeiro do mercado formal, e depois dos trabalhadores em geral. As políticas de arrecadação - contribuição de trabalhadores da rede formal para a Previdência Social, os Fundos Públicos, entre outras fontes - não amenizam os antagonismos entre as garantias dos direitos civil

e privado, e a natureza “imoral” do Estado de Bem-Estar o torna um peso grande demais para a economia de mercado.

Na trajetória da construção do Sistema de Proteção Social em nossa Sociedade, o Estado Brasileiro vai se constituindo como o árbitro dos diferentes interesses (Iyda, 1994) e como tal amplia a área de Saúde.

Nos anos 30, cabe ao governo integrar as massas, ignoradas pela República, dentro dos preceitos liberais, ao ideal da justiça social. A centralização permite que a ordem política assegure a paz, o Bem-Estar, a felicidade dos que trabalham pelo bem comum. A política é uma técnica de construção do povo e que possibilita a ocupação progressiva do espaço organizacional e decisório das agências burocrático-estatais. De outro lado, a intervenção, sustentada pelo rodízio de interventores, permite a mediação estrutural que “obscurece, ainda mais, os determinantes das condições de saúde” (Iyda, 1994, p.60).

No período em que o projeto político-ideológico do Estado Novo assenta-se na centralização e na intervenção, dá-se início a “racionalização técnica” da área da Saúde, expressão utilizada por Iyda (1994), sem qualquer intermediário dos quadros locais de decisão.

A intervenção direta do Estado sobre a área da saúde não gera serviços públicos que atendam à demanda, e os serviços privados são favorecidos:

A canalização da clientela para os privados constituirá uma prática incorporada, não só em termos de prestação de serviços médicos como no de serviços de diagnóstico, com a introdução e expansão daqueles métodos baseados em exames complementares, considerando-se, inclusive, a precariedade na manutenção de equipamentos dos serviços públicos de saúde (Iyda, 1994, p.76).

As estruturas do Estado Novo não se alteram com o sistema multipartidário instituído pelo Decreto-Lei N.º 7586/45 e se estendem até meados dos anos 50. Os partidos políticos do antigo regime, principalmente o Partido Social Democrata (PSD), partido de clientela ligado à máquina burocrática, e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que incorpora as massas urbanas, concorrem para que a manutenção do programa de controle da área de saúde continue sendo realizado pela Secretaria, em sua estrutura original..

A desruralização e o incremento da população urbana, a circulação das doenças e a presença de uma massa de desocupados, o aceleração da urbanização e a maior presença política dos trabalhadores, a luta pela democratização do país e a nova Constituição de 1946 solicitam a reestruturação e reorganização da vida nacional, e no setor da saúde a participação do governo federal se faz sentir na expansão dos serviços médico-hospitalares de assistência à maternidade e à infância.

Nos anos 50 ressurgem as unidades agromédico-sociais, criam-se centros para as atividades educativas a serem desenvolvidas nas escolas. Criam-se as ligas de combate à Moléstia de Chagas. Cria-se a Comissão Especial de Combate especial à Moléstia de Chagas. É o Estado intervindo na Saúde para cooptar parcelas da classe trabalhadora ao projeto desenvolvimentista.

Os antecedentes do modelo meritório-particularista (Draibe, 1993, p.07) se expressam na negação da cidadania que perpassa a história da saúde pública brasileira, na centralização e intervenção do Estado (1930-1945 e 1964-1984), na contribuição do Estado para a extensão dos serviços privados de saúde e na racionalidade técnica quando

o conhecimento técnico-científico tornou-se um critério legal para os cargos administrativos e de ascensão hierárquica. E ao pressupor que a modernização da estrutura dependia de uma mentalidade que se difundia na organização, a reforma privilegiou a formação de recursos humanos e, especificamente, enfatizou a dos médicos sanitaristas, elementos propulsores da mudança (...) (Iyda, 1994, p.122).

O Estado Novo e o período conhecido como Governo Militar contribuem para que a área da Saúde seja institucionalizada e torne-se assim uma área específica da burocracia estatal exigindo planejamento nacional, diretrizes gerais, programas unificados e cobertura universal.

Estas exigências na área de Saúde e a política de planos nacionais incorporam as demais áreas, como habitação popular, assistência social, educação básica, e permitem que se adote para o sistema de proteção social um modelo, hoje denominado de **meritório-particularista** (Titmus e Áscoli apud Draibe, 1993, p. 07) ou de **conservador-corporativista** (Esping-Andersen apud Draibe, 1993, p. 07). Inicia-se assim, de fato, a constituição do Estado de Bem-Estar Social Brasileiro.

O Estado Brasileiro, no PÓS- 64, vai assumir uma feição tão contraditória quanto a sociedade civil. Ao responder à dinâmica contraditória das classes sociais, o Estado é levado a corresponder às demandas sociais, ao mesmo tempo em que corresponde à acumulação de capital com a reprodução da força de trabalho.

A Saúde Pública não consegue corresponder às demandas sociais aumentadas pelo desenvolvimento tecnológico. Esta situação é enfrentada por uma reforma na Secretaria, que neste momento opta pela racionalidade do planejamento da saúde.

A **reforma do sistema previdenciário** em meados dos anos 60, elaborada segundo a agenda centrada nos critérios de homogeneização, universalização, unificação, é financiada por contribuições sociais de trabalhadores. O Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) é a agência central que administra o sistema a partir de então, sendo responsável pelos critérios e pela repartição dos recursos.

A modernização da estrutura depende do privilegiamento da formação de recursos humanos. A captação de recursos humanos não se

apresenta com tanta facilidade e a extensão da cobertura acaba, mais uma vez não correspondendo às demandas sociais.

Com início em meados dos anos 60 e no transcorrer dos anos 70, o Estado Brasileiro, por meio de intervenções sucessivas implementa sua Política de Bem - Estar mediante Institutos e Programas colocados à disposição dos trabalhadores e suas famílias, conforme os Quadros 2 e 4 (p.36 e p.49).

No cumprimento das exigências vindas das classes dominantes e das classes dominadas, o Estado torna-se o espaço das condensações das forças sociais e produz/reproduz tanto as contradições como intensifica as lutas políticas.

Usando as expressões de Jacobi (1990), o Estado torna-se o **“interlocutor das demandas sociais”** e **“agente indutor das políticas”** que regulam a dinâmica geral da sociedade.

Estas funções exigem que o Estado equilibre suas atividades com as estruturas burocráticas para fazer frente à institucionalização das políticas e distancie-se, na medida do possível, daquelas condições que deveriam consolidar a cidadania, mas que acabam favorecendo a acumulação de capital, sem aprofundamento de participação popular nas políticas democráticas.

O intervencionismo estatal no processo de valorização do capital, segundo Jacobi (1993) se dá de forma diferenciada nas diferentes formações sociais. Baseando-se nas análises de Mathias & Salama (1983) e de Oslak (1980), Jacobi (1993, p.05) demonstra que o Estado ganha novos espaços de atuação, com novas funções, o que termina por acelerar sua crise e atenuar suas contradições:

a)

(...). o Estado tem adquirido uma presença crescente no contexto da valorização do capital (...). Nas economias capitalistas desenvolvidas, a crescente participação do Estado decorre dos problemas de sobreacumulação.. O reflexo disto é que (...) muitas das funções que consistiam em fazer funcionar contratendências à baixa tendência da taxa de lucro tornam-se fatores de uma crise que transcende o econômico: a crise do Estado e suas contradições (Jacobi, 1993, p.04).

b)

(...). o Estado passa a assumir funções produtivas diretas, transcendendo a sua dinâmica tradicional restrita a funções regulamentadoras ou representativas, configurando uma mudança estrutural na esfera pública, reflexo da crescente crise de legitimidade. (...) (Jacobi, 1993, p.05);

c)

No contexto do capitalismo avançado, a modificação dos espaços do Estado e da economia (...) gera um conjunto de novos domínios de atuação.(....) As funções do Estado se incorporam na materialização institucional dos seus aparelhos e se consubstanciam nas políticas sociais que expressam as contradições inerentes às relações Estado e Sociedade (Jacobi, 1993, p.05).

Os programas - PASEP, PRÓRURAL, PRÓTERRA - o FUNRURAL, os institutos - INAMPS, INPS, IAPAS, SINPAS - (Quadro 3, p.43) e as empresas estatais são os novos espaços de atuação do Estado Brasileiro; no que se refere às suas funções como indutor das políticas sociais e em particular das da saúde. Os Institutos e Programas acima indicam que o Estado Brasileiro se direciona para além de regular ou representar as demandas sociais, passando a cumprir funções produtivas. Administrar a própria crise do Estado de Bem-Estar é outra nova função que o Estado Brasileiro tem que desempenhar.

QUADRO 3- DÉCADA DE 70 - POLÍTICA BRASILEIRA DE BEM-ESTAR

INSTITUIÇÕES	TRABALHADORES COBERTOS
INPS	Trabalhadores urbanos do mercado formal
IPASE	Funcionalismo Público Federal
IPES	Funcionalismo Público Estadual
SASSE	Funcion. Público dos Economiários
FUNRURAL	Trabalhadores Rurais
PROGRAMAS	DISTRIBUIÇÃO DE RENDA
PIS-PASEP FGTS	Fundos redistributivos de renda para os trabalhadores urbanos
PROGRAMAS	SERVIÇOS
INPS-IPASE	BENEFÍCIOS . aposentadorias, pensões, auxílios diversos . abonos, pecúlios, salário-família . salário maternidade . acidentes de trabalho ASSISTÊNCIA MATERNIDADE
FUNRURAL	Benefícios: aposentadoria (velhice e invalidez)

O sistema de poder instaurado pelo golpe de Estado de 1964, para Cruz e Martins (1984), apresenta duas características básicas e contraditórias:

Por um lado, o sistema distingue-se pela **durabilidade**. Já lá se vão 18 anos de continuidade ininterrupta, não se tendo produzido, nas várias oportunidades sucessórias, um único caso de alternância entre o governo e oposição. O movimento político-militar que derrubou o presidente João Goulart demonstrou possuir aquela qualidade que Maquiavel punha acima de tudo: a capacidade de conservar o poder conquistado e ampliá-lo. Por outro lado, porém, registra-se o fenômeno da **mutabilidade**. Longe de ter permanecido sempre idêntico a si mesmo, o regime sofreu diversas transfigurações, ora regredindo na direção do Estado de exceção, ora progredindo na direção oposta (1984, p. 12) (grifos nossos).

Tais características - **durabilidade e mutabilidade** - levam os autores acima citados a identificarem um dos ângulos pelo qual nos permitem compreender as transfigurações da situação autoritária no período que vai de Castelo a Figueiredo: a **descontinuidade**.

A falta de uma ideologia e a ausência de instituições autoritárias nos primeiros anos do Governo Militar facilitam as discontinuidades, sejam as práticas populistas ou violentas “que ultrapassam os níveis de prepotência admitidos pelo marco institucional” (Cruz & Martins, 1984, p.14), sejam os sucessivos arranjos institucionais instáveis que combinavam elementos diversos - autoritarismo, militarismo, corporativismo, liberalismo e democracia - .

As constantes alterações na coligação política original acabam fortalecendo de um lado durabilidade-mutabilidade, mas de outro, discontinuidades nos projetos, práticas e ações políticas pelos arranjos políticos do momento. O resultado é o afastamento gradativo dos ideais sorbonistas - a promoção de um “modelo de civilização realizado pelos países centrais do sistema capitalista” (Cruz e Martins, 1984, p.16), por meio de integração institucional, e o estabelecimento de um projeto policlassista dentro da lei e da ordem (Cruz & Martins, 1984) - norteadores da política nacional dos governos militares instaurados em 64, e a discontinuidade das decisões até o final do Governo Figueiredo.

As políticas sociais têm pouco destaque na agenda dos governos militares, e quando lá se encontram são objetos de caráter discutível, como é o caso da política habitacional e a previdenciária.

No tocante às políticas de saúde

registra-se uma **crescente privatização e auto-sustentação**, graças à canalização de fundos públicos através da Previdência Social. Quanto ao saneamento básico, a perspectiva dominante se torna a realização de investimentos, eliminando subsídios aos usuários e possibilitando a expansão dos serviços e a rentabilidade do capital investido (Jacobi, 1993, p. 09) (grifos nossos).

Neste momento a política social amortece tensões, evidenciadas nas comparações entre os

(...) gastos relativos às necessidades de reprodução do capital e os destinados à reprodução da força de trabalho (Jacobi, 1993, p. 08).

Dois outros aspectos podem servir como caracterizadores dos governos militares. De um lado, a **centralização** como justificativa de fortalecimento do executivo. De outro, encontramos o **planejamento**, enquanto um instrumento de racionalidade da realidade em nível macro-estrutural.

Os dois primeiros governos militares - Castelo Branco e Costa e Silva - deixam claro os aspectos acima, pelo menos naquilo que se refere às políticas de saneamento básico e saúde pública. **O Programa de Ação Econômica do Governo - PAEG - o Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico - PED - (1967-1976) e o Plano Estratégico de Desenvolvimento -PED- (1968-1970)** explicitam a intervenção do Estado no saneamento básico de forma centralizada e planejada.

Centralizar recursos com vistas a auto-sustentação e autonomia do setor de saneamento e saúde para atingir a população e facilitar o almejado desenvolvimento econômico parecer ser, neste momento, a meta política prioritária.

Segundo Jacobi (1993), o PED (1967-1976) tinha a pretensão de alcançar 66% da população urbana; o PED (1968-1970) previa o alcance de 70% da população urbana do final do decênio com o abastecimento de água e estenderia os benefícios dos sistemas de esgoto sanitário a 61% (PED, 1967-1976) e 30% da população prevista para 1973 pelo PED (1968-1970).

No final da década de sessenta, os indicadores sociais são animadores, já que apontam melhorias nas condições de saneamento básico; e passam a ser utilizados como argumento oficial para a manutenção das políticas públicas em andamento e dos mecanismos de auto-sustentação dos projetos implantados.

A centralização no Governo Federal - e a conseqüente diminuição gradativa da autonomia dos Municípios e dos Estados - permite o controle dos recursos materiais e humanos necessários ao projeto de saneamento básico.

Em Jacobi (1993), o **Sistema Financeiro de Saneamento (SFS)**, criado em 1968, subordinado ao **Banco Nacional de Habitação (BNH)**, torna patente o processo de centralização no que diz respeito à política de saneamento. Surge daí o **Plano Nacional de Saneamento -PLANASA -**.

O PLANASA coloca nas mãos das empresas estaduais a competência de ser responsáveis pela expansão das ações de saneamento. Desta maneira espera, o Governo Federal, evitar que as pressões locais sobre os elevados gastos e demais políticas recaiam sobre o poder local, seja municipal ou estadual, desgastando-os politicamente para o período eleitoral.

Na opinião de Jacobi (1993), a empresa estatal é a

(...) peça chave na execução das metas do governo, e as empresas de saneamento tornam-se destinatárias dos recursos oriundos do BNH e dos Fundos de Água e Esgoto. (...) (Jacobi. 1993, p. 25).

A viabilidade das metas do PLANASA encontra-se no desempenho econômico-financeiro das empresas e das companhias concessionárias, as quais passam a contar com uma organização empresarial mesmo mantendo sua finalidade social (Santos, 1979).

Retira-se do Município, como conseqüência da centralização, a política de saneamento básico, definem-se metas, criam-se instrumentos institucionais e financeiros para estruturar o setor em caráter nacional e colaborar com o projeto político de reestruturar a economia em nome da ideologia desenvolvimentista.

Em meados dos anos setenta surge o “NOVO PLANASA”. A política é rejeitar os investimentos a fundo perdido e priorizar o abastecimento de água.

Organizado como uma empresa produtiva, o PLANASA deve reunir os recursos necessários para fazer frente às suas obrigações, sem deixar que a taxa de despesa supere a de crescimento da receita.

A racionalidade leva as empresas a implementar projetos com retorno financeiro a curto prazo e a melhorar o desempenho operacional, sem contudo alcançar os indicadores esperados. Estes continuam em defasagem.

No final da década de 70,

(...) a situação se reverte bastante, com 71% da população urbana brasileira se beneficiando dos serviços de abastecimento de água, com as regiões Norte, Sudeste e Sul atingindo um percentual de atendimento muito próximo das metas fixadas pelo Planasa para 1982. Entretanto, somente 28% da população é servida por esgoto sanitário (Jacobi, 1993, p. 27).

No que concerne à política de saúde, configura-se a racionalização à imagem e semelhança do que ocorre com as demais políticas sociais mediante a centralização das decisões e de pressupostos de auto-sustentação financeira.

O Quadro 4 (p.49) abaixo, elaborado a partir da leitura de Jacobi (1993), deve permitir a visualização do intervencionismo estatal no setor de saúde.

Jacobi (1993) demonstra que a

avaliação dos serviços de saúde revela a permanência de sérios problemas no setor, dentre os quais se destacam: 1) a **excessiva centralização** e sofisticação do equipamento em relação à estrutura de problemas de saúde da população carente; 2) a concentração geográfica e social; 3) a multiplicidade de instituições atuantes sem a devida coordenação; 4) a **superposição de ações**, dispersão de recursos, baixa produtividade e predomínio das ações de recuperação, em detrimento da promoção e proteção da saúde (Jacobi, 1993, p. 31) (grifos nossos).

A centralização, uma das características do sistema de poder instalado no pós-64, favoreceu, como vimos, as políticas de saneamento e de saúde, em contrapartida inibiu a emergência da **cidadania de vigilância**, embora requeresse a inclusão de eventuais esforços para a redução das desigualdades sociais nos contextos gerais de promoção da **cidadania regulada** (Santos, 1979) ou da **cidadania de sobrevivência** (Valla apud Spínola, 1992).

A cidadania de vigilância, aquela pela qual os cidadãos compartilham do processo e têm acesso de fato aos serviços, ainda permanece como expectativa de melhores dias.

As políticas sociais, em particular as de saneamento e de saúde, como atividades governamentais requerem eventuais esforços na redução das desigualdades sociais nos contextos da promoção da cidadania.

No Brasil, as políticas sociais parecem permanecer no nível de regulação desde quando foram propostas pelo governo de Vargas, na década de 30, quando então o Estado definia quem era ou não cidadão pela categoria profissional e assim eram considerados merecedores ou não das políticas sociais.

QUADRO 4 - INTERVENÇÕES ESTATAIS NO SETOR DE SAÚDE

1967 Criação do INPS	Consolida-se a ação dos hospitais privados na expansão da assistência médica previdenciária
1973 Intervenção Estatal	Expande-se a clientela do sistema previdenciário; uso de medidas compensatórias; início dos conflitos entre a burocracia e definição de políticas.
1974 Início do Projeto de Liberalização Política	Maior efetividade da política estatal de saúde; cria-se o Sistema Nacional de Saúde; a expectativa é integrar as ações estatais regulamentadas em final de 70; tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros e interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e o setor empresarial médico. Legitimidade do regime militar. Política governamental de saúde centrada na participação da Previdência Social nas ações médico-hospitalares.
1977 Consolidação do poder das empresas hospitalares	Crescimento da assistência previdenciária solicita reorganização do setor. Criam-se medidas de maior controle dos gastos com a assistência médica.
1978 Início da Abertura Política	Cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Política Social - SINDAS - e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS -; o primeiro para reorganizar as atividades finalísticas e o segundo para coordenar as atividades médicas.
1980 Programa de Serviços Básicos	O PREVSaúde para a defesa da ampliação da rede de serviços de saúde, incorpora as instituições de saúde privadas e públicas para expandir o atendimento. O esvaziamento do programa deve-se à crise econômica sobre as políticas sociais e as pressões dos grupos de interesse (dirigentes dos programas de saúde e empresários médicos). O perfil médico-assistencial privativista entra em declínio e as pressões dos grupos de interesse (dirigentes dos programas de saúde e empresários médicos) aumentam.
1981 Crise Financeira	O enfrentamento da crise financeira da Previdência Social faz surgir o Conselho Nacional de Administração de Saúde e Assistência Previdenciária - CONASP - com o objetivo de ser o órgão determinador das políticas de saúde previdenciárias. Exige-se um perfil médico-assistencial privativista com gerência estatal. Destaca-se o papel do INAMPS e do complexo empresarial prestador de serviços de saúde e produtor de insumos utilizados para esses serviços. O indutor da política de saúde é a Burocracia Previdenciária, dado o seu enorme controle sobre os recursos. Favorece-se o setor médico-empresarial no atendimento médico-hospitalar e marginaliza-se o setor médico-sanitário. Reafirma-se a opção privatizante na prestação de serviços médicos, expande-se a cobertura e estimula-se a participação do setor público.

Não seria demasiado precoce reconhecer as limitações das dimensões políticas da cidadania brasileira durante a maior parte dos governos militares.

As cassações de mandatos e de direitos políticos que se seguiram, a extinção dos partidos políticos, em 1966, o fechamento de diversas associações civis e a intervenção maciça nos sindicatos

evidenciam a desorganização provocada no que havia de complexificação social do país. Voltou a sociedade brasileira a um estágio quase que pré-organizado, política e socialmente, na exata medida em que os partidos políticos que vieram a substituir os antigos nenhuma participação efetiva possuem na administração do governo, e em que os sindicatos são mantidos sob severa vigilância, bem como as entidades estudantis, entre outras (...) (Santos, 1979, p.100-101).

Na opinião de Santos (1979) o ingrediente ideológico de primeiro acumular para em seguida reduzir os desequilíbrios e as desigualdades sociais da sociedade brasileira vem ao encontro do posicionamento sobre a carência da dimensão política da cidadania. Para este autor, a população brasileira, em sua maioria, “é pré-cívica e nela não se encontra ínsita nenhuma pauta fundamental de direitos” (Santos, 1979, p.105).

Os projetos de políticas sociais implementados durante o Governo Militar não alteram de forma significativa o perfil das desigualdades sociais básicas, embora alguns indicadores apontem melhorias nas ações governamentais nas áreas de saneamento, saúde, educação.

O Programa Nacional de Alimentação - PRONAM - e o já citado PLANASA são dois exemplos de programas criados com recursos orçamentários. O primeiro para garantir alimentação supletiva a gestantes e lactantes e o segundo para normatizar a política de saneamento básico e sobretudo, em sua segunda fase, abastecer de água e serviços básicos a 80% da população (Santos, 1979). Os dois programas são considerados como políticas preventivas que melhoram as condições gerais da população sem alcançar as demandas populacionais.

Em síntese:

- a) As intervenções sobre as questões sociais no período do pós-30, configuram um modelo assistencialista, já que a engenharia política utilizada centra-se no

corporativismo e clientelismo: os benefícios são ofertados por categorias ocupacionais previamente selecionadas.

b) No período aqui identificado como pós-64, não se identificam alterações significativas quanto à cobertura como direito de todos e de responsabilidade do Estado. O padrão é a cidadania regulada, já que os direitos são tratados como “benesses”, segundo Bodstein (1993).

c) O modelo de proteção se mantém centralizador e pseudo-racionalizador, alheio às reivindicações da cidadania, durante todo o período militar.

No **plano estrutural**, a intervenção estatal caracteriza-se pela centralização administrativa e ações fragmentadas. No **plano econômico-financeiro**, os interesses de mercado predominam sobre os interesses sociais, incentivando-se desta maneira o autofinanciamento. No **plano político**, as ações não consolidam os direitos sociais e passam a ser consideradas como perversas. No **plano operacional**, a desarticulação entre as duas redes gera a duplicidade de serviços, a ineficiência e ineficácia das políticas e dos programas e superposição de funções (Bodstein, 1993, 189 p.).

A expansão da cobertura médica nos últimos anos da década, não corresponde entretanto ao crescimento dos serviços públicos, o que provoca uma deteriorização na precária qualidade de atendimento (Bodstein, 1993, 189 p.).

d) Nos anos 70, a política social proposta pelo regime militar propõe a extensão da cobertura previdenciária mediante a organização da prática médica e da administração dos serviços. O modelo em uso conserva a característica de ser avesso aos interesses e necessidades da população.

A política de saúde consolida, no plano político, a rede médico-sanitária voltada para medidas de alcance coletivo, desarticulada da rede médico-assistencial, responsável pelo atendimento clínico tradicional (Bodstein, 1993, 189 p.).

À medida que o Estado Brasileiro Liberal vai construindo o Estado de Bem-Estar, no transcorrer da década de 70 com a incorporação da “comunidade nacional” (expressão utilizada por Costa, 1996, p.482) ao mercado consumidor de cuidado médico, a institucionalização de políticas, programas e institutos para a garantia da expansão dos serviços de saúde aos trabalhadores do mercado formal, se faz necessária.

A institucionalização de políticas, programas e institutos, a expansão dos serviços e o aumento considerável dos usuários do sistema de saúde colocam em marcha uma profunda fragilização institucional à medida que o setor vai perdendo as suas bases de sustentação (clientelismo, burocracias especializadas, titularidade de financiamento, conforme Costa (1996, p.479-511). Para fazer frente ao custo da Saúde, 30% de aumento entre 1975-1978, as contribuições pagas pelos trabalhadores passam a ser uma das fontes, a qual logo se torna ineficiente para financiar a expansão dos gastos (Costa, 1996, p.479-511). A crise do sistema de saúde nos anos 80 é a confirmação da expansão sem financiamento adequado.

e) A década de 70 é encerrada, como vimos, pela ampliação da equidade de acesso aos benefícios de políticas específicas, e pela implosão do arranjo institucional do corporativismo para a **universalização dos direitos sociais** (Malloy, 1985 apud Costa, 1996, p.481).

A massificação da clientela específica e o alargamento dos direitos aprofundam a fragilização institucional no setor, uma vez que os clientes deixam de ser a base de sustentação e assim, deixam de legitimar a própria política.

1.1.1 Os novos atores e a desaceleração das Políticas Sociais nos anos 80.

A década de 80 assiste às mudanças no mundo da produção e o Estado inicia um processo de desaceleração das políticas sociais, mediante a redução de gastos sociais e do debilitamento da legislação estatal protetora. É o início da desregulação /descentralização /desconcentração. É a crise do Estado de Bem-Estar, mas é também o início da importância de o trabalhador participar das decisões políticas para a saúde, com a criação de um conjunto de institutos constitucionais e da criação pela própria sociedade civil de processos e formas de participação. É a chegada do novo cidadão.

Este Estado não pode conviver com uma sociedade que se assenta cada vez mais nos serviços e cada vez menos no trabalho produtivo. O Estado Social necessita de uma nova inteligibilidade, já que não mais pode se nutrir da sociedade do trabalho, torna-se incapaz de engendrar uma vida futura melhor e menos ameaçada (Habermas, 1987).

O Estado de Bem-Estar entra em crise pelos obstáculos com os quais se depara durante o seu processo de implementação: não se domestica o sistema econômico, desgruda-se das bases sociais, já que elas desenvolvem uma mentalidade conservadora e se unem às classes médias, descarta-se o trabalhador como agente transformador.

Nesta situação, as utopias colocadas para a sociedade do trabalho se esgotaram e o Estado Social acabou num beco sem saída (Habermas, 1987).

Na perspectiva liberal, os problemas do Estado de Bem-Estar da década de 80 encontram-se no antagonismo entre o aspecto da garantia civil coletiva do Estado de Bem-Estar e os aspectos liberais do Estado: “garantias de propriedade privada, de relação de mercado contratuais e, conseqüentemente, de uma economia capitalista” (Offe, 1994, p.272).

Dois são os momentos distintos e significativos da política brasileira e conseqüentemente das políticas sociais e em particular das políticas de saúde, dos anos 80.

O **primeiro** desses momentos inicia-se com a maciça **mobilização popular** contestando o regime militar (Diretas, já, 1984), sem contudo ser suficiente para vencer a resistência do sistema dominante, aqui identificado como Governo Figueiredo (1979-1985), para a realização das eleições para a sucessão presidencial. Este momento vai do movimento das diretas em 1984 e a eleição de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral em 1985 à aprovação da Nova Constituição em 1988.

As mobilizações não são capazes de predeterminar uma nova organização institucional. A elite política não possui segurança nem legitimidade suficiente para acelerar a emergência de uma nova ordem fundada em eleições diretas e livres.

As forças políticas acordam um encaminhamento institucional definido, procedimentos institucionais e políticas substantivas, ao processo sucessório. Permite-se o enfrentamento situação-oposição com candidatos civis, imprimindo aos dois projetos políticos uma democracia restringida.

A negociação política estabelece parâmetros difíceis para a afirmação do primeiro governo civil, segundo Lamounier (1989, p.46-47): informações modestas sobre as dissensões latentes na coalização redemocratizadora; a superestimação da capacidade governativa do PMDB; a excessiva personalização da agenda e dos objetivos a serem perseguidos, uma espécie de delegação nacional a Tancredo Neves, o experiente vencedor do Colégio Eleitoral; altas expectativas em relação às políticas redistributivas, à efetividade governamental e aos novos padrões éticos no setor público.

O regime militar tratou de oferecer uma fachada eleitoral ao momento político em questão, sem contudo deixar de estar presente seja na preservação da estrutura organizacional da política, seja na manutenção do calendário eleitoral.

Segundo o mesmo autor, “(...) há boas razões para se supor que o curso dos acontecimentos teria sido distinto com Tancredo Neves”, (Lamounier, 1989, p.47), já que uma coordenação pactuada entre as elites teria sido possível e a coalização dominante (PMDB e PFL) ao encontrar-se, nesta oportunidade fragmentada, possibilitaria a definição da agenda política geral a ser realizada pelo próprio Tancredo Neves.

Com a morte de Tancredo Neves, Sarney o substitui (1985-1989), sendo considerado um governo aventureiro (Lamounier, 1989, p.49), por não gozar de credibilidade, e tem que enfrentar a ilegitimidade natural - expressão de Lamounier (1989) - para organizar seu próprio governo sem desatar aqueles compromissos firmados por Tancredo quando conciliou seu ministério.

A chamada **ilegitimidade original** (grifos de Lamounier, 1989, p.47) leva Sarney a adotar políticas heterodoxas e a corresponder assim, às expectativas do empresariado nacional e estrangeiro. Este período de ilegitimidade, acrescido das fraturas na Aliança Democrática, das pressões inflacionárias do período e do entulho autoritário, herança dos vinte e um anos de regime autoritário, complicam ainda mais o Governo Sarney.

Dilson Funaro, então Ministro de Estado, lidera um grupo de economistas, os quais convencem o Presidente a implementar um ambicioso programa de estabilização, o chamado Plano Cruzado, que lhe confere autoridade pessoal.

Este primeiro momento da década de oitenta caracteriza-se por tratar de um projeto político nascido do movimento oposicionista e que se submete ao encaminhamento ideológico-militar, sem perder a dimensão democrática, mesmo que frágil. É o período da conservação controlada. Lamounier (1989) denomina esta fase de redemocratização da Sociedade Brasileira como eleitoreira e plebiscitária, ou como fraternidade plebiscitária.

O **segundo** momento tem início com a eleição livre e direta de 1989, para a Presidência da República - a primeira depois de 29 anos -. Pode-se, com certeza, afirmar que este é o **momento de ruptura com o período de exceção**. A instalação da democracia brasileira tem início com a disputa de dois projetos políticos.

O primeiro dos projetos políticos torna-se conhecido do grande público como sendo a Reconstrução Nacional. É o projeto vencedor nas urnas com mais de trinta e cinco milhões de votos. Respalda-se nas massas urbanas excluídas e não conta com uma estrutura partidária forte.

O segundo é o projeto das esquerdas formadas no bojo da urbanização acelerada e promovida pelo processo de industrialização. Assenta-se na participação organizada da comunidade e nas bases municipais conquistadas em 1988.. Este projeto político tem a pretensão de substituir a democracia representativa.

Lula não consegue fazer confirmar nas urnas a viabilidade de seu projeto político. Muitas podem ser as justificativas, mas o certo é que aproximadamente 35 milhões de eleitores decidem pelo projeto representativo das elites mais conservadoras, talvez por acreditarem que fosse no plano econômico que o neoliberalismo encontrasse a via mais rápida para o ajustamento do país à modernidade.

Com a derrota do projeto participativo fortalece-se a democracia representativa, preenchendo o espaço da centrodireita.

O projeto “Reconstrução Nacional” traz para o cenário político o fenômeno Collor, o qual foi possível graças à oposição contundente ao Governo Sarney, pelo fato de simbolizar a hostilidade popular contra os políticos em geral e contra os privilégios e contra os marajás, mesmo que de forma demagógica.

Collor, ao não dever sua candidatura a partidos e ao não criar instrumentos para o exercício do poder de classe, acaba sendo identificado como aquele que pode salvar as elites dos riscos de candidaturas populares.

A despolitização das massas excluídas, o monopólio dos meios de comunicação e a fraqueza da esquerda em não conseguir organizar os excluídos e nem articular um projeto político alternativo de caráter nacional, segundo Sader (1993), leva Collor a se impor às camadas dominantes e delas dispor para governar sem arbítrio e desmentindo as promessas de campanha, logo após a sua posse.

Com o impeachment ascende ao poder Itamar Franco, sem quaisquer ligações espúrias. Atinge o coração do neo-liberalismo à medida em que dá prioridade às políticas sociais e enfrenta os déficits acumulados. O preço que paga por esta ousadia é caro. O PFL consegue negociar a Presidência da Câmara dos Deputados, o que acaba por impedir a tão necessária Reforma Agrária. Os projetos sociais aos poucos vão sendo desmoralizados pelos compromissos de uma política econômica monetarista. A democratização efetiva do País se choca também com a política econômica neoliberal.

Outros obstáculos vão dificultar o processo de democratização, e é na esquerda que se vai localizá-los. O PT não consegue, como já afirmou-se acima, mobilizar suas bases talvez por estar ocupado com a conquista dos espaços institucionais. Nem onde se encontram os líderes políticos de dimensão nacional e bem sucedidos, escapa das concessões liberais, enfraquecendo ainda mais as esquerdas.

Como ficam as Políticas Sociais em cada um desses períodos dos anos 80?

Do ponto de vista formal, o Governo Sarney alcança alguns avanços que vão se estender aos anos noventa. O marco está na aprovação da Constituição de 1988, com a chegada do **Sistema Único de Saúde**.

A conjuntura inaugurada na metade dos anos oitenta abre espaços institucionais para grupos políticos de oposição, com novos projetos de racionalização e de reforma do setor de saúde no país. Segundo Bodstein (1993, 189 p.), é

no plano jurídico-formal que essas conquistas e avanços não provocam mudanças positivas nos serviços médico-sanitários, mas provoca-se a retomada das questões relacionadas com a organização dos serviços.

Neste período o acesso das camadas populares aos serviços torna-se mais humanizado. A preocupação parece ser com os perfis e modelos assistenciais, considerando-se as demandas e necessidades de saúde e de assistência médica, sem contudo permitir que o projeto de reforma em saúde alcance identidade, já que os atores e os interesses populares têm dificuldade de participação.

Quais razões histórico-sociais teriam dificultado o resgate da dívida social acumulada e aprofundada no Brasil nos anos de ditadura militar? Como corresponder às demandas sociais irradiadas pelos movimentos populares a partir dos anos setenta, "submergidos dos porões da clandestinidade" (Silva & Silva, 1989, p.115)?

A dívida social inspira os movimentos sociais e força compromissos do bloco político que se dispõe a assumir a transição democrática - o período também denominado de democracia consentida ou fraternidade plebiscitária por outros autores - dando margem à implantação da Nova República, com todo o entulho autoritário herdado: o arrocho salarial, inflação superior a 200% ao ano e um aparato legislativo que expressa a reminiscência do longo período ditatorial vivido, hipertrofia do Estado e domínio da tecnoburocracia.

se coloca como mediador das classes sociais, escamoteando, portanto, a possibilidade de contradições antagônicas entre as classes existentes, reduzindo-as a mero conflito entre capital e trabalho que, administrado, conduziria ao Estado de Bem-Estar social, caracterizado por salários mais justos, maiores gastos em assistência social e maior integração e participação dos trabalhadores (...) (Silva & Silva, 1989, p.117).

De um lado as pressões sociais exigindo políticas sociais, de outro as limitações colocadas para um projeto político amarrado à ordem anterior, contando em seus quadros com representantes da Velha República ocupando posições de comando, acabam por permitir alguns avanços e muitos recuos. Vejamos.

Entre os avanços encontra-se a mobilização das classes trabalhadoras conquistando aumentos salariais acima dos índices do INPC e uma política, ainda frágil, de controle de preços.

Os recuos vão ocorrer, segundo Silva e Silva (1989, p.118-119), por conta da articulação da direita e do conservadorismo, que passam a agir articuladamente na busca do retrocesso na democratização do país (ressurgimento de figuras como Jânio Quadros).

Na área social, ainda fazendo uso da fala de Silva e Silva (1989, p.115-143), considerada prioritária, não se definem programas para enfrentar o elevado índice de miséria urbana, agrava-se a saúde pública, pois os programas e ações de saúde não são iniciados. Apenas se reverte a situação da Previdência Social. Preconizam-se ações voltadas para o atendimento das carências urbanas: desnutrição elevada, incidências de doenças transmissíveis, precário atendimento médico-hospitalar, difícil acesso ao abastecimento de água e de esgoto sanitário com sérias repercussões sobre o quadro de morbidade e mortalidade.

A falta de legitimidade inicial do Governo Sarney, os arranjos articulados com os setores da direita e a debilidade institucional dos partidos políticos empurram o Governo para soluções econômicas ousadas. O Plano Cruzado, com êxito na sua fase inicial, torna-se a bandeira de legitimidade e sustentação deste Governo, mas não consegue evitar a perda de popularidade face às medidas do Plano Cruzado II.

O Plano Bresser (1987), após um mês de vigência, contabiliza uma baixa da inflação (3% em julho de 1987) e conseqüente reativação do consumo, mesmo num cenário político inseguro e num cenário econômico sem rumo que impede o retorno dos investimentos.

Com um quadro econômico instável e uma conjuntura política casuística e fisiológica e um projeto de grande alcance inicia em 1988, a Constituinte. Mesmo com os casuísmos e fisiologismos permeando o processo Constituinte, há conquistas na área dos direitos trabalhistas, da previdência social - Sistema Único de Saúde - e da organização sindical.

Pereira (1996) ao estudar as relações que se desenvolvem entre os grupos de interesses, os atores sociais e os efeitos perversos gerados pela agregação de interesses ao longo do processo de reforma sanitária, como a privatização enquanto efeito da universalização (as classes médias se retiram do setor público) e a não democratização gerada pela forma desagregada da descentralização, nos leva a perceber a distinção da década de 80, dada pelo “vigoroso processo de redefinição do padrão de intervenção do setor público na área social” (Pereira, 1996, p.424) (grifos nossos), e pelos novos atores em cena.

O novo padrão de intervenção é alcançado:

- a) pela busca de alternativas para dotar a ação pública de eficiência, eficácia, efetividade e assim superar o padrão centralizador/concentrador, autoritário, burocrático, privatizante e reconhecidamente fracassado;

- b) pela nova configuração institucional, tendo no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) a reforma mais significativa, já que amplia a equidade e os direitos de participação. O Sistema Único de Saúde (SUS) (ver anexo 5) é o nicho institucional que orienta o fortalecimento dos municípios e traz a participação da população no planejamento/gestão/execução/avaliação das ações de saúde e para a universalização da cobertura. Esta participação contou com a criação dos Conselhos de Saúde pela Lei 8142/1990;
- c) pelos novos atores que adentram a arena de poder. De um lado, têm-se os Secretários de Saúde, com interesses subnacionais (Costa, 1996, p.503-506), de outro, os representantes dos interesses do complexo médico-industrial e os representantes dos interesses municipais/estaduais. Os temas básicos discutidos nesta arena, como não poderiam deixar de ser, são a descentralização e a participação popular. Os Secretários de Saúde levam os Municípios a aderirem ao programa da Ação Integrada de Saúde (AIS) e assim contarem com uma estratégia de descentralização das Políticas de Saúde;
- d) pela incorporação de atores sociais até então excluídos, os quais defendem a quebra de interesses privados para se garantir a descentralização, a equidade e a acessibilidade (Pereira, 1996, p.430-433). A estratégia para garantir a “maximização” dos benefícios e diminuição de custos desses novos atores sociais é a “microracionalidade”, termos utilizados por Pereira (1996, p.430-433).

Em síntese:

1. Nos anos 80 o não acesso ao cuidado médico, resíduo do modelo dos anos 70, acaba por se traduzir na luta pela conquista do acesso. No cenário político descrito acima, entende-se a saúde como direito aos serviços médicos extensivo ao conjunto da população de baixa renda das periferias urbanas.

2. As políticas sociais emergem agora como o **cerne da questão democrática** para muitos autores, como por exemplo O'Donnel (1980) e Ozlak (1987). A questão é subordinar o Estado ao controle e participação da cidadania emergente. As políticas sociais compreendem, assim, um espaço privilegiado de construção da cidadania. A **descentralização, a participação e o controle** pelos cidadãos mediante os Conselhos e outros canais de participação, como veremos adiante, são os mecanismos que envolvem os atores sociais e transformam o perfil das instituições sociais.
3. Os avanços no plano jurídico-formal não provocam mudanças nos serviços médico-sanitários. Ao contrário, a rede pública é sucateada e a qualidade dos serviços prestados deteriorada (Bodstein, 1993, 189 p.).

1.1.2 A agenda inovadora e a atenção oficial nos anos 90.

As conquistas sociais alcançadas nos 30 anos, que separam os anos 60 dos anos 90, podem ser assim resumidas:

- a) no campo dos direitos sociais, o trabalhador conquista vitórias trabalhistas: redução da jornada de trabalho, adicional de 1/3 no salário de férias, a proibição do trabalho aos adolescentes, assegura-se a estabilidade após dois anos de contrato aos funcionários concursados, ampliação de benefícios aos inativos e as conquistas de direitos sociais em relação à educação;
- b) no campo da Seguridade Social, as conquistas da universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços. O SUS, o Sistema Único de Saúde e em cada nível de governo, sintetiza as inovações conquistadas na Política de Saúde pelo Estado de Bem-Estar Social no Brasil; e

c) no caso da Assistência Social, na Previdência Social, nas Organizações Políticas, no Financiamento e nos Recursos, comprometidas durante o Governo Collor à medida que acelerou a crise econômica.

Estas conquistas permitem que o Estado Brasileiro, mesmo com as modificações e desaceleramentos sofridos, supere, no plano estrutural, o **modelo meritório-particularista** do Sistema de Proteção Social, à medida que este sistema atinge sua forma mais universalista e igualitária (Draibe, 1993) (grifos nossos).

Assim, o **modelo institucional-redistributivista** ou **social-democrata**, que se caracteriza por uma Política Social que

intervém ex-post, quando os canais “naturais” e “tradicionais” de satisfação das necessidades (família, rede de parentesco, mercado) não estão em condições de resolver determinadas exigências do indivíduo (Draibe, 1993, p.07),

é o modelo que marca os anos 90 e pelo qual o Estado vai intervir quando necessário e a sua ação vai recair sobre aqueles grupos dependentes e incapazes.

Este modelo concebe o sistema de Welfare como eixo constitutivo das sociedades contemporâneas, voltado para a produção e distribuição de bens e serviços sociais “desmercantilizados” e garantidos a todos segundo critérios universalistas, configurando portanto direitos sociais dos cidadãos.

A Sociedade Brasileira deixa os anos 80 vivendo a maior crise do Estado de Bem-Estar, particularmente na área da previdência. A saúde é tida como a principal responsável pelo desequilíbrio do Sistema de Proteção Social.

Na agenda que vai nortear as Políticas Sociais dos anos 90, o destaque é dado à crise do Sistema de Proteção Social e em particular à crise do Sistema Previdenciário. Das discussões que se desenrolam as prioridades se

voltam para a atenção à saúde na “**cesta de direitos de seguridade social**”, a incorporação da Reforma Sanitária, identificando como pauta a promoção de mudanças no equilíbrio de poder e nas culturas organizacionais, e a reorganização das agências governamentais (Costa, 1996, p.481) (grifos nossos).

Em relação à Reforma Sanitária, a agenda inclui no discurso antiautoritário esta questão, diminuindo as ingerências das agências governamentais, priorizando a instância local, municipal e descentralizada. **A municipalização horizontalizaria os mecanismos de controle e avaliação.**

A agenda inova ao centrar-se na ampliação da equidade e justiça, adiando a definição da fonte de recursos para financiamento e a penalização sobre os próprios contribuintes ao garantir a ampliação generosa de direitos.

Em contraposição às inovações da agenda política, a atenção oficial continua não correspondendo às reais necessidades da população brasileira, dependente do sistema de proteção social.

A agenda pressupõe, segundo Costa (1996, p.482), estratégias simplificadas ou preventivas, enquanto a prática médica dominante era curativa, sofisticada e especializada, e correspondia aos seus interesses.

Enquanto na agenda a prioridade é o processo de nacionalização de acesso mediante a municipalização horizontal, na atenção oficial o aumento na oferta de serviços públicos e os altos custos não garantem a expansão da cobertura. Este aumento de serviços públicos provoca a problematização do tema corrupção na saúde e da falta de controle sobre os provedores privados. A sociedade reclama por mecanismos regulatórios, mecanismos de repartição de recursos e negociações de custos.

O colapso do sistema de saúde, dos anos 90, é “**resultado do déficit de legitimidade criado pela destruição dos arranjos institucionais anteriores**” (Costa, 1996, p.482). Esta crise iniciou, no Ministério da Saúde, a mobilização de parceiros como estratégia de mobilização contra a “**carência de recursos financeiros**” (Costa, 1996, p.483) (grifos nossos).

Em conjunto com os parceiros - Secretários Estaduais de Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Parlamentares Médicos, Parlamentares de Comissões de Seguridade, Família e Saúde, Conselheiros de Saúde, Prefeitos e Vereadores, Representantes Sindicais, Órgãos Representativos de Prestadores Privados Lucrativos e Não-lucrativos (Carvalho, 1993 apud Costa, 1996, p.504) - os burocratas da área de Saúde decidem pela defesa de maiores recursos para a saúde e maior controle dos recursos. A luta por maiores recursos desloca a saúde da “arena setorial para desafiar globalmente as escolhas em política econômica do início da década na busca de aliados fora da esfera federal” (Costa, 1996, p.505) (grifos nossos).

A cultura do planejamento instituída a partir dos anos 30 racionaliza formal e nacionalmente as práticas e ações de saúde, à medida em que relaciona os meios disponíveis aos fins visados pelo Estado em colocar a Saúde a serviço da acumulação capitalista. Nos anos 90, os planos nacionais assim como os planejamentos urbanos entram em declínio mas, em São José dos Campos é exatamente este o momento dos Planos Diretores de Saúde estarem sendo elaborados como forma de racionalizar as atividades do setor, como veremos nos próximos capítulos, mantendo os mesmos erros do passado, já que definem metas e objetivos, programas e ações, sem que haja definição dos recursos humanos e materiais necessários, nem a responsabilidade pelas diferentes etapas de implementação e avaliação.

A expansão da política de saúde e dos planejamentos que colocam a saúde como área de interesse direcional do capitalismo espalham-se por toda a sociedade atingindo a maioria dos municípios brasileiros de médio porte. É o momento de se racionalizar o setor da saúde. Naqueles municípios desprovidos de planos diretores, sejam os urbanos ou de saúde, a racionalização do Estado Federal se dá por meio dos chamados Planos Nacionais, apontando as relações de autoridade do Estado Nacional sobre os Municípios e fazendo com que estes cumpram os fins propostos para a saúde.

O Estado é a inteligência orientadora de Política de Saúde Local, tendo ou não o Município projetos próprios para a Saúde. Em tendo, os projetos articulam-se às políticas de saúde definidas pelo Estado. Em não os possuindo, os Municípios têm seus projetos definidos no interior dos Planos Nacionais até os anos 80 e no início dos anos 90 recae sobre os Conselhos Municipais a responsabilidade de definir as diretrizes da Política de Saúde em consonância com as classes populares.

A crise do Estado de Bem-Estar leva as agências governamentais a enfrentar a reorganização, tendo por pauta substantiva a minimização dos custos do sistema de saúde, a descentralização e a participação popular.

A descentralização tem um sentido democratizante já que supõe distribuição de poder entre o Governo e a Sociedade, mas não confere ao Poder Local um instrumento institucional que garanta a socialização dos debates das questões públicas. Até o momento a elaboração da vida cotidiana da política permanece restrita à participação popular por meio de canais organizados pelo Estado, sem contudo considerar aqueles canais surgidos no processo de organização da sociedade civil.

O resultado é que as questões públicas continuam se ficando como negócios do Estado e por mais que o usuário perceba que seja de seu interesse direto, sua participação tem sido restrita em seus Municípios a alguns canais, e em São José dos Campos, aos Conselhos, ficando a decodificação de suas demandas nas mãos do Secretário Municipal de Saúde, único ator social responsável pela negociação com o Administrador Local.

Os Municípios ainda precisam desenvolver certas possibilidades para garantir a eficiência e a eficácia do processo de descentralização, tais como auto-organização, autogoverno, autolegislação. Sem estes mecanismos a descentralização continuará a ser desconcentração.

A questão da descentralização/desconcentração nos leva à discussão das relações entre os componentes no interior das Elites Locais no Município de São José dos Campos, para entender como se processam as negociações entre o Secretário Municipal de Saúde e o Prefeito Municipal sobre as questões públicas da saúde, para se tornarem privadas. Desconsidera-se a participação popular? Usa-se da participação popular, via canais de participação institucionalizados pela Elite Local, como pressão para a aprovação pelo Prefeito Municipal? A decodificação das demandas corresponde às decisões dos usuários?

1.2 As Políticas de Saúde e o Município

Na trajetória da construção do Estado Brasileiro a centralização, a intervenção e a descontinuidade nas Políticas Sociais são seus elementos distintivos e constitutivos, especialmente nos períodos autoritários, o de Getúlio Vargas (1930-1945) e o dos Governos Militares (1964-1984).

Estes componentes do Estado Brasileiro, de um lado e de outro e contraditoriamente, retraem o processo de autonomia econômica e político-administrativa dos Municípios Brasileiros, instituições reconhecidas como essenciais às relações capitalistas por implementar e gerenciar os serviços e equipamentos urbanos necessários à legitimidade.

O Estado Centralizado representa a ineficiência das políticas setoriais e dos serviços públicos, a não viabilização do processo de participação e não promoção das reformas sociais. A centralização distancia os centros decisórios dos cidadãos, desprestigia as instâncias de representação e burocratiza a política.

As conseqüências mais imediatas são a desqualificação da política partidária para uma grande parcela da população e a emergência nos Estados e Municípios tanto de movimentos sociais, os quais atuam como grupos de

pressão, como do processo das políticas dos iguais, criando espaços e formas de o comunitário negociar com os gestores Estaduais/Municipais.

As políticas sociais, resultantes de um Sistema Centralizado desta natureza, são marcadas por concepções autoritárias,

que consagram o predomínio do Executivo Federal, dos processos fechados de decisão e da gestão centralizada em grandes burocracias (Almeida, 1995, p.89).

De outro lado, os componentes centralizadores colocam em discussão o modelo de federalismo adotado, a descentralização do Estado e o novo papel dos governos municipais na sua relação com os cidadãos (Jacobi, 1990; Almeida, 1995; Castro, 1987; Kerbauy, 1992). À medida em que o modelo é o Federalismo Centralizado (Almeida, 1995), isto implica em tornar os Governos Estaduais e Municipais como agentes administrativos

do governo federal, que possui forte envolvimento nos assuntos das unidades subnacionais, primazia decisória e de recursos (Almeida, 1995, p.90).

As discussões sobre as alterações do Federalismo Centralizado somadas à luta pela democracia e às limitações impostas pelas dificuldades econômicas impulsionam durante os anos 80 forças descentralizadoras, por reforçarem as lideranças políticas dos gestores, a emergência de lutas para a devolução da cidadania e os movimentos contrários ao padrão de proteção social.

Os resultados evidenciam-se pela chegada da Constituição de 1988 e com a experiência mais arrojada na área social, o SUS que possibilita a descentralização /desconcentração, e a identificação dos institutos

constitucionais, os quais formalmente e de forma imprecisa definem maneiras de participação dos cidadãos nas coisas públicas.

Nosso estudo reafirma a importância do Município como cenário de Poder Local, e também como a esfera mais descentralizada que aceita a presença dos interesses populares.

Os Municípios Brasileiros dos anos 90 e particularmente São José dos Campos aproximam-se teoricamente dos parâmetros descentralizadores. No plano administrativo ampliam-se os direitos, a autonomia da gestão municipal e a participação; nos planos das demandas, os projetos locais representam o controle dos próprios beneficiários.

Os Municípios Brasileiros organizam aproximadamente 3.000 Conselhos Municipais de Saúde. Em São José dos Campos, o Conselho dos Servidores e posteriormente o Conselho Municipal de Saúde (COMUS/1990) e a forma semi-plena de municipalização comprovam a aproximação com a descentralização. Contudo os Municípios Brasileiros, em sua maioria, ainda não são autônomos o suficiente para desenvolverem as ações e serviços de saúde sem restrição, nem seus gestores conseguem conviver com uma nova política, a política da participação de seus munícipes (ver capítulos 2 e 3). A qualidade dos projetos de Saúde e a qualidade da participação continuam sendo motivo de críticas pela imprensa nacional/estadual e local.

Os processos descentralizadores encontram-se limitados pelo contexto da participação política institucionalizada, pelos modelos fiscais, pelo desequilíbrio entre os 3 níveis de poder - Executivo, Legislativo e Judiciário - e pelo contexto urbano-industrial, e também pela ineficiência da redistribuição dos recursos e pelas deficiências organizacionais do próprio Município, assim como pelas pressões burocrático-administrativas do Estado Central e das estruturas de poder, pelos interesses das classes dominantes e demandas populares (Jacobi, 1990; Almeida, 1995; Castro, 1987; Kerbaudy, 1992).

As pressões vindas das classes populares sobre o Governo Local, ao contrário das demais pressões, vêm se acentuando, exigindo respostas mais imediatas, pela proximidade entre gestores locais e eleitorado e pelo conflito entre as agências decisórias e os níveis de poder marcados pela negociação entre os diversos atores sociais.

Propostas sobre Políticas Sociais progressistas concebem uma efetiva política voltada às populações pobres, envolvendo de modo peculiar os ingredientes tidos como exclusivos da política neo-liberal, visto que os resultados têm sido socialmente desastrosos.

A situação social permanece grave: cessam-se os programas públicos, os governos se desengajam de algumas responsabilidades específicas, conduzem-se demandas para o setor privado, contradiz-se a descentralização, aumenta-se o número de pobres e os receituários de políticas compensatórias se mostram insuficientes. Esta situação leva os especialistas a indicarem a necessidade de reorganização da agenda de Reformas das Políticas Sociais no Brasil e a buscarem concepções alternativas de organização da proteção social e particularmente da proteção da saúde.

É tido como certa a necessidade de mudanças nos modos de produção e distribuição dos serviços de saúde. Alterações entre o Estado e o Mercado, entre o Setor Público e o Setor Privado, entre o Sistema de Produção e de Consumo - são tidas como fundamentais, para que formas alternativas para além da participação dos próprios beneficiários em conselhos institucionalizados, se estructurem. Práticas comunitárias, práticas de vizinhança, envolvimento das Organizações não Governamentais e dos Movimentos Populares, são exemplos que se multiplicam.

2. PLANOS NACIONAIS E PLANOS DIRETORES URBANOS: as diretrizes da saúde para o Município de São José dos Campos.

**"Havia erros nos votos
mas a soma esta certa.
Deus escrevia direito
por pequenas ruas tortas".
(C. Ricardo)**

As evidências empíricas têm apontado algumas das limitações impostas aos planos de desenvolvimento, pelos planejamentos econômicos estabelecidos pelo Estado Brasileiro, notadamente durante o regime militar, de 1964 a 1984, quando a cultura do planejamento, parece favorecer o ato de intervenção racional como único instrumento viabilizador do desenvolvimento econômico. Questões como educação, habitação e saúde são, neste período, resolvidas pelo Governo Central, retirando dos Estados e Municípios autonomia para geri-los e gerenciá-los em concordância com seus projetos políticos e programas de governo.

A cultura do planejamento emerge na Sociedade Brasileira pelos idos dos anos 30, quando Getúlio Vargas, durante o período conhecido como Estado Novo e como consequência de uma nova concepção do Estado (Ribeiro & Cardoso, 1994, p. 85) faz uso da técnica e da ideologia do planejamento para propor a renovação, modernização e nacionalização dos espaços urbanos. Utilizando da técnica e da ideologia do planejamento, a cidade do Rio de Janeiro ganha o seu Plano Diretor, e posteriormente as cidades de São Paulo e de Recife, também conquistam a racionalização de seus espaços urbanos, já que a ocupação do solo é decidida, agora, pelos Planos Diretores, os quais definem o lugar onde os projetos urbanos e sociais serão fixados (Ribeiro & Cardoso, 1994, p.77-89).

A década de 50 reproduz a cultura do planejamento. Primeiro, pelos Planos Diretores, os quais são utilizados para levantar as questões urbanas e tratá-las como questões do desenvolvimento e da modernização. Segundo, pela

implementação do Plano de Metas, considerado o primeiro instrumento sistematizado para racionalizar o desenvolvimento da Sociedade Brasileira, e sobre o qual nos deteremos em momento oportuno.

Estando o planejamento presente no processo de formação da Sociedade Urbano-Industrial Brasileira, dos anos 30 até o presente momento, decidindo as políticas urbanas e sociais, os programas e as ações dos diversos setores da organização social, parece-nos oportuno questionar, durante este capítulo, **se as ingerências do Estado sobre as Políticas Locais de Saúde, fragilizam o Poder Local e seus projetos políticos, ou se estas ditas limitações não passam de interfaces entre os planos/planejamentos locais e os nacionais, devido a se utilizarem, tanto no cenário Municipal como Federal, a mesma visão economicista e incrementalista para darem conta das demandas sociais.**

2.1. Estado, Sociedade e Planejamento

Os planos tornam-se necessários quando as sociedades industrializadas ou em fase de desenvolvimento apresentam demandas crescentes de diferentes ordens e a capacidade do sistema torna-se insuficiente. As demandas sociais acabam gerando as condições históricas necessárias aos atos de intervenção técnica e político-ideológica do Estado, com a intenção de racionalizar a reprodução ampliada do capital.

Os planejamentos podem ser pensados considerando o Estado como o aparelho dotado de conteúdo inerente aos interesses da classe dominante; e a concepção de política, nesta perspectiva, acolhe a competição entre possíveis históricos não equivalentes.

O Estado enquanto expressão

(...) de um pacto social de dominação, implementa a política do grupo hegemônico e, nesse sentido, os conceitos de Estado e Política interpenetram-se e confundem-se. Há de se convir a relevância da sociedade civil no estabelecimento desse pacto social, o que cria espaços políticos para alternativas a serem conquistadas (Bierrenbach, 1987, p.20).

O planejamento é uma ação interventiva do Estado para a condução de medidas que de um lado mantém o “status quo” e que de outro excluem e subordinam vastas parcelas da população. O processo de planejamento reforça as peculiaridades do sistema capitalista e é por ele articulado e limitado.

Oliveira (1984) e Ianni (1987), são os autores que acreditamos indicarem com clareza o significado e o desenvolvimento dos planos nacionais (ou plano do Estado, programa capitalista, programação indicativa, como preferem outros autores); Ribeiro e Cardoso (1984) são outros autores que indicam alguns paradigmas e algumas experiências de planejamentos urbanos no Brasil, na linha de reflexão que trata o planejamento como mecanismos de subordinação das classes populares, usados pelas classes dominantes.

Oliveira (1984), ao elaborar uma economia política do planejamento, desvenda a emergência de ações planejadas que orientam as atividades econômicas e toma o planejamento como técnica de alocação de recursos. O planejamento, nesta perspectiva, é a forma de racionalização da reprodução ampliada do capital e suas possibilidades encontram-se no caráter das relações sociais do sistema capitalista de uma dada formação social, herdando as normas, as formas, os fins e as capacidades.

Na sua dimensão técnica, o planejamento deve indicar os procedimentos e instrumentos adequados para facilitar o alcance dos propósitos estabelecidos. Na dimensão político-ideológica, o planejamento pressupõe uma deliberação quanto aos rumos, sob uma concepção de mundo do Estado ou dos grupos hegemônicos que o constituem.

Os componentes políticos do planejamento no Brasil têm implicado mais controle do que participação das camadas populares no processo de desenvolvimento.

Enquanto método, o planejamento indica o caminho, a trajetória teórico-prática que explica e explicita as ações selecionadas, garantindo a viabilização do processo na perspectiva de uma política construída.

Para Ianni, o

Planejamento desenvolve-se em escala elevada principalmente no âmbito das atividades econômicas (...) tendo em vista dinamizar e induzir negócios. Também as atividades sociais, culturais e outras são alcançadas ou induzidas pelo planejamento. O planejamento se transforma em uma força produtiva complementar (...) também a cultura, em sentido amplo, passa a ser influenciada, induzida, ou controlada pelo poder estatal. O ensino, o rádio, a televisão, o jornal, o futebol, o carnaval, muito da atividade cultural articula-se em uma vasta indústria cultural. Trata-se de transformar essas atividades em um poderoso meio de legitimação do sistema de poder (...) sob a ditadura militar, o Estado se desloca largamente da sociedade civil. Cria-se um abismo entre amplos setores da sociedade e o aparelho estatal. Reforça-se a imagem e a realidade do Estado como aparelho de ocupação (Ianni: Folha de São Paulo, 25/11/84).

Usando da fala de Oliveira,

Planejamento não é a mesma coisa em qualquer espaço social do capitalismo monopolista. Planejamento é, sem dúvida, uma forma técnica da divisão de trabalho (...). Enquanto forma técnica da divisão do trabalho, num sistema capitalista, é uma forma técnica da divisão do **trabalho improdutivo** que comanda o **trabalho produtivo** (1984, p.15) (grifos do autor).

Para Lamparelli (1964, p. 29), além de se considerar o plano/planejamento como um instrumento político eficaz, é necessário distinguir plano de programa e projeto. Assim,

Plano é um corte no processo de planejamento - que torna explícitos os seus elementos já conhecidos: é um instantâneo da situação presente que fixa os objetivos, suas interdependências e prioridades, meios e recursos, estimativas de prazos e custos. **Programa** é constituído de um ou mais projetos de determinados órgãos ou setores, num período de tempo definido. **Projeto** é um modelo capaz de conduzir a ação à consecução dos seus objetivos (Lamparelli, 1964, p. 29). (grifos nossos).

Foi nos anos sessenta, mesmo que o Plano de Metas seja o marco histórico do uso de estratégias racionalizadas, que a idéia de planejamento se colocou de forma imperiosa como uma das atribuições do Estado, para controlar a sociedade civil, inibindo a participação dos diferentes segmentos dela e fortalecendo a participação dos burocratas.

O Estado Brasileiro, nestas últimas décadas, tem feito uso do planejamento para impor diferentes pacotes sobre a sociedade civil, para tratar as demandas sociais como uma questão política e para determinar as diversas atividades econômicas.

Esses constrangimentos sobre a sociedade brasileira podem ser comprovados segundo Calazans (Kuenzer; Calazans; Garcia, 1990, 88 p.), pelos documentos do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, os quais apontam o controle, a centralização política e os planos nacionais com nítida tendência econômica como alternativas para o Brasil enfrentar as questões de saúde pública, nutricionais e educacionais e assim melhorar a condição dos pobres para que estes contribuam com o desenvolvimento.

Os planos nacionais, e no seu interior as políticas de saúde, são também recomendados pelo Conselho da OEA, já que os projetos, programas e ações de saúde são tidos como essenciais e complementares a qualquer programa de desenvolvimento. Este é o pensamento internacional que se impõe à sociedade brasileira.

2.2. Planejamento e Políticas de Saúde.

O planejamento implementa a política do grupo hegemônico uma vez que as ações interventivas conduzem àquelas medidas que mantêm o “status quo”, reforçando as peculiaridades do capitalismo (Oliveira, 1984; Ianni, 1987).

O planejamento da política de saúde, como uma política setorial do planejamento, elaborado nos meandros do Governo Federal, Estadual e Municipal, é pensado como capaz de resolvendo os obstáculos organizacionais e desta maneira, facilitar a satisfação das demandas sociais daquele momento, pois se racionalizam as prioridades e os recursos humanos e materiais.

A Política Social, enquanto um conjunto de medidas encontradas pelo Estado de, a seu modo, resolver os problemas sociais, é inserida no Planejamento para propor o Bem-Estar social pela regulação do sistema econômico, fazendo uso de práticas comuns às sociedades capitalistas contemporâneas, quais sejam a implantação de uma rede de seguridade.

De um lado, a Política Social inserida no planejamento, seja ela qual for, demonstra as disputas efetivas quando se processam as decisões, quando se discutem a repartição dos custos e benefícios sociais ou as relações entre os agentes do processo, seus interesses e formas pelas quais se inserem na ordem social.

De outro, os embates econômico e político pressionam o Estado a intensificar a seleção de políticas e práticas sociais. As políticas sociais e particularmente as políticas de saúde são assumidas pelos gestores como possibilidades de redução das desigualdades sociais à medida que se expande a rede de serviços de saúde.

Mesmo assim, as políticas de saúde incorporadas ao planejamento urbano têm estabelecido um sistema de exclusão político-social, mais do que a inclusão das vastas camadas populares (Silva, 1986; Faleiros, 1986), já que os planejamentos não definem, com a clareza necessária, os recursos humanos e materiais suficientes à manutenção de uma infra-estrutura viável à rede de serviços de saúde que correspondam às expectativas e aos canais de participação popular.

O planejamento de políticas setoriais de saúde, mesmo excluindo vastas camadas da população e ocultando a capacidade de participação política de seus usuários, tem servido para emprestar uma face humanista aos seus gestores.

A inadequação entre as propostas do planejamento, especialmente as referentes à saúde, e às ações/ práticas de saúde, resulta num contínuo processo de exclusão político-social, ocultamento da capacidade de participação política e endeusamento dos gestores das políticas de saúde pela possibilidade de redução das desigualdades sociais, e por fim se vêem, durante a execução, com a falta de recursos humanos e materiais.

Muitas são as explicações sobre as razões desta inadequação (Browne e Geisse, s/d). Entre elas podemos arrolar a falta de perspectivas dos administradores, a escassez de recursos, a instabilidade política, mas existem outras que se encontram fora do processo de decisão, como por exemplo a educação dos planejadores, que os levam a assumirem um posicionamento de acomodação às benesses do cargo que ocupam na área de planejamento.

O resultado, como discutido anteriormente, é o planejamento não dar conta da marginalidade urbana, dos problemas de moradia e dos serviços aos setores populares. A planificação, pelo seu caráter político-ideológico predominando sobre o técnico-científico, se afasta da finalidade que é a ação para a mudança deliberada.

O Estado ao tomar para si a responsabilidade de promover políticas sociais descentralizadas responde à centralização, à medida em que as políticas sociais relacionam-se com a reprodução ampliada do capital e desprestigiam as instâncias de representação (Jacobi, 1990; Arretche, 1995).

A descentralização das políticas sociais e em particular as de saúde não elimina a necessidade de planejamento, o que fortalece a racionalização e a ordenação dos serviços públicos, e o planejamento envolve a centralização, mesmo que se ampliem os direitos sociais e o nível de participação dos cidadãos.

Descentralizar sem garantias de se colocar as informações à disposição dos cidadãos, sem se ter a sociedade civil organizada e sem dispor de canais e formas de participação eficientes, é na verdade retornar à centralização (Arretche, 1995; Jacobi, 1990; Browne e Geisse, s/d).

O acesso aos serviços sendo obstaculizado por questões burocráticas, deterioração e desprestígio das instituições e pelo aumento da população usuária colocam o processo de descentralização em risco. A prática do incrementalismo dificulta também o processo de descentralização, pois os mecanismos inovadores e os organismos reformistas reafirmam estruturas centralizadoras (Jacobi, 1990; Browne e Geisse, s/d).

Os governos, em qualquer um de seus níveis, são chamados a iniciarem a institucionalização da inclusão dos cidadãos no processo decisório e eliminarem aquelas formas particulares de participação (Arretche, 1995; Rosalavallon, 1993 e Tanzi, 1995 apud Arretche, 1995), para fazerem frente ao processo de descentralização. Os programas e as estratégias de descentralização

propõem um rearranjo das estruturas político-institucionais. Como já comentamos, Arretche (1995) é da opinião que os programas de saúde pública são esforços nesta direção, utilizados por alguns municípios brasileiros.

A Sociedade Brasileira é permeada de uma cultura de planos/planejamentos. Entende-se que eles facilitam o alcance do desenvolvimento econômico pela racionalização das políticas. Na história recente (1956 a 1996), o Governo Federal elaborou e colocou em prática dez planos de intervenção no espaço nacional. Entre eles encontram-se do mais liberal ao mais coerente com a realidade histórica e daí aos mais autoritários. A maioria deles foi substituída tão rapidamente, que não se consegue avaliar quais seriam seus resultados se fossem implementados.

Bierrenbach (1987, 120 p.) elabora uma análise interessante sobre os planos nacionais de 1956 a 1978, indicando os impasses econômicos determinantes na elaboração e determinando o motivo do mínimo interesse concedido aos serviços sociais. Ribeiro e Cardoso (1994, p. 76-89), interessados em propor um paradigma para futuros planejamentos urbanos, revisam e classificam os planejamentos existentes no período de 1930 a 1980. Estes são os autores selecionados para nos orientar na reflexão das interfaces entre os planos nacionais e os três planos de desenvolvimento urbano elaborados para São José dos Campos, naquilo que comporta a política social de saúde.

Parte-se do pressuposto de que os planos nacionais definem a linha de ação política dos governos municipais, orientando-os a uma política econômica desenvolvimentista sobre todos os outros interesses da sociedade brasileira e subordinando as políticas sociais, entre elas, as de saúde.

Se em nível federal dez são os planos nacionais implementados nos últimos quarenta anos por onze presidentes (Quadro 5, p.80), em nível local temos três planos sendo implementados por onze elites políticas. Claro, que a importância não se centra na quantidade de planos e gestores, mas os números apontam a descontinuidade dos planos em nível nacional, alterando as formas de intervenção nos municípios.

QUADRO 5 - GESTORES E PLANOS (1956-1996)

Presidente	Prefeitos Municipais
1956-1961: Dr. Juscelino Kubitschek Plano de Metas	1958-1960: Dr. Elmano Ferreira Veloso Plano Preliminar: estudos
1961: Jânio Quadros 1961-1964: Dr. João Goulart Plano Trienal	1961-1964: Dr. José Marcondes Pereira Planos Setoriais: estudos
1964-1967: Gov. Castelo Branco Plano de Ação Econômica do Governo	1964-1967: Dr. José Ferze Tau Planos Setoriais: estudos
1967-1969: Gov. Costa e Silva Programa Estratégico de Desenvolvimento	1967-1969: Dr. Elmano Ferreira Veloso Planos Setoriais: estudos
1969-1974: Gov. Garrastazu Médici Plano Nacional de Desenvolvimento I	1970-1974: Sérgio Sobral de Oliveira PS/Plano Diretor Integrado/71
1974-1979: Gov. Ernesto Geisel Plano Nacional de Desenvolvimento II	1975-1978: Eng. Ednardo J. de P. Santos PS/Plano Diretor Integrado/71
1979-1985: Gov. João B. de Figueiredo Plano Nacional de Desenvolvimento II	1979-1982: Joaquim V. Bevilacqua* Francisco Ricci José Luiz de Almeida Plano Diretor Integrado/71
1985-1988: Gov. José Sarney 1.º Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República	1983-1988: Robson Riedel Marinho* Hélio Augusto de Souza Antonio José Mendes de Faria Plano Diretor Integrado/71
1989-1992: Gov. Fernando Collor de Melo* José Itamar Franco Plano de Reconstrução Nacional	1989-1992: Joaquim V. Bevilacqua* Pedro Yves Simão Plano Diretor Integrado/71
1993-1996: Gov. Fernando H. Cardoso Plano 5 Metas	1993-1996: Ângela Moraes Guadagnin Plano Diretor Integrado/71 Plano Diretor de Desen. Integrado/95

OBS.: Os * indicam a substituição dos eleitos pelos vices e destes pelo Presidente da Câmara dos Vereadores, quando trata-se dos Prefeitos Locais; em relação ao Governo Central indica a substituição por perda de mandato, no caso de Fernando Collor, e no caso do Sarney, se deu pela morte de Tancredo Neves.

Num segundo momento, a alternância de elites no poder local nos leva a pensar tanto nos diferentes rumos dados às diretrizes gerais estabelecidas nos planos de desenvolvimento urbano do município, quanto nas intervenções no espaço urbano para implementação de políticas e ações distantes das diretrizes dos planos locais para atender aos interesses do governo central.

Os planos de intervenção no espaço nacional divergem em sua fundamentação político-ideológica e em sua preocupação com a política setorial da saúde. De 1956 a 1970, o cenário nacional se vê orientado por 04 planos, dos quais dois deles são considerados de tendência democrática com bases ideológicas diversas, o **Plano de Metas** e o **Plano Trienal**.

O **Plano de Metas** tornou-se conhecido como o primeiro instrumento sistematizado para direcionar atividades geradoras do desenvolvimento. A luta pelo desenvolvimento e a segurança nacional ampliada para a defesa do mundo ocidental fundamentam ideologicamente o Plano de Metas. Quanto às preocupações com o social, é inexistente, a não ser que se considere o treinamento de pessoal como medida social.

Durante este período, o município de São José dos Campos não conta com qualquer plano que direcione as atividades humanas no seu espaço. É um período em que a preocupação com o espaço urbano tem início com o convênio estabelecido entre a Prefeitura Local e o **Centro de Pesquisa e Estudos Urbanísticos (CPEU) /FAU/USP**, em princípios de 1958. Deste convênio define-se o Plano Preliminar/1961 que evolui para o Plano Diretor Integrado/1971.

O CPEU e a equipe do Escritório Técnico de Planejamento/SJC propõem também, aos Prefeitos Locais, a criação de um Consórcio de Desenvolvimento Integral do Vale Paraíba/1963 - CODIVAP - para a execução de obras e serviços visando o desenvolvimento. Para garantir a execução e implementação dos estudos realizados pelo CODIVAP, a cooperação de ordem Estadual e Federal, o apoio dos Administradores Locais e das Câmaras de Vereadores, os estudos realizados pelo SVP e pelo próprio CPEU foram acionados.

Parece ser uma atitude política isolada e local, mas uma reflexão mais atenta para o espaço nacional, nos leva a identificar que neste período muitos outros municípios e os municípios importantes da Região do Vale Paraíba, adotam o planejamento como forma de enfrentar o desenvolvimento local e regional. O Vale Paraíba já era região considerada como estratégica para o Estado de São Paulo, como prova a existência e os objetivos do **Serviço do Vale Paraíba (SVP)/SP**.

Esta preocupação com o Vale Paraíba acentua-se na década de 50, quando o Governo Federal o percebe como zona de interesse estratégico e inicia-se sobre ela uma atenção especial, quando se fortalecem e se redirecionam os objetivos do agora Serviço do Vale Paraíba - SVP - . O planejamento dos **Serviços do Vale Paraíba (SVP ex-SMVP, 1946)**, em 1960, tem como objetivos:

- a) a conservação dos recursos naturais e a sua utilização harmônica e integral;
- b) a reformulação da política atual de exploração agropecuária e florestal;
- c) a implantação de indústrias básicas de interesse regional;
- d) o disciplinamento do crédito;
- e) a melhoria das condições sociais e assistenciais;
- f) a educação e o ensino (Prefeitura Municipal, PDI/1971, p.18).

O SVP assume, a partir de sua reorientação, a responsabilidade de orientar o zoneamento urbano-industrial; melhorar os planos de habitação, que com o surto da industrialização passou a exigir prioridade de crédito; evitar a crise de energia com a instalação da usina de Caraguatatuba, e facilitar o desenvolvimento da rede escolar.

No que diz respeito a Saúde, o SVP não ultrapassa a identificação das condições sanitárias insatisfatórias das zonas Urbana e Rural do Vale Paraíba e a insuficiência dos Serviços Públicos, graças à pouca capacidade financeira dos Municípios. Além disto, a Saúde só tem lugar na relação dos objetivos e assim mesmo em penúltimo lugar. Nenhuma proposição prática para as demandas sociais, na área da Saúde, devido ao surto de industrialização, é colocada.

O **Plano Trienal** é tido como aquele que melhor se aproximou da realidade brasileira, tanto em nível institucional como administrativo. Reconhece as disparidades regionais, a burocratização exagerada, a ausência de uma política bancária, os efeitos negativos da concentração de renda. É o primeiro plano a identificar de forma clara a preocupação com o social quando prioriza a distribuição de renda, o combate à inflação, as medidas sanitárias preventivas de baixo custo e o saneamento básico.

Enquanto o Governo Goulart acende uma discussão política efervescente, no município de São José dos Campos a discussão se dá sobre a necessidade de um planejamento regional para dar conta de questões comuns aos diferentes municípios do Vale Paraíba; a necessidade de um **Consórcio de Desenvolvimento Integrado do Vale Paraíba - CODIVAP** - para ganhar força junto aos Governos Federal e Estadual e assim conseguir verbas com maior facilidade; e ao mesmo tempo vencer as resistências do Prefeito Municipal recém-empossado, Dr. José Marcondes Pereira, ao planejamento do espaço do município.

O CODIVAP é o primeiro consórcio para o Desenvolvimento Regional. Foi apresentado pelo Município de São José dos Campos, como tese no VI Congresso Nacional dos Municípios realizado em Junho de 1963. Entre os problemas arrolados como prioritários no projeto apresentado, encontram-se a Saúde e os Serviços Públicos, e para resolvê-los acionava o Governo

através de concessão de crédito preferencial àquelas atividades que se realizem consoante o plano. Assim, seriam concedidos, prioritariamente, créditos às indústrias, planos de habitação e serviços públicos que se enquadrassem no planejamento (PMSJC/PS/PDI/1971).

Com tantas discussões e dificuldades, o primeiro plano para o espaço urbano do Município de São José dos Campos - **Plano Preliminar/61** - iniciado em 1958, na gestão do Prefeito Elmano Ferreira Veloso, fica pronto em 1960 e

começa a orientar o espaço joseense em 1961 e assim permanecendo até 1970. O documento focaliza as necessidades políticas locais na implementação sem, contudo, fazer qualquer alusão à saúde, seja em termos de espaços físicos destinados a programas e ações, seja em termos de diretrizes que norteiem as decisões futuras. A grande preocupação do Plano Preliminar/61 é com a Área Central e nela o Centro Cívico.

No período que se estende de 1964 a 1970, dois outros planos nacionais, o **Plano de Ação Econômica do Governo - PAEG** - e o **Programa Estratégico de Desenvolvimento - PED** - iniciam a centralização das decisões políticas. O Poder Local garante a preparação de um segundo plano, inicialmente como **Estudos e Planos Setoriais**, e que evolui para o **Plano Diretor Integrado/1971** - Lei n.º 1623/71 -.

O PAEG e o PED inauguram a coordenação do espaço nacional sob a guarda do regime revolucionário. O PAEG é utilizado como instrumento de legitimação e para tanto conta com representantes das diversas camadas sociais no Conselho Consultivo de Planejamento. A política de Produtividade Social relaciona os componentes sociais aos componentes de produção. Tem-se o Estado como guardião do capitalismo (Kuenzer, Calazans e Garcia, 1990, 88 p.). Sem um diagnóstico abrangente da realidade, com a setorização do social e com o social subordinado ao econômico, o plano é implementado com a intenção de restituir o clima de tranquilidade ao país.

O PED recomenda a transição da economia de substituição de importações para uma economia diversificada, o combate à inflação e o fortalecimento da empresa privada. Este é o conceito de desenvolvimento no Governo Costa e Silva.

No PAEG, a Política Social de Saúde orienta a instalação de Centros Comunitários, e a normatização de iniciativas públicas e privadas. No que toca à área de saneamento básico a proposta é aumentar a rede de abastecimento de água e esgoto e na área de Previdência Social é reformular a base organizacional.

No PED, a dimensão do social apresenta-se por meio das diretrizes que sintetizam a “Meta-Homem”. A saúde se apresenta em três grandes linhas: assistência médico-sanitário-hospitalar, saneamento básico e combate às doenças transmissíveis. A Política Previdenciária cumpre a tarefa de unificar os antigos institutos no Instituto Nacional de Previdência Social -INPS-.

O social é a tônica do Plano Trienal, já nos dois planos subsequentes (PAEG e PED) a dimensão do social e particularmente a política de saúde, encontra-se presente como medida interventiva e setorizada para colaborar com o desenvolvimento econômico. De um lado é a subordinação do social ao econômico, de outro favorecer o social é diminuir as tensões sócio-políticas.

O compromisso com o social, presente no Plano Trienal alcança o município na atitude, em princípio particular, do Prefeito Local, Dr. Marcondes, em colocar à disposição da população local, os serviços da Farmácia Comunitária e a Casa da Criança. Até os anos setenta, nada mais do que isto é realizado.

O Município torna-se, em 1970, área de Segurança Nacional devido à existência em seu território do Centro Técnico Aeroespacial, do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais e da Empresa Brasileira de Aeronaves; e também devido a sua localização geográfica, encontra-se próximo ao Porto de São Sebastião, faz fronteira com o Estado de Minas Gerais e se localiza entre os dois eixos econômicos: Rio de Janeiro e a Capital de São Paulo.

Como Município de Segurança, o Poder Local de São José dos Campos era assumido por Prefeitos nomeados pelo Governo Central. Durante as gestões do Dr. Sérgio Sobral de Oliveira e do Eng.º Ednardo J. de Paula Santos encontrava-se em vigor o **Plano Diretor Integrado/71 (PDI/71)**. O documento trata basicamente da transformação física do espaço urbano, sugerindo uma legislação de ocupação do solo, sem no entanto tratar das questões da saúde pública.

Embora o PDI/71 deixe de lado as questões referentes à saúde, é sob as administrações nomeadas pelo Governo Central que o Município coloca à disposição da população o Fundo de Assistência Médica e Medicamentosa (FAMME), o Departamento de Saúde Pública, as primeiras Unidades Básicas de Saúde e o Pronto Socorro “Dr. Carlino Rossi”. Estrutura-se, desta forma, a Rede Municipal de Serviços de Saúde.

Pode-se presumir, sem correr grandes riscos, que a Rede Municipal de Serviços de Saúde tem a ver com a centralização política iniciada com o PAEG e PED e continuada com os dois **Planos Nacionais de Desenvolvimento (I PND, 1969 e II PND, 1979)**.

Deste período, década de setenta, data a criação do Sistema Nacional de Saúde com a tarefa de integrar as ações estatais; cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Política Social (SINDAS, 1978), para reorganizar as atividades finalísticas; e o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), para coordenar as atividades médicas.

A importância dada à saúde, pelos equipamentos sociais colocados à disposição e pelos serviços instalados, tanto em nível federal como local, tem a ver com o desenvolvimento econômico. É o intervencionismo estatal no setor da saúde. Melhoram-se os serviços de saúde, mas inibi-se a emergência da cidadania, mesmo a chamada cidadania de sobrevivência (Spínola, 1992; Santos, 1979).

Os índices de miséria continuaram elevados. Os índices de desigualdade social não foram diminuídos. Não se pode chamar as instalações de serviços e equipamentos sociais como Política Social de Saúde, já que não se reconhece como tal, a implementação de medidas meramente compensatórias.

Pelo fato de elas não redistribuírem renda e nem privilégios e não efetivarem o acesso dos cidadãos aos serviços públicos, elas não devem ser consideradas como Política Social de Saúde. Estas são algumas das razões que levam Oliveira (1984) a reconhecer o Estado Brasileiro como um Estado Malfeitor. A preocupação é ofertar serviços para assim financiar, por fundos públicos, a reprodução da força de trabalho.

No período que se estende de 1978 a 1992, São José dos Campos contou com oito Prefeitos Municipais. Todos estes oito administradores tinham à sua disposição o mesmo planejamento de desenvolvimento urbano: o **Plano Diretor Integrado/71 (PDI/71)**. A alteração das elites de poder, assunto do qual trataremos mais adiante, vai favorecer o privilegiamento da política setorial definida pelos Governos Federal e Estadual, facilitando desta maneira a arrecadação dos recursos necessários, sem que estas diretrizes estivessem contidas no Plano Diretor Integrado/71 (PDI/71).

Como temos repetido, o documento **Plano Setorial/Plano Diretor Integrado (PS/PDI/71)** não contém políticas para a saúde. Ele prioriza a transformação física do centro urbano. Em nível nacional, o I PND nos legou os programas do **PIS** e do **PASEP**, os quais visavam a assegurar a participação do trabalhador na renda nacional, como propostas sociais, e priorizou a descentralização econômica e a articulação regional mediante a criação de pólos de desenvolvimento.

O II PND (reorganização da intervenção do Estado na Saúde), manteve os programas sociais como forma de remuneração indireta e deslocou a Previdência Social para o Ministério da Previdência e Assistência Social.

O II PND influi na forma do espaço nacional à medida que utiliza os conceitos de concentração de investimentos em pontos estratégicos do espaço e de controle da administração municipal. É o início da ingerência do Governo Federal sobre as Prefeituras Municipais, tanto “por via do controle financeiro (...) mas também pelo sistema de planejamento” (Serra, 1991, p.131). O resultado é a negação da racionalidade à autoridade local.

A racionalidade encontra-se na esfera federal, “passa a ser monopólio dos donos do poder” (Serra, 1991, p. 148), e a

centralização das decisões é necessária, pois os diversos agentes econômicos e políticos poderão não obedecer às diretrizes do “plano” (Serra, 1991, p.148).

Como resultado da ingerência do Governo Federal sobre os Municípios, os Planos Regionais e os Planos Locais ou Setoriais, também chamados de Planos Diretores, refletem os conceitos desenvolvidos nos Planos Nacionais - centralismo, hierarquismo, ausência de participação popular - as propostas da área na qual se instala o Município; como deveriam ser cumpridas as recomendações dos Planos Regionais e as três condições obrigatórias, que são a:

criação de um órgão executivo do plano, atuação do Conselho de Desenvolvimento Regional junto às esferas dos governos estadual e federal e aos próprios municípios da região; [e]interesse dos municípios e da população da região, no sentido de implantar as diretrizes do plano, gerando cooperação e apoio a nível comunitário (Serra, 1991, p.135).

Os Municípios Brasileiros foram coagidos a elaborar seus planos diretores. As cooperações e apoios das esferas Estadual e Federal eram facilitadas para aqueles Municípios cujos Planos Diretores cumprissem as diretrizes dos Planos Nacionais.

O Poder Local ao solicitar empréstimos junto aos órgãos oficiais para a execução do Plano Diretor termina por aceitar a ingerência desses órgãos em cada uma das etapas do plano.

Os chamados Planos Regionais tornam-se esforços conscientes de construção do sistema de planejamento integrado, procurando incluir as grandes diretrizes referentes às áreas de concentração e de desconcentração em nível estadual e metropolitano. Reconhecem e intervêm no planejamento municipal ao fazer recomendações em nível local.

Plano não é um ponto de acordo entre os diversos interesses conflitantes no espaço, já que não se pressupõe negociação nem participação:

(...) o plano e o planejamento passam a fazer parte do aparato ideológico utilizado para justificar as ações do Estado. A fundamentação ideológica do plano repousa na racionalidade e a justificativa da tecno-estrutura é a posse de um saber específico (Serra, 1991, p.142).

O Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado/95 (PDDI/95) que racionaliza o espaço do município de São José dos Campos, embora não especifique nem detalhe as áreas do território, ordena os aglomerados e os investimentos sobre eles em conformidade com a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano (PNDU) (Ministério do Interior: Resolução n.º 0003/1979).

As políticas setorizadas, a preocupação com a região do Vale Paraíba, a insistência num macroplanejamento, o fortalecimento de uma Secretaria de Planejamento com um setor de Pesquisa de alta qualidade, são alguns indicadores da presença da PNDU sobre a política de planejamento do Município de São José dos Campos.

Em 25 anos, o Município conta com onze administradores locais (Quadro 6, p.94). De 1978 a 1992 os eleitos, por razões políticas diversas, deixam o poder entre o primeiro e o segundo anos de governo. Em dois casos - Robson Marinho (1983) e Joaquim Bevilacqua (1978 e 1989) - deixam seus cargos de Prefeitos Municipais para concorrerem ao legislativo. É bom esclarecer que o mandato de Robson Marinho era de seis anos, para assegurar concomitância entre as eleições municipais e as estaduais e federal, para o calendário eleitoral de 1988.

Em se tratando de serviços de saúde colocados à disposição da população local, o primeiro Governo Bevilacqua (1978, I Gestão), mesmo interrompido por duas vezes, a primeira pela sua saída para disputar uma eleição para o legislativo, a segunda vez, quando o Vice-Prefeito Francisco Ricci retira-se do cenário por desentendimentos políticos e viabiliza o acesso ao Poder Local, do então Presidente da Câmara dos Vereadores, Sr. José Luiz de Almeida fez os melhores investimentos em saúde e garante a ampliação da Rede Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde, a partir daquele momento, passa a contar com uma estrutura física e uma organização de serviços de saúde que se estende do Pronto-Socorro a Unidades de Atendimento à Saúde Bucal espalhadas por todas as regiões do município. Em especial, aquele governo dá atenção à saúde do escolar, instituindo 44 unidades médicas e 44 unidades odontológicas. É daquele Governo também a assinatura do primeiro Convênio INAMPS/Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Parece-nos que embora o PDI/71 não estabelecesse diretrizes norteadoras para a política social de saúde, a continuidade do Plano Nacional de Desenvolvimento - I PND e II PND - e a intervenção do Estado no setor da saúde em nível nacional, com programas de serviços de saúde já apontados, direciona o Poder Local na Atenção à Saúde. Parece-nos que um segundo fato, o de se ter mantido praticamente intacta a equipe de governo, Secretariado Municipal, garante a execução da política social de saúde e dos programas de saúde defendidos durante a campanha eleitoral.

O Advogado Robson Marinho, depois de uma excelente campanha e consagrado nas urnas por maioria absoluta, chega ao Poder Local como o realizador das demandas sociais, em 1983. Antes de completar um ano de sua gestão, é substituído pelo Vice, Assistente Social Hélio Augusto de Souza, para concorrer à Câmara Federal dos Deputados e compor o conjunto de deputados constituintes. O Vice-Prefeito, conhecido por seu comprometimento com o social, mantém acesa a esperança de se verem priorizadas as demandas sociais, mas falece durante o primeiro ano de seu mandato.

O Governo Local é assumido pelo Presidente da Câmara de Vereadores, Dr. Antônio José de Almeida, que embora do mesmo partido político, o PMDB, prioriza outras políticas sociais que não a saúde. No programa de saúde, consta como sendo desse período o Convênio com o **Sistema Unificado de Saúde (SUS)**, exigência federal; a reativação do Centro Cirúrgico

do Pronto Socorro Municipal e a inauguração do Centro do Adolescente da Unidade Central de Saúde “Maria José Rodrigues” (Prefeitura Municipal: “Manual de Recursos e Equipamentos Sociais/1989-1992”; PDDI/95; Relatórios Oficiais/95).

O Governo Sarney com o **1.º Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República**, inaugura os governos civis para a sociedade brasileira, sem contudo romper com a fundamentação político-ideológica que norteia os governos militares.

O compromisso com o social presente no discurso durante toda a campanha presidencial, na prática mascara a desigualdade social ao favorecer os pobres, ocupando espaços que, por direito, são da sociedade civil.

As equipes de planejamento das políticas sociais, educação e saúde, começam a ser esvaziadas, o que não diminui a prevalência do econômico sobre todos os demais aspectos. Inserido neste contexto encontram-se os Governos de Robson Marinho/Hélio Augusto de Souza/Antônio José Mendes de Faria (1983-1988).

A inserção do governo local num cenário político que continua reproduzindo a prioridade pelo econômico talvez justifique a ausência de projetos e programas de saúde inovadores, como se discursava durante a campanha política. A **Fundação Hélio Augusto de Souza - FUNDHAS** - (Leis Municipais: 3227/87 e 3570/89) é o projeto que mais deslancha nesta época. Seu objetivo básico é atender crianças e adolescentes do município, mediante programas de natureza sócio-educativa e ocupacional.

A chegada de Collor à Presidência da República inaugura um novo momento na história do Brasil. É o primeiro governo civil desde 1961 eleito por voto popular. É o confronto entre

o sentimento difuso de oposição ou de revolta diante de “tudo o que aí está” - crise econômica, inflação elevada, descrédito do governo Sarney - (...)” é o “fenômeno Collor” (Lamounier, 1989, p.142) ,

candidato que elabora uma ferrenha oposição ao Governo Sarney e

que soube simbolizar a hostilidade popular contra os políticos de modo geral, e em particular contra os privilégios e a desorganização da administração pública (a célebre “caça aos marajás”) (...), e

que consegue

preencher o espaço dito de centrodireita com as mesmas armas do populismo, logrando sólida implantação entre os eleitores de baixa renda e baixa escolaridade (além, é claro, do eleitorado do interior, de modo geral (Lamounier, 1989, p.143).

Ao sair vencedor, Collor (1989-1992) encontra uma grave conjuntura econômica e passa a sofrer de uma vertiginosa perda de autoridade que o impede de corresponder às expectativas de um eleitorado ávido por mudanças. **O Plano de Reconstrução Nacional (PRN)** não chega a ser de fato implementado. De um lado as equipes de planejamento são esvaziadas, e de outro tem-se início o declínio da cultura de planejamento, que vingou por tantos anos. O mesmo ocorre com **O Plano de 5 Metas** proposto por Fernando Henrique Cardoso. O que indica enfraquecimento da cultura de planejamento na Sociedade Brasileira, dando lugar as outras formas de racionalização das necessidades de sobrevivência da sociedade.

Em 1993, São José dos Campos conta com uma nova elite de poder:

Dr.^a Ângela Moraes Guadagnin, do Partido dos Trabalhadores, ascende ao Poder Local renovando todos os membros do primeiro e segundo escalões do Governo

Municipal. A Elite de Poder encontra vários obstáculos junto à Câmara de Vereadores, para a aprovação dos projetos políticos apresentados à comunidade joseense, durante a campanha eleitoral. Não foi muito fácil governar de forma petista, insistindo na democracia e na participação popular, sem contar com maioria no Poder Legislativo.

O Governo Ângela se esforça para preparar e aprovar um **Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PDDI/95)** para o Município de São José dos Campos. O PDDI/95 apresenta um diagnóstico, se não completo sobre a realidade joseense, é atualizado, com diretrizes, políticas, programas e projetos para cada política setorial. Segundo Lamarra e Aguerrondo (1987), no entanto isto não basta.

O documento não esclarece a origem dos recursos materiais e humanos, o tempo de implementação, assim como não informa a qual secretaria caberá a responsabilidade de cada projeto e quais serão as penalidades para o não cumprimento dos programas e projetos.

Durante a preparação do documento do PDDI/95 e sem contar com qualquer orientação estabelecida no PDI/71, o Governo Ângela melhora a Rede Municipal de Saúde (ver anexo 3), instalando novos serviços de saúde, estendendo os anteriores e oferecendo uma cobertura maior. Pelos dados obtidos junto ao **Conselho Municipal de Saúde (COMUS/SJC)**, em junho de 1996 a Rede Municipal de Saúde dispunha das seguintes unidades (Quadro 6, p.94):

QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES POR DISTRITO/1996

UNIDADES	CENTRO	SUL	LESTE	NORTE
UBS's: Unidades Básicas de Saúde	10	10	09	05
FAMME	01	-	-	-
UES: Unidades de Especialização	01	-	-	-
UAISM: Unidades Avançadas	01	01	01	01
UPTD: Unidades de Pronto Atendimento	01	-	-	-
SERVIÇOS DO TRABALHADOR	01	-	-	-
LABORATÓRIO CENTRAL	01	-	-	-
LABORATÓRIO DE CITOPATOLOGIA.	01	-	-	-
CASA DA GESTANTE	01	-	-	-
COAS: Centro de Orientação Social	01	-	-	-
CENTRO DE REABILITAÇÃO	01	-	-	-
CECOR	01	-	-	-
HOSPITAL LEITO/DIA	01	-	-	-
NUFES	01	-	-	-
UPA's: Unidades de Pronto Atendimento	-	01	-	02
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	-	-	01	-
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	-	-	01	-
UAS's: Unidades Avançadas de Saúde	-	-	-	02
TOTAL	23	12	12	10

Fonte: COMUS, 1996

O declínio na importância dada aos planejamentos, primeiro aos de desenvolvimento nacional e posteriormente aos planos diretores, planos de desenvolvimento dos municípios brasileiros, talvez deva-se ao fato de não terem alcançado os resultados pretendidos. Outras razões: o fato de muitos deles nem terem chegado a ser implementados; de não terem funcionado por falta de recursos humanos e materiais.

Os planejamentos, ao se mostrarem ineficientes e ineficazes, acabam levando os Prefeitos Municipais a tomarem decisões independente das diretrizes lá contidas. A proposta de Leis para a Ocupação e Uso do Solo, distantes das diretrizes gerais dos planos diretores, confirmam essa situação. Os espaços urbanos vão sendo ocupados em concordância com a Lei de Ocupação e Uso do Solo, desde que não interfiram nas decisões já elaboradas pela lei da acumulação de capital. Os interesses econômicos se sobrepõem às leis.

É de se entender que os planejamentos não possam instrumentalizar como definido nas diretrizes gerais, um espaço por um longo prazo, já que o espaço tem uma dinâmica que lhe é própria, dada pela reprodução dos grupos

sociais, pela fixação no solo dos frutos do trabalho social, pela natureza classista da produção e do consumo (Corrêa, 1990). Estruturas, processos, funções e formas são, também, elementos existentes no espaço que lhe dão uma dinâmica própria inviabilizando a adoção de planos/planejamentos elaborados para longos prazos (Santos, 1988).

São José dos Campos, ao contar com um Plano Diretor Integrado (PDI/71) que orienta o espaço urbano por aproximadamente 22 anos, nos leva a entender por quais razões ele acaba não dando conta e permitindo intervenções sobre o espaço por decisões do momento político.

Dois são os pressupostos que têm norteado a discussão sobre as aproximações pontuais, especificamente no que se refere à saúde, entre planos/planejamentos nacionais das diferentes gestões e os planos/planejamentos de desenvolvimento urbano.

O primeiro deles é a **centralização das decisões político-econômicas**, a qual norteia a instalação e a reprodução dos governos militares e que de todos os efeitos, certamente o urbanismo centralizado é um deles (Serra, 1971).

O segundo é a **cultura do planejamento**. Instaurado na década de 60, o planejamento vai se espalhar pelo território nacional - Estados e Municípios - sob a orientação dos planos nacionais. O planejamento é o instrumento técnico que propicia as ações interventivas racionalizadas para facilitar o alcance do desenvolvimento econômico. O fundamento ideológico é o controle, a segurança e a defesa da sociedade brasileira. O desenvolvimento passa pela ideologia do planejamento. Possuir planos/planejamentos é estar na lista dos beneficiados pelo Governo Central.

No auge do governo militar a explosão de planejamentos para o desenvolvimento do espaço estadual e municipal integrados às diretrizes de planos nacionais facilitava a distribuição de verbas tanto aos Estados como aos

Municípios. A simples existência do planejamento significava concordância com as diretrizes políticas do governo central (Sposati, 1988; Manzini-Covre, 1993).

Com o esvaziamento das equipes de planejamento, fortalecido a partir do Governo Collor, entra-se na fase de desaceleração tanto dos planos/planejamentos como da centralização político-econômica. A ruptura com o governo militar, a chegada da Constituição Federal em 1988, as novas Constituições Estaduais, e a aprovação das Leis Orgânicas dos Municípios propõem um novo caminho para o desenvolvimento: **a descentralização e a participação popular.**

Na saúde, a Constituição/1988, o Decreto 99438/1990 e a Lei Orgânica/1990 tomam como caminho a efetivação do **Conselho Municipal de Saúde em São José dos Campos - COMUS -**. Esta situação se instala em todo o território nacional, nem sempre da mesma forma, já que as condições locais são levadas em consideração.

O COMUS/SJC segundo o Decreto 7043/90,

(...) tem como **objetivo básico o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde** na conformidade da Lei Orgânica do Município, constituindo-se no órgão colegiado máximo (Decreto 7043/90:capítulo II, artigo 3.º) (grifos nossos).

O COMUS/SJC será composto de representantes de movimentos e entidades, trabalhadores e representantes governamentais, interessados na questão de saúde do Município (capítulo III - artigo 3.º).

O COMUS/SJC observará, de forma simplificada, as seguintes diretrizes básicas e prioritárias (capítulo IV - artigo 6.º; anexo 04): garantir a saúde mediante políticas sociais; constituir uma rede organizada, regionalizada e

hierarquizada, de ações e serviços; assegurar o desenvolvimento e a complementariedade entre as dimensões preventivas e sociais; e descentralizar efetivamente as ações de saúde.

Com os Conselhos - Nacional e os Municipais - a Política de Saúde toma o rumo da descentralização e favorece a participação popular. Parece confirmar o pressuposto das relações entre políticas sociais e necessidades sociais.

As necessidades sociais derivadas do sistema produtivo capitalista impulsionam as demandas sociais e estas acabam levando o Estado a cumprir alguns de seus compromissos sociais, gerar Bem-Estar social, produzindo Políticas Sociais Descentralizadas.

A concepção histórico-estrutural, parte da idéia de que o conflito é algo estrutural, funcional e sistêmico na sociedade capitalista. A luta de classes - a contradição em confronto - desenvolve a consciência das necessidades, já que o processo de produção não é suficiente para o trabalhador reconhecer o desgaste de sua força de trabalho e nem suficiente para criar necessidades sociais, pois as necessidades são necessidades da produção e dos indivíduos em determinadas conjunturas.

Em alguns momentos os trabalhadores pelas lutas entabuladas vão tomando consciência de suas necessidades na área da saúde e acabam pressionando o Estado - Federal e Municipal - a reconhecer e a encontrar soluções alternativas e inovadoras para as demandas sociais da saúde.

Como resposta, a Sociedade Brasileira adentra a década de 90 com um processo de descentralização da Política de Saúde, que representa a recuperação da racionalidade da decisão local (plano econômico) e a possibilidade de ampliação dos direitos e da participação dos cidadãos (plano político-administrativo) (Jacobi, 1990).

Estamos diante de novas regras de convivência entre o Poder e a População Local. As responsabilidades dos cidadãos também são outras, já que muitos exemplos de descentralização têm significado reprivatização, fortalecimento do Poder Central / Local e obstaculização da participação por ineficiência de canais (Borja apud Jacobi, 1990). Os cidadãos devem estar atentos para que os canais de participação nem dificultem nem desprestigiem a representação, mas ao contrário sejam facilitadores das ações dos diferentes grupos na obtenção de poderes públicos.

O COMUS inaugura uma política de saúde descentralizada e participativa. Não se pretende com isto garantir que a redução das desigualdades sociais, objeto das Políticas Sociais, tenha diminuído. Ainda falta muito para que as incertezas dos cidadãos de terem garantido o acesso aos serviços de saúde sejam eliminadas.

2.3. Planos Diretores Urbanos para São José dos Campos

São José dos Campos conta, em sua história, com três planos. O **Plano Preliminar/61 (PP/61)**, realizado no período de 1958 (gestão do Sr. Elmano Ferreira Veloso) a 1961 e implantado em 1962, durante o Governo do Dr. José Marcondes Pereira. O **Plano Setorial (PS)**, posteriormente denominado de **Plano Diretor Integrado/71 (PDI)**, elaborado a partir dos dados e informações contidos no Plano Preliminar, durante o período de 1961 a 1964, e implementado com a Lei N.º 1623/1971 e que gerenciou o espaço urbano do Município de São José dos Campos até 1994. O **Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PDDI/95)**, iniciado em 1990 e que vai orientar o uso do espaço urbano nos próximos dez anos, foi aprovado pela Câmara dos Vereadores e a lei sancionada pela Prefeita Dr.^a Angela M. Guadagnin.

O **Plano Preliminar/61** começou a ser preparado em 04 de abril de 1958, logo após a assinatura de um convênio entre a **Secretaria de Viação e Obras Públicas do Estado de São Paulo (SVOP/SP)**, o Centro de Pesquisa e Estudos Urbanísticos da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (CPEU/FAU) e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

A orientação técnica ficou sob a responsabilidade do CPEU/FAU, e durante o desdobramento dos estudos e recomendações do próprio CPEU/FAU, a Prefeitura Local cria um Escritório Técnico de Planejamento, o qual assume algumas das responsabilidades técnicas, tanto deste Plano Preliminar como do Plano Diretor Integrado/1971. Os encargos financeiros ficam sob a responsabilidade da SVOP/SP.

O convênio previa a preparação de um Plano Preliminar que desse conta de ordenar o desenvolvimento caótico do Município. Esse Plano representa a primeira etapa no processo de planejamento do Município de São José dos Campos. As demais etapas previstas são (Prefeitura Municipal/PP/1961:0138-IV.3.1): Plano Preliminar para a Zona Rural, Plano de Desenvolvimento Econômico para o Município, Planejamento das Instituições Sociais do Município, Plano Diretor (setorização das zonas urbanas e rurais, sistema de zoneamento, sistema de vias principais, sistema de distribuição, projetos para a distribuição e prestação de serviços públicos).

O documento - Plano Preliminar/1961- é composto de uma Introdução, onde se reconstrói a história do Município; do Levantamento Básico para o Planejamento; o Plano Preliminar, e por fim a Implantação do Plano.

Os levantamentos incluem a formação e desenvolvimento de São José dos Campos, além de elementos geográficos e cartográficos, cadastro imobiliário e equipamentos, estudos de circulação, o econômico e demográfico, pesquisa social (incluindo serviços de saúde) e legislação urbanística do Município.

A preocupação do Prefeito Elmano Ferreira Veloso com o espaço urbano, durante a gestão, parece colocar em prática as diretrizes político-ideológicas propostas para a Sociedade Brasileira no final dos anos 50: tratar a rede urbana enquanto instrumento e objeto de desenvolvimento. É a ingerência do Estado Federal mediante as metas do Plano de Metas (JK/1956-1960). O

Município para disciplinar o espaço e combater a especulação imobiliária passa a contar com um instrumento aprovado em 1959, e moldado na Lei n.º 5261 do Município de São Paulo. Reconhece-se que o instrumento utilizado é uma forma de ingerência estadual no Poder Local.

O Plano Preliminar/61 mediante o zoneamento de massa, delimita as áreas urbanas e as de expansão urbana e seus usos. Fatores de ordem geográfica e climática, sociais, econômicos e políticos foram considerados para o dimensionamento de 4 setores residenciais, 6 setores para as indústrias (728 HA. foram deixados para as indústrias incômodas) e 4 setores para as áreas verdes.

Os planejadores do Plano Preliminar/61 dividem as zonas residenciais em setores e unidades de vizinhança (Bairros), justificando ser este o princípio que permite o

planejamento da cidade como organismo poli-nucleados, com diversos centros e sub-centros, visando a uma maior racionalidade na distribuição dos equipamentos sociais nos bairros (PMSJC/PP/1961).

A Zona de Expansão Urbana foi composta pelas áreas desabitadas, quase 50% da zona residencial total prevista.

A possibilidade de o município tornar-se um futuro centro metropolitano, ponto de convergência de interesses regionais, exigiu dos planejadores a reserva

de um local para sediar todos os serviços administrativos Municipais, Estaduais e Federal, além da Câmara Municipal, escritórios de autarquias e algumas instituições culturais. Este conjunto irá constituir o Centro Cívico de São José dos Campos (PMSJC/PP/1961),

na área da Praça Afonso Pena, que foi reservada e declarada de utilidade pública, pois já se entendia, nesta ocasião que a consecução seria demorada e muito depois de outras prioridades terem sido resolvidas com o planejamento do espaço.

Com o andamento dos trabalhos as comissões chegam a concluir que as pesquisas, até então realizadas poderiam fundamentar um planejamento integral de desenvolvimento, requerido pelos Municípios da Região do Vale Paraíba.

Alguns obstáculos políticos que arrastavam as conclusões dos trabalhos e, ainda, a interrupção das pesquisas sob a coordenação do CPEU/FAU, por terem concluído sobre a necessidade do Planejamento Regional, apontam para uma mudança dos rumos firmados pelo Convênio/1958.

De 1961 a 1964 executa-se o **Plano Diretor Integrado de São José dos Campos - PLANOS SETORIAIS**, Documento “Estudos e Planos Setoriais” (Prefeitura Municipal de S.J. dos Campos/1971). É, na verdade, a última etapa prevista pelo Plano Preliminar, e a qual vai orientar o uso do espaço urbano do Município de 1972 a 1994, e que se transforma na Lei no. 1623/1971.

O período de execução dos estudos e planos setoriais é bastante turbulento. O Prefeito eleito, Dr. José Marcondes Pereira, demora ofertar importância política ao Plano de Desenvolvimento Urbano do Município, fato que vem a ser alterado somente com a apresentação e conseqüente aclamação da tese de um consórcio no VI Congresso Nacional dos Municípios, em 1963.

A equipe do CPEU opta por acelerar o Planejamento Regional e Planejamento Rural, secundarizando, desta maneira, os trabalhos necessários ao cumprimento das etapas indicadas no Plano Preliminar. Dificuldades na organização de um setor no Poder Local que assumisse a coordenação dos trabalhos complicam o processo de planejamento. Surge, então, a idéia de um Escritório Técnico de Planejamento e que assume o processo entregando em 1971 o relatório final intitulado “Estudos e Planos Setoriais (1961-1964)” (Prefeitura Municipal, Arquiteto Brenno Cyrino Nogueira/ PDI, 1971, p.12).

O segundo plano, pensado por uma equipe local, inclui um novo diagnóstico da realidade local, um estudo de bairros incluindo os equipamentos sociais, planejamento de um conjunto de setores habitacionais (trabalho realizado pelos alunos do 6.o ano/FAU/1962), orientações para o uso da área central (transformação da estrutura física: sistema viário, criação de espaços abertos, reorganização locacional e volumétrica dos edifícios), e a identificação das áreas a serem desapropriadas para a transformação da estrutura física da área central.

O Plano propõe como programa: uma legislação de ocupação do solo e organização da circulação e remanejamento viário e ocupacional, sem a qual não se viabilizaria a transformação física da área; e a centralização das atividades terciárias, centralização das funções ligadas à Administração Pública Municipal, Estadual e Federal. O Plano prevê espaços para o Centro Cívico (proposição do Plano Preliminar), para a Cultura, Habitação e Equipamentos Sociais.

Mesmo não se encontrando propostas concretas para a saúde seja no Plano Preliminar ou no Plano Setorial, também chamado de Plano Diretor Integrado para São José dos Campos, vamos encontrar um conjunto de serviços de saúde colocados à disposição da população local, pelo Governo Municipal, e segundo os próprios gestores da saúde e noticiados pela Imprensa Local, notadamente pelo Jornal “O Vale Paraibano”, considerado o único na época de grande circulação local, os serviços de saúde estavam orientados pelo PDI/SJC/1971 e pelo CODIVAP/1971.

Além destas informações, outros dados sobre os serviços de saúde, abaixo relatados, foram conseguidos das seguintes fontes: Prefeitura Municipal de São José dos Campos/Secretaria de Desenvolvimento Social/Supervisão de Apoio às Entidades Sociais: “Manual de Recursos e Equipamentos Sociais de S.J. dos Campos”: 1989 a 1995; Prefeitura Municipal de São José dos Campos: “Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado de São José dos Campos/1995”; Prefeitura Municipal de São José dos Campos /Correspondências.

Durante o governo do Dr. José Marcondes Pereira, a **Farmácia Comunitária** e a **Casa da Criança** são os dois serviços colocados à disposição da comunidade local.

No período em que o Município encontrava-se sob intervenção federal, tanto o Prefeito Dr. Sérgio Sobral de Oliveira (1970-74) como o Prefeito Eng. Ednardo de Paula Santos (1975-79), colocam à disposição da população joiense os seguintes serviços, compondo a então chamada Rede Municipal de Saúde: **Unidade Central de Saúde (FAMME)**, em 1971, destinado a prestar assistência médica-odontológica e ofertar medicamentos a servidores municipais e seus dependentes; **Departamento de Saúde Pública**, em 1976; as primeiras **Unidades Básicas de Saúde - UBS** - (Bonsucesso, São Francisco Xavier, Jardim Satélite, Torrão de Ouro e Alto da Ponte), em 1976; **UBS de Eugênio de Melo**, em 1977; **Pronto-Socorro Municipal "Dr. Carlino Rossi"**, em 1978, administrado pela Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos; **Unidades Médico-Odontológicas Escolares** em dez escolas municipais, durante o ano de 1979.

Entrando na década de 80, mas ainda orientado pelas diretrizes do Plano Diretor Integrado - PDI/71- e pelas diretrizes do CODIVAP, o Poder Municipal coloca à disposição os seguintes serviços de saúde: 10 **Unidades de Atendimento à Saúde (UAS)** e mais 01 UBS, em 1980; instala a **Secretaria de Saúde e Promoção Humana**, em 1981.

No período de 1981 a 1982, implantam-se outras unidades básicas de saúde que faz com que a Secretaria de Saúde dispusesse da seguinte estrutura: **Pronto-Socorro Municipal, FAMME, 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS's), 18 Unidades de Atendimento à Saúde (UAS's), 44 Unidades Médicas Escolares e 44 Unidades Odontológicas**; ao final de 1982, assina-se o primeiro **Convênio INAMPS/PMSJC**.

No período de 1983 a 1988 (Governo Robson R. Marinho, Hélio Augusto de Souza e Antônio José M. de Faria), inaugura-se a **UPA de Saúde Mental**, assina-se o convênio **AI5/PMSJC** e o **convênio com o SUS** (1988), transforma-se a UPA Morumbi e Vila Paiva em UBS, inaugura-se o **Centro do Adolescente da Unidade Central de Saúde “Maria José Rodrigues”** e a UBS Vila Tatetuba, reativa-se o **Centro Cirúrgico do PSM**.

No período de 1989 a 1992 (Governo Joaquim V. Bevilacqua e Pedro Ives Simão), ocorre a implantação do SUS (ver anexo 4), a ampliação de atendimento primário (ampliação e construção de novas UBS's) e de atendimento secundário (melhorias dos recursos humanos e materiais).

Em setembro de 1994, a Prefeita Ângela Moraes Guadagnin encaminha à Câmara dos Vereadores do Município, o **Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PDDI, 1995, 165 p.)** para São José dos Campos, conduzido sob a coordenação da Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente, o qual deverá orientar o desenvolvimento do município nos próximos dez anos.

O PDDI/95 foi elaborado em quatro etapas. No 2.º Semestre/1988 realizou-se o Levantamento Sócio-Econômico; em 1990, os dados coletados para o Censo Escolar mostra os principais aspectos físicos e urbanísticos do processo de desenvolvimento do Município e foram utilizados para o PDDI/95; em 1991, com a assessoria da UNESP/Rio Claro, organiza-se o Plano Preliminar. Em 1993, o Governo Local analisa o Plano Preliminar da gestão anterior, aprofunda-se a análise de alguns aspectos, entre eles

a Carta das Unidades Territoriais que indica a Capacitação do Solo para todo o território do Município e a proposta de Macrozoneamento (PMSJC/PDDI/95, p.10).

O PDDI/95 caracteriza-se por:

Abordar o Município sob dois enfoques: o regional e o local, em termos de sua estrutura interna; diagnosticar a situação de todos os setores nos meios urbano e rural e estabelecer as interrelações setoriais; resgatar as aspirações das comunidades locais; determinar os objetivos e diretrizes para o desenvolvimento do município; determinar as linhas de ação, os instrumentos legais, administrativos, financeiros e técnicos que deverão nortear o processo de planejamento, objetivando promover o desenvolvimento com crescimento qualificado e equilibrado de todas as atividades no município; com o reconhecimento da presença concomitante de contradições e interesses divergentes (PMSJC, PDDI/1995, p.10).

Entre as diretrizes gerais do PDDI/95 encontra-se a participação popular na formação, implementação e avaliação das políticas públicas; o movimento dos bens e serviços essenciais à vida digna; uma abordagem multi e interdisciplinar e a oferta de um lugar social digno para assegurar uma vida física e mental sadia a todos.

Diferentemente dos dois planos anteriores (PP/61 e PDI/71), no PDDI/95 a Saúde faz parte das chamadas políticas setoriais e encontra-se alocada na Secretaria de Desenvolvimento Social - SDS - já que é dela a competência de intervenção nas questões sociais.

A Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS) objetiva

realizar ações assistenciais e emergenciais, sócio-educativas e preventivas articuladas às forças sociais do município garantindo a assistência social como política pública básica para a construção da cidadania (PMSJC/PDDI/1995, p. 92).

Distanciando-se do assistencialismo, reconhecendo a política social como dever do Estado e como a ação direcionada a viabilizar justiça social, reconhecendo a estrutura e a organização da sociedade como fontes da concentração de renda e da exclusão social,

a Secretaria de Desenvolvimento Social adota políticas setoriais e estabelece dois eixos básicos da direção do trabalho social na gestão democrática e popular: a) o incentivo a organização e participação popular, de forma que a população ocupe e forje cada vez mais a criação de canais de participação junto aos órgãos públicos e fora deles, interferindo no poder decisório e definindo prioridades; b) a adoção da assistência social como prerrogativa da Secretaria garantindo a qualidade da prestação de serviços à população usuária, conforme critérios previstos na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - (PMSJC/PDDI/1995, p.92).

Em se tratando da Política Setorial de Saúde, o PDDI/95 a entende como um indicador da organização social e econômica de um País, resultante das ações destinadas a garantir as condições de Bem-Estar físico, mental e social das pessoas, do acesso aos bens e serviços essenciais, do acesso às necessidades básicas como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer.

Todo o diagnóstico, políticas, projetos e ações de Saúde explicitadas no PDDI/95 fundamentam-se na Constituição Federal, seção II, na Lei 8080 de 19/09/1994 e na Lei Orgânica do Município de São José dos Campos de 05/04/90. Assim sendo,

as ações e serviços de saúde são de natureza pública e integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que segue as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, cabendo ao município dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. A execução das ações e serviços de saúde será feita pelo Poder Público e supletivamente por terceiros, de acordo com a Constituição, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Prefeitura Municipal, PDDI/1995, p.106).

A Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos tem como base a

implantação definitiva do SUS, o que iniciou com a real absorção do INAMPS e a municipalização dos serviços estaduais, garantindo acesso, gratuidade e melhoria na qualidade e oferta de serviços, promovendo obras, aquisição de materiais, equipamentos e contratação de recursos humanos, investindo no gerenciamento, em programas de saúde e na participação popular (PMSJC/PDDI/1995, p.106).

A saúde, enquanto direito inalienável de todos e dever do Poder Público, é assegurada no artigo 270 da Lei Orgânica do Município de São José dos Campos, mediante:

I. Políticas sociais, econômicas e ambientais, que visem ao Bem-Estar físico, mental e social do indivíduo e da sociedade e à redução e eliminação do risco de doenças e outros agravos; II. Acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis; III. Atendimento integral do indivíduo, abrangente à promoção, preservação e recuperação de sua saúde; IV. Atendimento e orientação para a defesa da vida a partir da concepção (PMSJC/PDDI/1995, p.106).

O PDDI/95 levanta os seguintes problemas da Secretaria da Saúde de São José dos Campos, os quais são identificados como insuficiência e ineficiência para se garantir o direito à saúde da população: falta de recursos financeiros (mesmo que na administração da Prefeita Angela Guadagnin sejam destinados 20% do orçamento, considerado um dos mais altos do País), ineficiência gerada por questões da administração municipal e por questões internas à Secretaria da Saúde como falta de recursos humanos e de participação popular.

Mesmo considerando que a participação poderia ser melhor, contudo reconhece-se a sua fragilidade tanto na administração municipal geral como na administração da saúde. No sentido de tornar o compromisso da administração

petista uma realidade, o PDDI/95 reconhece e fortalece os três mecanismos básicos possíveis de desenvolver a participação popular. Os **Núcleos de Saúde Comunitária - NUSAC's** - que podem ter seus representantes nos **Conselhos Gestores de Unidade - CGU'S** -

NUSAC's discutem seus problemas de Saúde e levam suas idéias e encaminhamento de solução através dos CGU's e/ou UBS's (Unidades Básicas de Saúde), e têm seus representantes nas Plenárias de Saúde. O NUSAC é composto por pessoas da comunidade (PDDI/1995, p.117).

Os Conselhos Gestores de Unidade - CGU's - que

são grupos de pessoas da comunidade da Unidade e Administração Central, de forma paritária e tripartide, que participa diretamente da administração da Unidade, juntamente com a chefia da mesma, sendo que os representantes da comunidade. O CGU discute as questões de saúde das comunidades e das Unidades, fazendo sua integração entre a comunidade e a Unidade (PDDI/1995, p.117);

e o Conselho Municipal de Saúde - COMUS - o qual

é formado por representantes de Instituições, Associações, Sindicatos e outros segmentos da Sociedade, num total de 28 membros, sendo 14 representantes de usuários, 7 dos prestadores de serviços e 7 da administração pública é, portanto tripartide e paritário. A Diretoria Executiva é composta por 12 desses 28 membros do COMUS e se reúne semanalmente com a Secretaria Municipal de Saúde. Mensalmente reúnem-se os 28 membros e, trimestralmente, são realizadas plenárias abertas à participação dos Segmentos representados da coletividade em geral (Prefeitura Municipal/PDDI/1995, p.117).

O PDDI/1995 (art.55), ainda na política setorial de saúde, esclarece as **Diretrizes dos Programas e Projetos da Saúde**: desenvolver a descentralização das unidades orçamentárias e financeiras em nível regional; remodelar as estruturas física e de suprimentos; desenvolver recursos humanos e sistemas informatizados; e investir no planejamento ascendente.

De acordo com o PDDI (1995) a Rede Física Municipal de Saúde, em 1994, dispunha de: 01 Pronto Socorro com 85 leitos e toda infra-estrutura de apoio; 05 unidades de Pronto Atendimento e 59 leitos no total; 07 Unidades Especializadas de Saúde; 33 Unidades Básicas de Saúde; 02 Unidades Avançadas de Saúde; 01 CECOR; 125 Equipos Odontológicos; 75 Escolas com Consultório Odontológico, 03 Escolas com atendimento em unidade de vizinhança; 22 Escolas atendidas por Equipo Transportável; 01 Equipo Volante; 06 Unidades Odontológicas Transportáveis. Serviços conveniados/contratados com 04 Hospitais, 02 entidades (uma privada e uma filantrópica) e com a Santa Casa de Misericórdia, para complementar os serviços do SUS/S.J. dos Campos, além de 14 outras entidades, institutos e clínicas; os convênios/contratos de serviços privados contam com 07 laboratórios, 03 institutos de radiologia, 09 hospitais, 119 entidades e 37 serviços, assim distribuídos: 04 de ultra-sonografia, 02 de endoscopia, 02 de broncoscopia, 04 de ecocardiograma, 04 de eletroencefalografia, 02 de tomografia, 05 de fisioterapia, 04 de terapia ocupacional, 08 de fonoaudiologia.

O artigo n.º 58 do PDDI/SJC/95 define como programas da política municipal de saúde a ampliação das Unidades Básicas de Saúde; e como diretrizes dos projetos da Rede Física de Saúde a serem desenvolvidos nos próximos dez anos: a instalação de uma UBS cobrindo uma população de 10.000 habitantes, uma UBS desenvolvendo ações de vigilância cobrindo aproximadamente 10.000 a 20.000 habitantes; uma Unidade de Especialidade de Saúde e uma Unidade de Pronto Atendimento de maior complexidade; um Hospital Geral ou Regional para uma população de 100.000 a 250.000 habitantes, um Hospital Municipal de referência e a construção de um Centro de Zoonoses para as ações preventivas e curativas de vigilância.

O plano/planejamento enquanto um modelo para a ação, um método de trabalho ou um instrumento de racionalização da realidade, incorpora um conjunto de fases, as quais facilitam sua análise e avaliação .

As fases são dadas pelas características essenciais de cada plano. Por meio da análise das fases dos planejamentos é possível identificar seus mecanismos políticos, e saber se eles implicam maior ou menor controle, menor ou maior nível de participação da sociedade civil no que se refere ao processo de desenvolvimento.

Tanto Lafer (1987) como Lamparelli (1964) discutem as fases do processo de planejar em suas reflexões. O primeiro deles afirma que

o processo de planejamento, embora na realidade seja uno, pode ser dividido para comodidade de análise em fases distintas (...): a “**decisão de planejar**” ,

(uma decisão política pois implica selecionar valores), “**o plano em si**” (a fase técnica, é passível de análises econômicas) e a “**implementação do plano**” (a forma de aferir os valores efetivados) (Lafer, 1987, s/p) (grifos nossos).

O segundo dos autores (Lamparelli, 1964, p. 30) acima citado propõe cinco fases, na elaboração de um planejamento: **definição do objeto, conhecimento da realidade, determinação dos objetivos, execução, controle ou avaliação** (grifos nossos).

O quadro 7 (p.111) permite visualizar como cada um dos três planos elaborados para orientar o desenvolvimento de São José dos Campos cumpre as fases/etapas do processo de planejar.

QUADRO 7 - PLANOS E FASES DO PROCESSO (Lamparelli, 1964)

FASES DO PROCESSO DE PLANEJAR (Lamparelli, 1964)	PLANO PRELIMINAR - 1961 -	PLANO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO - 1971 -	PLANO DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO - 1995 -
Definição do Objeto	*****	*****	Fundamentos da Elaboração do PDDI de São José dos Campos: cumprimento das determinações da LOM, art. 113 e 114. Caracterização Geral do Município de S.J.C.: localização, evolução histórica e demografia.
Conhecimento da realidade	Levantamento básico incluindo: o desenvolvimento do município, elementos geográficos e cartográficos, cadastro imobiliário e equipamentos sociais, estudos de circulação sejam ferroviários ou rodoviários e coletivos urbanos.	Levantamento básico e levantamento dos equipamentos sociais; dimensionamento dos setores habitacionais e unidades de vizinhança	Diagnósticos: do desen. econômico urbano; de abastecimento; do desen. econômico minerário; da ocupação territorial; da ocupação urbana; do meio ambiente; da infraestrutura urbana; da circulação e do transporte; da manutenção da cidade; da defesa da cidade e da cidadania; dos serviços funerários; das diretrizes, programas e projetos do desenvolvimento social: educação, saúde, cultura, Fundhas, esporte e lazer e habitação; Finanças e Aspectos Institucionais e Jurídicos.
Determinação dos objetivos	1. Ordenar o uso do solo; 2. coibir os abusos da especulação imobiliária; 3. fundamentar a proposição de um plano geral para o município.	1. propor um sistema viário; 2. propor um sistema de espaços livres; 3. reestruturar a organização administrativa local para facilitar a política do espaço urbano.	"São seis os pilares que sustentam o PDDI/95: 1. Promover o incremento, a fixação, a otimização e a utilização dos excedentes econômicos públicos e privados no interesse da coletividade....2.promover o aprendizado social na gestão e na construção da vida social e econômica, assegurando aos moradores do município.....3.estimular e desenvolver políticas que promovam o acesso do munícipe ao mercado de trabalho; 4.garantir a proteção, a preservação e a recuperação do meio ambiente natural e edificado.....5.administrar e desenvolver com eficiência, eficácia e justiça social, o território do município.....6.organizar a administração pública de forma a garantir um processo de planejamento permanente, que atenda às peculiaridades locais e regionais.....
Execução	Exige uma reorganização administrativa, uma análise financeira e uma legislação do uso do solo e um zoneamento de massa para garantir a execução das primeiras etapas do plano preliminar.	Apenas indica a necessidade de um planejamento regional e um planejamento rural e as áreas a serem desapropriadas para a reestruturação física da Área Central.	Estabelece diretrizes, programas e projetos para cada uma das políticas setoriais, para o desenvolvimento econômico, para a ocupação do solo e do território, desenvolvimento social e finanças municipais.
Controle	*****	*****	*****
Avaliação	*****	*****	*****

Conclui-se que os três planos são gerais e tecnoburocráticos, com escassa participação popular e sem linhas de ação concretas como afirmam alguns especialistas como Ianni, Lamparelli, Lafer. Cada um dos planos traz evidentemente as características da equipe de trabalho e as linhas político-ideológicas de cada elite de poder local, o que será objeto de discussão mais à frente, quando estaremos discutindo as relações entre os planos municipais e as políticas sociais de saúde.

2.4. Planos Diretores Urbanos de São José dos Campos e seus Paradigmas

Na revisão da literatura sobre Planejamento deparamo-nos com o fato do Estado nem sempre ter tido a Saúde como centro de seus projetos políticos para o desenvolvimento social.

O Planejamento, como temos visto, centraliza no Governo Federal as decisões políticas geradoras do desenvolvimento, secundarizando as chamadas áreas sociais. A centralidade das questões do desenvolvimento consome boa parte das últimas três décadas. O Governo Sarney marca-se pela promulgação da Constituição de 1988, cujo avanço é identificado pela formalidade da descentralização, particularmente no que concerne ao setor da Saúde. É durante o Governo Collor que tem início a desaceleração da área de Planejamento e uma reestruturação da estrutura do Estado.

Em ambas ocasiões, os movimentos sociais na área da saúde fizeram pressões significativas, mediante a organização tanto dos profissionais da saúde, como dos usuários do sistema. As conquistas destes movimentos encontram-se presentes nas Constituições Federal e Estadual e nas Leis Orgânicas Municipais: Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e as propostas de descentralização do Sistema de Saúde

É interessante lembrar que a tendência histórica das Conferências Nacionais de Saúde se funda, de um lado numa Política de Saúde que seja assumida como política de governo; de outro, numa descentralização e numa participação popular que sejam compromissos públicos e de organização do sistema. A III Conferência Nacional de Saúde realizada em momento de grande mobilização democrática (1963) já inseria a descentralização como eixo das suas recomendações. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 no apogeu da retomada do regime democrático, contexto diferente da 3.^a, consolidou a proposta de um Sistema Nacional de Saúde e lançou princípios e diretrizes de compromisso público e de organização, entre eles o controle pela sociedade e a descentralização. A seguir os princípios e o controle foram incorporados e ampliados nos debates da Assembléia Nacional Constituinte, dando origem ao Sistema Único de Saúde - SUS -.

Por mais que se tenha obtido êxito nas questões relativas à Saúde, nos últimos 60 anos, nem sempre a Saúde do Cidadão foi o objeto central das discussões e projetos políticos. O projeto de desenvolvimento econômico leva o Estado a se preocupar com o espaço urbano, para, tornando-o saudável, acomodar a modernização. Vários foram os modelos ou padrões praticados pelo Estado no sentido de favorecer a saúde do espaço urbano.

Não nos parece ousado afirmar, neste momento, que a centralização das decisões políticas, tendo o desenvolvimento econômico como meta, leva o Estado Brasileiro a priorizar a “saúde dos espaços urbanos”, em detrimento da Saúde de seus Cidadãos.

Pelas análises elaboradas até o momento dos planos de desenvolvimento urbano de São José dos Campos, não nos parece precipitado e nem empiricista afirmarmos que os dois primeiros (PP/61 e PDI/71) foram elaborados em conformidade com o Padrão Tecnoburocratismo Desenvolvimentista, tal como proposto por Ribeiro e Cardoso (1994, p.77-89), já que assume o urbano como um problema do desenvolvimento e adota as idéias de racionalização administrativa e de geografia humana, para enfrentar o problema que se apresenta.

O PDDI/95 que em princípio poderia ser classificado como Reforma Urbana Redistributiva, o classificamos como Reforma Urbana Modernizadora, uma vez que sua concepção desenvolvimentista fundamenta o diagnóstico e organiza um discurso produtor dos problemas urbanos e habitacionais. Mas como objeto da intervenção é o próprio poder, já que os obstáculos são os entraves políticos classificamos também no Tecnicoburocratismo Desenvolvimentista (Ribeiro e Cardoso, 1994, p.77-89).

O Político é o ordenador das ações políticas, centralizando a idéia de um sistema nacional de planejamento, o qual exige a organização e racionalização da ação pública sobre as cidades. CNDU, IBGE, IBAM e IAB são resultados destas ações centralizadoras.

Na leitura do documento que contém o Plano Preliminar/61 (de São José dos Campos) é clara a idéia de seus propositores quanto aos obstáculos políticos-administrativos encontrados durante o processo de planejamento: a não aceitação imediata da necessidade de um planejamento do espaço urbano pelo Prefeito Dr. Marcondes, quando assume o Poder Local e recebe como herança as comissões de trabalho e a equipe do CPEU/FAU; e as dificuldades políticas colocadas pelos Senhores Vereadores sejam na aprovação de uma legislação facilitadora do uso do solo, sejam as solicitações do Executivo das reformas da estrutura administrativa, ou ainda nas solicitações das desapropriações necessárias às transformações da Área Central.

As melhores evidências contudo são: a solicitação das comissões de estudos mais profundos que viabilizassem informações necessárias a um planejamento integral requerido por um município do alcance de São José dos Campos; e a organização e atualização da máquina administrativa para facilitar a tomada de decisões quanto ao orçamento municipal como a Planos Executivos futuros (PMSJC/ Plano Preliminar, 1961).

Pela leitura do Relatório do Escritório Técnico de Planejamento sobre os Estudos e Planos Setoriais/Plano Diretor Integrado/1971, o discurso centra-se primeiro na importância de um planejamento para eliminar a situação caótica em que se encontrava o Município, apontando os bons resultados pelo Vale de Tenesse/Estados Unidos obtidos mediante o instrumento de intervenção - o planejamento - .

Segundo, a equipe do CPEU/FAU sugere a necessidade de um Planejamento Regional e um Planejamento Rural e elaboram o CODIVAP, um consórcio que entre outras tarefas, possibilitaria decisões regionais e divisão dos custos do processo de elaboração e implementação. Este fato indica a relevância dada a uma intervenção centralizada e regionalizada no espaço urbano com o intuito de resolver os problemas urbanos que se apresentavam naquele momento

histórico, e dirimir os obstáculos emergentes no seio do Poder Político, que atrapalham o desenvolvimento econômico.

Os diferentes planos, elaborados pelos diferentes governos brasileiros de 1960 para cá, federais, estaduais e municipais, têm em comum o fato de terem sido elaborados nos meandros da burocracia estatal, de priorizarem o econômico em detrimento do social, de concentrarem investimentos para a criação da infraestrutura necessária ao desenvolvimento. Na maioria deles, a saúde é alocada na programação setorial, não merecendo como deveria, nenhuma atenção especial por parte dos decisores, os técnicos da burocracia estatal.

Circunscrevem limites de ação, determinam a população alvo, mas não se deixa claro quem assumirá os custos sociais e os ônus do processo. Embora as decisões sobre o que deve ser feito no futuro sejam anunciadas, as fontes de onde sairão os recursos humanos e materiais não o são. As intervenções são expressas, mas as ações não correspondem a elas.

O Relatório do Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado/95 (PDDI/95), permite uma melhor análise, o próprio documento encontra-se em ótimas condições de leitura e sequência lógica de suas fases - objetivos, objeto de estudo, conhecimento da realidade e execução - facilitam a reflexão.

As decisões sobre o que deve ser feito no futuro são anunciadas, as fontes de onde sairão os recursos humanos e materiais não o são. As intervenções são expressas, mas as ações não correspondem a elas.

O PDDI/95, ao nosso ver, não faz uso de um único padrão de intervenção. Com certeza a ordem social não deixa de ser a base de legitimidade dos discursos e ações, e o objeto de ação continua sendo a sociedade, mediante os diversos canais colocados à disposição, os Conselhos Gestores de Unidade, os Núcleos de Saúde Comunitária e o Conselho Municipal de Saúde.

O objeto de intervenção é a conscientização e a humanização da sociedade, pois os obstáculos ao desenvolvimento social precisam ser removidos.

O Macrozoneamento Regional proposto nos anos 90 e o alerta constante de se vincular as diretrizes ao regional são exemplos de práticas urbanas constantes no PDDI/95 e que acabam por configurar o modelo lebreteano (Ribeiro & Cardoso, 1984), para o qual as intervenções urbanas racionalizadas serão realizadas à medida em que se conhecem as condições de vida do povo (Itens 3.3.7 a 3.4.11: diagnósticos/PDDI/95).

O PDDI/95 traduz a expressão de “esquerda” do padrão desenvolvimentista, uma vez que trata de elaborar um diagnóstico sobre os problemas urbanos (Itens 3.4: educação, saúde, habitação e 3.3: ocupação urbana/PDDI/95) e de propor uma terapêutica. Assim, a Habitação e a Cidade são os pontos essenciais das reformas de base propostas pelo padrão modernizador (Ribeiro & Cardoso, 1994).

O objeto da intervenção é o espaço nacional mediante políticas públicas centralizadoras, racionalizadas e redistributivas. Adota-se um discurso de esquerda, mas modernizador, e planejam-se intervenções técnicas, racionalizadas e centralizadas, mantendo uma visão terapêutica, mesmo abrindo canais que facilitem a participação popular.

O PDDI/95 ao reconhecer uma estratégia política para articular as entidades de classe e os movimentos populares, no caso da Saúde os CGU's, os NUSAC's e o COMUS, e ainda elaborar diagnósticos para todas as políticas setoriais, centrado nas desigualdades sociais e nos direitos sociais, adota o padrão de intervenção, definido por Ribeiro & Cardoso (1994) como redistributivo.

O eixo do discurso são os excluídos e a política das camadas populares (PDDI/Participação Popular/95).

O objeto de intervenção é a propriedade privada da terra, o uso do solo urbano e a participação direta das camadas populares na gestão da cidade. O campo de atuação é o jurídico. Propõe-se a produção de novos direitos sociais

mediante os movimentos sociais. A estratégia para o desenvolvimento é a conscientização e não a casa (PDDI/ Políticas Públicas Setoriais/95).

O PDDI/95 evitou ser um planejamento elaborado exclusivamente pelo Governo Municipal sem a participação dos diferentes segmentos da sociedade civil. Evitou desta maneira ser impositivo, alcançar de um lado maior racionalidade, e de outro menor rejeição/divergência.

O PDDI/95 reconhece que a participação no processo geral e na política setorial de Saúde ainda é frágil e insuficiente para dar legitimidade e aceitação de demandas sociais não solucionadas. Abre canais de participação e deixa como recomendação para os futuros administradores a grande batalha de promover a mobilização popular e contar com as camadas populares na implementação das políticas que lhes forem prioritárias.

A base de legitimidade de qualquer plano/planejamento, quando entendido como instrumento de mobilização, num Estado Democrático, é o apoio popular dado a ele, pois é em nome dos interesses da população que os governos asseguram a sua própria manutenção.

A efetivação do planejamento das políticas de saúde é uma resposta há muito esperada pelos melhores elementos das carreiras técnicas dos serviços de assistência médica. Estas exigências continuam a se esbarrar em

situações cristalizadas e interesses investidos, que impedem a sua efetivação (Ramos apud Iyda, 1994, p.98).

O planejamento independente do padrão que o norteia é uma ferramenta efetiva, se faz uso de métodos e técnicas baseados na análise e não nas suposições, intenções ou nos sentimentos. Como os interesses políticos estão presentes e os técnicos de planejamento se deixam influir por seus próprios valores ou pelos dos grupos com os quais trabalham, a dimensão político-

ideológica é, numa grande maioria de vezes, prioridade em relação à técnica e ao método.

Ao finalizarmos temos a concluir que:

- 1.º) as possibilidades de ocorrência de pontuações entre os planos nacionais e os planos/planejamentos locais de desenvolvimento do município no que concerne à Política Setorial de Saúde são, na verdade, ingerências do Governo Federal sobre os municípios brasileiros, no período que se estende de 1964 a 1988;
- 2.º) os dois primeiros planos/planejamentos elaborados pelo e para o Município de São José dos Campos, Plano Preliminar/61 e Plano Setorial/Plano Diretor Integrado/71 (este transformado em Lei Municipal), não definem uma Política Municipal de Saúde, não orientam programas e ações de saúde e nem definem espaços urbanos para alocação de serviços de saúde;
- 3.º) entre 1964 a 1976, se se pretende pensar em Política de Saúde, deve-se fazê-lo a partir basicamente dos serviços de saúde para a periferia urbana ofertados por instituições de benemerência, já que programas e ações de saúde não são motivos de pautas políticas. A Política de Saúde é resultante de ações de benemerência, sem instituições municipais envolvidas e sem qualquer orientação formal sobre quais serviços de saúde seriam prioritários;
- 4.º) foi justamente no período em que o Município de São José dos Campos encontra-se sob intervenção (1970-1978) é que a Rede Municipal de Saúde é instalada (1977 e 1978), sugerindo mais uma ingerência do Governo Militar no cumprimento da Política Nacional de Saúde como consta dos planos nacionais em vigência, do que uma Política Municipal de Saúde, já que o PDI/71 não contempla o setor de saúde;

5.º) em São José dos Campos cinco são os períodos marcantes quando se refere à colocação de serviços locais de saúde à disposição da comunidade:

5.1. o período de intervenção (1970 - 1978), durante o qual se institucionalizam os serviços de saúde no Município: criação do Departamento de Saúde Pública e a instalação da Rede Municipal de saúde;

5.2. a primeira gestão do Prefeito Joaquim Vicente Bevilacqua, a qual é reconhecida como a fase de proliferação dos serviços de saúde; são deste período as unidades médicas e odontológicas, a ampliação do FAMME e o convênio INAMPS/PMSJC;

5.3. o Governo Robson R. Marinho, incluindo os períodos do Sr. Hélio Augusto de Souza e do Sr. Antonio José M. de Farias, em que há desaceleração dos programas e ações de saúde. Duas são as hipóteses explicativas do refluxo: a primeira volta-se por considerar eficiente e eficaz a Política de Saúde e os serviços - ações - programas herdados de seu antecessor; a segunda refere-se ao fato de a preocupação política estar concentrada em outra política setorial em detrimento da política de saúde;

5.4. é na II gestão de Bevilacqua e no Governo Pedro Yves (1989-1992) que se tem a implantação do SUS e a instalação do projeto de Municipalização da Saúde. É deste período o funcionamento dos Conselhos (COMUS, NUSAC's e CGU's) e duas das quatro Conferências Municipais de Saúde. O Planejamento Ascendente é colocado em prática. Retoma-se a Política de Saúde.

5.5. a atual gestão municipal (1993: Governo do PT), é o quinto momento. Sem contar ainda com um Planejamento de Desenvolvimento que contemple o setor de saúde (o PDDI foi aprovado em fins de 1995), a Política de Saúde é projeto de campanha política. O avanço está na elaboração do PDDI/95, o qual define metas, programas e ações para os próximos dez anos a partir

de um diagnóstico bastante completo sobre o Município. Há continuidade das Políticas de Saúde do governo anterior.

O compromisso de campanha reflete-se na implantação de programas como o Hospital/Dia, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Projeto Casulo, Saúde Mental e a abertura de novos espaços destinados aos serviços e ações de saúde.

Somos inclinados a acreditar que o avanço do Sistema de Saúde do Município de São José dos Campos em particular não se insere exclusivamente numa proposta progressista de se fazer política de saúde. O avanço se deu também graças ao Movimento Sanitário e na conquista de três instrumentos legais: a Constituição Federal/1988, as Leis Orgânicas Municipais e os Decretos que regulamentam os Conselhos Nacional e Municipais de Saúde. São estes instrumentos, aliados aos projetos políticos da Elite de Poder Local, que passam a orientar e a facilitar as novas decisões políticas para o setor de saúde.

Não se pode afirmar que o avanço dado pelo COMUS (Decreto N.º 7043/90) garanta de um lado a real participação dos cidadãos na definição de uma Política de Saúde, e de outro garanta o acesso real aos diversos serviços locais de saúde.

Avaliar os serviços locais de saúde, a descentralização e o nível de participação popular nos Conselhos de Saúde são algumas questões que podem e devem ser desenvolvidas num outro trabalho de pesquisa.

Nesse sentido, alguns trabalhos já foram realizados em outros municípios. Um dos trabalhos que podemos citar é o Bodstein (1993, 189 p.). Neste trabalho, a autora reúne textos sobre a prestação de serviços para demonstrar que o nível local é um espaço privilegiado para a constituição dos atores, para a construção da cidadania, de expressão de conflitos, consensos e referenciais concretos para a programação e avaliação da atenção à saúde.

Nesta primeira etapa de reconstrução da formulação das Políticas de Saúde por meio dos Planos Diretores Urbanos (PP/61; PDI/71; PDDI/95), foi

possível identificar as diretrizes definidas para a Saúde, os equipamentos disponíveis aos serviços de saúde e a implantação e desenvolvimento da Rede Municipal de Saúde.

Foi também possível perceber as recomendações definidas nos Planos Nacionais e que passaram a ser consideradas e praticadas pelo Poder Local, independente dos Projetos Políticos da Elite no Poder Local.

No período que se estende de 1976 a 1995, estejam ou não definidas as diretrizes para a Saúde no Plano Diretor Urbano (PDI/71), mas atendendo às recomendações do Governo Federal, a chamada política intervencionista no setor da Saúde (ver capítulo 3), o Poder Local coloca à disposição da população, trabalhadores ocupados ou não no mercado de trabalho formal, uma Rede Municipal de Saúde que conta com 12 UAS's, 44 UBS's, 44 UO's, 01 UPA de Saúde Mental, a assinatura dos Convênios com o SUS e com a AIS, a reativação do Centro Cirúrgico do Pronto Socorro Municipal e o início da implantação do SUS.

Verifica-se total inadequação do PDI/71 no referente à questão da Saúde no Município de São José dos Campos e as exigências sociais do momento histórico. Este Município possui, na década de 80 uma realidade sócio-econômica e política muito diversa da do início dos anos 70. De um lado as altas taxas inflacionárias atingem o Município, as altas taxas de desemprego, o fechamento de grandes indústrias e as densas manifestações sindicais. De outro, o Município desloca-se para o Setor de Serviços, aumenta o número de favelados, e no que diz respeito a Saúde, o retorno de epidemias como o sarampo e a tuberculose reacende a discussão sobre a qualidade dos serviços locais de saúde e a carência dos recursos para o setor.

De 1984, 993 casos de AIDS foram registrados (796 homens e 197 mulheres) que colocam o Sistema Municipal de Saúde em alerta, se esforçando para reorganizar os serviços de saúde para viabilizar o atendimento preventivo na faixa etária de 20 a 34 anos, onde 66, 52 % dos casos soros positivos se concentram.

Estes dados obtidos em relatórios da Secretaria Municipal de Saúde (1997), nos levam a considerar que o Poder Local se vê pressionado a organizar programas e ações de Saúde independentes das diretrizes fixadas no PDI/71.

Um outro momento que merece destaque é a organização do PDDI/95. O seu conteúdo se apresenta como inovador e progressista, não pelo fato de ter sido construído em suas últimas etapas por uma Elite de Poder que se dizia Democrática e Popular, mas pelo avanço no plano jurídico-político, com a aprovação da Constituição de 1988, que passa a recomendar aos Municípios a organização de Conselhos Municipais, fóruns de Participação Popular e oferecem a eles um papel mais relevante nas decisões sobre a Saúde, graças ao processo de Descentralização.

Assim, o PDDI/95 traz em seu bojo diretrizes que norteiam a Política de Saúde como direito do cidadão e responsabilidade do Estado. Respeitando as exigências constitucionais fortalece o COMUS/90, as Conferências Municipais de Saúde, os Conselhos Gestores de Unidades, garantindo a participação dos reais interessados nestes fóruns.

3. POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NOS PLANOS DIRETORES DE SAÚDE.

"Só havia pirilampos
imitando o céu nos campos.
Tudo parecia certo.
O horizonte estava perto."
(C. Ricardo)

Dando continuidade à reconstrução histórica da formulação das Políticas de Saúde, agora a partir da análise dos Planos Diretores da Saúde, duas questões se colocam.

A primeira delas refere-se à não disponibilidade dos documentos relativos aos Planos Diretores da Saúde no período que se estende de 1992 a 1996, embora saibamos de sua exigência legal nas solicitações dos repasses de verbas para a Saúde, seja da esfera Estadual, seja da esfera Federal.

Dispôs-se, assim dos documentos referentes aos Planos Diretores da Saúde (PDS) de 1989, 1990 e 1991; e ainda do Relatório 76-78 do então Departamento de Saúde Pública, que estabelece o Plano de Equipamentos a partir de um levantamento dos espaços destinados à Saúde e norteia a Política de Saúde para o período; do Relatório "Sistema Integrado de Saúde"(SIS), de 1979 e do Documento "Departamento de Saúde Pública" (1980), que define os Programas "Operação Saúde" e a "Formação de Agentes de Saúde" para o período de 1980 a 1983. De 1984 a 1988 as informações disponíveis encontram-se no PDI/71.

A segunda questão refere-se ao fato de que estamos tratando da formulação de Políticas de Saúde para o Município de São José dos Campos, neste momento, em dois contextos políticos diversos.

De 1979 a 1984, o Estado Brasileiro se caracteriza pelo autoritarismo e centralidade política, encontra-se pressionado pelo Movimento Sanitário surgido no início dos anos 70, ao mesmo tempo que coloca Institutos e Programas à disposição dos trabalhadores ocupados no setor formal, elevando as questões sociais, notadamente a Educação, Habitação e Saúde, como Política de Proteção Social.

Os anos 80 caracterizam-se pela crise no Sistema de Saúde, o que leva ao fortalecimento dos movimentos sociais que pressionam o Estado Brasileiro a encarar a questão dos recursos materiais. Estes anos acenam para um avanço: a adoção do processo de Descentralização, o qual oferta aos Municípios certa autonomia para a organização da Política de Saúde, sem entretanto garantir os recursos materiais necessários; e do processo de Participação Popular, mediante a criação dos Conselhos Municipais e das Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Ambos os processos - Descentralização e Participação - de natureza não equivalentes, resultam da aprovação da Constituição de 1988, e reestruturam os programas sociais.

Este rol de inovações que passa a ser experimentado pelo Estado Brasileiro, modifica os modos de produzir e distribuir os bens e serviços sociais. Reconhece-se seu caráter progressista, mas não se eliminam as críticas sobre seu caráter seletivo e focalizador, nem se desconsidera a estigmatização dos beneficiários - uma política para pobres - nem se podem fechar os olhos para os descaminhos da descentralização sem os mecanismos de repasses de recursos.

Cada Município à sua maneira vem desenvolvendo uma trajetória para institucionalizar o seu Sistema de Saúde e a Política de Saúde. São José dos Campos também inicia uma programação de atenção à saúde por volta de 1973 e que culmina com o Plano Diretor de Saúde preparado para nortear os programas e ações de saúde a serem implementadas entre 1976-1978.

Diante deste quadro é que se procederá à análise acima mencionada. Um dos documentos disponíveis para se refletir sobre as diretrizes que orientaram os projetos e ações de Saúde em São José dos Campos, no período de 1976 a 1978, é o **RELATÓRIO**, de responsabilidade do Dr. Ivan da Silva Teixeira, nessa época Diretor do **Departamento de Saúde Pública - DSP/SJC** -

Esse documento contém os antecedentes do DSP, os trabalhos a serem realizados no período de 1975-78, mediante o estabelecimento do Plano Integrado da Saúde, definindo um conjunto de programas a ser implementado no Município de São José dos Campos. Sem dúvida, o Relatório, ao sistematizar o DSP/SJC propondo um Plano de Saúde, tem o mérito de sensibilizar a Administração Municipal para retirar a saúde da secundarização com a qual foi tratada no Município de São José dos Campos até então. Mesmo que na prática a maioria dos programas e ações de saúde não tenham sido implementadas, eles definiram a Política de Saúde da década de 80.

A Pesquisa Hospitalar (Relatório, 1976-1978), realizada em 1976, pelo então criado Departamento de Saúde Pública/SJCampos, levanta os recursos existentes e meios disponíveis para a Saúde, tanto do Setor Público como Privado, com os quais o Município possa contar na elaboração de um plano para a Saúde na administração do Dr. Ednardo José de Paula Santos (1975 - 1978). O instrumento de coleta foi uma entrevista realizada junto a 13 estabelecimentos com atuação no setor de saúde. O questionário conta com 06 blocos, buscando informações e dados sobre a identificação da organização, informações gerais, relações entre as entidades, o INPS e o Ministério de Saúde, deficiências no atendimento hospitalar, possíveis soluções para as deficiências identificadas, instalações, atendimento ambulatorial e movimento hospitalar.

Entre as demais informações dispostas no Relatório (1976-1978), encontram-se:

- 1.º) A criação do Departamento de Saúde Pública pela Lei Municipal N.º 1788/76, subordinado ao Prefeito Municipal, com autonomia para as decisões referentes às questões técnicas. O principal programa estabelecido para o DSP/SJC, segundo o Relatório, foi o Plano Diretor de Saúde para São José dos Campos.

O DSP/SJC criado em 1976, na gestão do Prefeito Ednardo José de Paula Santos, conta, segundo o Relatório (DSP/SJC,1978), com uma Administração Geral e uma Divisão Médico-Hospitalar que conduz a Política Médico-Social do Município; conta também, com a Unidade Básica de Saúde, que enquanto órgão de saúde serve como primeiro elemento sanitário para a população, atuando nos níveis de Medicina Ambulatorial, Preventivo e Domiciliar; e ainda, com a Unidade Volante de Saúde e o Setor Médico-Patrimonial que dá assistência médico - odontológica ao pessoal da Prefeitura e seus dependentes (Decreto N.º 1566/73); com a Divisão de Higiene e Profilaxia para

coordenar os programas relativos à Higiene e Profilaxia e imunologia da população (Relatório, 1978, s/p.):

A Divisão de Saúde Escolar, com os objetivos de

coordenar e responder pelas condições médicas e odontológicas dos escolares do Departamento de Educação da Prefeitura Municipal, no que concerne a saúde, profilaxia, assistência dentária e alimentária (Relatório, 1978, s/p.);

e o Comitê de Defesa à Comunidade, presidido pelo Prefeito Municipal, tem como objetivo principal

estudar e planejar o desenvolvimento de operações de urgência a serem postas em prática no acontecimento de grandes acidentes ou calamidade pública (Relatório, 1978, s/p.) .

2.º) A criação do Conselho Municipal de Saúde,

órgão consultivo em nível superior, encarregado de participar no assessoramento da política municipal de Saúde Pública e nos assuntos relativos às áreas de atribuição do Departamento de Saúde Pública da Prefeitura Municipal (Projeto de Lei N.º 73/76: art.1.º).

A participação da sociedade civil se dará por escolha do Prefeito Municipal entre aquelas pessoas

que possam proporcionar ao Departamento de Saúde Pública assessoramento especializado na área de medicina ou administração hospitalar (Projeto de Lei N.º 73/96: art. 2.º, § 2.º).

A efetivação do Conselho Municipal de Saúde de São José dos Campos, hoje conhecido como COMUS, se dá em 1990, durante a gestão do Prefeito Municipal Pedro Yves.

Membros do Conselho Municipal de Saúde

05 membros nomeados pelo Executivo Local, dos quais 04 serão escolhidos dentre personalidades eminentes da medicina e administração hospitalar joseense; o Diretor do DSP/SJC é membro nato do CMS/SJC.

3.º) A instituição do Plano de Equipamentos de Saúde de São José dos Campos pelo Projeto de Lei N.º 28/77. Este Decreto definiu a Rede Municipal de Saúde, a qual passa a contar com:

- a) Hospital Regional abrangendo o nível secundário de atendimento para diagnósticos e tratamento de distúrbios que exigem cuidados médicos sofisticados e tecnologia específicas, e o nível terciário para diagnóstico e tratamento de alta sofisticação por meio do emprego de tecnologia refinada e equipes multidisciplinares;
- b) Hospital Distrital abrangendo o nível secundário articulado ao nível primário, operacionado pelos Centros de Saúde;
- c) Centros de Saúde com diferentes campos de atuação e níveis de competência.

O Plano de Equipamentos de Saúde de São José dos Campos estabelece a localização dos Hospitais Regional e Distritais. O artigo 4.º do Projeto de Lei N.º 28/77 estabelece a Avenida Juscelino Kubitschek no final da Região Leste como o local mais apropriado para a localização do Hospital Regional.

Os Hospitais Distritais seriam instalados em locais que permitissem o acesso da população das diferentes regiões e de municípios próximos. O Hospital Distrital do Alto da Ponte seria implantado junto à Rodovia para Campos do Jordão, Região Norte; o Hospital Distrital América próximo a Rodovia de São José dos Campos - Jacareí com uma capacidade operacional inicial de 250 leitos para uma demanda de 20.570 pessoas; o Hospital Distrital Vidoca próximo à Avenida Fundo do Vale prevista sobre o Ribeirão Vidoca, para atender à população que se localiza ao longo da Rodovia São José - Paraibuna, e com capacidade de 250 leitos.

A instalação destes equipamentos para a saúde foi prevista para nove anos a contar de 1976. O Hospital Regional foi transformado em Hospital Municipal e inaugurado vinte anos depois, em outubro de 1996, no final da Gestão Petista, no local previsto. Os Hospitais Distritais não foram concretizados até o presente momento.

O Projeto de Lei N.º 28/76 define os espaços destinados à prestação de serviços ligados à Saúde da Comunidade e às exigências a serem cumpridas para as edificações das clínicas diagnósticos e de terapias, dos hospitais de curta e longa permanência, dos laboratórios de análise clínica, das clínicas radiodiagnósticas, das clínicas de medicina nuclear, dos pronto-socorros, centros, dispensários, postos de saúde.

A gestão do Prefeito Ednardo de Paula Santos (1975-1978), pelo que se percebe durante a leitura do Relatório elaborado pelo Dr. Ivan Teixeira, enquanto Diretor do Departamento de Saúde Pública, foi rica nas discussões com o Poder Legislativo Local e no envio de mensagens do Executivo sobre a

qualidade de vida da população. No entanto as realizações reduzem-se, como já apontamos no item 4.3, ao DSP/SJC, 06 UBS's, Pronto-Socorro Municipal "Dr. Carlino Rossi" (Decreto N.º 2335/77: denominação do PS) e Unidades Médico-Odontológicas em 10 escolas municipais e o **Fundo de Assistência Médica e Medicamentosa - FAMME** -.

Entre as realizações, apontadas acima, aquela que se esbarra em dificuldades e gera descontentamentos na comunidade local, é a concretização da Unidade Básica de Saúde de Bonsucesso. A distância física limita o acesso dos usuários aos serviços de saúde ofertados por esta Unidade Básica, dificulta o cumprimento do horário pela equipe médica, pelo menos do horário que serve ao usuário, o qual depende do caminhão de leite para transportá-lo entre o seu local de moradia e a UBS-Bonsucesso.

Pela leitura deste Relatório (DSP/SJC, 1978) conclui-se que a Política de Saúde proposta para o Município de São José dos Campos, durante a gestão do Prefeito Municipal Ednardo de Paula Santos, assenta-se tanto na **Institucionalização da Saúde Pública** mediante um Plano de Equipamentos e Instalações para Saúde, como na **Administração Integrada do Sistema de Saúde Municipal** (grifos nossos).

A conclusão do documento "Relatório" (1976-1978) nos leva a inferir a grande importância dada pelo seu autor ao papel do Administrador de Saúde para a garantia de

uma melhor assistência médica evitando aquela superposição de atividade num desperdício de esforços para atender seus objetivos que é a Saúde (Relatório, 76-78, s/p.).

O Relatório (1976-1978) não elabora um **Diagnóstico** sobre o Município de São José dos Campos. Oferece-nos apenas um **panorama geral da situação da Divisão de Saúde**. Não apresenta uma análise profunda, mas

superficial de cada um dos três setores da Divisão de Saúde - **Higiene e Profilaxia, Saúde Escolar e Administrativo e Serviços Gerais** - e o Fundo de Assistência Médica e Medicamentosa (FAMME).

O relator do documento “Relatório” (1976-1978) aponta que as dificuldades encontradas para a reconstrução do período que antecede a criação do Departamento de Saúde Pública (DSP/SJC) devem-se à falta de planejamento e objetividade dos propósitos da Divisão de Saúde. Este argumento justifica a proposição de um planejamento que garanta a integração do Setor de Saúde, a utilização da ciência da Administração para melhorar a eficiência e a eficácia do sistema a ser implantado com o Plano de Saúde e de Equipamentos e a utilização dos dados empíricos, como norteadores das decisões..

O relator do documento “Relatório” cuida de oferecer o **Perfil Sanitário de São José dos Campos** antes de apresentar a Política de Saúde, os programas e as ações propostas pelo DSP/SJC, indica de forma clara e resumida os aspectos físicos, os aspectos sócio-econômicos, os serviços médico-odontológico e hospitalares existentes, a rede sanitária. Utiliza-se de dados obtidos pela entrevista e analisados pela metodologia quantitativa. A pesquisa hospitalar pode ser classificada como descritiva, uma vez que apenas descreve as características e se propõe a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade (GIL, 1991, 159 p.).

Não há qualquer menção do relator do documento referente a verbas (**Recursos Financeiros**) necessárias à implantação de qualquer programa; não há também qualquer referência ao montante de capital necessário à institucionalização da Política de Saúde.

O documento é omissivo quanto aos **Recursos Humanos** necessários à implementação dos programas e ações de saúde propostos pelo DSP/SJC, e é pormenorizado no que diz respeito à construção dos espaços destinados aos programas de saúde (**Recursos Físicos** necessários); detalha-se cada componente necessário às instalações; descrevem-se os equipamentos necessários. Por

exemplo: sanitário anexo à Sala de Exame com 1,50m²; Sala de preparo do material radioativo com 9 m², dotada de armário com blindagem, balcão com pia, em posição anexa à Sala de Exame.

A **Decisão** mais significativa é a **Institucionalização da Saúde Pública de São José dos Campos**, realizada com a criação do Departamento de Saúde Pública e com o Plano Diretor de Equipamentos de Saúde, o qual estabelece de forma centralizada as diretrizes, projetos, programas e ações de Saúde.

Outras decisões merecem destaque: a) trazer para o Município a **Cultura do Planejamento** e empregá-la nos Serviços de Saúde para com eficiência e eficácia garantir a qualidade de atendimento das demandas sociais; b) a segunda mudança significativa diz respeito ao papel do Administrador de Saúde para a integração do sistema de saúde local.

Entre os **Objetivos Gerais** do DSP/SJC encontra-se o oferecer

princípios básicos necessários à organização e funcionamento do sistema integrado médico-social (medicina preventiva e curativa) bem como toda orientação e desenvolvimento correto da Medicina Patrimonial”- (FAMME)-(Relatório, 76-78, p.34).(Grifos nossos).

Os **objetivos operacionais** encontram-se vinculados a cada um dos programas estabelecidos pelo DSP/SJC e serão identificados quando da análise dos principais programas.

O conjunto de medidas para a concretização dos objetivos ou as soluções encontradas para os problemas diagnosticados - **Programas** - é apresentado por setor. No **Setor Médico-Hospitalar** têm-se os seguintes programas: a) Policlínica Municipal, unidade de atendimento aos Servidores Municipais e seus dependentes; b) Unidade Ambulatorial, para atendimentos a

casos de fisioterapias; c) Unidade Diagnóstico para seleção e controle de saúde admissional; d) Unidade Administrativa para atender aos propósitos burocráticos; e) Unidade de Apoio; f) Central de Medicamentos para atender ao DSP e estabelecimentos médico-hospitalares.

No **Setor Unidade Básica de Saúde**: a) elaborar um projeto de construção específica com condições de evoluir com as novas necessidades do desenvolvimento da área de instalações; b) cada UBS deve estar num espaço adequado ao atendimento dos objetivos propostos no Plano Diretor de Saúde Municipal: assistência médica em geral, Obstetrícia e Pediatria, Medicina Preventiva (imunologia, saneamento básico e educação sanitária), até que a ampliação permita a transformação da UBS em Hospital Regional.

Na **Unidade de Internação e Ambulatório do Hospital Pronto-Socorro “Dr. Carlino Rossi”**: a) este programa conta com 03 sub-programas: o Centro Neuropediátrico, o Centro de Prevenção do Câncer e o Centro Comunitário de Saúde Mental; b) a perspectiva é adiantar-se ao aumento populacional e com isto prevenir os problemas de doença.

No **Setor Médico Escolar** para atender aos alunos da Rede Escolar Municipal e melhorar a qualidade do serviço médico prestado, estabelecem-se os seguintes programas: a) a Unidade Médico-Odontológica; b) exames biomédicos anuais; c) programa de recuperação de saúde; d) programa de vacinação e medicina preventiva; e) educação sanitária; f) programa de combate à verminose; g) programa geral de Saúde Escolar. Esses sub-programas devem combater a desnutrição e os distúrbios de aprendizagem.

O Relatório (1976/1978) ao referir-se às **Medidas Administrativas ou de Racionalização** o faz em três sentidos: a) no sentido de alertar para a **Ciência da Administração** que viabiliza o planejamento, a organização, a coordenação e o controle; b) no de alertar para a **ausência de um plano diretor do sistema de saúde local**; c) e por último no de chamar a atenção para o **Plano Diretor** estabelecido para o Departamento de Saúde Pública do Município e para

o estabelecimento dos programas e sub-programas segundo os objetivos básicos definidos a partir do diagnóstico do Município e da Divisão de Saúde. As formas de gerenciamento, os recursos humanos e materiais necessários, no entanto, foram desprezados pelo autor do Relatório.

As **Inovações Políticas** que merecem destaque primeiro por que relacionam-se com os objetivos gerais, e segundo por definirem as direções dos programas e das ações de saúde no período de 1976 a 1978 são:

1. A própria organização do documento, objeto de análise deste quadro - o Relatório 1976/1978 - é estabelecida para tentar

corrigir duplicações, antagonismos e desorientação das ações (Relatório 76/78, p.01) (grifos nossos),

e definir

uma racionalização de serviços composta por uma rede única de complexidade crescente em proporções da necessidade demográfica (Relatório, 76/78, p.02) (grifos nossos)

da Saúde Municipal, considerando desta maneira as diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde. Lembremo-nos que são desse período as seguintes expectativas do Estado Brasileiro (Jacobi, 1993, 174 p.): a) integrar as ações estatais regulamentadas em final de 1970 mediante a criação do Sistema Nacional de Saúde; b) criar medidas para aumentar o controle dos gastos com a assistência médica; c) reorganizar as atividades finalísticas por meio do SINDAS e coordenar as atividades médicas por meio do INAMPS. As intervenções estatais no setor da saúde (Jacobi, 1993) terminam por sugerir a intervenção e a centralização municipal no setor de saúde em São José dos Campos, como reconhece o próprio relator do Relatório (1976/1978).

2. O Perfil Sanitário de São José dos Campos elaborado mediante: a) uma entrevista sistemática com os responsáveis pela administração de 13 organizações de saúde local, tais como hospitais, clínicas e sanatórios; b) uma

pesquisa documental sobre dois indicadores epidemiológicos - Mortalidade Geral e Causas de Morte - para alimentar os

prognósticos a serem exercitados para a consolidação de um plano (Relatório, 76/78, p.33).

Em síntese, o perfil sanitário aponta

um déficit numérico de leitos. A baixa produtividade das Unidades existentes é função da carência, dispersão e mesmo obsolescência dos equipamentos ofertados aliados a uma desintegração operacional e física, agravada basicamente pela dificuldade de arregimentação de recursos humanos seja em nível de operação, seja em nível de gerência (Relatório 76-78, p.35) (grifos nossos).

3. A criação do Departamento de Saúde Pública do Município de São José dos Campos pela Lei N.º 1788/76, com os objetivos, entre outros, de

dar uma visão global da Administração do Departamento de Saúde Pública, dar princípios básicos necessários à organização e funcionamento do sistema integrado médico-social (medicina preventiva e curativa) bem como toda orientação e desenvolvimento correto da Medicina Patrimonial (Relatório 76/78, p.35).

e ainda,

fornecer ao pessoal administrativo e especializado os critérios necessários para a eficiência do Departamento de Saúde Pública (Relatório, 76-78, p.35) (grifos nossos).

A criação de um Departamento de Saúde Pública com as intenções de integrar as ações municipais, melhorar a efetividade da Política Municipal de Saúde a longo e curto prazo e controlar os gastos com a assistência médica

adequa-se ao quadro de intervenções estatais no setor de saúde e à política de centralização que caracterizam o poder instalado no Brasil no pós-64, como indicamos páginas atrás ao tratarmos das relações entre o Estado Brasileiro e as Políticas de Saúde.

A Lei N.º 1788/76 ao criar o DSP/SJC estabelece o seu desenvolvimento funcional: estrutura a administração geral, identifica as atribuições e subordinação da Divisão Médico-Hospitalar, define e dá as atribuições tanto das Unidades Básicas de Saúde como das Unidades Volantes de Saúde (unidades complementares que atuam enquanto as Unidades Básicas de Saúde não são implantadas) e define o Setor Médico-Patrimonial (assistência médico-odontológica aos servidores municipais e seus dependentes), acaba por demonstrar a preocupação do município em equilibrar suas atividades às estruturas burocráticas para fazer frente a institucionalização da política de saúde, como conclui Jacobi (1989) ao analisar o processo de intervenção do Estado Brasileiro nas Políticas de Saúde.

4. Duas outras inovações políticas encontradas no Relatório (1976-1978) são a constituição do **Comitê de Defesa à Comunidade**,

Sob a presidência do Prefeito Municipal em caráter permanente para estudar e planejar o desenvolvimento de operações de urgência a serem postas em prática no acontecimento de grandes acidentes ou calamidade pública (Relatório, 76-78, p.45) (grifos nossos),

e o **Conselho Municipal de Saúde**, cuja constituição justifica-se não pelo desenvolvimento da cidadania, mas como uma necessidade criada pelas

Funções públicas terem derivado do conceito de polícia para o de serviço e controle (Relatório, 76-78, p.45) (grifos nossos),

o que leva o governante a

Orientar-se por objetivos que traduzam as aspirações comuns, ouvindo, para isso, pessoas representativas do ambiente em que tem de atuar, utilizando dos meios e dos métodos das organizações privadas em tudo quanto possa contribuir para a maior eficiência da ação governamental (Relatório.76-78. p.45)-(grifos nossos).

A proposta do Conselho Municipal de Saúde feita num período em que a administração local encontra-se sob um governo de intervenção é um avanço, mas a forma de sua composição indica, no mínimo, um processo elitizado, já que os componentes são profissionais da área da saúde, excluindo os cidadãos usuários do sistema .

5. A organização do **Plano Diretor de Equipamentos de Saúde de São José dos Campos** que normaliza as construções para a saúde tem como finalidade

Integrar e sistematizar operacionalmente os diferentes equipamentos de saúde, promovendo uma maior racionalização de recursos, com vistas a uma sensível e rápida melhoria quantitativa e qualitativa de saúde da comunidade a menores custos que os atuais (Relatório. 76/78, 53) (grifos nossos).

Usando-se do método analítico proposto por Offe (1975) e por Offe & Gero (1984) infere-se, pelas estruturas do próprio texto, que a inovação política de se utilizar da burocracia para normatizar os espaços destinados à saúde tem a intencionalidade, enquanto ação e prática, de minimizar as lutas sociais, intervir na economia e afiançar as relações sociais, já que ao se definir os espaços definem-se as atribuições dos profissionais da área, os serviços a serem prestados e o tipo de usuário do sistema. Demonstra-se a preocupação com as questões de saúde, evitando-se desta forma os conflitos sociais.

A preocupação com o planejamento, a organização, a coordenação e o controle permite-nos inferir que a Administração da Saúde entre 76 e 78 fundou-se na integração dos esforços, o que se pode denominar de concepção “gestáltica” (expressão usada pelo relator) tão em moda nos anos setenta.

O responsável pelo documento (Relatório, 1976/7198) conclui

que a Administração Integral atende ao conjunto, utilizando todas as potências enumeradas para uma melhor assistência médica, evitando aquela superposição de atividade num desperdício de esforços para atender a seus objetivos que é a Saúde (Relatório, 76/78, p.172) (grifos nossos).

O documento “Relatório 1976/1978” não trata de identificar concretamente nenhum **Ator Social**, seja movimentos sociais, grupos sociais ou pessoas envolvidas no processo. O documento limita-se a reconhecer que a implementação da política de Institucionalização da Saúde Pública no Município de São José dos Campos e a proposta de uma Administração Integrada do Sistema de Saúde Municipal estão na dependência de um conjunto de profissionais da área da saúde local orientados pelo Diretor do Departamento de Saúde Pública/SJC e subordinado diretamente ao Prefeito Municipal.

Os componentes do Conselho Municipal de Saúde, como já afirmamos acima, são selecionados pelo Prefeito Municipal considerando a possibilidade de cada um contribuir com o assessoramento técnico pretendido.

Neste sentido a participação de movimentos e grupos sociais engendrados fora do Executivo não tem acesso ao processo decisório, o que nos leva a entender por Atores Sociais aquelas pessoas reconhecidas pelo Poder Local como portadoras de conhecimento técnico na área de medicina ou administração hospitalar (Projeto de Lei N.º 76), excluindo-se os cidadãos das chamadas classes populares.

Os **Canais de Participação** estão restritos aos cidadãos com conhecimento técnico-profissional na área da saúde e mesmo assim quando reconhecidos pelo Executivo Local. Como o Conselho Municipal de Saúde foi concretizado em 1990, consideramos a exclusão total da sociedade civil das decisões sobre as Políticas de Saúde no período que se estende de 1976 a 1978.

Não há canais de participação nem mesmo para aqueles que pudessem vir a ser selecionados pelo Poder Local, uma vez que não existe de fato nem o Conselho Municipal de Saúde nem o Comitê de Defesa à Comunidade. Ambos não saíram do papel, até os anos 90, quando se institucionaliza o Conselho Municipal de Saúde (COMUS), os NUSAC's, os CGU's e as Conferências Municipais de Saúde.

O documento é omissos seja em relação à divulgação das soluções propostas, seja em relação aos resultados alcançados quando da implementação dos programas. A execução de cada programa detalhado no Relatório 76-78 fica sob a responsabilidade do Departamento de Saúde Pública/SJC subordinado diretamente às decisões do Prefeito Municipal.

Para Tripodi et al. (1975, 116 p.), o sucesso de cada programa está na dependência da eficiência e eficácia de cada uma das seguintes fases do momento da Avaliação dos Programas (medidas e soluções):

- a) na iniciação, quando se estabelecem objetivos e as tecnologias necessárias e se identificam os executores do programa;
- b) no contato, quando se definem como se dará a divulgação das soluções, das operações e dos serviços;
- c) na implementação, quando o avaliador avalia as formas pelas quais os programas foram colocados em prática e verifica se os resultados foram alcançados.

O documento em questão ao não definir cada uma das fases - iniciação, contato e implementação - nos leva a inferir que a inovação política de se institucionalizar a Política de Saúde no Município de São José dos Campos, não garante implementação dos programas e das ações de saúde definidas no Plano Diretor de Equipamentos de Saúde, mesmo tendo sido definidos a partir de um conjunto de estudos empíricos, nem define os mecanismos de avaliação.

3.1. Políticas de Saúde dos anos 80

O Município de São José dos Campos inicia os anos 80 com um Sistema de Saúde delineado pelo Plano Diretor de Saúde (Relatório 1976-1978). O Departamento de Saúde Pública de São José dos Campos, o FAMME, a Casa da Criança (hoje, APAE), algumas Unidades Básicas de Saúde, o Programa de Atendimento ao Escolar da Rede de Ensino Municipal, o Pronto-Socorro, o Centro de Saúde, o Projeto CURA e a Divisão de Odontologia fazem parte deste sistema.

A Política de Saúde do Município nunca mais foi a mesma. O Plano Diretor de Saúde (1976-1978) elaborado a partir dos estudos empíricos realizados, o Perfil Sanitário e o Plano de Equipamentos, e ainda, a estruturação burocrática do Departamento de Saúde Pública, marcam uma etapa decisiva nos destinos da atenção à saúde do Município de São José dos Campos, mesmo que nem todos os programas e ações definidas tenham sido implementados.

São José dos Campos passa a ofertar uma atenção cada vez mais qualificada para o setor de saúde a partir de então. Em algumas gestões a atenção é mais prioritária em outras nem tanto. Com certeza pode-se afirmar que os gestores do Município de São José dos Campos da década de 80 enfrentam as crises institucionais e econômicas que dificultam a vida do cidadão e desafiam qualquer decisão política.

A qualidade de vida pelas condições históricas da década é a cada dia menos qualificada, exigindo atenções primárias mais freqüentes, o uso de tecnologias simples, eficazes e de baixo custo e supervisão permanente para assegurar acesso amplo da população aos serviços básicos de saúde.

Pela primeira vez em sua história, São José dos Campos conta com um Plano Diretor de Saúde e um Departamento de Saúde Pública para fazer frente às questões de Saúde. A Saúde é tida como prioridade do governo local instalado em 1979. A cultura do planejamento e as teorias da administração fundamentam o modelo de atenção à saúde.

Essa década também assiste ao engajamento dos profissionais na luta pela melhoria dos sistemas de saúde e para obterem conquistas significativas como a Conferência Nacional de Saúde de 1986.

Os fundamentos filosóficos que passam a nortear o Departamento de Saúde Pública do Município de São José dos Campos para a nova realidade política a ser implementada a partir de 79 encontram-se, segundo o Documento “Departamento de Saúde Pública” (PMSJC, 1980):

- a) nos anais da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde/Organização Mundial de Saúde, realizada em ALMA-ATA, URSS, 1978:

Os cuidados primários da saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o País possam suportar em cada etapa de seu desenvolvimento, com um espírito de auto - responsabilidade e auto – determinação. A atenção primária faz parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (...) (DSP, 1980, p.06) (grifos nossos).

b) na Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e da Previdência Social de 26/06/78:

A fim de assegurar à população amplo acesso aos serviços de saúde, a instalação de Serviços Básicos terá precedência sobre qualquer outro de maior complexidade (...) (DSP, 1980, p.07)(grifos nossos).

c) nos Encontros Municipais do Setor de Saúde - Campinas, 1978 e Niterói, 1979 -:

A prioridade da Programação Municipal de Saúde deve estar voltada para a Atenção Primária de Saúde, através dos postos de saúde.(...) (DSP, 1980, p.08) (grifos nossos).

É em 1979 que a Saúde é prioridade do programa do Governo Joaquim Bevilacqua. É o início do programa **Operação Saúde** (SIS, 1979, p.71-75; DSP, 1980). Este programa tem a pretensão de otimizar as ações de saúde para assim responder às necessidades de saúde de uma população cada dia mais carente, cumprindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e dos Encontros Municipais.

FASES	OBJETIVOS	ATIVIDADES
O programa "Operação Saúde"		
1. IDENTIFICAÇÃO		trata-se de uma sistemática de atendimento que visa a atingir a população mais carente, nos bairros periféricos, desprovidos de assistência médica e social, com precárias condições de saneamento básico (SIS, 1979, p.71) (grifos nossos)
2. INTERVENÇÃO		e tem como objetivo geral
3. AVALIAÇÃO		melhorar as condições de saúde da população localizada em bairros periféricos através de ação de caráter temporário, intensivo e com acompanhamento posterior que abranja a organização social da população, por meio de ação grupal (DSP, 1980; SIS, 1979, p.72) (grifos nossos).

A importância do Programa “Operação Saúde” encontra-se na experiência concreta de possibilitar pela primeira vez a

participação da comunidade, procurando envolvê-la ao máximo para que o trabalho tenha condições de continuidade (DSP, 1980; SIS, 1979, p.72) (grifos nossos).

além do Poder Público e das Entidades convidadas, como a Associação Joseense de Assistência à Mulher (AJAM) e a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) (DSP, 1980). Neste sentido a Operação Saúde é um canal de participação, mesmo que se critique pela participação do cidadão restringir-se ao papel de indicar o Vigilante de Saúde.

O Programa Operação Saúde foi organizado para ter, em sua primeira fase, a duração de 30 dias, em duas etapas (DSP,1980; SIS, 1979, p.71-75). A etapa pré-operatória: determina o local, em geral um único bairro de cada vez, por sua carência; e divulga-se a operação usando-se os meios de comunicação disponíveis.

A segunda etapa da Operação Saúde conta com 4 fases - **Levantamento, Planejamento, Educação Sanitária, Ação Saúde** - com duração de uma semana para cada uma delas. O quadro abaixo sintetiza as fases da Operação Saúde.

Quadro 8 - FASES DA OPERAÇÃO SAÚDE

FASES	RESPONSÁVEL	ATIVIDADES
1. LEVANTAMENTO	• Dep. de Promoção Humana	1.1 Reunião Preliminar com a comunidade para esclarecimentos sobre a Operação Saúde: identificação das lideranças comunitárias; identificação das necessidades da população; preparação da eleição do Vigilante de Saúde. 1.2 Levantamento individualizado: identificação das condições sanitárias, habitacionais, nutricionais, etc.... 1.3 Reuniões com a comunidade
2. PLANEJAMENTO	• Dep. de Saúde Pública • Dep. de Promoção Social • Dep. de Educação • Ass. de Plan. E Coord.	2.1 Análise dos dados coletados; 2.2 Planejamento conjunto dos Departamentos e entidades envolvidas 2.3 Planejamento com a comunidade
3. EDUCAÇÃO SANITÁRIA	• Dep. de Saúde Pública • Dep. de Promoção Social • Dep. de Educação • Ass. de Plan. e Coord.	3.1 Palestras participativas com as crianças e com os adultos sobre nutrição, higiene-pessoal, agravos à saúde e orientação sobre os recursos médicos existentes.
4. AÇÃO SAÚDE	• Setores respectivos	4.1 programa das fossas 4.2 recreação infantil 4.3 vacinação (crianças e animais) 4.4 cuidados com água e lixo

OBS.: Fonte DSP, 1980

Pelo que se pode concluir pela leitura do documento **“Departamento de Saúde Pública - 1980”** (DSP,1980, p.41-47) o Programa Operação Saúde colocado em prática na primeira gestão do Dr. Joaquim V. Bevilacqua, mesmo que não tenha atingido todos os Bairros do Município de São José dos Campos, garante uma mudança significativa nos rumos da Política de Saúde.

É uma Inovação Política, pois democratiza as soluções à medida em que se aproxima da comunidade e a convida a participar tanto das reuniões, da indicação do Vigilante de Saúde, da definição pelos cidadãos da comunidade das ações de saúde prioritárias para o momento, como das reuniões e atividade educativas e recreativas que iniciam o processo de educação para a cidadania.

Os atores sociais envolvidos no processo de implementação do Programa Operação Saúde - órgãos públicos, entidades interessadas e os cidadãos da comunidade selecionada - colaboram mediante suas ações e papéis. Comparando com a ausência total de participação dos cidadãos no processo de organização do Plano Diretor de Saúde - 1976/1978, a proposta de 1979, pelo menos em tese, dá uma direção ao programa e arrola um conjunto de soluções que merece ser considerado como uma prática bem sucedida (Bonduki, 1996, 267 p.).

O Programa Operação Saúde é uma inovação política que merece destaque, ainda mais porque traz para o cenário a figura do Vigilante de Saúde. É o chamamento do cidadão para se responsabilizar pela questão da saúde à medida em que atua

junto às Sociedades Amigos de Bairro, oferecendo suporte às ações do Agente de Saúde e em permanente contato com o Departamento de Saúde Pública (DSP, 1980, p.48).(grifos nossos).

A definição da Política de Saúde com base na Atenção Primária à Saúde e na participação popular mediante ações e papéis a serem desempenhados pelos usuários, permite que o primeiro ano da gestão de Joaquim Bevilacqua seja considerado como sucesso:

a) é instalada a Coordenadoria de Enfermagem para

prestar cuidados de enfermagem à comunidade, contribuindo para manter a saúde do indivíduo dentro da programação do Departamento de Saúde Pública (...) (DSP.1980, p.15);

b) é instalada a Coordenadoria de Educação Sanitária para

planejar, coordenar e avaliar todas as atividades de educação sanitária desenvolvidas pelo Departamento de Saúde Pública através de suas divisões visando levar os benefícios da saúde ao maior número de indivíduos em especial aos mais carentes (DSP.1980, p.16);

c) é instalada a Coordenadoria de Nutrição com o objetivo geral de

contribuir para a melhoria do nível de saúde da comunidade, levando-a a assumir atitudes favoráveis ao consumo de alimentos, de acordo com suas necessidades, possibilidades econômicas e abastecimento local (DSP, 1980, p.17);

d) instala-se o Centro de Estudos para o Desenvolvimento de Recursos Humanos na Área de Saúde (CEDRHAS), ainda hoje em funcionamento, com o objetivo de

criar condições para a perfeita integração das diversas Divisões que compõem o Departamento de Saúde utilizando para isso de projetos de pesquisa e de atividades docentes que envolvam interesses comuns a estas áreas (DSP, 1980, p.18-19).

Entre as condições consideradas necessárias estão as atividades docentes, atividades de pesquisa, boletins informativos, convênios;

e) a instalação das Unidades Avançadas com o objetivo básico de ofertar

atenção primária de saúde em caráter permanente a populações periféricas (DSP, 1980, p.21-24)

e tem no Agente de Saúde o responsável pelas Ações de Saúde que favoreçam o conhecimento da comunidade, a educação sanitária, os trabalhos de organização da comunidade (cooperativas, hortas comunitárias, entre outras), atividades de puericultura, pré-natal, primeiros socorros e

Atendimento a doenças e sintomas mais frequentes e de fácil manejo como: gripes, tosse, diarreia, dor, febre, algumas dermatites, verminoses, etc. (DSP, 1980, p.29-32).

O Agente de Saúde é o recurso humano para-médico com o qual contam as 02 Unidades Avançadas instaladas neste período; e por fim

f) a formação de Agentes de Saúde com um curso de 37 horas para a área de concentração, sobre noções de estrutura e função dos sistemas orgânicos e necessidades vitais do indivíduo (Nível I), e um curso de 132 horas para o nível II para a área de concentração, sobre Introdução aos conceitos de saúde-doença e de imunização.

Além dos feitos indicados acima, a 1.^a Gestão Dr. Joaquim V. Bevilacqua é lembrada como a gestão municipal que organizou uma comissão com representantes de Divisão Regional de Saúde - 3 (DRS-3), representantes do INAMPS e representantes do Departamento de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, para

elaborar o Plano de Trabalho para a execução de Minuta de Convênio, a fim de colocar em ação o programa de Assistência Médica do Município de São José dos Campos (Sistema Integrado de Saúde – SIS - 1979, p.06).

Instalada a Comissão, os representantes de cada órgão envolvido esclarecem a contribuição de seus órgãos para facilitar o trabalho de integração e a programação de atividades. O Dr. Augusto Celso Escada sugere que a Comissão inicie suas atividades discutindo os termos do Convênio assinado entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Prefeitura Municipal de Campinas; o Dr. Colado, da DRS-3, lembrou a então existente integração entre o CIAM e o INAMPS; o Dr. Walcy Alves de Souza Lima, Diretor do Departamento de Saúde Pública de São José dos Campos, nesta gestão do Dr. Joaquim Vicente F. Bevilacqua, sugere que o plano de integração respeite as características próprias de cada parte envolvida e programe as atividades; o Dr. Antonio Celso Escada oferece os recursos financeiros da Secretaria de Saúde, e o Dr. Colado lembrou as dificuldades enfrentadas pelos

níveis superiores pela concentração cada vez maior da demanda das necessidades de Saúde da nossa população (SIS, 1979, p.08).

com recursos financeiros cada dia menor.

COMISSÃO

Dr. Augusto Celso Escada: Diretor do Deptº de Saúde de SJC.
Dr. George E. Silva, Maria Mishima, Terezinha Florentino e
Dr. Jamie Ambinder: da DRS-3; Dr. Gilson de C. M. de
Carvalho, Dr. Álvaro P. Mendonça e Drª Ana M.A.
Pluciennik: da Prefeitura Municipal de S. J. dos Campos; Dr.
Antonio Celso Escada: do INAMPS

As reuniões foram coordenadas pelo Dr. Augusto Celso Escada, que organizou um Plano de Trabalho composto pela (1) análise dos dados alcançados pela Pesquisa Instrumental de 1977 (Departamento de Planejamento/PMSJC); (2) pela projeção da população de São José dos Campos até 1980 a partir dos dados disponíveis no Censo de 1970; (3) pelas condições de saneamento básico; e de

forma mais detalhada propôs a realização de um levantamento do Sistema de Saúde de São José dos Campos (Assistência Ambulatorial como indicado no quadro abaixo; Pronto-Socorro Municipal, Medicinas de Grupo e anexos à estruturas hospitalares; Rede Hospitalar) (SIS, 1979).

Com os estudos realizados o Convênio INAMPS/Prefeitura Municipal de São José dos Campos é tido como o salto qualitativo em direção à tão esperada integração do Sistema de Saúde local.

Na avaliação do relator do documento Sistema Integrado de Saúde - SIS - (1979), o objeto de discussão ao reconstruir as Políticas de Saúde de 1980 a 1989 é a deficiência do Sistema de Saúde do Município de São José dos Campos do início dos anos 80. . A falta de integração dos hospitais com o Ministério de Saúde e com o INAMPS é a maior deficiência apontada no documento.

Entre as soluções apontadas pelo documento SIS (1979) temos:

ajuda financeira, apoio da municipalidade e outros órgãos públicos, escola para treinamento de pessoal especializado, cursos para pessoal técnico, melhor remuneração dos órgãos públicos para os serviços prestados e mesmo a mudança total de mentalidades (SIS, 1979, p.50) (grifos nossos).

QUADRO 9 - REDE DE EQUIPAMENTOS: Assistência Ambulatorial

ÓRGÃOS	ENTIDADES
1. Federais	INAMPS, Divisão de Saúde do CTA
2. Estaduais	2.1. Secret. de Saúde do Est. SP: Centro de Saúde de SJC e Centro de Saúde de Santana 2.2. Secretaria de Educação do Estado de SP
3. Municipais	3.1. Unidades básicas de Saúde Urbanas e Rurais e dos Sub-Distritos 3.2. Unidades médico-odontológicas escolares
4. Privados	4.1. Medicina de Grupo, por meio de convênios com as Empresas 4.2. Cooperativa Médica (Pronval e Unimed) 4.3. Outros órgãos privados ou sindicais 4.4. Medicina Privada com as clínicas especializadas

(Fonte: SIS, 1979)

Com o cumprimento do Plano de Trabalho proposto pelo Dr. Augusto Celso Escada, o texto do convênio PMSJC/DSP - INAMPS fica pronto e é assinado em 1982, ao término da gestão Bevilacqua (1978-1982). Esse convênio inicia a

integração (ver Quadro 9) da Assistência Médica em São José dos Campos, através dos recursos da Prefeitura e dos Programas de Saúde da Secretaria de Saúde, e ainda da Assistência Médica do INAMPS (SIS, 1979, p.55) (grifos nossos).

O documento SIS (1979) informa sobre o Departamento de Saúde Pública de São José dos Campos desde sua proposição em fevereiro de 1976 até o seu atual estágio de desenvolvimento com o qual a gestão do Dr. Joaquim V.F. Bevilacqua se defronta em 1978.

Segundo o documento SIS,

o Departamento de Saúde Pública cresce e sofre modificações no sentido de otimizar as suas ações e delinear, dentro da filosofia de saúde como prioridade, com estruturas mais amplas, uma programação de saúde adequada ao tamanho do município e ao constante aumento da população e suas necessidades (SIS, 1979, p.56).

Como já afirmamos, 1979 é o ano da Saúde para Todos. Esta afirmativa se comprova pelo crescimento da rede de equipamentos de saúde, pelos programas implantados (**Programa de Assistência à Gestante, Programa de Assistência à Criança, Programa de Assistência ao Adulto, Sub-Programa de Controle de Tuberculose, Sub-Programa de Controle da Hanseníase, e em particular o Programa Operação Saúde**), pela assinatura do Convênio PMSJC/DSP - INAMPS, e pelo orçamento/1979 da Prefeitura Municipal de São José dos Campos que cresceu de 3% em 1976 para 7% em 1979 (Cr\$ 85.450.000,00). É o quarto Departamento em ordem de prioridade pelo governo local. Situação que se repete nos anos posteriores até o final do Governo Bevilacqua.

Para o sucesso, o Departamento de Saúde Pública contou com o apoio político integral do Administrador Local - Dr. Joaquim Vicente F. Bevilacqua, I Gestão, iniciada pelo PMDB e terminada pelo PDS, (1979 - 1982) - com um Plano de Saúde estabelecido pelo então Diretor do DPS, Dr. Walcy Alves de Souza Lima, e com as seguintes estratégias: Convênio PMSJC/DSP - INAMPS, adaptações técnico-administrativas, nova programação para as UBS's, avaliação semestral das atividades,

sistemas de articulação com o Centro de Saúde e Laboratórios e especialistas do Departamento de Saúde Pública (SIS. 1979. p.57).

O Departamento de Saúde Pública define uma nova Política de Saúde - **conquistar um Sistema de Atenção Médico-Hospitalar para o Município de São José dos Campos dos anos 80** - com uma programação integrada de Saúde, que incorpore o Sub-programa de Saneamento Básico da Secretaria de Saúde, para intervir nos problemas de Saneamento Básico e na proteção do Meio Ambiente (SIS, 1979).

A definição de uma nova Política de Saúde para São José dos Campos conta com a definição de responsabilidades tanto para a Divisão Regional de Saúde (DRS-3) como para a Prefeitura Local (Atores Sociais envolvidos), conta com a identificação de critérios a curto e a médio prazo e de três instrumentos básicos (Boletins, Relatórios, Supervisão) para a avaliação semestral das atividades (programação integrada de saúde) desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde.

O Centro de Estudos para o Desenvolvimento de Recursos Humanos na Área de Saúde - CEDRHAS - instalado no primeiro ano do Governo Bevilacqua, apresenta uma comunicação (Anexo I do documento DSP, 1980) sobre o I Encontro Regional de Atenção Primária à Saúde do Vale Paraíba, realizado nos dias 06 e 07 do mês de Março/1980, e promovido pelo Departamento de Saúde Pública/SJC. Qual a importância dessa comunicação?

A importância reside na possibilidade de 261 representantes de 42 municípios discutirem a questão da Atenção Primária à Saúde num momento em que a Política Nacional de Saúde

privilegia os produtores de serviços privados, comprando serviços na rede hospitalar contratada e através dos grupos e cooperativas médicas” (Gentile de Melo, DSP, 1980, Anexo 01),

e assim priorizando a dimensão curativa em detrimento das ações preventivas, priorizando a hospitalização, valorizando a sistemática do trabalho médico especializado.

Neste contexto as iniciativas com a intenção de centrar a atenção nas necessidades da população periférica, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAM - não alcançam os resultados esperados pela

rápida dissipação dos recursos insuficientes para manter um sistema de saúde comprovadamente corruptor e sem possibilidade de controle (Dr. Gentile de Melo, DSP, 1980, Anexo 01) (grifos nossos).

e passam a chamar a atenção dos profissionais da saúde interessados em propor um programa que tem a seu favor o aval de entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde: o **Programa de Atenção Primária à Saúde**. Programa este que segundo o Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, consiste num

conjunto de ações que visam a proporcionar à toda a população: orientação e providências para prevenir doenças; primeiro atendimento de sintomas ou doenças; acompanhamento simples e rotineiro de uma doença anterior e encaminhamento para serviços mais complexos quando necessário (DSP, 1980, Anexo 2).

O Encontro contou com conferências que evidenciaram uma Política Nacional de Saúde que privilegia o capital privado, a ação curativa e as cooperativas; e com uma Mesa Redonda que tratou de discutir algumas experiências em Atenção Primária à Saúde (Campinas, Londrina, Niterói, São Bernardo do Campo e São José dos Campos). Deste Encontro sai um documento aprovado por unanimidade e encaminhado aos Senhores Ministros da Saúde e da Previdência Social, solicitando que o Pró-Saúde seja o

início de uma reorganização dos serviços de Saúde que assegure, de modo permanente, a máxima eficiência e benefício à Saúde de toda a população dentro da competência de setor de Saúde (DSP, 1980, Anexo 5);

e garanta

instrumentos políticos e decisórios para a rede de Atenção Primária à Saúde (...) DSP, 1980, Anexo 5).

Esse Encontro fortalece a decisão de se priorizar a Saúde durante o Governo Bevilacqua e de **definir como diretriz básica a Atenção Primária à Saúde** (grifos nossos), justificando-a como

um instrumento político fundamental para a captação de recursos estaduais e federais, recursos que deverão ser aplicados tanto na consideração dos serviços de Atenção Primária, como naquelas mais complexas e de maior custo, que deverão ser a referência dos encaminhamentos da Atenção Primária. Tal instrumento político não se baseia na subserviência ou troca de favores pessoais e político-partidários mas sim na pressão política de uma opinião pública e suas lideranças (DSP, 1980, Anexo 05) (grifos do autor).

O Município de São José dos Campos, no período que se estende de 1983 a 1988, passa por uma situação político-administrativa bastante conturbada. O Prefeito Dr. Robson R. Marinho, na época PMDB, chega ao Poder Local vencendo seus adversários de forma esmagadora, cumprindo assim as expectativas populares. Em 1985 deixa a Administração Local para tornar-se Deputado-Constituinte. O Governo Local passa às mãos do Vice-Prefeito Assistente Social Hélio Augusto de Souza e oito meses depois, pelo seu falecimento, é transferido para o então Presidente da Câmara dos Vereadores, Advogado Antonio José Mendes Faria.

Estas modificações na Administração Local terminam por não se colocar em prática o programa de governo defendido por Robson Marinho em seus discursos de Campanha, particularmente no que se refere à Política de Saúde que em tese deveria

optar por uma linha de ação no Setor de Saúde onde esses serviços integrem-se ao processo de desenvolvimento da comunidade, estimulando a participação da população no planejamento, execução e controle das atividades e programas (Propostas de Governo/Fundação Pedroso Horta/SJC, 1982, xerox s/n.º).

Pode-se com certeza afirmar que a Política de Saúde, programas e ações de saúde defendidas durante a campanha eleitoral, não foram implementadas pela Administração Municipal Democrática de São José dos Campos, com exceção da assinatura de dois convênios: o primeiro entre o AIS e a Prefeitura Local, e o segundo entre o SUS e a Prefeitura Local, além do que já foi exposto no capítulo 2. Os demais programas e ações em vigor neste período foram estabelecidos na gestão anterior.

Os documentos disponíveis não contêm informações da Política de Saúde, dos programas, ações e práticas de saúde realizados pelo Governo Local de 1983 a 1988. Entre as informações temos:

a) 1989 é o ano da Municipalização da Saúde. Em São José dos Campos

a Municipalização se deu a partir do Convênio assinado em fevereiro de 1988, em que o Município assumiu a estrutura básica da Secretaria de Estado de Saúde (CS I, CS III, Saúde Mental e DAE) e no papel assumiu igualmente o PAM do INAMPS, o que não se deu (Plano Diretor - Módulo 2, 89-92, p. 20) (grifos nossos).

b) Somente 20% das metas propostas no Projeto de Municipalização de 1988 foram cumpridas, mesmo tendo o Município investido 1,5 milhões de cruzados novos, três vezes mais do que o previsto, e o SUDS ter repassado 0,3 milhões de cruzados novos. (Plano Diretor - Módulos 2, 89-92, p.20).

A Saúde volta a ser prioridade na II gestão do Dr. Joaquim V. Bevilacqua, pelo PTB (1989-1992), lembrando que nesta gestão, o Vice-Prefeito Dr. Pedro Yves assume a Administração Local em final de 1990, permanecendo até entregar a Administração à Dr.^a Ângela Guadagnin, vencedora do pleito realizado em novembro de 1992.

3.2. Políticas de Saúde nos anos 90

O que caracteriza o período que se estende de 1989 a 1992 (Gestores Dr. Joaquim V. Bevilacqua e Dr. Pedro Yves) são os três Planos Diretores de Saúde (89, 90, 91) e as duas primeiras Conferências Municipais de Saúde (90 e 92), as quais serão motivo de discussão no próximo capítulo.

Os três Planos Diretores de Saúde contidos no Documento “Plano Diretor - Módulos 1 e 2”, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, foram organizados em forma de relatório, contendo um diagnóstico seja do Município e/ou da Saúde, as realizações e as propostas de programas de saúde.

O Plano Diretor de Saúde/1989 (Módulo 2, 89-92, 4.^a parte, p. 01-36) reconhece que a situação do Sistema de Saúde Local ainda é deficiente para garantir o atendimento da demanda de serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, porta de entrada do sistema, facilitando o atendimento de problemas relativamente simples em serviços complexos, aumentando a relação custo-benefício. O usuário deveria contar com a facilidade dos serviços das UBS's em sua própria comunidade em vez de fazer uso das Unidades Avançadas de Saúde (UAS), organizadas para os problemas mais complexos. A distância das UBS's do local de moradia do usuário acaba por permitir que este usuário dirija-se a uma UAS.

Em 1989 “o modelo que assiste a metade da população é o modelo de mercado” (Plano Diretor, Módulos 2, 89-92, p. 11) (grifos nossos), já que garante a assistência privada financiada pelo setor público, tanto por convênios como pela assistência por medicina de grupo ou cooperativa médica.

São cerca de 250 mil joseenses que estão usufruindo deste modelo.
(Plano Diretor - Módulos 2, 89-92, p.11).

A outra parte da população encontra-se no Modelo Público, de forma descontente, pelas deficiências de recursos materiais e ausência de credibilidade junto ao usuário.

A necessidade de leitos hospitalares (a Organização Mundial de Saúde preconiza 4,5 leitos/1000 habitantes e o Ministério da Saúde preconiza 2,32 leitos/1000 habitantes incluindo a assistência psiquiátrica) não é, segundo o documento, uma verdade. A questão a ser enfrentada não é a falta de leitos, mas a reativação dos leitos desativados e a sua universalização. A solução seria a curto prazo facilitada se

todas as instituições de saúde estivessem envolvidas: órgãos públicos (INAMPS, ESTADO, PREFEITURA), filantrópicos e privados (Plano Diretor - Módulos 2, 89-92, p.18).

“O Modelo Assistencial Público de maior porte é o Municipal” (Plano Diretor, Módulo 2, 89-92, p. 16), neste momento, em São José dos Campos, mas necessita ainda de

melhorar a cobertura e a resolutividade da rede básica para investirmos na menor necessidade possível de internação hospitalar (...) (Plano Diretor - Módulos 2, 89-92, p.18).

Em 1989 São José dos Campos contava com 126 unidades públicas municipais; duas unidades públicas federais - Serviço de Saúde do CTA e o INAMPS - e quatro unidades públicas estaduais - Centro de Saúde I e III, Saúde Mental e o Departamento de Assistência ao Escolar -. Esses serviços estaduais estavam sendo municipalizados.

O Modelo Assistencial Público Municipal em 1989 conta com as seguintes deficiências, segundo os relatórios analisados:

- a) deficiência quali-quantitativa de serviços de saúde fácil (atendimento fora do horário comercial, desconhecimento dos locais que prestam serviços simples e complexos, falta de acompanhamento médico pelo mesmo profissional,...);
- b) deficiência na referência dos pacientes aos especialistas e inexistência de contra-referência de pacientes para seus locais de origem;
- c) deficiência de medicamentos básicos para distribuição (...);
- d) deficiência relativa de leitos hospitalares destinados à população carente e aos previdenciários...;

e) deficiência

quantitativa do setor odontológico para cobrir pelo menos os escolares da rede pública (Plano Diretor - Módulo 2, 89-92, p.21).

As deficiências da Secretaria de Saúde herdadas da gestão anterior -

repasse incompatíveis com as ações desenvolvidas, pagamento dos serviços privados em detrimento dos serviços municipais, sucateamento da estrutura física da rede, deficiências de recursos humanos e materiais e a desestruturação organizacional (Plano Diretor, Módulo 2, 89-92, p. 21) -

e as deficiências assistenciais -

rede primária incapaz de atender à demanda, incapacidade de absorção da rede hospitalar da demanda existente, incapacidade de atendimento ambulatorial, baixa resolutividade do setor odontológico (Plano Diretor, Módulo 2, 89-92, p. 21) -

terminam por refletir nas definições da Política, programas e ações de saúde a serem defendidas pelo o Plano Diretor de Saúde de 1989-1992 (Módulo 2, 89-92, p. 22-23).

As deficiências herdadas da gestão municipal de 1983-1988, sejam as da Secretaria Municipal de Saúde, sejam as da assistência médico-hospitalar, os princípios gerais e básicos que embasam os programas de Saúde da OMS, OPAS e do próprio Ministério de Saúde, levam a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos a estabelecer Planos Diretores de Saúde anuais para facilitar tanto a implementação das propostas como as avaliações trimestrais do processo, como de cada programa estabelecido (Plano Diretor - Módulos 1 e 2, 1989-1992).

Cada um dos três Planos Diretores de Saúde contém suas particularidades como podemos observar no quadro abaixo:

**QUADRO 10 - PLANOS DIRETORES DE SAÚDE (89, 90, 91)
- SMS/PMSJC -**

INDICADORES	PDS/89	PDS/90	PDS/91
1. Diagnóstico	1.1. História, economia, educação, transporte, habitação, esporte, lazer, saneamento básico, desenvolvimento urbano, administração municipal; 1.2. população, morbidade, mortalidade, serviços de saúde, leitos hospitalares, cobertura vacinal, municipalização	1.1. apresentação dos indicadores utilizados em saúde: população (crescimento de 7 a 8% ao ano, 451.351 hab), morbidade (questões operacionais dificultaram o dados) e mortalidade (4,5/1000, coeficiente decrescente). 1.2. levantamento dos serviços da saúde: os programas municipais já existentes, as pesquisas e auditorias; 1.3. os diagnósticos e planejamentos participativos realizados em 89 e em 90; 1.4. levantamento das relações com a comunidade; 1.5. levantamento dos serviços produzidos; 1.6. levantamento da crise dos serviços de saúde local: baixo investimento, baixa remuneração de serviços e aumento da necessidade de serviços, a questão dos leitos hospitalares.	Nas considerações iniciais, este documento aponta a incidência das doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas como traço característico do perfil da Saúde do Município; apresenta um quadro das atividades desenvolvidas em 1988 e 1990; identifica os programas gerenciais e os dirigidos à população em desenvolvimento; as formas de participação interna e externa dos municípios, usuários ou não do sistema; o aumento de 89 leitos hospitalares em 1990; os recursos humanos conquistados por concurso; um levantamento da estrutura física da rede (reformas e adaptações) e os equipamentos adquiridos para atendimento das necessidades emergenciais.
2. Recursos	2.1. Não define nem os humanos nem os materiais; 2.2. insiste na integração dos sistemas públicos e privados; 2.3. insiste na prevalência dos recursos federais e estaduais serem para o setor público municipal	Não se apresenta a fonte dos recursos físicos, financeiros e humanos necessários à implantação das propostas do PDS/90. Reconhecem-se as dificuldades de repasses de verba dos níveis Federal e Estadual, assim como se reconhece a vontade política desta Administração Local em privilegiar o Setor da Saúde.	Assim como o PDS/89, este não apresenta nem a quantia nem a fonte dos recursos físicos, financeiros e humanos necessários aos programas existentes e aos que serão implantados no transcorrer do ano de 1991.
3. Decisões	3.1 Manutenção da estrutura existente; 3.2 expansão da rede; 3.3 implantação dos programas: plantão permanente; atendimento rural; saúde ocular; medicina alternativa; 3.4 incentivar pesquisas para subsidiar os serviços e programas de saúde; os profissionais generalistas, e a prática de medicina alternativa.	Elaboração do Plano Diretor de Saúde de 1990 de forma simplificada, "mais próximo da realidade, sem interpretações dúbias, nem prolixo"; no PDS/90 deve ficar claro o que é de competência do Estado e do Município"(PDS-Módulos 1 e 2).	Defesa da municipalização da saúde e da adequação da estrutura gerencial dos recursos destinados à saúde pelos níveis competentes. O Município é capaz de desenvolver as ações de saúde necessárias à população.

4. Mudanças	4.1. Dar início a participação popular :Câmara Consultiva e SAB's; garantir medicamentos básicos e leitos hospitalares.	4.1. oficializar o Conselho Municipal de Saúde (COMUS); 4.2. implantar o "Fundo Municipal de Saúde, ou transformar a SMS em Autarquia de Regime Especial" (PDS-Módulo 1 e 2); 4.3. realização da I Conferência Municipal de Saúde, objeto de estudo no próximo capítulo.	Continuar aprimorando as mudanças introduzidas com a participação da sociedade nos diferentes canais de participação.
5. Objetivos	5.1. Geral: garantir a todos o direito à saúde "quantitativo, representado pelo acesso igual, e qualitativo, pela resolubilidade dos serviços oferecidos"; 5.2. Específico: a) atender às necessidades assistenciais ai expressas pelas demandas. "(...) introduzindo medidas outras de saúde capazes de modificar a qualidade de vida das pessoas de uma maneira mais global e definitiva"; b) manter a estrutura herdada (Plano Diretor - Módulos 1 e 2).	O PDS/90 não indica quais serão os objetivos gerais e específicos a serem alcançados durante o ano de 1990. Estabelece propostas para a SMS em relação à Administração, à execução de serviços de saúde (recursos humanos, planta física e equipamentos e conteúdo programático), sem contudo especificar os meios e as condições necessárias ao alcance dos mesmos.	Não há proposição clara de objetivos gerais e específicos neste PDS/91. Percebe-se, pela leitura desta etapa do documento Plano Diretor de Saúde - Módulos 1 e 2 - que a "ampliação dos serviços para atender a demanda" e "lutar por mais recursos estaduais e federais", são os objetivos gerais.
6. Programas	6.1. Saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde do adolescente, saúde bucal, saúde ocular; 6.2 Programas especiais: plantão permanente de saúde pública, convênio universitário (UNITAU), atendimento rural, atendimento aos deficientes com colaboração da família, programa de combate ao acidente de trânsito, comissão de investigação e análise de óbitos.	"Implantação completa do Programa de Saúde da Mulher, com ênfase no pré-natal e na referência do risco maior" (PDS -Módulos 1 e 2). Manter e aperfeiçoar os programas definidos no PDS/89 e descentralizar o programa de Vigilância Epidemiológica.	Não há qualquer programa a ser implantado e sim a continuidade e melhoramento dos já existentes.
7. Medidas de Racionalizaçã o	7.1. Treinamento: reciclagem para a conquista de identidade dos objetivos institucionais para nortear as políticas de saúde do Município; e reciclagem específica voltada para a parte técnica; 7.2. Contratação de novos recursos humanos; 7.3. padronização de condutas e medicamentos; 7.4. priorizar a reforma (UPAS) e a adaptação (UBS) para atender às necessidades.	Continuação das medidas de racionalização: informatização, descentralização do Programa de Vigilância Epidemiológica, investimento em cursos de treinamento e reciclagem para todos os níveis de servidores da saúde.	Continuação das medidas de racionalização previstas nos Planos Diretores anteriores.

8. Inovações Políticas	8.1. Aos programas definidos deu-se a direção de abordar os vários tipos de agravos à saúde buscando prevenção e/ou assistência e/ou recuperação; 8.2. Dar respostas aos problemas emergentes; 8.3. capacitar recursos humanos por meio tanto de seminários-relâmpagos como por meio do Curso de Especialização em Saúde Pública em convênio com a Faculdade de Saúde Pública/USP nos locais de serviço do servidor.	Resolver a médio e longo prazo os problemas do sistema de saúde por instituição levantados no item 3.3. do documento Plano Diretor de Saúde - Módulos 1 e 2 - quando se apresenta um panorama geral da "Crise dos Serviços de Saúde em São José dos Campos". O próprio levantamento das origens da crise dos serviços de saúde (questão financeira, baixos investimentos, baixa remuneração, aumento da necessidade de serviços e a localização dos problemas por unidade de saúde) é ao nosso ver uma inovação política.	Fortalecer a defesa da municipalização da Saúde e a participação tanto interna (planejamento participativo, gerência colegiada, conselhos de servidores e municipal de saúde e comissões de ética e de salários; como a participação externa, mediante o planejamento e orçamento participativos, os núcleos de saúde comunitária (NUSAC's), conselhos gestores de unidade (CGU's) e plenária de unidade de saúde e conselho municipal de saúde (COMUS).
9. Atores Sociais	9.1. os servidores públicos de saúde já lotados na Secretaria Municipal de Saúde/SJC: dois representantes do SUDS, o Secretário Municipal de Saúde e o Diretor de Saúde; 9.2. chamar a população usuária para participar das decisões sobre a saúde do Município via Câmara Consultiva; 9.3. representantes de cada Sociedade Amigos de Bairro e representantes dos Sindicatos.	9.1. Secretário da Saúde e Diretor da Saúde; 9.2. representantes de cada unidade no Conselho de Servidores da Saúde - CSS -; 9.3. servidores municipais; 9.4. municípios em geral; 9.5. participação da sociedade civil na I Conferência Municipal de Saúde em S.J. dos Campos.	Não se define a forma de seleção dos municipais, usuários ou não do sistema de saúde, nem a forma de representação e os papéis a serem desempenhados por eles. Não há definição das entidades a terem seus representantes nos diferentes canais de participação. O Secretário da Saúde, o Diretor da Saúde e representantes das unidades de saúde são atores sociais, sem dúvida alguma.
10. Canais de Participação	10.1. Câmara Consultiva, SAB's e Conselho de Integração Comunitária (COMIC). Durante o ano de 1989 e 1990 os representantes da sociedade civil, ao serem convocados, não responderam.	Criação do Conselho de Servidores da Saúde (CMS); Conselho de Administração para gerir os serviços de saúde: Comissão de Cargos e Salários; Conselho Municipal de Saúde com direito a voz e voto com reuniões semanais; Comissão de Ética.	NUSAC's, CGU's, COMUS, plenária de unidade de saúde, comissões e conselhos citados acima.
11. Avaliação/ Soluções	11.1 As soluções encontradas para responder às demandas - da saúde, da estrutura sucateada da rede pública, das dificuldades de gerenciamento - estão nos recursos financeiros, físicos e humanos. Os humanos foram sendo resolvidos pelos cursos oferecidos pela própria Secretaria de Saúde. Os físicos foram sendo alcançados a médio e longo prazo com os custos sendo de responsabilidade da Administração Local. Os financeiros ficaram na expectativa da aprovação do orçamento municipal. A parte que	O documento PDS/90 faz avaliação do Sistema de Saúde e do PDS/89. O PDS/90 é avaliado no PDS/91. Esta avaliação deixa claro que: o problema das doenças infecto-contagiosas continuam sendo causas de alta mortalidade, sem apontar o índice oficial; o complexo de Saúde do Município não possui capacidade para fazer frente ao aumento da demanda. "quase o dobro do previsto", sem indicar o índice de aumento (PDS -Módulos 1 e 2 -); "o número de servidores e as instalações físicas planejadas são insuficientes para dispensarem um atendimento adequado" (PDS -Módulos 1 e 2 -).	O documento PDS/91 não propõe qualquer mecanismo de avaliação das soluções e dos resultados, nem quem executará os programas, nem quem fará a divulgação dos mesmos.

	cabe tanto ao nível Estadual como ao nível Federal não foi possível ser estabelecida, pelas dificuldades notórias com que a Saúde é tratada no Brasil. Tomando difícil para a atual equipe concretizar o Plano Diretor em seus objetivos: absorver estruturas municipalizadas, expandir o existente, expandir a rede e implantar novos programas; 11.2. A execução e a avaliação trienal do PDS/89 estão a cargo da Secretaria Municipal de Saúde. 11.3 A divulgação dos programas não consta do documento analisado. Os resultados foram considerados na avaliação dos responsáveis pelo documento "Plano Diretor - Módulos 1 e 2" -.		
--	---	--	--

O PDS/89 (Plano Diretor - Módulo 2, 1989-1992, 3.^a parte, p. 01-36) prima por garantir um **Modelo Assistencial Público** que atenda às necessidades assistenciais expressas pela demanda local, **na instância de cuidados**, enquanto as demais condições (condições materiais de existência da população, recursos humanos e materiais, cooperação das entidades privadas e filantrópicas) não são alcançadas; e a participação popular mediante a Câmara Consultiva (outubro/1989), o Conselho de Integração Comunitária (CONIC) e as Sociedades Amigos de Bairro (SAB's), embora presentes formalmente, não são de fato reconhecidas no momento das decisões quanto as diretrizes da Política de Saúde Local.

O **Plano Diretor de Saúde/90** (Plano Diretor - Módulo 2, 1989-1992, 3.^a parte, p. 01-35) é marcado por propor

a) a implantação da reforma administrativa, implantação do Fundo

Municipal de Saúde, implantação oficial de Conselho Municipal de Saúde, manter os atuais serviços de saúde (Plano Diretor, Módulo 2, 89-92, p.34,

melhorar a planta física e equipamentos para garantir melhoria nos atendimentos, melhorar os recursos humanos e insistir na informatização da rede e na

manutenção do programa de municipalização (Plano Diretor - Módulo 2, 89-92, p.34);

b) detalhar os serviços de saúde existentes - saúde da mulher, saúde da criança - e propor estudos, pesquisas e auditorias; c) apresentar a crise dos serviços de saúde (baixos investimentos em saúde, baixa remuneração de serviços, aumento da necessidade de serviços), descrição por instituição dos problemas do sistema de saúde (público, privado e filantrópico).

O Plano Diretor de Saúde/91 (Plano Diretor - Módulo 2, 1989-1992, 2.^a parte, p. 01-08) foi elaborado a partir do perfil de Saúde do Município: incidência elevada de doenças infecto-contagiosas, por escassez de cuidados preventivos. O Município de São José dos Campos insere-se, com as doenças da pobreza - diarreia, desnutrição, pneumonia - e as doenças crônico-degenerativas, entre os países subdesenvolvidos . Soma-se a este perfil o quadro recessivo que abala a Sociedade Brasileira, gerando demandas pela saúde muito maiores que a capacidade do Sistema de Saúde em respondê-las.

Deu-se prioridade a programas gerenciais (recursos humanos, informatização, planejamento participativo e integrado, central de vagas hospitalares) e a programas dirigidos à população (reabilitação, saúde do escolar,

medicina alternativa, alimentação alternativa, controle de intoxicação, municipalização das vigilâncias epidemiológica e sanitária).

A participação popular mereceu destaque no PDS/91. Entre as diversas possibilidades de participação dos servidores, dos usuários do sistema de saúde e das entidades interessadas na questão da saúde, encontra-se o **planejamento participativo**, como uma estratégia de trabalho, ou seja uma estratégia que permite a integração de todos os setores garantindo a solução de problemas comuns e elevando a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde prestados aos usuários.

O planejamento participativo é endossado por muitos autores, e Cornely é um desses autores que num de seus trabalhos sobre Participação Comunitária (1977) define-o como um

processo político, num contínuo propósito coletivo, numa deliberada e amplamente discutida construção do futuro da comunidade, na qual participe o maior número possível de membros de todas as categorias que a constituem (...) (Cornely, 1977, p.37) (grifos nossos).

O planejamento participativo é uma atividade tanto técnica como política. Enquanto técnica define as etapas, os procedimentos adequados à racionalização tanto dos serviços como do capital em jogo. Enquanto processo político, o planejamento participativo

exige de seus integrantes um posicionamento individual e social diante da situação-problema a ser estudada e resolvida e das atividades propostas para efetivar sua mudança ou reestruturação (Vianna[1], 1986, p.24).

O planejamento participativo é

um conjunto de instrumentos técnicos a serviço de uma causa política. Seu escopo é obter a participação co-responsável e consciente das maiorias a favor de mudanças estruturais. (...) (Cornely, 1977, p. 38).

Embora o PDS/91 incorpore a participação interna e externa no planejamento, no orçamento, nas Plenárias de Unidades de Saúde, no Conselho Municipal de Saúde, no Conselho de Servidores e nas Comissões (ética e de salários) e nos Núcleos de Saúde Comunitária (NUSAC's) não se pode afirmar que:

- a) as decisões tomadas tenham sido implementadas mesmo quando contrariassem os interesses da minoria dominante;
- b) os chamados grupos de base tenham sido organizados independentes dos responsáveis pelo sistema de saúde;
- c) a burocracia tenha sido simplificada para facilitar a participação dos cidadãos simples da periferia;
- d) os especialistas em planejamento participativo na oportunidade tenham facilitado a comunidade a mover-se na direção que escolheu de forma eficaz.

A manipulação política da comunidade para efetivar os interesses do Sistema de Saúde, a possibilidade de não se efetivar integralmente a participação e gerar a ilusão de utilidade social do cidadão são alguns dos riscos mais frequentes do planejamento participativo e a consequência mais dolorosa é descobrir que as causas da privação que permeia a vida humana continuam intactas.

Por fim o PDS/91 reafirma a municipalização dos serviços de saúde, solicita financiamento adequado e a participação dos níveis Federal e Estadual, já que em nível Municipal os investimentos, neste período, foram maciços.

Os Planos Diretores de Saúde (1989, 90, 91) coordenados pelo Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, Secretário Municipal de Saúde, oferecem uma nova identidade ao Sistema Municipal de Saúde de São José dos Campos nesta segunda gestão do Dr. Joaquim V. Bevilacqua, mas para serem implementados exigem uma reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde.

Esta reestruturação é iniciada em 1990 e concretizada em 1991, quando a Secretaria passa a contar com o Departamento de Serviços Básicos com 4 Divisões de Saúde (Norte, Centro, Sul e Leste) (Plano Diretor - Módulos 2, 89-92).

A reforma administrativa permitiu que a partir de 1992 os distritos sanitários fossem organizados, que fosse alcançado conhecimento sobre a saúde da população mediante diagnósticos da situação local, e agilizou os Serviços Básicos de Saúde, mesmo que se reconheça que a necessidade da população é bem maior do que a nossa capacidade de resposta (Plano Diretor - Módulos 1 e 2, 1989).

No Módulo 2 do documento “Plano Diretor de Saúde” apresenta-se:

1.º) o Plano Diretor de Saúde para 1992 (Plano Diretor - Módulo 2, 1.ª parte, 1989-1992, p. 31-41):

a) indica duas características epidemiológicas de atenção especial - **mortalidade** (decrécimo de 5,39/1000 em 1980 para 3,94/1000 em 1989) e **morbidade**, e aponta as patologias mais frequentes atendidas em 1991: contusão, ferimento e bronquite.

- b) indica as características da Rede de Saúde Municipal: situação e localização dos equipamentos de saúde; a produção de serviços prestados em 1991; o acesso da população à rede tendo as UBS's como porta de entrada principal ao sistema de saúde; convênios e contratos entre o SUS e a rede municipal ou entre o SUS e o setor privado; identificação dos pontos de estrangulamento do sistema: carência de serviços e de leitos hospitalares, dificuldades de recursos humanos, entre outros, todos devidos às dificuldades nos repasses de verbas; manutenção dos programas gerenciais e os dirigidos à população definidos no PDS/91;
- c) apresenta um plano de obras: construção (12 UBS's, 02 UPA's, unidades laboratoriais e ambulatoriais de Saúde Mental, Centro de Zoonoses), reforma, ampliação e adaptação;
- d) e como novidade define o recurso financeiro para 1992 : Cr\$ 28.087.700.000,00, quase três vezes maior que o liberado para 1991, Cr\$ 9.079.797.756,87;

O percentual de participação do setor de saúde no total do orçamento municipal em 1991 e 1992 é de 21,32% (Plano Diretor - Módulo 2, 89-92, p.13).

- e) propõe o início do projeto “Bebê de alto risco” (p.39-48) e dos programas: Saúde do Adulto (hipertensão, diabetes, e idosos) (p.66-75); Doenças Respiratórias na Infância (p. 76-77); Suplementação Alimentar (p. 78-79) (Plano Diretor, Módulo 2, 89-92); e
- f) define como meta a cobertura de 50%,
aproximadamente 22.700 exames na faixa etária de 25 a 60 anos
(Plano Diretor - Módulo 2, 89-92, p.33).

2.º) Propostas para o ano 2.000 (Plano Diretor - Módulo 1, 1992-1993, s/p):

O documento “Módulo 1 do Plano Diretor de Saúde (92-93)” apresenta a proposta técnica para a área de saúde de São José dos Campos:

implantação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE dentro dos preceitos constitucionais e infra-constitucionais na busca de um novo modelo assistencial (Plano Diretor, Módulo 1, 92-93, s/p) (grifos nossos);

a) define os princípios norteadores da Municipalização da área de saúde:

Descentralização, Regionalização, Universalização, Equidade, Eficiência, Efetividade, Eficácia, Integralidade da Assistência, Valorização dos Servidores com compromisso Servidor/Usuário, Desmonopolização do Saber, Equipe Multiprofissional, Participação Popular e Controle Social (Plano Diretor - Módulo 1, 92-92, s/p.) (grifos no original);

b) **os serviços serão aos poucos organizados em forma de distritos sanitários com conformação geográfica dentro do município e, principalmente, como princípio de um sistema regionalizado de saúde adequado a cada realidade local (Plano Diretor - Módulo 1, 92-92, s/p.) (grifos no original).**

c) define os serviços especializados, os serviços de Pronto Socorro e Hospitalares, os serviços odontológicos (escolar e comunitário), os serviços de apoio administrativo e os serviços de apoio técnico;

- **Unidades Avançadas de Saúde - UAS's:** para regiões periféricas urbanas e para a região rural.
- **Unidades Básicas de Saúde - Tipo I - UBS's:** para cobertura a populações de cerca de 10.000 hab.
- **Unidades Básicas de Saúde - Tipo II -** para cobertura a populações entre 10.000 a 20.000 hab.

d) reconhece o quanto tem sido realizado desde 1973 para o Sistema de Saúde do Município de São José dos Campos, mas o direito universal à saúde, tal como garantido pela Constituição ainda está longe de ser alcançada. A causa mais séria da não garantia do acesso universal aos serviços de saúde no Município de São José dos Campos deve-se aos recursos financeiros e não a ausência de capacidade de gerenciamento das políticas, práticas e ações de saúde definidas nos Planos Diretores de Saúde.

A Saúde como qualquer outro fato social, não é explicada por si só. É explicada na medida em que se compreende a trama das relações nas quais este fato se insere. Ao estarmos analisando as Políticas de Saúde propostas em 3 Planos Diretores de Saúde do Município de São José dos Campos, a compreensão do contexto histórico-social deve estar sendo percorrida, pois o encaminhamento da questão Saúde, assim como de qualquer outra questão social, solicita uma visão de conjunto para que não atribuamos

um valor exagerado a uma verdade limitada (transformando-a em mentira), prejudicando a nossa compreensão de uma verdade mais geral (Konder, 1981, p.36).

A sociedade brasileira caracteriza-se por um tipo de unidade dado pela estrutura econômica, estrutura esta que domina as demais, exercendo influências sobre elas, já que os bens materiais nesta situação encontram-se combinados de tal forma que as demais estruturas tornem-se determinadas.

O complexo dominante engendrado pela dominância da estrutura econômica termina por definir e dar contornos particulares aos múltiplos fenômenos sociais, e entre eles encontra-se a Saúde, como uma questão não somente de Bem-Estar da população, mas também de controle social e de domínio sobre uma propriedade especial, o corpo.

Recorrendo a Foucault (1966), o conhecimento sobre a saúde engendrado na minoria dominante com a (pseudo) participação da comunidade, transforma-a em uma forma de controle e de poder sobre os corpos, na medida em que legitima a ação das entidades médicas sobre o corpo dos indivíduos. As instituições de saúde ao obterem um poder sobre o corpo e a legitimidade de ação sobre ele, alienam o indivíduo pois apropriam-se da única propriedade real que cada indivíduo possui.

A decisão de se insistir no uso de técnicas de levantamento cada vez mais sofisticadas indica a preocupação do Poder Local em conhecer as demandas sociais na área de saúde e contemplá-las com programas e ações de saúde nos diferentes Planos Diretores de Saúde a partir dos anos 80.

Como a participação popular não é garantida na maioria das fases do processo de elaboração de cada Plano Diretor de Saúde, as demandas são selecionadas e priorizadas pelo Poder Local e como vimos na análise precedente às demandas que se inserem em seus projetos políticos.

A organização insistente de Planos Diretores de Saúde a partir dos anos 70 (o primeiro no Município de São José dos Campos foi elaborado em 1976) assinala que o campo da saúde passa a ser incorporado pelo Poder como uma área de interesse político, como vimos nos capítulos anteriores. O Poder Local exclui do processo os reais interessados.

É desta época também a maior preocupação das Ciências Sociais em: desvendar os determinantes sociais da saúde-doença, como a deteriorização das condições de vida, ausência de infra-estrutura urbana, entre outras; compreender o

papel dos diferentes agentes sociais na promoção da saúde coletiva; desvendar a importância dos movimentos sociais na saúde. Estas preocupações relacionam-se com a conquista da cidadania e justiça social.

A análise procedida apresentou os elementos constitutivos e distintivos de cada Plano Diretor de Saúde; identificou as propostas específicas, os programas e ações de saúde decididas em cada Plano Diretor de Saúde, assim como os demais indicadores selecionados para a Análise Temática e os agentes sociais na trama do planejamento, implementação e avaliação dos programas, permitindo que a análise considere o contexto histórico-social da ocorrência do objeto que assim torna-se sujeito.

À medida em que este trabalho garanta a compreensão dos atores e seus papéis e das Políticas de Saúde de uma formação social definida espera-se estar contribuindo para aumentar o questionamento dos serviços e práticas de saúde já que

São pouco presentes os estudos que, a partir dos sujeitos sociais e de suas representações, avaliam e questionam o sistema, os serviços e as práticas (Minayo, 1993, p.188).

Nesta segunda etapa do processo de reconstrução histórica das Políticas de Saúde empreendida conclui-se que o Poder Local, em São José dos Campos, preocupou-se, de 1976 a 1996, em organizar um Sistema de Saúde que atendesse aos princípios constitucionais e ao projeto de Saúde proposto pelo Estado Brasileiro.

Num primeiro momento: cria-se o Departamento de Saúde Pública, define-se a Rede Municipal de Saúde (quadro 9, p.147) e elabora-se o Plano Diretor de Saúde. O Plano Diretor de Saúde direciona a Política de Saúde Local para atuar nos níveis ambulatorial, preventivo e domiciliar. Instala-se, desta maneira, o **Sistema Médico - Social**.

Este Sistema leva o Município a colocar a Assistência Médica como uma questão de Política Social, à medida em que pretende garantir Atenção Primária, por meio dos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde, pelas Unidades Médico - Odontológicas, assegurando amplo acesso da população aos serviços de Saúde.

O Sistema Médico - Social propõe uma política universalizante de assistência médica, em meados dos anos 70, quando o Estado Brasileiro inicia medidas mais gerais de Saúde Pública, como já apontamos no capítulo 01.

Num segundo momento, o Poder Local avança no sentido de constituir um **Sistema de Atenção Médico-Hospitalar**. Definem-se as responsabilidades da Divisão Regional de Saúde - III (DRS III) e da Prefeitura Municipal, para assegurar máxima eficiência e benefício à Saúde da população.

Este avanço conta com a assinatura de dois Convênios: entre a Prefeitura Municipal de São José dos Campos e as Ações Integradas de Saúde (AIS, 1982) e entre a Prefeitura Municipal e o Sistema Unificado de Saúde (SUS, 1988). Com o primeiro convênio, os não - previdenciários passam à ter direito à Assistência Ambulatorial e de Urgência. Com o segundo, busca-se concretizar o direito à Saúde de toda a população. É a perspectiva da universalidade e equidade.

A efetivação da Secretaria Municipal de Saúde cria a oportunidade política de implementar o **Modelo Assistencial Público Municipal**, em 1989, com a proposta de atender a **instância de cuidados** e implantar integralmente o programa de **municipalização**.

Recupera-se a otimização, ampliação e adequação técnico-assistencial do Setor Público de Saúde do Município. O Programa Operação Saúde otimiza as ações de saúde junto à população mais carente. A Rede Municipal de Saúde e as Coordenadorias de Enfermagem, Educação Sanitária e Nutrição garantem a ampliação no atendimento e gerenciamento do Sistema, agora racionalizado. O esforço se dá no sentido de adequar os serviços de saúde às demandas.

O Modelo Assistencial Público Municipal enfrenta a carência de recursos materiais e humanos, com relativo sucesso, visto encontrar-se no Projeto Político da Elite de Poder.

O Prefeito Municipal - Dr. Joaquim V. Bevilacqua - consegue aprovação junto à Câmara Municipal do Fundo Municipal e do aumento do número de servidores para o setor da Saúde. A própria Secretaria Municipal de Saúde estrutura-se para qualificar os trabalhadores da Saúde, ofertando cursos de reciclagem e especialização. Os recursos materiais são mais difíceis de serem conseguidos. O Prefeito Municipal consegue aprovação do orçamento, o qual define o índice de 21,32 % para a Saúde, em 1989.

Muito se caminhou no sentido de formular Políticas de Saúde que orientassem os serviços qualificados de saúde local. A criação do Conselho Municipal de Saúde (COMUS), mesmo que sua legalização se dê em 1990, a criação dos Conselhos Gestores, dos Núcleos de Saúde, e das Conferências Municipais de Saúde, a partir de 90, apontam na direção de chamar a população a participar da esfera pública, decidindo nestes fóruns, as diretrizes das Políticas de Saúde, como veremos na análise a seguir.

As mudanças políticas ocorridas na Sociedade Brasileira, em meados dos anos 80 e a aprovação da Constituição de 1988, promovem alterações limitadas em relação ao campo de proteção social: a descentralização das ações, com maior responsabilidade dos Municípios na formulação e implementação das políticas sociais, e a participação da sociedade, com a criação dos conselhos municipais. Tais alterações, no entanto, não foram acompanhadas de alteração substancial no que se refere ao financiamento das Políticas Sociais. Críticas às dificuldades dos recursos financeiros serão constantes nos documentos referentes às Conferências Municipais de Saúde, objeto de discussão no próximo capítulo.

4. A POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS : O COMUS em ação de 1990-1996.

“Era em São José dos Campos.
O horizonte estava perto.
Tudo parecia certo
Admiravelmente certo”.

(C. Ricardo)

A administração do Poder Local encontra-se, em 1992, sob o controle do PMDB. O Prefeito Municipal Dr. Pedro Ives, originalmente Vice-Prefeito, assume o Governo Local por aproximadamente 18 meses, sem um projeto político que o identifique, trata de cumprir o projeto do Dr. Joaquim Bevilacqua, o qual funda-se numa proposta de priorizar as questões sociais, particularmente as áreas de Saúde e Habitação, numa perspectiva liberal.

Trata-se de um Município do Vale Paraíba que no limiar dos anos 90, continua a sofrer os impactos das crises dos anos oitenta sobre o seu pólo industrial. Empresas que até então dependiam de subsídios governamentais - Avibrás e Engesa, por exemplo, faliram ou tiveram que diversificar sua produção. Outras não resistiram à concorrência interna e externa e foram levadas a encerrar suas atividades, como a Tecelagem Parahyba.

O parque industrial joseense dos anos 90 contém empresas de tecnologia sofisticada, as quais exigem investimentos contínuos e irreversíveis, controle de custos e trabalhadores produtivos melhor qualificados. Pequenas empresas, estabelecimentos comerciais e a prestação de serviços foram estabelecidas pelos desempregados qualificados e contribuíram para equilibrar o pólo industrial-comercial e de serviços.

A sinalização da retomada dos negócios, com investimentos privados e governamentais previstos até 1994, na casa de US \$1,8 bilhões de dólares, está tanto na adequação do setor às novas formas e significados do trabalho, como na luta para a obtenção dos certificados internacionais de qualidade do produto.

O Setor Industrial apresentou, entre 1994 e 1996, projetos de investimentos superiores a 600 milhões de dólares. Os investimentos federais e estaduais de 1,1 bilhão de dólares anunciados para a infra-estrutura de transporte, sendo cumpridos, e se ocorrer redefinição dos negócios industriais - modernos modelos de gestão e automação, processos geradores de eficiência e qualidade - os interesses privados podem aumentar.

Na contramão porém, encontram-se os dados das Pesquisas de Instrumento do Planejamento Urbano, Dados Comparativos 1972 - 1992, realizadas pela Divisão de Pesquisa e Teoria da Secretaria Municipal de Planejamento (PMSJC, 1995) e publicadas na imprensa local, as quais apontam que o Município se direciona ao Setor de Serviços. Sem dúvida, o Município hoje pode ser identificado como uma Sociedade de Serviços. A paisagem urbana confirma o que as pesquisas têm apontado: as ruas e praças centrais estão abarrotadas de barracas, carrinhos de cachorro quente e trailers, sem contar com os caixotes usados pelos camelôs.

O reequilíbrio do Parque Industrial com a abertura de micro e pequenas empresas, com forte vocação tecnológica, e estabelecimentos comerciais não foi suficiente para alocar os quase 30 mil desempregados e os recém-ingressos em idade de trabalho. Segundo a própria Divisão de Pesquisa e Teoria/SMP/SJC, o Município pode ter ganho, entre 1993 e 1994, um total de 18.522 novas vagas e 4.124 novas micros e pequenas empresas.

Em relação à Política de Saúde, como veremos na análise dos documentos das duas primeiras Conferências Municipais de Saúde, realizadas em 90 e em 92, o Prefeito Pedro Ives inicia o processo de colocar em prática os novos direitos sociais que, pelos menos no nível do discurso, alteram alguns pilares do padrão anterior do Estado de Bem-Estar Social no Brasil, reconhecido como “modelo meritocrático-particularista, conservador-corporativista” (Draibe, 1993) (grifos nossos). Inicia a discussão dos processos de descentralização, acessibilidade e participação popular.

A perspectiva é liberal à medida em que os canais de participação são definidos pelo próprio Município e limitam-se a discussão e eleição, e não seleção de teses definidas no interior do sistema. É a democracia na concepção schumpeteriana (o voto nas Plenária Finais é o poder de decidir) ou a democracia populista na concepção de Gutmann (1995),

a qual é um sistema de governo da maioria que não impõe restrições à substância dos resultados sancionados pelo eleitorado, com exceção daquelas que são exigidas pelo próprio procedimento democrático de governo popular (Gutmann, 1995, p.08) (grifo do autor).

As duas outras Conferências Municipais de Saúde, são realizadas numa São José dos Campos sob o modo petista de governar. A gestão municipal encontra-se pela primeira vez na história da cidade, nas mãos de uma mulher, Dr.^a Ângela M. Guadagnin, a qual foi eleita já no 1.º turno das eleições de outubro de 1992, e sob a administração Democrática e Popular, proposta pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

É histórica a chegada ao Poder Local deste 4.º Grupo Político que tem no PT a orientação política básica, visto ser ele que quebra o rodízio entre os outros três grupos políticos que dominavam o cenário político local desde 1970.

O primeiro grupo político conquistou o Poder Local com a nomeação do Prefeito Sobral, seguido pela nomeação do Prefeito Ednardo de Paula Santos, o qual retorna ao Poder como Vice-Prefeito na chapa do Eng.º Emanuel Fernandes, Prefeito eleito para o período de 1996-1999. O segundo grupo é liderado pelo Joaquim Bevilacqua tanto em 1978 como em 1988. O terceiro grupo político tem Robson Marinho como articulador e que chega ao Poder Local em 1983. PSDB, PMDB, PL são os partidos que se alternam no Poder Local até a quebra ocorrer nas eleições de 1992, quando o grupo político, conhecido na época como a coligação Frente Brasil Popular, comandado pelo PT, chega à administração municipal.

Ao ascender ao poder local, a Dr.^a Ângela Guadagnin leva consigo uma equipe do primeiro escalão, com maioria de pessoas estranhas à vida política local, em cumprimento as normas do partido.

O período de gestão, de 1993 a 1996, é um período bastante conturbado. O projeto político “Democrático e Popular”, não consegue evitar, mesmo com o chamamento da população a participar mediante diversos canais de participação - Conselhos Gestores e Orçamentos Participativos -, dois processos de cassação da Prefeita Municipal e a oposição ferrenha, pelo menos no início, da imprensa local.

Nem mesmo o projeto “volta à escola”, que envolvia aquelas crianças que até então serviam de garis pelas ruas do município, e atendia ao Estatuto da Criança e do Adolescente, consegue angariar simpatia sequer da população, quanto mais da Imprensa Local.

Em 22 de setembro de 1996 foi realizado o Congresso do Orçamento Participativo, de onde saiu a proposta orçamentária de São José dos Campos para 1997, a qual foi encaminhada no dia 30 do mesmo mês. O Congresso reuniu 800 participantes com a missão de definir as obras prioritárias para o Município (4ª experiência, no Governo Petista).

O Jornal “O Valeparaibano” de 24 de setembro de 1996, trás uma matéria assinada pela articulista Iara Gomes, a qual resume alguns aspectos relevantes para a compreensão do final da gestão petista. Do orçamento municipal de 312 milhões de reais, destinaram-se 31,2 milhões de reais para as obras definidas pelo orçamento participativo. Para o ano de 1997, as obras definidas pelo orçamento participativo são: ampliação da Unidade Básica de Saúde do Bosque dos Eucaliptos, rede de esgoto do Jardim São José e Parque Nova Esperança, as quais deverão ser realizadas pelo próximo Prefeito Municipal.

Os orçamentos participativos criados pelo PT Local, contaram com um aumento numérico de participantes. De 4 mil na primeira experiência em 1993, alcançaram-se aproximadamente 15 mil pessoas em 1996. As obras definidas pelo orçamento participativo de 1994, foram entregues no final de 1996: o Anel Viário, ligando a Região Sul ao Centro e o Hospital Municipal, obra que se arrastou por aproximadamente dez anos. Parecem ser obras fundamentais que certamente marcarão este governo.

Segundo o mesmo jornal local, a discussão que priorizou as obras do Anel Viário, do Hospital Municipal, o atendimento à criança e ao adolescente e a geração de empregos, contou, em 1994, com aproximadamente 9.500 pessoas.

Cabe lembrar que a lei que criou o sistema participativo foi uma proposta encaminhada pelo Vereador Luiz Paulo Costa - PSB -. Nos períodos de 79, 80 e 81, segundo o próprio Vereador, a participação popular resumiu-se em os pais responderem aos questionários encaminhados pela Prefeitura Local às escolas municipais. A análise dos dados redonda em 50 mil sugestões para a aplicação dos recursos municipais.

O Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PDDI), aprovado em 1995, e principalmente a Lei de Zoneamento Urbano, em fase de discussão, devem orientar a utilização do solo urbano. Ambos os instrumentos fundamentam-se no “jeito petista de governar” e assim mesmo o PDDI, cuja primeira fase ocorreu em 1992, gestão municipal nas mãos do Dr. Pedro Ives, conta, em suas diretrizes, com a necessidade de enfrentar a dura luta de mobilizar os cidadãos à participação popular.

A concepção que a Administração Petista tem a respeito do rol dos papéis a serem desempenhados pelos cidadãos se fundamenta na co-responsabilidade e na co-participação, pelo menos em tese. Na prática, o processo é mais tenso e contraditório, e a democracia deliberativa, aquela que valoriza a vontade popular e a liberdade pessoal na medida em que o exercício de uma e outra reflitam ou expressem a “autonomia das pessoas” (Gutmann, 1995, p.95),

esbarra-se na necessidade de se fazer acordos com as forças liberais do processo político.

Ao se instalar, em 1993 no Poder Local, um governo fundado no projeto democrático e popular, e que tem portanto uma proposta de solucionar as questões urbanas de forma alternativa ao projeto liberal, tem no compromisso partidário com os Movimentos Sociais e na gestão participativa dos serviços públicos, particularmente nos serviços de saúde, a necessidade de induzir novos atores, a população excluída e segregada, a fazer parte do governo da cidade, mediante os canais de participação disponíveis.

Outras questões enfrentadas pelo governo petista dizem respeito à participação popular e à própria administração municipal. Em relação à participação, mesmo evitando-se o voluntarismo, o governo local e as Comissões Organizadoras das Conferências Municipais de Saúde, não conseguem massificar a participação. Os mecanismos de comunicação e informação continuam sendo frágeis e incipientes, como veremos quando da análise dos documentos nos próximos itens. Os canais de participação, emergentes na gestão anterior, são mantidos e a eles não é acrescentado nenhum outro, com caráter menos estatal. Encaminhar moções e votar as propostas do documento preparado pela Comissão Organizadora continuou, no governo petista, a ser a estratégia de participação.

Em relação à estrutura administrativa, particularmente a Secretaria Municipal de Saúde já havia passado por alterações com o objetivo de se democratizar. Muito tem que ser realizado, para que a descentralização administrativa e financeira se efetivem. A transparência administrativa ainda depende de se percorrer um longo caminho.

O Município de São José dos Campos que contava com um orçamento de US \$ 100 milhões em 1993, entra em 1994 com US \$ 32 milhões a mais e em 1995 conta com US \$ 270 milhões. Modificou-se a Lei de Uso do Solo

e desenvolveu-se uma infra-estrutura urbana para atrair empresas, o que resultou na abertura de 6.150 novos empregos durante o ano de 1995 (PMSJC, Divisão de Pesquisa e Teoria).

O faturamento do comércio do Município aumentou 7,2 %, em relação a maio de 1994. Os dados da FIESP/DEPEA apontam quedas significantes no nível de emprego na Indústria em São José dos Campos.

Entre 1985 e 1991, São José dos Campos apresentou um índice de crescimento de 71% no consumo de energia comercial e de serviços, alcançando um novo perfil e tornando-se o município que mais cresceu nestes segmentos em relação às cidades de São José do Rio Preto, Sorocaba, Presidente Prudente e Santo André, que atingiram crescimento em média de 43 % de aumento.

A preocupação com políticas sociais - saúde, educação, habitação e emprego - e com as políticas urbanas - urbanização das Favelas Santa Cruz I, II e III - não têm evitado o déficit habitacional de cerca de 28 mil unidades e as 28 favelas que abrigam 7 mil famílias.

Com o objetivo de reconstruir as Políticas de Saúde definidas pelas quatro Conferências Municipais de Saúde, analisaremos os documentos de cada uma delas, fazendo uso, como já indicamos no capítulo anterior, de sete indicadores, que a nosso ver relacionam Política de Saúde com a realidade histórico-social.

Tem-se consciência de que as Políticas de Saúde percebidas, analisadas e interpretadas, podem representar uma alteração nas formas tradicionais de entender a realidade. Nossas interpretações passarão a constituir informações sobre o modo como se forma, como se organiza e se transforma a realidade. Esperamos que a análise abaixo focalize os processos, as relações e os significados das Políticas Sociais.

4.1. I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos.

Esta CMS (anexo 4.1) foi realizada no Município de São José dos Campos/São Paulo em dezembro de 1990, conforme Decreto 7125/90, durante a gestão do Dr. Pedro Yves,

sob os auspícios da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Conselho Municipal de Saúde (COMUS) (Resolução N.º 01/90/SMS: Art. 1.º, § 1.º).

Sobre a I CMS/SMS/COMUS/SJC dispõe-se dos seguintes documentos, todos cedidos pelo COMUS/SJC:

- (a) **Constituição do Estado de São Paulo**, onde na Seção II - Da Saúde, em seu artigo 221 dispõe sobre a participação especial dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviços da área de saúde na elaboração e controle das políticas de saúde e acompanhamento do SUS nos Conselhos Estaduais e Municipais.
- (b) **Lei Orgânica do Município de São José dos Campos**, que na Seção II - Da Saúde, em seu artigo 273 dispõe: sobre a Conferência Municipal, a qual **avalia** a situação da Saúde e **estabelece** as diretrizes da sua política; sobre o Conselho Municipal de Saúde, o qual tem como atribuição **formular** e **controlar** a política e as ações de Saúde, e sobre o Conselho Gestor de Unidades, responsável pela **gestão** das unidades de saúde.
- (c) **Decreto 99.438/90**, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde.
- (d) **Decreto 7043/90**, o qual **aprova** e **estabelece** o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de São José dos Campos.

- (e) **Resolução n.º 01/90/SMS**, que regulamenta a I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos.

COMISSÃO ORGANIZADORA
PRESIDENTE: Gilson de C. M. de Carvalho
VICE-PRESIDENTE: Edmilson Leão
SECRETÁRIA GERAL: Vilma S. Carnevale Ito
SECRETÁRIA ADJUNTO: Lygia R. de S. Nunes
TESOUREIRO: Waldenir Teixeira
RELATOR GERAL: José Vicente de Miranda
RELATORES ADJUNTOS: Quintina D.F. Dominguez Hilmar Watanabe

- (f) **Decreto 7125/90/PMSJC**, que institui a I Conferência Municipal de Saúde/SJC.
- (g) **Relatório N.º 001/DPDRH/90/PMSJC**, documento que trata de avaliar a I CMS/SMS/COMUS e é de responsabilidade das médicas Vilma Soares Carnevale Ito e Lygia Renó de Sousa Nunes. O documento limita-se a identificar as falhas organizacionais da I CMS, tais como: a composição da Comissão Organizadora Central e as Subcomissões; as dificuldades de patrocínio e divulgação; a estrutura de apoio e a organização de “cima para baixo” o que acabou excluindo o servidor e dificultando o esclarecimento do processo e do significado da I CMS aos munícipes e servidores, o que facilitou o voto de boicote à CMS de diversas unidades de saúde. O documento não avalia a situação da saúde e nem estabelece qualquer diretriz como consta do artigo 273 da LOM/SJC.
- (h) **Relatório da Plenária Final da I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos/90**, subscrito pela Secretária Geral da Conferência, Dra. Vilma Soares Carnevale Ito. O documento apresenta as propostas ou recomendações sobre o “Temário Central”, aprovadas por unanimidade (Relatório 01,1990, p. 02-04), e se apresenta a seguir de forma resumida (Quadro 11, p.181).

QUADRO 11 - SÍNTESE DAS PROPOSTAS/RECOMENDAÇÕES/ I CMS/SJC

Temário Central	Grupos	Propostas/Recomendações
Municipalização	I - Drogas, Saúde Mental, Bucal e Sangue II- Medicina Alternativa III- Saúde da Mulher, da Criança e do Adulto	I- a) apropriação da saúde como direito; b) saúde como melhoria da qualidade de vida; c) COMUS como efetivador da participação popular. II- criar núcleos regionais de práticas alternativas III- avaliação dos serviços de saúde e dos profissionais pela população
Financiamento e Gerenciamento dos recursos	III- Saúde da Mulher, da Criança e do Adulto IV- Deficientes V- Assistência médica, recursos humanos, participação popular, vigilância epidemiológica e sanitária.	III- a) envio de moção ao Presidente da República cobrando definição do repasse de recursos da União para a Saúde, pelos profissionais da saúde local. IV- repasse de recursos diretamente para o Município V- a) municipalizar os recursos; b) aumentar o percentual do orçamento federal; c) a União, os Estados e Municípios devem destinar igual percentual de seus orçamentos; d) pressionar os canais competentes mediante medidas políticas e estratégicas; e) exigir cronograma de desembolso para pagamento das dívidas com a Previdência Social; f) definir fontes de recursos; g) controle pelo Município da aplicação dos recursos.
Recursos Humanos	I- Drogas, Saúde Mental, Bucal e Sangue III- Saúde da Mulher, da Criança e do Adulto IV- Deficiente V- Assistência Médica, recursos humanos, participação popular, vigilância epidemiológica e sanitária	I- a) mudança da mentalidade e da postura do trabalhador da saúde; b) resgatar a credibilidade da população em relação ao sistema de saúde; mudança no pensamento dos profissionais de saúde para que atitudes corporativistas não interfiram na dinâmica proposta pelo serviço. II- a) melhorar a formação dos profissionais da saúde; b) mudança de mentalidade e postura do profissional da saúde. III- a) valorização do profissional alocado no trabalho específico com os deficientes; b) implantação do plano de carreira para todos os profissionais da saúde com política de valorização. IV- o Estado deve se responsabilizar pelo pagamento integral do salário de seus funcionários de saúde.

(i) **Conclusões e Recomendações da I CMS/90**, documento elaborado pelo então Secretário Municipal da Saúde/SJC, Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (09 DEZ 90), Presidente da Comissão Organizadora Central.

(j) **Discurso de Posse do I Conselho Municipal de Saúde - COMUS** - proferido pelo Prefeito Municipal de São José dos Campos, Dr. Pedro Yves, em 11 de julho de 1990 (anexo 3).

(l) **Programa da I Conferência Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde** (anexo 4.1.).

(m) **Conferência sobre Recursos Humanos**, proferida pelo Enfermeiro José Carlos da Silva, assessor de Recursos Humanos da Prefeitura de Campinas/São Paulo.

(n) **Relatório sobre Participação Popular** organizado pelos representantes das Sociedades Amigos dos Bairros - SAB's - e da Pró-Visão.

Os documentos a serem crivados pela Análise Temática são o **Relatório N.º 001/DPDRH/90**, o **Relatório da Plenária Final**, as **Conclusões e Recomendações e Resolução N.º 01/90/SMS**. Foram selecionados, nas leituras preliminares, por acreditar-se que estes documentos, mesmo não avaliando a situação da saúde do Município de São José dos Campos, estabelecem algumas diretrizes às políticas de saúde formuladas pelo COMUS, podendo auxiliar na reconstrução das políticas de saúde e assim favorecer as reflexões a serem elaboradas sobre as suas negociações.

O tema central da I CMS/COMUS/SJC é **“SAÚDE - Municipalização é o Caminho”**. A Comissão Organizadora composta por oito médicos, presidida pelo então Secretário Municipal de Saúde, Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, propõe colocar em discussão os aspectos conceituais e filosóficos da municipalização, as políticas de gerenciamento e financiamento, a política de recursos humanos e delinear o modelo assistencial e programático do Município de São José dos Campos. Quatorze foram os temas específicos selecionados para serem discutidos pelos Grupos de Trabalho organizados pelos delegados presentes à I Conferência: Assistência Médica, Recursos Humanos, Participação Popular, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal, Saúde Mental, Política do Sangue, Deficientes e Uso Abusivo de Drogas (Resolução N.º 01/90/SMS: artigo 9).

A Resolução N.º 01/90 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) prevê, em seu artigo 2.º,

4.2. II Conferência Municipal de Saúde do Município de Campos

que todas as pessoas, ou instituições interessadas no aperfeiçoamento da política sanitária do Município, na condição de:

(a) delegados; (b) conferencistas; (c) debatedores e (d) observadores são participantes, mas somente os delegados têm direito a voz e a voto.

QUANTO VI - REPRESENTANTES PREVISTOS POR CATEGORIA DA II

As finalidades da I CMS/COMUS/SJC são: (a) formular a política sanitária do SUS no âmbito municipal, (b) eleger os delegados e fornecer os subsídios tanto para a II Conferência Estadual de Saúde como para a IX Conferência Nacional de Saúde.

MEMBROS COM DIREITO A VOZ E VOTO

(II CMS/COMUS/SJC)

11 delegados: órgãos da Administração Pública

09 delegados: sindicatos e centrais, por categoria

01 delegado por SAB (sociedade amigos de bairro)

01 delegado por NUSAC (usuário)

24 delegados: instituições e associações

28 delegados: COMUS

01 delegado por Chefia da Secretaria Mun. Saúde

II CMS/COMUS/SJC

Delegados (sem... 28

4.2. II Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos

O Decreto N.º 7789/92 institui a II Conferência Municipal de Saúde (II CMS/COMUS/SMS/SJC) e o **Regimento Interno**, aprovado em setembro de 1992, estabelece as finalidades, o temário, a organização, o funcionamento e os recursos financeiros; indica os membros - Delegados (natos e os não natos), Suplentes e Observadores; e estabelece o número de representantes das diferentes categorias de membros, conforme se indica no Quadro abaixo:

QUADRO 12 - REPRESENTANTES PREVISTOS POR CATEGORIAS NA II CMS/COMUS/SJC

REPRESENTANTES	QUANT.
Dos usuários dos CGU's	115
de associações de doentes e deficientes	07
de sindicatos e/ou associações patronais	05
de sindicatos e/ou associações ou conselhos de trabalhadores em geral	10
das demais associações (OAB, SOS Mulher, Conselho da Criança e do Adolescente....)	08
de entidades do 2.o e 3.o Grau	05
do Conselho dos Servidores de Saúde	50
de Sindicatos, Associações e Conselhos Profissionais	25
da Secretaria Municipal de Saúde (órgãos de direção e indicados pelo Colegiado)	37
de outros órgãos governamentais	13
dos prestadores privados	25
TOTAL	300

Dos 300 (trezentos) Representantes-Delegados, 38,3% são usuários do sistema de saúde, 30,4% são trabalhadores da saúde, 15,2% de prestadores de Serviços de Saúde e os outros 15,2% são do poder público. Aproximadamente 0,93% são Delegados Natos.

II CMS/COMUS/SJC	
Delegados Natos.....	28

A II CMS/COMUS/SJC (anexo 4.2) foi realizada nos dias 06 e 07 de Novembro de 1992, tendo como finalidade:

Estabelecer as diretrizes para a formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos (Regimento Interno, artigo 1.º) (grifos nossos),

para o biênio 92-94.

Esta segunda CMS contou com 242 participantes, dos quais 73 são membros observadores. Menos de 50% dos 150 delegados-usuários esperados compareceram e 40% dos 28 membros natos esperados deixaram de comparecer. Não se dispõe de maiores informações sobre os membros presentes à II CMS/COMUS/SJC pelas mesmas categorias utilizadas no Regimento Interno.

Delegados	
usuários.....	71
trabalhadores da saúde.....	16
prestadores de serviços e órgãos governamentais.....	45
COMUS.....	17
Suplentes.....	10
Observadores.....	73
Comissão Organizadora.....	10
TOTAL.....	242

O estabelecimento

das diretrizes para a formulação da Política de Saúde do Município de São José dos Campos (Regimento Interno, 1992, art. 1.º),

pelos delegados, finalidade desta II CMS/COMUS/SJC, foi deixado para depois da apresentação do tema central “O Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas”, da discussão do Documento Tese “O Sistema Único de Saúde que queremos para São José dos Campos”, elaborado na fase de preparação da conferência, e da

exposição da tendência programática para a próxima gestão municipal através da manifestação pública dos candidatos à Prefeitura Local (Regimento Interno, 1992, artigo 2.º) (grifos nossos).

A II CMS/COMUS/SJC conta com 03 documentos fundamentais, os quais serão objeto da análise de conteúdo: o **Documento Tese**, o **Relatório Final** e o **Regimento Interno**.

Os itens 1 e 2 do “**Documento Tese**” referem-se às conclusões alcançadas pela “**IX Conferência Nacional de Saúde**” sobre o desafio de se

construir um Sistema Único de Saúde, capaz de garantir o universo de Saúde e qualidade de vida para o maior número de cidadãos, se não para a totalidade de brasileiros (Documento Tese, 1992, p.01) (grifos nossos).

O item 02 (Documento Tese, 1992) resume o quadro de saúde vivido pela população brasileira a partir do Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde. Esse resumo aponta os **indicadores daquele quadro** - o desrespeito à vida, o ressurgimento das “velhas doenças”, as “doenças do desenvolvimento”, a ausência de uma política pública de prevenção e controle da AIDS, a precariedade de saneamento básico (70 milhões de pessoas não dispõem de esgoto sanitário) - e os **sintomas da “doença do Sistema de Saúde”** - a formação inadequada e insuficiente de recursos humanos para o setor da saúde, a baixa resolutividade dos serviços de saúde, os baixos níveis de gastos públicos em saúde, a ausência de uma política nacional de pesquisa e desenvolvimento, produção, controle e distribuição de medicamentos e outros insumos necessários ao SUS, incipiência das ações de controle sanitário de alimentos, produção e serviços que afetam a saúde, entre tantos outros.

“Uma defesa: cumpra-se a Constituição!
Uma certeza: cumpra-se a Lei e implante-se o SUS!
Um desafio indignado: A Carta da IX Conferência Nacional de Saúde da Sociedade Brasileira!”
(9.ª CNS, 1989).

O item 03, do Documento Tese (SMS/COMUS/92), apresenta os resultados finais da IX CNS, com os quais a Administração Municipal, os Profissionais de Saúde e os Prestadores de Serviços de Saúde se comprometem e os utilizam como norteadores das diretrizes da política de saúde a serem propostas na II CMS/COMUS/SJC.

Os resultados finais da IX Conferência Nacional de Saúde resumem-se em três reafirmações. A primeira é a **Reafirmação do Texto Constitucional** (refere-se à Constituição de 1988),

diante das ameaças de retrocesso às conquistas sociais representadas pelas propostas de reforma da Seguridade Social - que apontam na direção da privatização de Saúde e Previdência - e da Reforma Fiscal - que altera as bases de arrecadação e distribuição dos recursos para esses mesmos setores (Documento Tese, 1992, p.03).

A segunda refere-se à **Reafirmação do Sistema Único de Saúde**, enquanto estratégia de implementação do texto constitucional, exigindo a implementação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), particularmente no que diz respeito ao controle social pelos Conselhos e repasse automático dos recursos para os Municípios, e descentralização do INAMPS (Instituto Nacional do Ministério de Previdência Social), FNS (Fundo Nacional de Saúde) e CEME (Central de Medicamentos), gratuidade e universalidade de acesso.

A terceira é a **Reafirmação do Processo de Mobilização** da sociedade organizada em Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, recomendando a reprodução e ampliação deste processo em outros setores de ação governamental (previdência, educação, assistência social).

Os itens de 06 a 09 do Documento Tese (SMS/COMUS) reportam-se ao quadro de saúde do Município de São José dos Campos e sobre o qual são estabelecidas as propostas, as diretrizes da Política de Saúde Local.

4.3. III Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos

Esta III CMS/COMUS/SMS (anexo 4.3) foi realizada nos dias 18 e 19 de novembro de 1994, nas dependências da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Campus da UNESP.

Para a análise de conteúdo dispõe-se de um conjunto de documentos encontrados em dois Informativos, ambos de responsabilidade do COMUS/SMS/PMSJC. No **Informativo 01/94** encontram-se os seguintes documentos: Decreto N.º 8537/94, que dispõe sobre a convocação da III CMS; Programa da III Conferência Municipal de Saúde; Regimento Interno; Avaliação do cumprimento do que ficou estabelecido na II Conferência Municipal de Saúde/92; Principais características do Município e os Principais textos discutidos nas Pré-Conferências.

No **Informativo 02/94** encontram-se o texto da palestra “Por que um novo modelo?”, proferida pela Dr.^a Carmen Vieira de Sousa Unglert, coordenadora do NACE-CONSILOS/Faculdade de Saúde Pública/USP; o Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde; e as Moções aprovadas na III Conferência Municipal de Saúde.

Esta III CMS/COMUS/94 mantém a mesma finalidade da II CMS/COMUS/92, ou seja, preocupa-se em

estabelecer as diretrizes para a formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o período de 02 anos (Regimento Interno, 1994, art. 1.º) (grifos nossos).

As atividades selecionadas para se alcançar a finalidade proposta foram: a Sessão de Abertura, a Conferência “O Modelo Técnico Assistencial (MTA) para São José dos Campos”, discussão sobre “A Proposta do Novo Modelo em São José dos Campos, Grupos de Discussão e Aprovação do Documento Final.

4.4. IV Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos

A IV CMS/COMUS (anexo 4.4), instituída pelo Decreto N.º 8976/96, foi realizada nos dias 31 de maio e 01 de junho de 1996, também nas dependências da Faculdade de Odontologia/UNESP, com a mesma finalidade das conferências anteriores:

estabelecer as diretrizes para a formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 02 (dois) anos (Regimento Interno, 1996, art. 1.º).

Para a análise de conteúdo dispomos de três documentos básicos: o **Informativo 01**, onde se encontra o Regimento Interno, o Relatório da IV CMS/SJC e o Documento Guia; o **Informativo 02** que contém a Avaliação dos Resultados alcançados quanto às Deliberações da Conferência Passada (18/11/94). Os dois Informativos são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde/COMUS/S. José dos Campos. O terceiro documento refere-se ao discurso de abertura da II CMS/COMUS/SJC, identificado como “**Palavras do Prefeito Pedro Yves**”.

4.5. Análise Temática

4.5.1. Diagnóstico

Nenhum dos quatro documentos selecionados para a Análise Temática da I CMS/COMUS/SJC contém qualquer informação sobre o **Diagnóstico** da saúde no Município de São José dos Campos.

A I Conferência Municipal de Saúde/COMUS/SMS/SJC é realizada sem contar com qualquer avaliação das Políticas, Programas e Ações de Saúde anteriormente realizadas. Dispõe-se, apenas de um documento intitulado

“Relatório Sumário de Trabalho de JAN/1989 a DEZ/1990” apresentado na abertura da I Conferência Municipal de Saúde/COMUS/SJC, no dia 07 de dezembro de 1990, pela Secretaria Municipal de Saúde.

Esta dificuldade é de alguma forma sanada com a II Conferência Municipal de Saúde, quando o Secretário da Saúde, Dr. Gilson de Cássia de Carvalho, coloca à disposição dos delegados e da população local um livreto intitulado “Departamento de Serviços Básicos de Saúde”, contendo um levantamento da saúde local no período de 1989 a 1992. Este documento será objeto de análise numa próxima etapa do presente trabalho.

A ausência de informações relativas aos dados considerados típicos (Tripodi et al., 1975; Santos, 1979), aqueles que dão feição à saúde, inviabiliza qualquer avaliação sobre a situação regional, pois não se tem conhecimento das variáveis sócio-econômicas do Município então consideradas, nem das técnicas e das análises realizadas, como também não se tem como considerar a situação social concreta: o sujeito histórico, ou seja, os movimentos, os atores (grupos, instituições ou pessoas isoladas) e seus papéis no que tange às políticas/programas/ações de saúde.

O **fenômeno da escassez** (Santos, 1979, p. 61-63) não se faz presente em nenhum dos 04 documentos (I CMS/SJC) selecionados para esta análise. Os recursos seja na dimensão quantitativa - o orçamento - ou na dimensão qualitativa - os recursos físicos e humanos - ao não serem mencionados fortalecem a opinião dos avaliadores de Políticas Sociais quanto à pouca importância dada a esses indicadores pelos planejadores de Políticas Sociais, e quanto às dificuldades na implementação das mesmas. Esta ausência é bastante comum quando se busca analisar os planejamentos nacionais ou setoriais ou os planos ou, ainda, os programas locais.

No que se refere aos recursos financeiros, o documento “Conclusões e Recomendações da I Conferência Municipal da Saúde/SJC” alerta sobre a necessidade de o Poder Público - União, Estado e Município - definir as fontes de recursos e aumentar os percentuais destinados aos programas/ações de saúde. O documento “Avaliação da I Conferência Municipal de Saúde/SJC” faz também menção sobre a necessidade de se definirem as fontes e a quantidade de recursos destinados às conferências, já que se reconhece a Conferência como o espaço destinado à discussão da questão da saúde, e sobre o cumprimento da “Lei Orgânica do Município” mas não se identificam os recursos necessários às propostas e recomendações aprovadas na Plenária Final desta I CMS/COMUS.

Quanto aos recursos físicos - construções e equipamentos - necessários às recomendações, nada se encontra. A dificuldade presente é que não se tem como apoiar as principais ações, por exemplo “criar núcleos para a medicina alternativa” (I CMS), sugeridas na lista de recomendações.

Quanto aos recursos humanos, não há qualquer identificação nem para uma ou outra proposta específica. Como contribuir para a formulação da política sanitária do sistema SUS? Como enviar delegados às Conferências Estadual e Nacional? Como obter recursos humanos para o programa com os Deficientes?

As dificuldades na implementação das ações sugeridas no documento “Conclusões e Recomendações” da I Conferência Municipal de Saúde/SJC foram detectadas nos dois anos subsequentes (1990 - 1992), pois documentos relativos à II Conferência (1992) apontam que a mobilização da sociedade continua ser uma meta a ser alcançada, o repasse e o aumento do índice de verbas parecem continuar distantes, a implantação de plano de carreiras para todos os profissionais da saúde como política de valorização não foi desencadeada, a população ainda não se apropriou da saúde como um direito.

O Documento Tese, referente à **II CMS/COMUS/SJC**, é menos evasivo quanto ao **Diagnóstico** da situação de saúde do Município de São José dos Campos, do que os documentos disponíveis sobre a **I CMS/COMUS**.

Os documentos relativos à avaliação da **I CMS/COMUS**, embora sejam referências importantes quando se pensa num diagnóstico sobre a situação da saúde de São José dos Campos, não fazem parte do Documento Tese (**II CMS/COMUS/92**), nem mesmo como fonte de informação do proposto/não proposto e realizado/não realizado no biênio 90-92. As diretrizes propostas pela **II CMS/COMUS/92** desconsideram a avaliação elaborada sobre a **I CMS/COMUS/90**.

Entre as questões diagnosticadas, o documento elege como básica para o Município de São José dos Campos

a insuficiência e ineficiência para se garantir o direito à saúde da população (Documento Tese, 1992, p.05).

A insuficiência de recursos financeiros e a ineficiência gerencial, de recursos humanos e falta de abertura à participação popular fazem com que o Município de São José dos Campos se assemelhe aos demais municípios da Sociedade Brasileira.

Entre os documentos da **II CMS/COMUS/92** encontra-se o denominado **“Palavras do Prefeito Pedro Yves”** (Documento Tese, 1992, p.17-20) (anexo 3). É o discurso apresentado na sessão de abertura da **II CMS/COMUS**, em 06 NOV 92, o qual aborda o avanço das conquistas no Setor de Saúde, com a criação das Conferências Municipais de Saúde em 1990, a criação do Conselho Municipal de Saúde - **COMUS** - em 1989, e seu funcionamento em 1990, a criação dos Conselhos Gestores em 1988, antecipando a Lei Federal n.º 8142/90. Refere-se também à aprovação da Lei Orgânica de Saúde (LOS), lei que coloca a Saúde como Direito do Cidadão e Dever do Estado.

É, ainda, nesse documento “Palavras do Prefeito Pedro Yves” que se alerta para as deficiências dos serviços de saúde local, sem contudo nomeá-las. Indicam-se alguns dos graves problemas com os quais o Município convive: bolsões de miséria, favelas e cortiços, fome, desemprego, baixos salários, sem relacioná-los ao modo de produção dominante e sem articulá-los com as questões da saúde.

O documento também destaca os investimentos realizados e que segundo a opinião do Prefeito Municipal, Pedro Yves, foram revertidos indiretamente para a área da Saúde: 80% são recursos municipais, 1% advindos da esfera estadual e aproximadamente 19% da esfera federal, além da construção de 200 salas de aula, 220 Km em saneamento e 4.000 casas populares na Região Sul do Município.

Entre os investimentos diretos para a área da Saúde, o documento destaca o gasto médio de 16% do orçamento de sua gestão (1990 = 112 milhões de dólares), o recurso de 7 milhões de cruzeiros mensais, dos quais 80% são do próprio município. Entre as conquistas obtidas com estes investimentos diretos e indiretos estão: 2500 servidores de saúde, mais de 100 sanitaristas formados, 150 leitos públicos municipais, duplicação do número de atendimentos primários e especializados, a abertura de novas unidades de saúde e expansão de outras, e a aplicação de 1% do disponível para o setor da saúde na qualificação do pessoal da saúde, ofertando 12 cursos de 50 horas.

Analisando os itens 10 e 11 do Documento Tese (1992) concernente às diretrizes e soluções, deparamo-nos com um conjunto de problemas nas entrelinhas, a serem enfrentados nas próximas gestões municipais e nas próximas plenárias municipais.

À medida que o documento define, por exemplo, como uma das diretrizes,

assegurar um maior compromisso dos servidores públicos, principalmente os médicos (....) (Documento Tese, 1992, p.07)

e como solução

pelo cumprimento integral do contrato de trabalho e não exclusivamente pelo número de consultas (Documento Tese, 1992, p.07),

reconhece-se que um dos **problemas** a enfrentar seja o **descompromisso do servidor público**.

Utilizando de forma cuidadosa a inferência sobre as diretrizes e soluções, podemos destacar como problemas da área de saúde do Município de São José dos Campos a serem enfrentados, os seguintes: deficiência na racionalização de utilização dos recursos financeiros, burocratização da Secretaria Municipal de Saúde, defasagem salarial, não consolidação dos Conselhos, falta de consciência dos Conselheiros da Administração, precariedade de recursos financeiros, desqualificação de recursos humanos, centralização administrativa, e assim por diante.

Pensa-se que os problemas sugeridos pela leitura das diretrizes/soluções do Documento Tese e os levantados no documento “Palavras do Prefeito Pedro Yves” oferece uma maneira de diagnosticar o sistema de saúde local e que por alguma razão não foi estabelecido pelos organizadores do evento. Pode-se afirmar, sem medo de se estar idealizando, que o diagnóstico da saúde do Município de São José dos Campos, assim como dos demais municípios brasileiros, resume-se na não garantia do universo da saúde e qualidade de vida para o maior número de cidadãos, por mais que se tenha ampliado o sistema de saúde local. Confirma-se esta idéia pela leitura dos documentos gerados pelas nove Conferências Nacionais, pelas Conferências Estaduais, pelo Documento Tese desta II CMS/COMUS/92, e pelos inúmeros editoriais colocados na imprensa local e nacional.

Quanto a participação popular, o documento “Palavras do Prefeito Pedro Yves” (anexo 4) relembra a organização do sistema de Conselhos: Plenárias Municipais, Conselho Pleno, Diretoria Executiva e os Conselhos Gestores.

O documento “**Relatório Final**”, II CMS/COMUS/92, na página 20, reconhece que a gestão ainda não dera conta da “demanda reprimida”, por omissão de outras esferas de governo:

Se a saúde em São José dos Campos não está tão bem, não é culpa do município, mas de seus parceiros, o governo estadual e federal (Relatório Final, 1992, p.20) (grifos nossos).

Os recursos financeiros encontram-se entre as questões de insuficiência, aquelas não garantidoras do direito à saúde, mesmo São José dos Campos dispondo de

15% do orçamento municipal depositado no Fundo Municipal Brasil (Documento Tese, 1992, p.08).

Mesmo sendo um índice elevado, os encarregados da Saúde Local devem estar atentos para que este índice conste anualmente da Lei de Diretrizes Orçamentárias para que se realize as propostas das Conferências Municipais de Saúde.

O elemento complicador está em não se ter repasse do nível Estadual e o repasse da Federação ser insuficiente e por produção, o que é segundo o mesmo documento, considerado ilegal.

Entre as ineficiências, o Documento Tese arrola (1992, p.05-06): a) a gerencial, apontada pela centralização excessiva do processo administrativo, pela desarticulação entre as secretarias, pela inexistência de um planejamento econômico-financeiro, entre tantos outros; b) a política inadequada de recursos

humanos, já que não se dispõe de treinamento, não há política salarial, o rendimento profissional é baixo e é elevado o descompromisso dos servidores com os usuários dos serviços de saúde e com a política do COMUS/SJC; c) a falta de abertura à participação da população na administração geral do Município, na administração da saúde, ausência de um sistema de informação de saúde ao cidadão comum, falta de participação popular pelo próprio desinteresse de alguns segmentos da sociedade.

Os Recursos Humanos e Materiais necessários para a implementação das diretrizes estabelecidas durante a II CMS/COMUS/92 não constam dos documentos submetidos à presente análise. O documento “Regimento Interno” em seu 14.º artigo dispõe dos recursos financeiros para a II CMS/COMUS/92, os quais serão obtidos pelo Fundo Municipal de Saúde. Em relação aos recursos humanos para a II CMS/COMUS/92, o mesmo documento dispõe que para a Assembléia Geral de Discussão, numa das instâncias previstas no artigo 9.º do Regimento Interno, os membros da Comissão Organizadora e 50% mais um dos membros inscritos; para as atividades programadas no artigo 2.º, são indicados três membros para cada Mesa Diretora - 01 coordenador, 01 relator, 01 secretário - .

A implementação das diretrizes aprovadas exigirá recursos humanos - profissionais da saúde, usuários-conselheiros alocados nos diversos segmentos do sistema de saúde local - disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo COMUS e pelos Conselhos Gestores.

Quanto aos recursos financeiros, subentende-se pela leitura do documento “Palavras do Prefeito Pedro Yves”, que o Município continuará dispondo de 16% do orçamento, cobrindo assim 80% dos gastos com a saúde. O documento não esclarece o quanto deste total será especificamente destinado às diretrizes aprovadas e ao cumprimento das moções encaminhadas à Plenária Final.

O Documento Tese não contém qualquer outra informação sobre a coleta de dados típicos do sistema de saúde local, nem sobre o orçamento e sobre os recursos sejam físicos e humanos (Documento Tese, 1992), igualando-se aos demais projetos/programas/ações de saúde. Essas deficiências quanto a diagnóstico e recursos disponíveis são mais comuns do que se imagina.

Mesmo não utilizando o termo Diagnóstico, a III CMS/COMUS/94 reserva um bom espaço para a reflexão sobre a realidade histórico-social de São José dos Campos e sobre o quadro atual do sistema de saúde local. Da I para a III CMS/COMUS/94, o grande salto de qualidade está na possibilidade de se propor uma finalidade para uma realidade referenciada. Em síntese, as principais características do Município de São José dos Campos são:

QUADRO 13 - CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE S. J. DOS CAMPOS.

DEMOGRAFIA	483.774 habitantes (população estimada) 2018 hab./Km2/zona urbana e 9,8 hab/Km2/zona rural faixa etária predominante: 15 a 49 anos
RENDIA FAMILIAR	até 01 SM = 4,7 % de 10 a 20 SM=22,3% de 01 a 03 SM= 22,9% de 20 a 40 SM=10,2% de 05 a 10 SM=28,7 % acima de 40 SM=3,6%
ESCOLARIDADE	Analfabetos=3,2% 2.o grau incompleto=7,1% 1.o grau incompleto=60,1% 2.o grau completo=9,8% 1.o grau completo=7,8% 3.o grau incompleto=2,8% 3.o grau completo=5,3% Não informa=3,9%
EDUCAÇÃO	493 unidades escolares, formam a rede escolar do município
ASPECTOS ECONÔMICOS.	70,52% economia no setor secundário (712 indústrias) 28,87% economia no setor terciário 0,61% economia no setor primário
SANEAMENTO	98,3% casas com água tratada (dados de 1992/PMSJC) 98,8% com coleta de lixo regular 99,7% com luz elétrica 86,0% com esgoto sanitário e 5,5% com fossa séptica
CONDIÇÕES DE MORADIA	70% casa própria 7,7% casa cedida 28 núcleos favelados 22% casa alugada 1,3% em outras
SAÚDE (dados de 1992)	Coefficiente geral = 4,63 mortes/1000 nascidos vivos Coefficiente de mortalidade infantil= 20,69/1000
REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE.	01 Pronto-Socorro com 77 leitos e toda infra-estrutura de apoio 05 UPA's com 56 leitos 08 UES e 34 UBS's; 01 Ambulatório na FUNDHAS; 01 Centro de Convivência Rural; 02 UAS's; 125 Equipos Odontológicos; 75 Escolas com Consultório Odontológico; 03 Escolas com Atendimento Odontológico; 22 Escolas atendidas por Equipo Transportável; 01 Equipo Volante; 06 Unidades Odontológicas Transportáveis; 01 Casa da Gestante com 08 leitos e Centro de Lactação, além dos serviços conveniados/contratados.

Além dos dados típicos (Tripodi et al. 1975, 116 p.) acima apresentados, o documento “Avaliação do Cumprimento do que ficou estabelecido na II CMS/92”, contido no Informativo 01 (1994), apresenta os programas - soluções, operações e serviços - as medidas administrativas e as diretrizes que foram efetivadas durante o biênio 92 - 94.

Em relação ao **Financiamento**, a maioria dos programas e das medidas de racionalização programadas durante a II CMS/COMUS/92 foi executada, mesmo que se reconheça a necessidade de sua continuidade.

O sistema de triagem nas UBS's, o acesso à internação no setor privado, a abertura do 3.º turno da UBS Tatetuba, a implantação do Programa de Internação Domiciliar, a padronização de medicamentos e material de consumo geral, a garantia de 15% do Orçamento Municipal depositado no Fundo Municipal, a conquista de 1,36 % do valor do total da obra para o Hospital Municipal, foram algumas das conquistas alcançadas pela execução das operações e serviços tal como previsto.

Outros programas e medidas de racionalização continuam sendo prioridade e serão alvo de atenção no ano de 1995, já que não foram capazes de resolver nem os problemas do sistema de saúde local, nem as diretrizes definidas: a transferência de compras para a SMS, o 3.º turno nas demais UBS's por falta de recursos humanos, a informatização do atendimento, a qualidade e controle dos serviços prestados, por falta de uma municipalização total da saúde, os 15% dos governos Estadual e Federal.

Quanto à **Administração e Gerenciamento**, os resultados esperados foram alcançados pelos programas e medidas administrativas executadas. Os processos de informatização da Rede Municipal de Saúde e de descentralização foram iniciados, reformularam-se as 13 UBS's, ampliou-se o Programa Preventivo e Educativo em Saúde Bucal, com a contratação de 22 higienistas e 100% de atendimento, garantiram-se os serviços de saúde existentes.

Fora o planejado, o MTA em Saúde Bucal foi reavaliado e decidiu-se pelo atendimento à UBS com clínicas modulares fixas para atender 100% e ultrapassar os 11% da população no momento atendida.

As diretrizes na área dos **Recursos Humanos** foram também vitoriosas: aquelas que dizem respeito à correção das defasagens salariais, manutenção dos cursos para formação de Auxiliar de Enfermagem e cursos de reciclagem nas várias áreas.

O Estatuto do Funcionário Público foi implantado em dezembro de 1992, embora não constasse das diretrizes previstas no Documento Base, nem de qualquer programa e medida administrativa. Embora sua implantação tenha sido arrolada como uma conquista da II CMS/92.

O mesmo ocorre com o “Programa de Desenvolvimento Gerencial, que tem como finalidade auxiliar na implantação do Modelo Técnico Assistencial proposto” (Informativo I, p. 20), e com a proposição de um novo Modelo Técnico Assistencial. Ambos os programas não foram previstos no Documento Tese/II CMS/COMUS/92 e também aparecem como vitórias conquistadas a partir da Conferência.

O Estatuto do Funcionário Público, o Programa de Desenvolvimento Gerencial e a proposição de um novo Modelo Técnico Assistencial, embora não constassem das diretrizes e programas aprovados pela II CMS/COMUS/92, são conquistas que merecem destaque, uma vez que asseguram melhorias nos recursos humanos e conseqüente melhoria nas prestações de serviços e ações de saúde do município de São José dos Campos.

Em relação à **Participação Popular**: consolidaram-se os CGU's e implantaram-se as UBS's restantes, a SMS conseguiu prever uma verba para o COMUS custear as despesas com a participação dos membros do Conselho e da população em eventos municipais, estaduais e nacionais.

Segundo o documento “Avaliação do cumprimento do que ficou estabelecido na II Conferência Municipal de Saúde”, a iniciação do curso Educação em Saúde, o treinamento de RH, a contratação de maior número de médicos especializados, a ampliação do sistema de difusão da informação sobre questões de saúde e das deliberações do COMUS, a implantação de projetos de atendimento aos portadores de deficiência e adaptação das UBS's, são o conjunto de programas, medidas administrativas e diretrizes não executadas durante o biênio 92-94.

O documento não apresenta qualquer razão para a sua não execução. Não se tem como avaliar se as razões são as ineficiências e insuficiências do Sistema Municipal de Saúde ou da Administração Municipal, ou se a centralização burocrática.

Na III CMS/COMUS/SJC conta-se com um **Diagnóstico** (Informativo 01, 1994, p.23-30), o qual nos oferece um panorama descritivo das características do Município, dados relativos a Rede Física do Sistema de Saúde e as conquistas obtidas com a implantação dos programas e medidas administrativas definidas pela II CMS/COMUS/92. Contudo, esse Diagnóstico da III CMS/COMUS/94, não trata da quantidade de usuários prevista para o biênio 94-96, nem do orçamento necessário para o projeto “Novo Modelo Técnico Assistencial” e seus programas, assim como não se definem os recursos físicos e humanos necessários para a implementação das diretrizes para a formulação de uma Política de Saúde local.

Ao não contar com um Diagnóstico da situação atual do sistema de saúde referente ao orçamento, recursos físicos e humanos que se supõem necessários à finalidade proposta para a III CMS/COMUS/94 e para as diretrizes, projetos e programas a serem enfrentadas no biênio 94 - 96, não a fazem diferente das duas Conferências Municipais de Saúde anteriores.

Essa III CMS/COMUS/94 conta, também, com os temas discutidos nas Pré-Conferências: 1)“Reorganização do modelo de atenção à Saúde em São José dos Campos”; 2)“Municipalização da Saúde”; 3)“Territorialização”; 4)“Planejamento Ascendente”; 5)“Financiamento do SUS: Estrangular para Governar”; 6)“Acesso ao Acolhimento”; 7)“Informação: Informatização no Setor de Saúde”; 8) “PAD - Programa de Atendimento Domiciliar”; 9) “Papel da Unidade de Saúde”; 10)“PID- Programa de Internação Domiciliar”, 11)“Integração entre os Serviços”; 12)“Participação Popular”; 13)“Política de Recursos Humanos”14)“Diagnóstico Local”; 15)“Vigilância em Saúde” e 16)“Qualidade Total nos Serviços de Saúde” (Informativo 01, 1994, p. 31-53) (NUFES/PMSJC).

Sem a pretensão de analisar cada um dos textos acima, apresentados e discutidos nas pré-conferências, é, no entanto, adequado aos nossos propósitos, identificar a tese de cada um deles para compreender a importância que tiveram durante a III CMS/COMUS/94, na elaboração do “Modelo Técnico Assistencial de São José dos Campos” (Informativo 01, 1994, p.07), tema central e discussão pela qual se pretende

estabelecer as diretrizes para a formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 02 anos (Informativo 01, 1994, p.11) (grifos nossos),
a finalidade básica desta III CMS/COMUS/94.

Assim, de forma resumida temos as seguintes teses desenvolvidas pelos 16 textos produzidos pela Equipe Técnica do Núcleo de Formação e Educação em Saúde (NUFES)/Prefeitura Municipal de São José dos Campos (Informativo 01, 1994, p.31-53):

- 01) Propor modificações no modelo de atenção à saúde: redefinindo o papel da unidade de saúde para que ela passe a ser responsável pela política sanitária de sua área, para responder às demandas sociais, mediante o levantamento

do território (equipamentos sociais, riscos sanitários, condições gerais da população, os principais problemas de saúde); e reorganizando o processo de trabalho da unidade básica de saúde, o que solicita formação e reciclagem profissional.

- 02) Acelerar a descentralização da gerência de todo o sistema de saúde para o município, como manda o texto Constitucional e VIII Conferência Nacional de Saúde, através de sua Lei Orgânica (LOS), garantindo

a unicidade de mando em nível do município bem como a participação popular no planejamento, controle e avaliação no Sistema de Saúde local (Informativo 01, 1994, p.35).

- 03) Definir

uma base territorial é o primeiro passo para se caracterizar a população e seus problemas de saúde, como também dimensionar o impacto que as ações existentes acarretam na saúde dessa população (Informativo 01, 1994, p.36).

- 04) A Lei Orgânica N.º 8080/90 - Sistema Único de Saúde - ao apresentar a descentralização com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, apresenta-se como um dos resultados mais positivos do processo de planejamento ascendente, o qual exige conhecimento da realidade sanitária particularizada em nível local e a participação da população neste processo torna-se relevante para gerar propostas eficientes e eficazes.

- 05) O modelo assistencial,

(...) com ênfase na intervenção a partir da realidade de saúde, rompendo com o assistencialismo reinante (Informativo 01, 1994, p.38),

11) não se efetivou durante este quase seis anos, primeiro pela queda brutal dos investimentos federais em saúde e em segundo lugar, pela inadequação da legislação federal (os recursos federais não conseguem ser repassados diretamente aos Fundos Municipais de Saúde).

06) A maneira pela qual o usuário é recebido nos serviços de saúde - acolhimento - depende do tipo de acesso oferecido à comunidade. Ambos, acesso e acolhimento, dependem da diminuição da resistência de alguns profissionais em fazer a triagem, e de maior solidariedade de alguns usuários, abrindo mão de suas vagas para aqueles usuários que necessitam com maior urgência dos serviços de saúde.

07) Implantação de

um Sistema de Prontuário Único de Saúde onde todas as informações médicas sobre um paciente estarão armazenadas no computador, em vez de estarem nos arquivos de cada unidade de saúde (Informativo 01, 1994, p.43).

08) O Atendimento Domiciliar

faz parte das **ações assistenciais** desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde, que é a autoridade sanitária responsável pela saúde do bairro (Informativo 01, 1994, p.44) (grifos no original),

09) Define-se o papel da unidade de saúde: responsável pela saúde da população de sua área de abrangência, acolher, atender e encaminhar aos serviços de maior complexidade.

10) O projeto - Programa de Internação Domiciliar (PID) -

(...) objetiva oferecer **atendimento médico e de enfermagem** àqueles pacientes que necessitem de internação, mas que estejam em condições de receber o tratamento no domicílio (Informativo 01, 1994, p.46) (grifos nossos).

11) A integração entre os serviços de saúde depende da “referência e contra-referência” (encaminhamento controlado do paciente ao serviço de saúde), da hierarquização da rede e da descentralização da gerência da Saúde. Esta condição, exige mudanças no modelo assistencial, para que a municipalização dos serviços da saúde (descentralização) e a distritalização (mudança do MTA) venham garantir, quando implantadas de forma integral, a integração entre os serviços de saúde da unidade básica aos serviços de saúde mais complexos (Informativo 01, 1994, p.48-49).

12) Garantia do envolvimento da população em todas as fases do processo, para tanto:

É necessária uma transformação, uma mudança da condição de “cidadãos-objetos” da ação médica para “cidadãos-sujeitos”, com autonomia e poder de decisão. Nesse sentido, a atual proposta de ações de saúde para o Município exige o envolvimento da população em todos os momentos, desde um estudo prévio de conhecimento de demanda, até a definição das ações de saúde necessárias (Informativo 01, 1994, p.49).

13) Alcançar o comprometimento permanente dos servidores - qualificando os recursos humanos, investindo na capacitação e na motivação, estimulando a gerência participativa, diminuição dos níveis hierárquicos, remuneração adequada, humanização dos serviços de saúde.

14) Elaborar um diagnóstico local com a participação de informantes-chaves.

15) Entender os problemas de saúde não exclusivamente como questões técnicas, mas também como questões sociais e políticas.

16) Implantar o Programa de Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde, focalizando o usuário do sistema de saúde, ofertando-lhe serviços de boa qualidade.

Os temas e os textos foram preparados pela Equipe Técnica do Núcleo de Fomento aos Estudos de Saúde (NUFES/PMSJC) e nos permitem perceber que as questões relevantes são a municipalização e distritalização do sistema de saúde, as quais devem ser concretizadas no tempo mais curto possível. O complicador está no processo que permite ao usuário discutir questões que lhe interessam sem contudo permitir que ele priorize as questões que o envolvem pessoalmente.

Alguns alertas da Equipe Técnica do NUFES - como a necessidade de um diagnóstico por área-território de cada unidade básica de saúde, acelerar a descentralização e a distritalização, a integração dos serviços de saúde, fomentar a participação popular, entre outras - denotam a fragilidade do sistema de saúde, uma vez que essas necessidades continuam nas pautas das discussões organizadas pelo COMUS junto aos usuários e orientam o tema central desta III CMS/COMUS/94.

Essas necessidades discutidas com a população-usuária do Sistema de Saúde local, de certa forma diagnosticam a realidade da saúde uma vez que questionam os problemas locais e os obstáculos que perpassam os sistemas de saúde, do nacional ao local.

A IV CMS/COMUS/96 também não dispõe de um **diagnóstico** sobre a situação da saúde depois dos objetivos efetivados, conforme o documento "Avaliação dos Resultados" (Informativo 02, 1994), nem de um levantamento dos recursos disponíveis. Não há orçamento, nem os recursos físicos e humanos necessários à implementação de novos programas sociais para o biênio 96 - 98.

É possível que os avaliadores da III CMS/COMUS/94 tenham considerado que a efetivação dos objetivos previstos para as 13 áreas/temas; dos objetivos dos programas PID (Programa de Internação Domiciliar) e PAD (Programa de Atendimento Domiciliar) (duas áreas temas) e das políticas de recursos humanos (uma área tema), sejam os dados típicos que oferecem um quadro geral da qualidade da situação da saúde do município e subsidiem a IV CMS/COMUS/SJC (Informativo 01, 1994, p.44-46).

Estranha-se que com as dificuldades enfrentadas pelos municípios brasileiros - pelo reconhecimento dos orçamentos apertados para a saúde, pelas dificuldades de repasse de verbas pelos Governos Estadual e Federal, pelas insuficiências e ineficiências das estruturas das Administrações Municipais e das Secretarias Municipais de Saúde e pela não efetivação da descentralização e da distritalização - o documento “Avaliação dos Resultados” não aponte nenhuma dificuldade e nem reconheça qualquer conflito social, durante o processo de implementação das políticas e programas aprovadas na Plenária Final.

Considera-se difícil a aceitação de que as propostas aprovadas na Plenária Final da III CMS/COMUS/94 tenham alcançado o sucesso estampado no documento “Avaliação dos Resultados”, uma vez que há evidências empíricas de que muitas questões continuam exigindo soluções imediatas, nas denúncias feitas por populares e pelos membros vinculados aos meios de comunicação. É freqüente os meios de comunicação estamparem as dificuldades das camadas populares quando necessitam dos serviços de saúde ofertados pelos Sistema Municipal de Saúde.

As questões referentes à acessibilidade funcional, cultural e econômica dos serviços de saúde ainda estão mal resolvidas, pois o usuário do sistema continua tendo que se deslocar para receber atenção médica em unidades mais complexas, e em geral essa unidade está localizada longe de seu local de moradia, e a unidade próxima não conta com profissionais disponíveis (Unglet, 1993).

Uma outra questão que nos permite considerar o documento “Avaliação dos Resultados” como superestimação das condições de saúde local, é a que se refere à Territorialização ou Área de Abrangência, como Unglet prefere denominar. As áreas geográficas contíguas às unidades de saúde ainda não foram definidas. Pelas informações levantadas junto ao setor de avaliação do Sistema de Saúde de São José dos Campos, algumas oficinas de territorialização foram realizadas, mas não se alcançou um levantamento de todas as áreas geográficas, o que acaba por não permitir, ainda, a população reconhecer

a sua unidade de saúde, e a equipe de saúde identificar qual a sua população (Unglet: Informativo 02, 1994, p. 09) (grifos do autor).

Pelo que se pode deduzir, os resultados alcançados pela III CMS/COMUS/94 não deveriam ser utilizados como diagnóstico da situação de saúde local para orientar o debate do Documento Guia, da IV CMS/COMUS, não só por não corresponder à verdade, mas também por não conterem dados referentes à população-usuária, às áreas geográficas (territorialização) e aos diagnósticos locais. Não se dispõe de qualquer relação entre as ações políticas praticadas, a quantidade de demandas existentes e a quantidade de recursos disponíveis.

Não dispondo desta relação, não temos como discutir o fenômeno da escassez, proposto por Santos (1979), o que inviabiliza a avaliação entre as decisões políticas e as demandas sociais. Esta dificuldade também apareceu na análise dos documentos das conferências anteriores.

4.5.2. Decisões Tomadas

As **Decisões Tomadas** são outra ausência nos documentos analisados da I CMS/COMUS/SJC, o que dificulta a origem e análise das mudanças a serem concretizadas pelas decisões, o conteúdo e a quantidade delas e os processos naturais, notadamente aqueles referentes à população.

Na Resolução N.º 01/90 em seu artigo 1.º, encontra-se a seguinte afirmação:

(...) contribuir para a formulação da política sanitária do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município (grifos nossos).

como a finalidade da I CMS/COMUS/90, e que pode ser considerada a diretriz da política de saúde para o biênio 90-92.

O “Relatório da Plenária Final” apresenta as conclusões e as recomendações quanto ao temário central, prejudicando a análise quanto ao conteúdo e à quantidade das decisões. O documento “Avaliação da I Conferência Municipal de Saúde/SJC” (Relatório 01/DPRH/90) reconhece as pressões recebidas de algumas das unidades de saúde durante a I CMS/SJC, como também reconhece que a organização da II CMS/SJC foi realizada “de cima para baixo e o servidor se sentiu excluído e sem entender a necessidade de mobilizar a comunidade”(Relatório 01/90, p.05). O documento não explicita os tipos de pressão recebidos pela Comissão Organizadora da I CMS/SJC, embora sejam identificadas como “boicote”. O conteúdo da pressão exercida é reconhecida pelos autores do documento como

represália à situação vivida (salários, horários, etc.) (Relatório, 1990, p. 06) (grifos nossos).

Não se pode deixar de inferir que a pressão identificada como “boicote” relacione-se com algumas decisões tomadas durante o processo que resultou na I CMS/SJC. A passagem:

A Conferência foi interpretada como uma forma de legitimar o poder constituído, sem saber ao certo o seu significado maior (Relatório, 1990, p.06),

pode expressar uma decisão tomada que trás como resultado a pressão recebida - boicote.

Quanto às soluções para reorientação e/ou transformação vão aparecer em relação ao item financiamento/gerenciamento do Temário Central, mais precisamente no percentual e no repasse dos recursos públicos. Outra ação reforçadora recomendada é em relação às medidas políticas e estratégicas para pressionar os canais competentes na construção de um processo distributivo de recursos públicos mais eficaz em relação às necessidades de implantação de projetos e ações de saúde discutidos e decididos nas Conferências Municipais de Saúde. Sugere-se no documento “Conclusões e Recomendações” a mobilização popular sem contudo indicar-se qualquer forma ou qualquer tática para tanto.

Em relação à política de recursos humanos para a saúde, para a política sobre a saúde da mulher, da criança e do adulto e para o campo de deficiência mental, o documento “Conclusões e Recomendações” sugere reorientar as ações em relação à mentalidade e postura do profissional da saúde, assim como resgatar a credibilidade da população no que concerne ao Sistema de Saúde, para efetivar a participação popular na Política de Saúde.

As **Decisões Tomadas e Mudanças Propostas** para a II CMS/COMUS/SJC estão contidas no Documento Tese. Os Municípios Brasileiros e em especial o Município de São José dos Campos, segundo esse Documento Tese (1992, p.05), devem lutar para que:

a)

a reforma fiscal seja uma reforma tributária que resulte numa melhor distribuição de rendas e no maior financiamento para a área social: saúde, previdência, assistência social, ciência e tecnologia, saneamento básico;

b)

os recursos sejam descentralizados até que se institua uma política tributária mais justa e eficiente em que os recursos arrecadados permaneçam na esfera de governo responsável pela sua utilização;

c)

que se mantenha a seguridade social dentro dos princípios de que são indissociáveis em seu conceito e prática: saúde, previdência e assistência social; e

d)

que o financiamento da saúde seja garantido pelos recursos de 10 a 15% dos orçamentos fiscais de cada esfera de governo. Enquanto não se muda a legislação para que permaneçam onde serão consumidos, que os repasses federais e estaduais sejam feitos direta e automaticamente no mínimo a cada mês (Documento Tese/1992, p.05).

Entende-se que só assim possa ser garantido o direito à saúde da população.

A grande mudança proposta é o reconhecimento da luta a ser enfrentada pela esfera municipal local, pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo Conselho Municipal de Saúde (COMUS), pelos Conselhos Gestores e pelos membros-delegados das Conferências Municipais de Saúde, a fim de se garantir o direito à saúde da população. Não se encontram informações sobre qualquer pressão recebida durante a II CMS/COMUS, qualquer ato de desagravo seja em relação à Comissão Organizadora, seja em relação ao Documento Tese, o qual propõe as diretrizes da Política de Saúde Local para o biênio 92-94, seja em relação aos programas e ações implementadas durante o biênio 90-92, estabelecidas na I CMS/COMUS.

O Documento Tese (1992) avança em relação aos documentos da I CMS/COMUS/90 ao definir as **diretrizes da Política de Saúde do Município para o biênio 92 - 94**, em seus itens 10 e 11, tanto em relação à Secretaria Municipal de Saúde como em nível da Administração Municipal. Percebe-se que conjuntamente às diretrizes, o Documento Tese seleciona um programa, ou seja, um conjunto de soluções para superar/minimizar os problemas localizados no sistema de saúde e assim facilitar a implementação dessas diretrizes.

Como as diretrizes se encontram entrelaçadas às soluções (programa), resolvemos buscar o artifício utilizado pelo redator do documento e assim utilizar a construção do pensamento para buscar separá-las das soluções.

Em alguns trechos/itens parece-nos que o termo “através” garante a identificação das soluções, facilitando o reconhecimento das diretrizes; em outros o artifício utilizado é a própria sequência construída para a exposição do pensamento; em alguns momentos do texto identificam-se somente as soluções, não se encontrando qualquer diretriz .

Como exemplos da primeira possibilidade temos:

a)

Implantação na área de Psicologia de atendimentos grupais em convênios com os consultórios privados sob Tabela SUS, através da Associação Valeparaibana de Psicologia” (grifos nossos) (Documento Tese, 1992, p.07);

b)

Maior racionalização de utilização dos recursos financeiros hoje existentes através de: priorização de compras e contratações, busca de menores preços e prazos sem perda de qualidade (...) (grifos nossos) (Documento Tese, 1992, p.06).

Como exemplo de soluções sem referência direta a qualquer diretriz temos:

Que as reuniões dos CGU's nas Unidades de Saúde sejam realizadas em horário de comum acordo entre os Conselheiros de cada Unidade (Documento Tese, 1992, p.08)(grifos nossos).

As diretrizes em nível da Secretaria Municipal de Saúde são encontradas nos sub-itens 10.1, 10.2, 10.3, 10.4 e serão aqui transcritas de forma reduzida excluindo o programa nelas contidas:

a) em relação ao financiamento:

maior racionalização de utilização dos recursos financeiros hoje existentes; exigir dos órgãos pagadores o cancelamento dos cortes lineares nos serviços prestados (Documento Tese, 1992, p.06);

b) em relação ao gerenciamento:

integrar-se a uma proposta gerencial remodeladora da administração geral como um todo (...); propor o favorecimento à implantação de formas terapêuticas diversas das atualmente disponíveis nos serviços municipais de saúde (...); ampliação do Programa Preventivo e Educativo em Saúde Bucal para a faixa etária de 03 a 14 anos, gestantes, mães crecheiras, familiares e (...); reavaliar o modelo assistencial em Saúde Bucal com a plena utilização do pessoal Auxiliar no atendimento curativo; implementar o Sistema de Clínicas Modulares Fixos e Transportáveis (Documento Tese, 1992, p.07).

c) em relação aos recursos humanos:

continuar investindo em treinamentos e reciclagem; assegurar a manutenção dos cursos para a formação de Auxiliar de Enfermagem, Atendente de Consultório Odontológico e Técnico de Higiene Dental em cumprimento da Lei de Exercício Profissional que exige a qualificação de pessoal; assegurar e implementar os cursos de reciclagem em enfermagem, odontologia, alimentação alternativa, formação gerencial, educação em saúde e de participação comunitária; treinamento dos recursos humanos visando a capacitação no atendimento dos portadores de deficiência; assegurar um maior compromisso dos servidores públicos, principalmente os médicos, com o usuário, no cumprimento do contrato de trabalho (...) (Documento Tese, 1992, p.07).

d) em relação à participação popular e aos demais conselhos:

d.1) apelos de massa à participação popular; amplo sistema de difusão da informação de questões de saúde como um todo das deliberações do COMUS, da participação dos segmentos sociais na representação do COMUS; consolidar o Conselho Municipal de Saúde (COMUS) (Documento Tese, 1992, p.07-08).

d.2) levar a população à participação na Plenárias Municipais de Saúde discutindo a questão saúde e propondo solução (Documento Tese, 1992, p.08).

As **diretrizes** em nível da Administração Municipal estão contidas no item 11 do Documento Tese (1992, p.08-09). De forma reduzida, destacamos:

a) em relação ao financiamento:

garantir o mínimo de 15% do orçamento municipal depositado no Fundo Municipal de Saúde (...); garantir recursos orçamentários para implantação de projetos de atendimento aos portadores de deficiências e adaptação física das Unidades de Saúde para garantir o acesso;

b) em relação à administração-gerenciamento:

propor a autonomia administrativa gerencial da Secretaria Municipal de Saúde com serviços próprios; criar uma unidade de Vigilância em Saúde Pública, integrando os setores de informação em Saúde, pesquisas e estudos, e Vigilância Epidemiológica; ampliar o atendimento à DST-AIDS com a implantação do leito-dia e criação de um setor dedicado à prevenção e pesquisa da AIDS; elaborar o programa multidisciplinar de divulgação, pesquisa e implantação de fitoterapia em nível popular e na prestação dos serviços de saúde;

c) em relação aos recursos humanos:

criação de Plano de Cargos, Carreira e Salários, específicos à Secretaria Municipal de Saúde (...); legalizar a situação dos servidores estaduais e federais municipalizados com relação a direitos e deveres; sugerir o piso salarial único aos profissionais de nível universitário (...); elaboração e apresentação da Lei Municipal que possibilite à administração contratar sob forma de comissionamento recursos humanos no sub-distrito de São Francisco Xavier; exigir do Governo Federal a regulamentação urgente do direito de greve nos serviços essenciais públicos.

d) em relação à participação popular:

implantação do Conselho de Cidadão (LOM)” e dos vários conselhos setoriais; disseminação da informação para o cidadão comum; garantir o acesso dos Conselheiros Municipais que representam os usuários nos eventos estaduais e nacionais (...).

Como se percebe pela leitura do Documento Tese as diretrizes para a formulação da Política de Saúde do Município de São José dos Campos, acima descritas de forma reduzida, não apresentam em seu bojo condições de realização, mesmo que em algumas encontrem-se determinadas soluções, e são numerosas para serem implementadas num biênio dentro de uma estrutura com diversas insuficiências e ineficiências, arroladas no mesmo documento nos seus itens 7, 8 e 9 e no documento “Palavras do Prefeito Pedro Yves”.

A ausência de **recursos humanos e materiais** destinados à consecução dessas diretrizes, no mesmo documento, apontada acima, são outros complicadores para a obtenção do sucesso das diretrizes para a formulação da Política de Saúde, finalidade da II CMS/COMUS/92.

Entre as **Decisões Tomadas e Mudanças Propostas** apresentadas no Informativo 01/94 referente à III CMS/COMUS/SJC, a Qualidade em Saúde, segundo os princípios do Gerenciamento de Qualidade Total, é uma das principais e vai exigir que as mudanças arroladas nas pré-conferências sejam concretizadas durante o biênio 94-96 e o novo MTA implantado. Sem um diagnóstico local, sem a vigilância em saúde, sem uma política de recursos humanos, sem a integração entre os serviços, não há como colocar em andamento a decisão tomada sobre Qualidade em Saúde.

Outra decisão tomada no período que antecede a III CMS/COMUS/94, as pré-conferências, e que merece destaque, é a apresentação dos resultados obtidos com as discussões dos 16 temas apresentados acima. Uma terceira decisão tomada é a apresentação da “Avaliação do Cumprimento do que ficou estabelecido na II Conferência Municipal de Saúde” - 1992 - apontando o que não foi executado, embora nem sempre discutindo as dificuldades, como indicamos acima.

Entre as mudanças propostas destaca-se o estabelecimento de uma análise com base territorial. O conhecimento de cada bairro ou vila, das condições histórico-sociais e dos problemas locais de saúde pode permitir a integração da visão biológica à abordagem da determinação social da doença e assim facilitar o estabelecimento de ações de saúde voltadas especialmente para essa base territorial (Unglert, 1993; Mendes, 1993). No Informativo 02/94, o texto da palestra “Por que um novo modelo?”, proferida por Dr.^a Carmem V. de Sousa Unglert (Informativo, 02, 1994, p.06-10), justifica a necessidade da territorialização, do planejamento ascendente e das questões de acessibilidade [“funcional, cultural e econômica” (Informativo 02, 1994, p.06-10)], o que altera a direção do modelo tradicional de assistência para um novo modelo técnico de assistência (MTA).

Essas mudanças propostas, justificadas pela conferencista, e a direção político-ideológica do MTA certamente facilitarão a identificação de soluções concretas:

A partir da apropriação do espaço local pelas equipes das unidades, certamente surgirão questões, como a existência de bairros não pertencentes a nenhuma das áreas de abrangência das unidades existentes, o levantamento de problemas de saúde considerados prioritários em determinada área e que envolvem ações inter-setoriais (...) (Informativo 02, 1994, p. 08-09).

Esta situação não deve sugerir um MTA pronto, mas ao contrário um MTA em contínuo vir-a-ser, sem eliminar a importância do nível central, onde a decisão política vai se encaminhar.

O tema central escolhido para a IV CMS/COMUS/96,

Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida em São José dos Campos (Regimento Interno, 1996, art. 1.^o) (grifos nossos),

sugere uma **decisão tomada**, ou pelo menos **uma mudança proposta** na direção da Política de Saúde para o Município de São José dos Campos, mas uma leitura mais atenta do próprio Regimento Interno e do Documento Guia, nos leva a afirmar que esta IV CMS/COMUS permanece nas mesmas discussões realizadas na conferência anterior. Não há uma determinação de mudança, nem ao menos a de explicitar a adequação daquelas ações de saúde estabelecidas na III CMS/COMUS/94 aos reais problemas da população no biênio 96-98.

A proposição de um “Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida” recua a um modelo assistencial fechado, em vez de avançar em direção à construção de um **Novo Sistema de Saúde**, a partir de identificação dos problemas prioritários em cada área de abrangência, pelo diagnóstico local, e a seleção das ações de saúde a serem desencadeadas e encaminhadas a uma lógica da Vigilância à Saúde. O Novo Sistema de Saúde deve tratar de casos como diarreia infantil numa unidade de saúde, mas também ser capaz de identificar de onde provêm esses casos e atuar nesse nível (Informativo 02, 1994, p. 06-10).

Todo Modelo de Atenção à Saúde deve no mínimo melhorar a qualidade de vida da população de qualquer área de abrangência. Seja qual for o modelo de atenção à saúde, não deve se distanciar do conceito básico de Saúde Pública: um programa organizado com o fim de prolongar a vida humana, proporcionar Bem-Estar físico, social e mental mediante serviços como saneamento básico, controle das doenças infecto-contagiosas, educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal e a organização de serviços para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença.

Não se entende um modelo de atenção à saúde que não seja uma proposta de política social com a pretensão de proteger e garantir a saúde coletiva, a qualidade de vida de uma determinada população, ou seja o Bem-Estar social.

A qualidade de vida relaciona-se com o desenvolvimento, pois é este processo que permite a produção material em abundância e garante a capacidade de distribuição para a satisfação das necessidades básicas da maioria.

O desenvolvimento significa colocar o BEM-ESTAR/QUALIDADE DE VIDA da maioria como referência principal. Os países em desenvolvimento não têm tido produção e distribuição de bens materiais e políticas sociais que garantam a qualidade de vida. As soluções encontradas por esses países têm sido sofisticadas e acabam por encarecer o próprio programa e confirmar as desigualdades sociais. Optar pela grandeza, sem se ter a idéia da pequenez, parece ser, segundo Pedro Demo (1989), a característica essencial dos países em desenvolvimento.

A transformação dos PID e PAD, programas na III CMS/COMUS/94, em um único objetivo da área-tema “Vigilância à Saúde”, a eliminação da área-tema “Política de Recursos Humanos” das discussões sobre as diretrizes para a formulação da Política de Saúde para o biênio 96-98, nos parece decisões tomadas que indicam mudanças propostas na condução do sistema de saúde local.

4.5.3. Objetivos

Os **Objetivos** da I Conferência Municipal de Saúde/SMS/COMUS/SJC vão aparecer em somente um dos quatro documentos selecionados, e assim mesmo como **Finalidades**:

(...) contribuir com a formulação da Política Sanitária (...) e
eleger delegados e fornecer subsídios para (...) (Resolução N.º
01/90/SMS: artigo 1.º)

Muitas são as denominações utilizadas (finalidades, fins, propósitos, metas) pelos propositores de Políticas/ Programas/ Projetos e Ações de Saúde, os planejadores sociais. Alguns autores têm criticado esta atitude por entenderem que alguns termos são de conteúdo não operacional, como é o caso do termo Finalidades, o qual corresponde a um conceito abstrato sem ações específicas capazes de orientar os comportamentos e assim fazer frente aos problemas identificados no diagnóstico, que, como já afirmamos acima, inexiste nos documentos.

Em sendo uma opção do planejador usar do termo Finalidades, este precisa ofertar os objetivos gerais e operacionais, os quais por sua própria natureza identificam as direções que se pretendem e aquelas ações/comportamentos que devem ser promovidas pelo setor (Rama, 1987, 120 p.) .

Os objetivos gerais são aqueles que se concretizam no espaço, e os objetivos operacionais são aqueles que se concretizam no tempo e seus conteúdos são expressos em termos de comportamentos observáveis e avaliáveis.

Como nos documentos analisados não se encontra qualquer menção aos objetivos tanto da Conferência como em referência ao Temário Central, ao Temário Específico e a qualquer proposta para a saúde, o trabalho de análise das direções e das ações a serem implementadas para reorientar e/ou transformar as decisões fica prejudicado.

A **Temática** é proposta pelos objetivos - gerais e operacionais - e pelos programas. Como os objetivos inexistem nos documentos disponíveis, depara-se assim, com uma outra dificuldade: a compreensão da **Temática**. Não se tem como avaliar a tomada de consciência das necessidades e nem como explicar quais são as ações a serem reforçadas, reorientadas e transformadas para enfrentar os problemas verificados pelo diagnóstico.

Os **Programas**, seja o conjunto de medidas para a implementação ou as soluções não se reconhecem como meios de enfrentar e superar os atuais problemas de saúde, encontram-se no nível formal do “Relatório da Plenária Final”, sem qualquer questionamento da proposta básica apresentada: **Municipalização da Saúde.**

Desconsideram-se, assim, os aspectos mais significativos, quais sejam os programas de saúde e a participação do cidadão nas decisões das políticas, programas e ações de saúde. Destaca-se a importância atribuída a cada um dos quatro temas centrais, mesmo que não se tenham definido as direções (objetivos gerais), as ações a serem realizadas (objetivos operacionais), e nem se tenham proposto soluções (programas), somente algumas recomendações (Relatório da Plenária Final), como já foram mencionadas.

Em relação aos **Objetivos** da II CMS/COMUS/SJC, os documentos - Documento Tese, Palavras do Prefeito Pedro Yves e o Relatório Final - são omissos. Como na I CMS/COMUS/90, a Comissão Organizadora não estabelece os objetivos, nem os gerais nem os específicos, optando por decidir pelo uso do termo **Finalidade**, o que dificulta a apreensão de como as ações e práticas serão orientadas durante todo o processo de implementação e de avaliação seja dos diversos programas, seja das diretrizes ou da própria Política de Saúde decidida durante a II CMS/COMUS/92.

A finalidade da II CMS/COMUS/92 consta do Regimento Interno, em seu artigo 1.º:

Estabelecer as diretrizes para a formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 2 anos (grifos nossos).

Como demonstramos acima, a II CMS/COMUS/92 estabeleceu diretrizes tanto em nível da Secretaria de Saúde como da Administração Municipal, alcançando assim a finalidade a que se propôs.

O que se discute é a ausência dos objetivos gerais e específicos. A ausência das grandes direções em que se pretende orientar as ações que devem ser promovidas no setor da Saúde (objetivos gerais) e a ausência dos objetivos específicos que dão origem aos programas e aos projetos, terminam por ser, como já comentamos no capítulo 4 deste trabalho, característica dos Planos/Planejamentos em qualquer um dos setores da vida social, dificultando o cumprimento da finalidade, por falta de linhas concretas de ações necessárias.

A II CMS/COMUS/92, embora não conte com os objetivos, ela estabelece um conjunto de soluções - **Programas** - (Documento Tese, 1992) a serem adotados para alcançar a sua finalidade. Em nível da Secretaria Municipal de Saúde:

- a) em relação ao financiamento: priorizar compras e contratações, diminuir desperdícios, melhorar o sistema de faturamento, transparência nos pagamentos para melhorar o controle;
- b) em relação à administração-gerenciamento: remodelação dos serviços de apoio interno, perseguir o cronograma de prioridades, descentralização administrativa, vendas diretas ao produtor;
- c) em relação aos recursos humanos: ofertas de cursos para qualificar os recursos humanos, ofertas de treinamento, contratação de médicos especialistas;
- d) em relação à participação popular: implantação dos restantes Conselhos Gestores de Unidades (CGU's), transporte aos conselheiros, acesso às informações.

Em nível da Administração Municipal, as **soluções (programas)** encontradas são:

- a) em relação ao financiamento: aumento da arrecadação municipal, utilização de processamento de dados central, contar com 15% do orçamento e fazer este índice constar da LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), remodelação da gerência financeira, desburocratizar a administração municipal;
- b) em relação aos recursos humanos: aumento da agilidade e diminuição das falhas de controle de pessoal, acelerar as soluções dos casos pendentes de parecer jurídico-trabalhista, implantação de gratificação peculiar ao pessoal da saúde (adicional de local, adicional de 3 turnos) melhorias na segurança física dos servidores em exercício, elaboração e apresentação da Lei Municipal que possibilite a administração sob forma de comissionamento, recursos humanos no subdistrito de São Francisco Xavier, entre outras.
- c) em relação à participação popular: ênfase nos orçamentos participantes, nas audiências públicas e na divulgação das contas municipais e balancetes, facilitar o acesso dos conselheiros municipais nos eventos nacionais e estaduais custeando suas despesas.

Pelo exposto acima, a II CMS/COMUS/92 não adota um ou outro programa como forma de solucionar os problemas identificados no sistema de saúde local, nem define um como sendo o programa ou solução essencial. Pode-se aceitar que os problemas localizados tanto no documento “Palavras do Prefeito Pedro Yves” como no Documento Tese sejam todos igualmente importantes e portanto devem ser enfrentados e solucionados sem ofertar a um ou a outro maior prioridade.

À medida que os problemas a serem solucionados encontram-se nivelados é de se supor que se qualquer um deles, por alguma razão, não o for, a finalidade do processo encontra-se irremediavelmente prejudicada. A ausência de objetivos para nortear as ações e estabelecer os programas deve ser considerada na não prioridade de um ou outro programa e na multiplicidade de programas inseridos no Documento Tese.

Não bastasse a multiplicidade de programas e o nivelamento deles, as questões com as quais se depara são: (a) a omissão dos recursos financeiros para a divulgação e implementação de cada um deles, (b) a ausência de ações norteadoras e (c) a ausência de um cronograma de atividades necessárias para a efetivação das soluções, difícil de serem superadas para implantar as diretrizes aprovadas.

Assim com nas duas Conferências anteriores, os organizadores da III CMS/COMUS/94 optam por definir a finalidade e não os objetivos no Regimento Interno, presente nos dois Informativos, como sendo a de:

Estabelecer as diretrizes para a formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 02 anos (Regimento Interno, 1994, art. 1.º).

No documento “Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde”, contido no Informativo 02 (1994), tomou-se a decisão de apresentar 142 diretrizes a serem percorridas durante o biênio 94-96; um conjunto de diretrizes norteadoras para cada uma das 16 áreas extraídas dos 16 temas já apresentados acima, além de 5 diretrizes propostas durante a Plenária Final.

Assim como a I CMS/COMUS/90, essa III CMS/COMUS/94 não apresenta nenhum programa para a finalidade proposta, ou seja, os documentos disponíveis para esta análise não contêm nem soluções, nem operações necessárias ao cumprimento das diretrizes definidas para cada uma das 14 áreas de atuação. Duas das 16 áreas de atuação já são propostas desde as plenárias como programas - Programa de Internação Domiciliar e Programa de Atendimento Domiciliar.

Em relação ao papel das Unidades de Saúde, por exemplo, não se define como

estabelecer vínculos com escolas, creches e demais instituições dentro da área de abrangência (?).

Em relação às demais áreas, pergunta-se: como

a) sensibilizar e capacitar os servidores para o acesso e acolhimento, visando a humanização dos serviços?;

b) garantir que as Unidades Básicas de Saúde realizem as oficinas de territorialização (...)?;

c) considerar atitudes e práticas da população na elaboração do diagnóstico local?; garantir recursos para a execução das ações propostas no planejamento ascendente?; garantir o compromisso da população com o Modelo Técnico Assistencial?; estabelecer agilidade no fluxo das informações referentes à Vigilância à Saúde?; garantir o funcionamento do PID e PAD de forma distinta, mantendo a especificidade de cada intervenção?; garantir a integração entre as secretarias (...)?; garantir o treinamento e habilitação de pessoal (...)?;

d) propiciar um sistema de comunicação adequado e eficiente (...)
(Informativo 02, 1994, p.20-34)?

A III CMS/COMUS/94 estabelece diretrizes por área de atuação definidas nas pré-conferências e discutidas e aprovadas durante a Conferência, mas, no entanto, não define as condições humanas e materiais, nem os recursos físicos e humanos necessários para que as diretrizes sejam alcançadas com eficiência e eficácia.

A ausência de soluções e operações - a não definição de programas - para a finalidade proposta, é bastante comum nos planos/planejamentos em qualquer setor da vida social. Talvez esta seja uma das explicações do fracasso das políticas, e em particular das políticas de saúde.

A IV CMS/COMUS/96, assim como as demais, estabelece uma única finalidade a ser alcançada no biênio 96-98, desprezando os **objetivos**, gerais e específicos, que orientariam as ações de saúde. Semelhante à III CMS/COMUS/94, esta Conferência estabelece um conjunto de objetivos para cada uma das 10 áreas-tema definidas para serem discutidas pela Plenária Final, sem contudo estabelecer qualquer programa - soluções, operações e diretrizes - pelo menos de forma transparente como o PID ou o PAD, nem qualquer política, a exemplo da conferência anterior, a qual estabeleceu a Política de Recursos Humanos.

4.5.4. Medidas de Racionalização

Para a I CMS/COMUS/90 **Medidas de Racionalização**, aqui entendidas como a identificação tanto das medidas administrativas como dos conflitos sociais, encontram-se nos documentos analisados com relação à própria Conferência. Os documentos “Relatório N.º 001/90”, “Conclusões e Recomendações” e a “Resolução N.º 01/90/SMS” apresentam as medidas administrativas sob as quais se processará a Conferência: os membros, os delegados, o funcionamento dos grupos, das comissões e das plenárias, os temas e a avaliação da Conferência.

Reconhece-se como conflito social o boicote realizado por algumas unidades de saúde, sem identificá-las, à realização da I CMS/COMUS, fato este já comentado acima, sem qualquer referência aos possíveis conflitos sociais entre os Atores Sociais, entre estes e a Elite no Poder e outros.

Em relação às políticas de financiamento e de gerenciamento, de recursos humanos e de concretização da municipalização da saúde, não há qualquer medida de racionalização, pois não se dispõem de medidas administrativas para a implementação em qualquer um dos quatro documentos disponíveis para a presente análise.

Valorizar o COMUS como órgão efetivo da participação popular nas questões da saúde (Conclusões e Recomendações: tema 1), criar núcleos regionais de práticas alternativas em Saúde Pública, valorizar o profissional que trata da saúde do deficiente mental, mobilizar a população para melhorar a sua participação em questões de saúde são algumas ações transformadoras arroladas nos documentos de Avaliação e de Recomendações.

Tais recomendações mereceriam, por parte dos delegados presentes à I Conferência Municipal de Saúde, uma atenção especial no que tange a medidas administrativas, a programas ou meios de superar os problemas atuais na área de saúde e a decisões a serem tomadas para implementar as transformações tão esperadas pela sociedade.

Os documentos da II CMS/COMUS/SJC disponíveis para a presente análise não identificam qualquer espécie de **conflito social**.

Embora se reconheçam as dificuldades em todo o processo de discussão e construção de um Sistema Único de Saúde capaz de absorver o maior número de cidadãos, não se reconhecem os conflitos entre os diferentes níveis de decisão nem os possíveis conflitos entre os usuários, trabalhadores da saúde, ou entre os elementos da Secretaria Municipal de Saúde e as demais secretarias, e em outras fontes.

O Documento Tese indica algumas dificuldades enfrentadas pelos municípios brasileiros - o não cumprimento das Leis Gerais e das Leis da Saúde; a inexistência de uma Reforma Fiscal que seja também uma Reforma Tributária, a qual permita melhor distribuição de rendas e maior financiamento para a área social; a não garantia dos recursos financeiros entre 10 a 15% dos orçamentos de cada nível de governo, entre outras constantes do item 05 deste mesmo documento - sem no entanto reconhecê-los como geradores de conflitos entre a instância municipal e os demais níveis de governo, nem mesmo quando convoca os delegados presentes à II CMS/COMUS/92 a "**lutar individual e conjuntamente** (Documento Tese, 1992, p. 09) para resolvê-las.

O Documento Tese em seu item 12.1 (1992) chama toda a administração da Saúde, da representação legislativa, da sociedade organizada, dos conselhos comunitários, dos trabalhadores de saúde, a somarem esforços na luta

para que o Brasil se transforme exigindo que a União, o Estado e o Município cumpram seu papel de Estado servindo aos cidadãos, escutando os cidadãos, agindo com eficiência e transparência (Documento tese, 1992, p.09).

Só assim São José dos Campos terá a “Saúde que Queremos”.

Mesmo chamando todos a lutarem por um sistema de saúde de qualidade, não se reconhecem nem ao menos as desigualdades sociais responsáveis pelas políticas sociais, as quais se tornam funcionais à reprodução da ordem capitalista.

O não reconhecimento dos conflitos sociais nos leva a entender que o discurso sobre as diretrizes para a formulação da política de saúde de São José dos Campos desconsidera a existência de múltiplos atores sociais envolvidos por múltiplos interesses e qualquer discussão sobre a estrutura de classes sociais, no bojo da qual emergem as demandas sociais e solicitam a participação do Estado, a qual se traduz como Políticas Públicas, abarcando as preventivas, as compensatórias e as sociais, onde se alojam as Políticas de Saúde.

Considerando as funções desempenhadas pelas políticas sociais, tal como trabalhadas por Faleiros (1982), pode-se inferir que não contemplar os conflitos sociais como medida de racionalização demonstra o uso da ideologia da normalidade - só participam aqueles que trabalham e são saudáveis; transforma benefícios e serviços em mercadorias, valoriza e valida a força de trabalho, mantendo a ordem social, já que as diretrizes e os programas encontram-se relacionados à conjuntura política.

Como **“todos participam e decidem”** não se tem por que reconhecer as relações de conflito entre os membros envolvidos no processo de construir uma Política de Saúde para São José dos Campos. O fato de o Documento Tese ser aprovado tal como foi produzido, com exceção do item 13 (moções, repúdio, comunicação e elogio), sugere a submissão dos membros e o escamoteamento da dimensão repressora por uma dimensão humanizadora.

A lista de repúdios que consta das páginas 11 e 12 do Documento Tese à SABESP pelo despejo de lixo nos rios e córregos, ao Governo pela demora nos repasses de verbas para a saúde local, ao COMUS pelo descaso dos CGU's, aos conselheiros pela demora em atenderem às reivindicações, ao Governo do Estado de São Paulo pela não implantação do Conselho Estadual de Saúde - não é considerada como situações de conflito social e sim uma situação de desacordo, já que o conflito supõe uma unidade composta por dois termos opostos.

Pela descrição encontrada no Documento Tese põe-se em jogo uma mera diferença entre seus elementos constitutivos, um desacordo entre palavras e ações. Não se afirmam as diferenças nem se aceita o choque de interesses como algo definitivo, o que não caracteriza uma contradição não-antagônica. Nem se refere a uma contradição antagônica, já que não coloca em jogo as classes sociais.

As **medidas administrativas** necessárias à implantação dos programas estabelecidos (objetivos), pelos quais se pretende solucionar os problemas do sistema de saúde local (diagnóstico) e facilitar o cumprimento das diretrizes estabelecidas para a Política Social do Município de São José dos Campos, no biênio 92-94, são encontradas nos itens 10 e 11 do Documento Tese, onde também se encontram as diretrizes e os programas.

Para facilitar a identificação das medidas de administração definidas no Documento Tese, conjuntamente com as diretrizes e soluções, optamos por adotar como critério o conteúdo original de cada um desses termos, como passamos a expor abaixo:

- a) por programa ou solução entendemos o meio ou as **operações** definidas para se superar uma dificuldade ou um problema diagnosticado na análise do sistema de saúde local;
- b) por diretriz entendemos o conjunto de **instruções**, normas e **indicações gerais** que se selecionam para conduzir um processo à sua finalidade;
- c) por medidas administrativas entendemos tanto o conjunto de **princípios** e funções que organizam os fatores do processo, como a **coordenação** das atividades humanas necessárias aos fins desejados.

Em nível da Secretaria Municipal de Saúde destacamos algumas das principais medidas administrativas contidas no item 10 do Documento Tese (1992):

- a) em relação ao financiamento: melhorar o controle sobre os serviços prestados, combater todos os tipos de corrupção;
- b) em relação à administração-gerenciamento: diminuir as burocracias internas da SMS/SJC, remodelar os serviços de apoio, continuar o processo de descentralização administrativa até as unidades de ponta, criar área especial de organização e métodos na SMS/SJC;
- c) em relação aos recursos humanos: sugerir a criação de uma coordenação central de enfermagem; assegurar espaços para reunião de avaliação do atendimento com o objetivo de melhoria na relação humana, qualidade e quantidade dos serviços prestados; treinar os recursos humanos necessários.

Em nível da Administração Municipal, as medidas administrativas que coordenariam as atividades necessárias ao cumprimento das diretrizes são:

- a) em relação ao financiamento: adoção do sistema de Processamento de Dados Central para controle e melhoria do faturamento do SUS;

- b) em relação à administração-gerenciamento: integração das secretarias, descentralização administrativa, atribuições gerenciais definidas, informatizar o setor, adotar o planejamento econômico-financeiro, diminuir as burocracias internas;
- c) em relação aos recursos humanos: garantir maior agilidade e minimizar as falhas no sistema de controle de pessoal, criar o plano de cargos, carreira e salários; legalizar a situação dos servidores estaduais e federais municipalizados;
- d) em relação à participação popular: enfatizar os orçamentos participantes, divulgar as contas municipais e balancetes.

A preocupação em tomar medidas de racionalização, principalmente as que se referem a medidas administrativas, diferencia esta II CMS/COMUS da anterior, já que delineia-se o comprometimento de se efetivar a finalidade de “**definir diretrizes para a Política de Saúde do Município** (Documento Tese, 1992) (grifos nossos). eliminando-se os fatores dificultadores encontrados tanto no interior do sistema de saúde como aqueles encontrados na Administração Municipal.

Sem dúvida alguma, a II CMS/COMUS, inova à medida que reconhece publicamente as ineficiências e insuficiências do sistema de saúde local. Este reconhecimento nos leva a não só entender que a I CMS/COMUS/90 não alcançou a sua finalidade principal “**formular a política sanitária do SUS no âmbito municipal** (Conclusões e Recomendações, 1992) (grifos nossos), como também a pressupor que a multiplicidade de diretrizes estabelecidas durante a II CMS/COMUS/92, podem ser dificultadas, uma vez que tanto a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde como a da Administração Municipal continuam a contar com insuficiências e ineficiências, as quais demandam atitudes políticas locais e externas ao Município e a implantação das medidas administrativas.

Diferentemente da II CMS/COMUS/92 que apresenta pelo menos alguns desacordos, a III não apresenta **medidas administrativas** nem qualquer conflito social enfrentado durante as pré-conferências e no transcorrer da Conferência.

Como já afirmamos acima, a finalidade desta III CMS/COMUS/94 é estabelecer diretrizes para a Política de Saúde local do biênio 94-96, discutindo o novo Modelo Técnico Assistencial (MTA). Não se encontra qualquer referência sobre a estrutura e organização do novo MTA e nem as medidas administrativas necessárias à sua implantação.

Pela análise dos documentos contidos nos dois Informativos da III CMS/COMUS/94, percebe-se que o novo MTA é uma estrutura que deve: a) permitir a descentralização efetiva e a distritalização (áreas de abrangência); e b) contar com Unidades Básicas como Autoridades Sanitárias locais, articuladas no Nível Central (SMS/SJC), e com o Planejamento Ascendente. Esta estrutura deve: a) facilitar o acesso e acolhimento, a participação popular, a vigilância à saúde e a integração entre serviços e entre secretarias; b) garantir a informação/informatização, a implantação do PID e do PAD, políticas de recursos humanos, qualidade dos serviços de saúde. A pergunta que nos resta fazer: Como esta estrutura complexa do MTA poderá funcionar, sem medidas de racionalização definidas?

Será que as medidas de racionalização definidas na II CMS/COMUS/92 e implementadas no transcorrer do biênio 92-94, foram suficientes para administrar a estrutura do MTA emergente ? Sendo, como já declaramos acima, um MTA em contínua construção, como administrar os impasses gerados nas áreas de abrangência? Como racionalizar a necessidade contínua dos parceiros na elaboração e atualização do diagnóstico? Como administrar os conflitos sociais entre os níveis estruturais: Administração Local, Secretaria de Governo, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Conselho Municipal de Saúde (COMUS), Conselhos Gestores de Unidade (CGU's), Núcleos de Saúde Comunitária (NUSAC's), Conferências Municipais de Saúde (CMS) ?

O não reconhecimento de conflitos sociais, não significa ausência de tensões sociais entre os atores do processo - usuários, profissionais da saúde e a esfera municipal de governo. O reconhecimento de insuficiências e de ineficiências tanto em nível da Administração Municipal como em nível da Secretaria Municipal de Saúde, a identificação de dificuldades de acesso e de acolhimento, a não definição, ainda, das áreas de abrangência e das condições locais de saúde, entre tantos outros obstáculos à efetivação da municipalização, nos leva a insistir na idéia de que os conflitos estão sendo escamoteados.

A insuficiência em termos de cobertura em todos os níveis de atenção, o não comprometimento dos servidores da saúde com os usuários do sistema, nos coloca diante de um cenário em que atores com interesses diferenciados devem estar em contínua tensão entre a manutenção de um modelo tradicional, excludente e segregador, e a possibilidade da implantação de um modelo descentralizador e distritalizador, com perspectiva de imprimir mudanças na direção de maior equidade social.

As únicas menções a situações de conflito encontram-se entre as moções encaminhadas à Plenária Final (Informativo 02, 1994, p.36-39) e se refere (1) a um protesto sobre a não inclusão de depoimentos de outros profissionais, que não médicos, quando da apresentação do filme “Filas” (Informativo 02, 1994, p.37), para se mostrar o novo MTA e (2) a um

protesto ao Ministério da Fazenda por não ter liberado os recursos necessários para a Municipalização dos 40 municípios autorizados à Municipalização Semi-Plena (Informativo 02, 1994, p.37).

Os documentos disponíveis para a análise desconsideram as **Medidas de Racionalização**. Parece não ter sido necessário aos organizadores desta IV CMS/COMUS/96, estabelecer um rol específico de medidas administrativas.

O Relatório da IV CMS/SJC/96, ao estabelecer os objetivos da área-tema “Infra-estrutura”, deixa transparecer algumas medidas necessárias à administração do sistema de saúde local, como

contratar engenheiros especializados em saúde, implementar recursos e medidas de segurança aos servidores, patrimônio público e população, no que diz respeito à violência (Informativo 01, 1996, p.07-08).

Não se dispõem de informações nem sobre princípios que norteariam o Novo Modelo de Atenção à Saúde, tema central da conferência.

No tocante aos conflitos sociais, durante as pré-conferências e no transcorrer da própria conferência, os documentos são omissos. É difícil compreender que durante o processo de discussão do Modelo Técnico Assistencial de São José dos Campos - MTA - levado a efeito no biênio 94-96, ou sobre o Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida em São José dos Campos, não tenha ocorrido conflito algum entre os agentes envolvidos, já que são realidades historicamente determinadas e por tais razões transitórias graças às forças contraditórias presentes.

As diferentes formas de contradição são as responsáveis por este movimento incessante da realidade histórica.

O processo de conflito se estabelece na luta por coisas concretas. Os esforços da população para controlar as condições de sua vida e as forças com que estão competindo não desenham uma situação livre de conflitos. As forças contraditórias (unidade dos contrários) não só estão presentes nos debates sobre as áreas-temas e tema central no desenrolar da IV CMS/COMUS/96 (dialética interna), possibilitam o novo (dialética inovadora) (Lakatos e Marconi, 1983). A não identificação dos conflitos sociais, nos documentos desta e das conferências anteriores, nos leva a concluir que seus autores optam por uma visão de mundo positivista, uma vez que não reconhecem a historicidade do processo, dada pela presença de forças contraditórias.

4.5.5. Inovações Políticas

As **Inovações Políticas** estão na dependência dos objetivos gerais, pois são eles que definem as direções dos programas/ações de saúde. Conservar, redirecionar, transformar são algumas direções a serem definidas e assim sendo definem-se também as **estratégias**, aqui consideradas como a coordenação de ações, de manobras e de forças sociais, a fim de se alcançar os objetivos determinados pelo poder político, ou de se empregarem os recursos materiais e humanos.

As estratégias devem ser flexíveis e variáveis, assumindo sua forma determinada segundo a natureza, as exigências das circunstâncias, a criatividade dos atores envolvidos no processo e o projeto político da elite política. Não só as estratégias permitem as inovações políticas, mas também as **Instituições Políticas**, já que são elas os feixes sociais que garantem a reprodução da própria sociedade, normatizando a estrutura vinculatoria (Cerroni, 1993; Emerson e Elias, apud Cerroni, 1993).

O “Relatório N.º 001/90” ao avaliar a I CMS/COMUS/SMS reconhece o não comprometimento do Servidor da Saúde, o que acarretou tanto a sua exclusão como a falta de mobilização da própria comunidade, já que se tinha como expectativa que o próprio Servidor fosse um incentivador da participação popular; sugere melhoras na delegação de tarefas de divulgação aos Representantes do COMUS, para se tentar diminuir as possibilidades da população interpretar a Conferência como legitimação do poder constituído; sugere a inserção do Servidor da Saúde e da comunidade em geral no processo decisório para garantir a participação (Conclusões e Recomendações/SMS).

Tais recomendações não chegam a propor estratégias de enfrentamento da realidade empírica nem definem quais instituições políticas estarão envolvidas no processo de implementação do projeto político de saúde definido pela Conferência e assegurado pelo COMUS/SMS.

Em relação ao objetivo básico da I CMS/COMUS/SJC, “definir a **Política de Saúde em suas grandes linhas (...)** (Resolução 001/90) (grifos nossos), não há qualquer decisão política, nem qualquer inovação política (nem estratégia, nem instituição política definidas), assim como nada se apresenta em relação aos programas (soluções ou meios) e objetivos operacionais.

Nos documentos da II CMS/COMUS/SJC os programas - outra **Inovação Política** - embora definidos, são tantos, que se pode pressupor, com as dificuldades financeiras, gerenciais e humanas identificadas pela Comissão Organizadora, no Documento Tese, não serem facilmente resolvidos. Aos problemas diagnosticados, para os quais os programas foram definidos, somam-se as novas demandas sociais no transcorrer do biênio 90-92, gerando novos desafios a serem enfrentados, com grandes dificuldades nos repasses de verbas.

A identificação de algumas medidas administrativas também pode ser considerada como inovação política. As medidas administrativas estabelecem algumas estratégias para garantir maior eficácia e melhor eficiência na política de saúde local. Entre elas, encontramos as atividades utilizadas - sessão de abertura, a conferência sobre o SUS, a discussão do Documento Tese, a manifestação pública dos candidatos à Prefeitura Local, a aprovação das moções e dos repúdios - para coordenar as ações; entre as manobras utilizadas estão: garantir de 10 a 15% dos orçamentos fiscais enquanto não se muda a legislação, descentralizar os recursos enquanto não se institui uma Política Tributária (Documento Tese, 1992).

Em relação às **Instituições Políticas** envolvidas no processo de definir as diretrizes para a política de Saúde, de colocar em prática as soluções estabelecidas para cada problema identificado, com a finalidade de se colocar em uso as diretrizes aprovadas durante a Conferência, a II CMS/COMUS/92 não inovou, uma vez que elas não foram identificadas em nenhum dos documentos disponíveis para a presente análise.

Sabe-se que o Sistema de Saúde do Município de São José dos Campos conta com uma estrutura mais descentralizada desde 1989, permitindo melhor participação dos usuários e dos conselheiros nas discussões sobre política de saúde. A SMS, o COMUS, os CGU's, os NUSAC's são algumas das instituições que serão acionadas para se colocar em prática as diretrizes da Política de Saúde.

Outras instituições necessárias ao projeto "A Saúde que queremos para São José dos Campos" são citadas no item 12 do Documento Tese, sem no entanto serem reconhecidas como instituições políticas pelos organizadores do documento: Administração Municipal, Administração da Saúde, Representação Legislativa, Sociedade Organizada, Meios de Comunicação Social.

As **Inovações Políticas** da III CMS/COMUS/SJC, sejam em termos de estratégias ou de instituições políticas, estão contidas entre as propostas e moções apresentadas, no Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde/COMUS/SJC.

Entre as estratégias inovadoras identifica-se a oferta de serviços emergenciais do Município, mesmo que de forma terceirizada; a implantação, depois da realização dos estudos necessários, de um laboratório de medicamentos como exemplo do Município de Cruzeiro; o estabelecimento de convênios com hospitais de serviços especializados; a realização de um Fórum ou Seminário de Qualidade no atendimento de Saúde; criação do Banco de Prótese; e a considerar que o Município de São José dos Campos encontra-se na lista daqueles que já recebem os recursos da municipalização Semi-Plena e acata a Lei Federal que dispõe sob a carga horária de 30 horas semanais de profissionais que trabalham na área de reabilitação. (grifos do autor) (Informativo 02/94);

Para qualificar o profissional desta área, a SMS/SJC se propõe a realizar no ano de 1995 a **I Conferência Municipal de Saúde Mental** e a realização da Oficina de Territorialização em Saúde (em março de 1994, na UBS "Parque Novo Horizonte, realizou-se a primeira oficina). Consideram-se tais decisões como estratégias inovadoras, além de necessárias.

Entre as Instituições Políticas acionadas para facilitarem as Inovações Políticas, encontram-se: a Secretaria Municipal da Fazenda, chamada a descentralizar os recursos do Tesouro Municipal para o Fundo Municipal de Saúde; o Sindicato e o Ambulatório de Saúde do Trabalhador, prevista na Lei de Regulamentação do SUS (Lei N.º 8080/90), para regulamentar em Lei Municipal as ações de saúde do trabalhador; as Secretarias Municipais, que, se integradas, tornam os serviços de saúde mais eficientes e eficazes; o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS - criado em Olinda em 1988, para continuar pressionando a descentralização da saúde, até torná-la efetiva e plena. Os demais municípios brasileiros são também instituições políticas que podem ser acionadas à medida que tenham projetos, programas, ações e estratégias em saúde que mereçam ser analisadas e se possível utilizadas pelo Município de São José dos Campos.

A IV CMS/COMUS/96 conta com algumas importantes **Inovações Políticas**. A área-tema “Comunicação/Informação” contida no Documento Guia (Informativo 01/1996: 18) indica uma inovação que pode facilitar a implementação de qualquer programa, já que os programas dependem de divulgação de seus objetivos e ações junto à população-usuária. A Comissão Organizadora da IV CMS/COMUS/96 decide utilizar os meios de comunicação para divulgar os serviços da SMS/SJC e o SUS, os CGU's e o COMUS, assim como tomam a decisão de estabelecer um sistema de informações sobre saúde.

O reconhecimento da necessidade de uso dos meios de comunicação e de canais de informação para divulgar os programas e os serviços de saúde, parece ser uma estratégia inovadora, principalmente quando a população-alvo encontra-se espalhada pela periferia urbana.

No que se refere às instituições políticas, a IV CMS/COMUS/96 não se permite inovar. Mantém as mesmas associações classistas, conselhos profissionais e sindicatos da conferência anterior.

4.5.6. Atores Sociais

Os **Atores Sociais ou Sujeitos Históricos** são um outro elemento fundamental na análise de Políticas de Saúde, pois se deve a eles o sucesso ou não da implementação. Por Atores Sociais entendem-se os movimentos sociais, os grupos sociais e as pessoas envolvidas no processo, desde a elaboração da fase diagnóstica até a avaliação dos programas/ações implementadas.

As ações concretizadas e os papéis desempenhados pelos atores sociais devem ser motivo de análise, segundo Diniz (1978), Santos (1979) e Faleiros (1971), pois são elas que permitem descobrir a situação concreta: a participação nas decisões de políticas sociais e as pressões sociais sobre o Estado para a conquista das demandas ou para propor alterações nos projetos políticos no setor da saúde engendrados no interior da Elite Política.

Para a I CMS a “Resolução N.º 01/90/SMS” é o documento definidor dos Atores Sociais. Define os **Membros**, aqueles “interessados no aperfeiçoamento da política sanitária do Município (Artigo 2.º), e que puderam participar da I CMS/COMUS na condição de **Delegados** (membros com direito a voz e a voto), ou de **Conferencistas, Debatedores e Observadores** (Artigos 3.º e 4.º). O Decreto N.º 7125/90 define a **Comissão Organizadora** e esta define as **subcomissões** e suas responsabilidades.

Entre os **papéis /ações** de responsabilidade dos membros da Comissão Organizadora encontram-se todas as assembléias preparatórias; a definição do temário central e do temário específico, considerando o Artigo 223 da Constituição do Estado de São Paulo e Artigo 277 da Lei Orgânica do Município de São José dos Campos, a ser debatido nos grupos de trabalho durante a I CMS/COMUS; o funcionamento dos debates dos temários Central e Específico; a composição da mesa dos trabalhos - definindo o Presidente, o Relator, o Conferencista e o Secretário; o funcionamento da plenária final e

assegurar a eleição de Delegados para a II Conferência Municipal de Saúde. Outras atividades da Comissão Organizadora Central encontram-se no Artigo 28 da Resolução N.º 01/90, e nos Artigos 29,30 e 31 encontram-se as competências dos membros - Presidente, Vice-Presidente, Secretários, Tesoureiro e Relatores (Geral e Adjunto).

Chama a atenção de quem lê os documentos assinalados acima, a ausência total de papéis a serem desempenhados pelos Delegados, que não seja o de discutir e de votar as moções na Plenária Final.

A programação oficial da I CMS/COMUS, a seleção dos Conferencistas e Debatedores, a deliberação sobre Documentos Técnicos Oficiais, a aprovação das Entidades Participativas e de seus Delegados, a aprovação dos Documentos que comporão o temário da Conferência, o presidir as reuniões da Comissão e da Plenária Final, a elaboração de toda a programação da Conferência e a atuação junto aos Delegados e Participantes como orientador administrativo, são papéis a serem desempenhados pelo Presidente, Vice-Presidente e Secretários (Geral e Adjuntos). Entre estes Atores Sociais não se encontram os Delegados, já que estes não têm papéis/ações definidos no processo decisório da políticas de saúde.

Os canais de participação disponíveis à comunidade são: os Núcleos de Saúde Comunitária (NUSAC's), espaços destinados à discussão dos problemas de saúde; os Conselhos Gestores de Unidade (CGU's), espaços destinados à participação da comunidade no gerenciamento das Unidades de Saúde; o Conselho Municipal de Saúde (COMUS), composto por 28 membros, dos quais 14 são usuários, é o espaço destinado a estabelecer e a avaliar a política de saúde em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS); e a Conferência Municipal de Saúde (CMS), espaço destinado à avaliação da situação da saúde do Município e do estabelecimento das diretrizes da política de saúde.

Analisando os documentos, tanto os relativos ao planejamento como os relativos à execução e avaliação da I CMS/COMUS, não se encontra qualquer referência sobre a avaliação, por parte dos delegados, da política de saúde até então definida para o Município e da situação da saúde encontrada pela I Diretoria do COMUS; também não se encontram referências sobre avaliação das discussões dos problemas de saúde enfrentados nas unidades básicas pelos membros dos NUSAC's, nem em relação às formas de gerenciamento das unidades pelos membros do CGU's.

Entende-se que entre a I CMS e a instalação do COMUS tenha-se um período curto de existência. Ambos foram regulamentados pelo Decreto N.º 7043 de 31 de maio de 1990 e seu anexo, o que poderia sugerir que de maio a dezembro, quando da realização da I CMS, o tempo não permitiu que a avaliação da política de saúde, a avaliação das formas de gerenciamento das unidades de saúde e o diagnóstico da situação da saúde não tenham sido realizados, e portanto os Delegados não pudessem cumprir seus reais papéis/ações durante a realização da Conferência.

O único documento colocado à nossa disposição, e que se reporta à saúde de 1989 a 1990, é o "Relatório Sumário de Trabalho de Janeiro/1989 a Dezembro/1990", apresentado na I CMS/COMUS, no dia 07/DEZ/90, pela Secretaria Municipal de Saúde. Como o próprio título sugere, o documento resume/relata as atividades, os programas em desenvolvimento, a participação, a questão hospitalar, os recursos humanos e financeiros e a estrutura física, sem qualquer avaliação técnico-científica.

O que complica um possível entendimento sobre a participação dos Delegados resumir-se aos papéis de discutir e referendar as propostas sugeridas pela Comissão Organizadora, é continuar tratando a Política Social de Saúde dentro de um projeto político descentralizador e incremental, mas não necessariamente democrático, uma vez que a questão da cidadania, embora legal inexistente de fato, e não se garante a participação, enquanto instrumento político de intervenção dos cidadãos na vida pública.

O Regimento Interno é o documento que identifica os **Atores ou Sujeitos Históricos** da II CMS/COMUS/SJC. O artigo 4.o identifica os membros da Comissão Organizadora e suas atribuições.

COMISSÃO ORGANIZADORA	
II COM/COMUS/SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	
Presidente:	Gilson de Cássia Marques de Carvalho
Vice-Presidente:	Dilson Paulo Alves
Secretário Geral:	Mara Regina M.R. Gagliardi
Secretário Adjunto:	Maria Helena R. da Silva
1. o Tesoureiro:	Paulo Henrique Tibúrcio
2. o Tesoureiro:	Salvador Delgado
Relatores (Geral e Adjuntos):	Edmilson Leão, José Odir Romero, Hilmar Watanabe, Quintina D. Dominguez, Waldery Teixeira e Silvio R. da Silva.

Entre as atribuições desses atores destacam-se as de

elaborar o Regimento Interno (...); estabelecer a composição do quadro de participantes (...); responsabilizar-se pelo fiel cumprimento da programação oficial (...); assegurar a infra-estrutura necessária ao funcionamento da Conferência; emitir e distribuir os certificados aos participantes; resolver em última instância sobre questões não previstas neste Regimento Interno (Regimento Interno, 1992, art. 4.º);

e realizar a leitura do Documento Tese para apreciação e encaminhamento dos destaques, quando necessário.

Em relação aos papéis dos membros - delegados, suplentes e observadores - o Regimento Interno é omissivo, não se tratando quanto ao direito à palavra - discussão do texto, encaminhamento dos destaques, das moções e dos repúdios - e ao voto dos membros-delegados. Quanto aos membros das mesas diretoras das duas instâncias da Conferência - Plenária de Abertura e Assembléia Geral de Discussão e Aprovação do Documento Tese - o Regimento Interno define suas competências nos artigos 11 e 12.

Aos coordenadores das mesas compete

dirigir os trabalhos, orientando as discussões e promovendo as votações de acordo com as normas

do Regimento Interno . Aos relatores compete

elaborar a síntese dos trabalhos fazendo constar o número de votos, quando houver contagem, de cada proposta submetida a deliberação.

Aos secretários compete

auxiliar os coordenadores e os relatores em suas atividades, substituindo-os em suas ausências ou impedimentos (Regimento Interno, 1992, art. 13).

Os suplentes, embora participantes das diferentes atividades da II CMS/COMUS/92, têm somente direito à palavra desde que apresentem os crachás azuis à mesa; os observadores são membros participantes, sem qualquer outro papel a desempenhar ou ação a praticar.

Os grupos e as instituições presentes à II CMS/COMUS/92 como sujeitos históricos são definidos no artigo 7.º do Regimento Interno: CGU's, associações de doentes e deficientes, sindicatos e/ou associações patronais, sindicatos e/ou conselhos de trabalhadores em geral, OAB, SOS Mulher, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Comissão Municipal de Promoção Social, entidades estudantis de 2.º e 3.º graus, Conselho dos Servidores da Saúde, Sindicatos/Associações e Conselhos Profissionais da Categoria da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde (indicados pelo Colegiado da Secretaria Municipal da Saúde), órgãos governamentais ligados à Saúde (Faculdade de Odontologia e ERSa), entidades prestadoras de serviços privados (Hospitais, Clínicas, Serviços Complementares, Medicina de Grupo, Seguro Saúde, UNIMED entre outras).

Quanto aos canais de participação, a II CMS/COMUS/92 não amplia os já existentes desde 1989, os NUSAC's, os CGU's, o COMUS e a própria Conferência. Pelo que se pode inferir a partir das leituras dos documentos selecionados para identificação da Política de Saúde, proposta pela II CMS/COMUS para o biênio 92-94, os canais de participação não foram ampliados, mas as associações e os grupos que encaminharam seus representantes abrangeram segmentos mais variados e tiveram seus representantes aumentados, perfazendo um total de 328 participantes, dos quais 50% são usuários, 25% são trabalhadores de Saúde. Dos 25% restantes, 12,5% são prestadores de Serviços de Saúde e 12,5% são do poder público, e 60 suplentes com direito a voz.

A nosso ver, o aumento significativo de participantes (de aproximadamente 100 delegados na I CMS/COMUS/90 para 328 delegados na II CMS/COMUS/92) acabou permitindo uma melhor participação da sociedade civil na discussão e aprovação das diretrizes da Política de Saúde para o Município de São José dos Campos. Este nível de participação, semelhante ao da I CMS/COMUS/90, não é um instrumento político adequado pois não permite a intervenção dos cidadãos na vida pública. Durante a análise dos textos fica claro que o Documento Tese, embora extraído das discussões realizadas nas atividades anteriores à II CMS/COMUS/92, foi aprovado tal como foi apresentado, sem qualquer alteração.

A descentralização tem impulsionado o setor de saúde desde 1989, mas o verticalismo - recursos transferidos de cima até os grupos de poder (Laurel, 1993, p.25-30) - continua a favorecer os grupos burocráticos na defesa ou na promoção de seus próprios interesses. No caso de São José dos Campos, a Comissão Organizadora permite a representação dos cidadãos, permite a palavra e o voto, mas sobre um documento que retrata o projeto neo-liberal. O Documento Tese centra sua mensagem sobre as diretrizes e as soluções a serem levadas a efeito pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Administração Municipal, pouco se importando em processar situações que garantam o envolvimento dos cidadãos nas decisões políticas, estas foram realizadas pelo Poder Central e foram encaminhadas para serem referendadas e não elaboradas.

Reconhece-se uma falta de equivalência entre os conceitos - descentralização, democracia, cidadania, Bem-Estar social. Arretche (1995, 21 p.) demonstra que esta não equivalência ocorre, já que a realização do ideal democrático

supõe a institucionalização de mecanismos limitadores das formas diretas de participação, limites estes relacionados aos mecanismos de inclusão da preferência do conjunto de cidadãos ao processo decisório (Arretche, 1995, p.04),

e não a uma forma particular de participação, como discutir e votar no que já tinha sido definido anteriormente pela Comissão Organizadora da II CMS/COMUS/929.

Esta autora obtém reforço, para seus argumentos, em Rosalavallon (1993), para o qual a autonomia local não implica imparcialidade na distribuição dos bens e serviços e em Tanzi (1995), para o qual a contigüidade entre burocracia pública e cidadãos no nível local tende a elevar as possibilidades de ocorrência de práticas de corrupção, embora as evidências empíricas não permitam estabelecer uma relação necessária entre as variáveis, dificultando a participação pela crise de legitimidade do sistema, entre os cidadãos.

A descentralização é um processo que de um lado traz consigo a expectativa de melhorias das organizações populares e dos níveis de cidadania da população, à medida que uma nova engenharia institucional (Jacobi,1990) seja utilizada pela gestão municipal; e de outro resulta do

desejo de poder das elites políticas locais, cujos recursos institucionais, especialmente o controle de máquinas eleitorais e administrativas locais (...) (Arretche, 1994, p.03).

Em São José dos Campos a engenharia institucional implantada desde 1989 - SMS, COMUS, CGU's, NUSAC's, CMS - ainda está a exigir reformulação das estruturas internas tanto da SMS como da Administração. O Documento Tese aponta a insuficiência e ineficiência das estruturas burocráticas existentes e como vimos páginas acima identifica uma série de soluções/programas para atacá-las e assim viabilizar a implementação das diretrizes.

A expectativa - melhoria das organizações populares - acabou não se realizando de fato, já que elas

não concretizaram reformas que reduzissem o escopo de atuação das instâncias centrais do governo, nem democratizassem as relações políticas e reduzissem o clientelismo (Arretche, 1995, p.15).

O Documento Tese sendo aprovado da forma como foi apresentado pela Comissão Organizadora durante as pré-conferências, indica que a instância central ainda mantém o poder de decisão em suas mãos.

O próprio Documento Tese reconhece o não envolvimento dos servidores da saúde do sistema local e a omissão dos populares nas plenárias e durante a II CMS/COMUS/92, e estabelece uma multiplicidade de programas - soluções - para superar esta circunstância. Reconhecemos que ainda não existem estratégias ou programas nacionais de descentralização que proponham um rearranjo das estruturas político-institucionais do município. Esta deve ser a preocupação de outras Conferências - municipal, estadual e nacional - já que reconhecemos os programas de saúde pública como sendo alguns dos esforços nesta direção.

Os **Atores ou Sujeitos Históricos** da III CMS/COMUS/SJC são encontrados no documento "Regimento Interno da III Conferência Municipal de Saúde do Município de São José dos Campos" (Informativo 01, 1994), assim como seus papéis.

Os membros da Comissão Organizadora são os atores que têm sob suas responsabilidades, entre outras, a programação que antecede a conferência, a elaboração do Regimento Interno, o cumprimento da programação oficial, garantir a representação das entidades e participantes.

**COMISSÃO ORGANIZADORA
III CMS/COMUS/SJC**

Presidente:	Paulo Roberto Roitberg
Vice-Presidente:	Salvador Delgado
Secretário Geral:	Mara R. M. R. Gangliard
Secretário Adjunto:	Maria Neri M. A. Silva
Tesoureiros:	Tarcísio de Abreu Paulo H. B. Tibúrcio
Relator Geral e Adjunto:	Ana M. R. F. de Sá Dulcie M. W. Landini Magali A. P. Indiani Maria C. S. V. Silva Mizue Shimizu Pola A. Kalamatianos Iracema H. Cela Eliana B. Molina

Outros atores são definidos como membros, pessoas interessadas na Política de Saúde do Município de São José dos Campos, e subdividem-se em 03 categorias, quais sejam: a) delegados, devidamente credenciados como representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde e órgãos governamentais, com o direito à voz e voto, num total de 300 participantes; b) suplentes, com direito à voz, num total de 60 participantes e c) observadores.

Assim como nas duas conferências anteriores, os representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços de saúde têm como ação principal, durante as diversas atividades previstas, a de participar das discussões dos temas definidos pela Comissão Organizadora, ouvidas as pré-conferências, votar nas conclusões aprovando-as ou reprovando-as e apresentar as moções, as quais devem ser apresentadas por 10 delegados no mínimo e se aprovadas, passam a fazer parte do Relatório Final.

Representação dos Usuários.....50% do total
85 representantes dos CGU's - em exercício
07 representantes de Associações de doentes e/ou deficientes
05 representantes de Sindicatos e/ou Associações Patronais
10 representantes de Sindicatos e/ou Associações ou Conselhos de Trabalhadores em geral
38 representantes das demais Associações (OAB, SOS Mulher), Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Comissão Municipal de Promoção Social
05 representantes de entidades estudantis de 2.o e 3.o Grau
Representação dos Trabalhadores de Saúde.....25%
50 representantes do Conselho de Servidores da Saúde
25 representantes de Sindicatos, Associações e Conselhos Profissionais
Representação dos Prestadores de Serv. Saúde será de 12,5% e do Poder Público de 12,5%
37 representantes da Secretaria Municipal de Saúde
13 representantes de outros órgãos governamentais ligados à saúde:
02 representantes do CTA, 02 da Faculdade de Odontologia e
09 representantes do Escritório Regional de Saúde (ERSA).
25 representantes de prestadores privados (Hospitais, medicina de grupo....)
TOTAL= 150 de usuários + 75 trab. de saúde + 75 prestadores = 300 representantes

Durante a Conferência, os representantes participam das suas duas instâncias, a Plenária de Abertura e Assembléia Geral da Discussão do Tema Central. As atividades contam com uma Mesa Diretora, composta de 01 coordenador e 01 relator. Estes são membros da Comissão Organizadora e nestas atividades o coordenador cumpre os papéis de dirigir os trabalhos e promover as votações; ao relator cabe elaborar as sínteses.

Não há qualquer menção a qualquer movimento social ou grupo social presente à III CMS/COMUS/94 que não sejam aqueles identificados quando apresentamos o quadro de representantes: Centro Técnico Aeroespacial (CTA), Faculdade de Odontologia/ UNESP/ SJC, OAB, SOS Mulher, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Comissão Municipal de Promoção Social, entre outras.

Durante a III CMS/COMUS/94, semelhante às duas anteriores, os canais de participação se resumem à própria conferência em suas duas instâncias. No período que antecede a conferência, particularmente os usuários têm à sua disposição as pré-conferências, os CGU's e as reuniões do COMUS. Não se

discute a existência dos canais de participação, mas sim a forma como tem-se realizada a participação popular.

Os próprios atores do processo continuam a reconhecer que a participação popular deve continuar merecendo especial atenção. A descentralização, como já discutimos acima, e a distritalização por si só não melhoram a qualidade da participação popular, já que não bastam estes dois processos para que a classe popular participe das decisões da vida pública.

Tem-se que enfrentar a questão do conteúdo das classes populares. Segundo Doimo, Dorsey, Berling Neto (1986) e Weffort (apud Doimo, 1986, p.21), as classes populares são

como grupos e frações de pessoas que não são capazes de expressar seus interesses como classe social, nem se representam a si próprios na política como classes que se enfrentam ou transacionam com outros (grifos nossos).

As classes populares

(...) não fazem uma crítica explícita ao Modo de Produção Capitalista, mas se manifestam no sentido de uma pressão sobre o consumo, não estabelecendo as conexões econômicas com a produção; não se dirigem contra o Estado percebido como expressão das classes dominantes, mas querem dele participar; não se expressam através de partidos, mas por “movimentos de composição social heterogêneos, lideranças personalistas ou por partidos de estrutura autoritária (Doimo, 1986, p.22).

Aceitando-se este posicionamento teórico sobre as classes populares, permite-se aceitar que não basta canais e informações disponíveis para que os seus membros queiram participar das decisões da vida pública. A questão da participação popular deve ser enfrentada por outra via. Primeiro, deve-se encarar

que elas não conseguem, por sua formação heterogênea, expressar seus interesses como as demais classes sociais o fazem; segundo, é por este conteúdo heterogêneo que suas expressões ecoam com mais facilidade em movimentos populares. Assim, os dirigentes municipais, que se encontram nos diversos canais e nas diversas dimensões do processo de decisão das políticas de saúde local, devem incentivar as manifestações populares e trabalhar as lideranças locais para facilitar a participação popular.

O Regimento Interno/96, em seu artigo 4.º, define os componentes da Comissão Organizadora do evento, responsáveis pela IV CMS/COMUS/96, os quais têm entre outros papéis, o de selecionar os conferencistas e debatedores, bem como deliberar sobre os documentos técnicos, votar na Plenária Final e encaminhar suas propostas para apreciação do COMUS.

Comissão Organizadora IV CMS/COMUS/SJC
Presidente: Paulo Roberto Roitberg
Vice-Presidente: Salvador Delgado
Secretário Geral e Adjunto: Magna Maria Moreira da Silva e Fabiana de Freitas Silva
Relator Geral e Adjunto: Carlos Armando L. do Nascimento José Carlos de Moraes, Lázaro L. de Souza, Sebastião G. Venâncio, Auro Lúcio Silva, Eliana B. B. Molina, Iracema H. Cela.
Comissão Científica: Angela Tornelli, Gilson de Cássia M. Carvalho, Maria N. M. A. Silva, Magali A. Indiani, Maria Carlota S. Vale, Pola A. Kalamatianos, Mizue Shimizu e Dulcie M. W. Landini.

No capítulo IV do Regimento Interno/IV CMS/COMUS/96, encontram-se definidos os demais atores, denominados regimentalmente por membros. As categorias de Delegados, Suplentes e Observadores, definidas na II CMS/COMUS/92, foram mantidas com os mesmos papéis.

Nessa Conferência, o número de Delegados, devidamente credenciados como representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde e órgãos governamentais, com direito a voz e voto, caiu de 300 para 200, mantendo-se os mesmos índices percentuais para a representação.

REPRESENTANTES DA IV CMS/COMUS/1996

- a) Representação dos usuários: 50% paritários em relação aos demais segmentos**
 - 56 representantes dos CGU's - usuários eleitos e em exercício
 - 07 representantes de Associações de doentes e/ou deficientes
 - 03 representantes de Sindicatos e/ou Associações Patronais
 - 06 representantes de Sind. e/ou Assoc. ou Conselhos de Trabalhadores em geral
 - 27 representantes das demais Associações (OAB, SOS Mulher, CMCA, CMPS)
 - 03 representantes de entidades estudantis de 2.º e 3.º graus
- b) Representação dos trabalhadores de Saúde: 25% em relação ao total dos partic.**
 - 34 representantes do Conselho dos Servidores da Saúde
 - 16 representantes de Sindicatos, Associações e Conselhos Profissionais
- c) Representação dos prestadores de Serviços de Saúde (12,5%) e dos Gestores de Saúde (12,5%) em relação ao total dos participantes**
 - 20 representantes da Secretaria Municipal de saúde
 - 05 representantes de outros órgãos ligados à Saúde (CTA, Facul. de Odonto, DRS)
 - 25 representantes de prestadores privados e não lucrativos, e outros (Hospitais,...)

Além dos papéis de votar e propor emendas, os representantes devem participar da Assembléia Geral da Discussão do Tema Central da Conferência, a segunda instância obrigatória, e da Plenária de Abertura (primeira instância). obrigatória, e da Plenária de Abertura (primeira instância).

Durante a segunda instância, as discussões e votações são definidas nos artigos 14, 15 e 16 do Regimento Interno (Informativo 01/1996, p. 09). Temos criticado o nível de participação proposto aos delegados. Nesta IV CMS/COMUS/96, o Regimento Interno deixa claro no parágrafo único do Artigo 16 e no Artigo 17 que a participação dos delegados e suplentes se resume em ouvir a leitura do Documento Guia, sem qualquer manifestação, e

após o término da leitura, será dado prazo para entrega de emendas à Mesa, findo o qual estas não mais serão aceitas (Informativo 01, 1996, p.09) (grifos nossos).

Os itens lidos e sem emendas serão considerados aprovados. O voto dos delegados, únicos membros com direito a voto, só será utilizado para as emendas apresentadas logo após a apresentação e o debate.

No que se refere à “Participação Popular”, área-tema prevista no Informativo 01 (1996, p.08-09), a IV CMS/COMUS/96 avança no sentido de reconhecer a necessidade de se

desenvolver projetos de educação para a participação popular, garantir a participação dos Conselhos desde a fase de planejamento das ações de saúde e políticas de saúde até as deliberações finais e de se criar um sistema de informação em saúde para os grupos sociais organizados e instituições educacionais (grifos nossos).

Entre a II CMS/COMUS/92, que reconhece a omissão, e esta IV CMS/COMUS/96, que indica algumas possíveis estratégias para melhorar a qualidade da participação popular, os organizadores deram um salto de qualidade política no tratamento das chamadas classes populares.

A nós parece que os membros envolvidos com a IV CMS/COMUS/96 e suas pré-conferências se aproximam do conteúdo significativo das chamadas classes populares, distanciando-as dos interesses classistas e aproximando-se de estratégias que venham a permitir a mobilização e melhorar o grau de participação dos populares nas decisões políticas em saúde.

Os canais de participação continuam sendo os mesmos - NUSAC'S, CGU'S, COMUS, Pré-Conferências, Conferência - das conferências anteriores. O fato de reconhecerem a necessidade de novas estratégias, não leva a Comissão e os membros-delegados a reconhecerem que a participação conta com canais estabelecidos pelo Município. De alguma maneira esta posição política subestima os canais que se encontram na sociedade civil, tais como Associações de Bairro, Clubes de Mãe, Centros de Convivência, entre outros, como os Movimentos Populares, organizados pela própria população.

Secundarizar os canais de participação gerados e geridos pelos próprios cidadãos, no mínimo é secundarizar o processo de cidadania, é a adoção de uma ótica assistencialista, que provoca dependência de tal ordem que o benefício somente existe se houver boa vontade do doador. O Estado que tem compromisso com a democracia e com os interesses dos grupos sociais, vai semear caminhos que permitam ações conscientes visando à consolidação tanto da democracia como da participação popular efetiva (Pessoa, 1995). Apostar em estratégias que trabalhem as classes populares e buscar os canais promovidos pelos cidadãos, além daqueles que o Município estabeleceu, é a tarefa do Estado/Município que visa à democracia e à participação popular.

4.5.7. Avaliação do Programa

Quanto à **Avaliação do Programa** - entendendo-se por programa o conjunto de medidas para a implementação da política, do projeto e das ações; ou o conjunto de soluções que se reconhece como meios para o enfrentamento e superação dos problemas de saúde detectados, no momento - os documentos voltam a ser omissos.

Raras são as falas dos participantes sobre as medidas de implementação e meios de superar os problemas, o que mais se encontra são recomendações. Algumas medidas em relação ao financiamento e gerenciamento, em relação ao resgate de credibilidade da comunidade nas propostas políticas do Poder Local; em relação à avaliação, por parte dos usuários, dos serviços locais e da rede física e em relação à criação de núcleos regionais de práticas alternativas em saúde pública são apenas sugeridas e acatadas pelos Delegados na Plenária Final.

Sugeridos também são alguns meios de superação dos problemas localizados no Sistema de Saúde local. Entre eles, encontram-se: o resgate de credibilidade da população como meio para se efetivar a participação na Política de Sangue; criar estratégias de pressão social sobre os órgãos públicos

envolvidos com a questão de recursos materiais para a saúde, como meio de melhorar o percentual e o repasse de verbas para a saúde local; estabelecer mecanismos que viabilizem a mudança de mentalidade e de postura do profissional que atua no setor de deficiência mental.

Optamos por analisar os documentos disponíveis naquilo que se refere a Avaliação do Programa, estabelecido para o segundo dos temas centrais da I CMS / COMUS, **“POLÍTICA DE FINANCIAMENTO / GERENCIAMENTO”** (Resolução 01/90/SMS, Art. 8.º) , pois no nosso entendimento é para este tema que se estabeleceu, mesmo de forma genérica, um programa, ou seja um conjunto de soluções e meios. Uma segunda razão é por ele estar inserido no item “Programas em Desenvolvimento”, sub-item “Gerenciais: remodelação do gerenciamento” e no item “Recursos Financeiros em Dólar per capita/ano/90-91” do documento “Relatório Sumário de Trabalho”.

Os objetivos para o Programa “Política de Financiamento / Gerenciamento” embora não sejam esclarecidos em qualquer um dos documentos disponíveis, pode-se subentender quando se analisa o documento “Conclusões e Recomendações da I Conferência Municipal de Saúde - 1990” que pelo menos dois deles - **definir fontes de recursos para a área da Saúde, os quais devem provir das três esferas do Poder Público, para evitar que apenas os ônus sejam municipalizados; e solicitar repasse direto dos recursos para o município que saberá gerenciá-los** - motivaram o debate de 3 dos grupos de trabalho, após a apresentação do tema pelo Conferencista Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida, e tendo o Dr. Alaor Carlos de Oliveira Júnior, como debatedor.

Estes grupos de trabalho, discutiram o tema “Financiamento / Gerenciamento”, e acabaram apresentando na Plenária Final, os seguintes meios para minimizar os problemas enfrentados pelo setor de saúde no que se refere aos recursos materiais: envio de moções cobrando a definição de repasses, pelos profissionais mediante seu Conselho Regional, ao Presidente da República; aumento do percentual do orçamento Federal e Estadual (recursos do Tesouro, do Orçamento Fiscal e da Previdência Social); conseguir da União, Estado e

Município igual percentual de seus respectivos orçamentos para a saúde; solicitar do Governo Federal um cronograma de desembolso para o pagamento de suas dívidas com a Previdência Social.

A **iniciação do programa** não conta com a identificação da equipe responsável pela sua execução nos documentos relativos à I CMS/COMUS/SJC. Não se fica sabendo quem será responsável pelos recursos financeiros e físicos, pelas campanhas, pelas tecnologias apropriadas.

A **divulgação do programa** “Financiamento/Gerenciamento” não foi estabelecida em nenhum dos documentos. Não há qualquer fala dos propositores do programa e dos meios que destaque os beneficiários potenciais do programa, que identifique os meios de comunicação de massa, as formas de campanha. O documento que faz a abertura da II CMS/COMUS, ao referir-se à I CMS/COMUS, não tece qualquer avaliação sobre como o Programa “Financiamento/Gerenciamento” foi divulgado e se foi eficiente e eficaz.

Considerando a própria Conferência Municipal de Saúde como um Programa, depara-se com o documento “Relatório 001/90”, o qual sofreu críticas muito severas sobre as fases de iniciação e de divulgação, pelos próprios relatores. O documento não avalia as políticas de saúde, mas avalia o processo da I CMS/COMUS. No item 05 levanta as formas de divulgação (filipetas, faixas, cartazes, mini-out-door, jornal, rádio, TV, correspondências), e conclui que cada uma das formas de divulgação utilizadas, à sua maneira, foi ineficiente e ineficaz. As formas - jornal, rádio e TV - são criticadas pelas secretárias da Comissão Organizadora, por não terem dado o apoio necessário a um evento da importância deste. A ineficiência na divulgação compromete, como comprometeu, a participação da sociedade.

Utilizando-se das informações contidas no “Relatório 001/90”, a implementação do programa “Financiamento/Gerenciamento” deve ter sido

dificultada / prejudicada pela precariedade de informações quanto à iniciação e divulgação. Em se tratando do Programa “I Conferência Municipal de Saúde/SJC”, as dificuldades na fase de divulgação reconhecidas pela Comissão Organizadora, diminuiu a compreensão do processo e do seu significado junto à população. A Política de Saúde não sustentou a necessidade de participação popular, descumprindo seu compromisso enquanto Política Social interessada em diminuir as distâncias sociais. O COMUS deve facilitar a organização da sociedade civil, para cumprir com seus objetivos previstos.

O programa “I Conferência Municipal de Saúde/COMUS/SJC” conta com medidas referentes aos problemas de política de financiamento e de recursos humanos. Não se providenciam equipes competentes para lidar com os dois problemas fundamentais. Reconhece-os como problemas, mas não toma nenhuma decisão quanto ao desenvolvimento do programa à medida que não se indicam a necessidade, os objetivos, a clientela e a tecnologia.

O documento que avalia o programa à medida que se avalia a conferência, não traz informações do contexto das relações sociais, o que segundo Tripoli et al. (1975, p. 22) é essencial para se elaborar a avaliação do programa, à medida que se reconhece as pessoas-chave, os responsáveis pelo programa, os patrocinadores e os consumidores. Nada constando, a avaliação é prejudicada.

Durante a II CMS/COMUS/SJC o Programa **“Participação Popular”** contém dois sub-programas. O primeiro deles refere-se à Secretaria Municipal de Saúde, e será identificado como sendo Sub-Programa **“Consolidação dos Conselhos”** para

aprofundar a conquista vitoriosa da participação popular em saúde em São José dos Campos, [consolidando] o COMUS e os CGU's, incrementando o Programa de Educação em Saúde e reavaliando o modelo assistencial com os cidadãos (Documento Tese, 1992, p.08) (grifos nossos);

o segundo, refere-se à Administração Municipal, e será identificado por Subprograma **“Participação em Eventos”** para

garantir o acesso dos Conselheiros Municipais que representam os usuários nos eventos estaduais e nacionais custeando, quando aprovado pelo COMUS, as despesas com transporte, alimentação e estadia (Documento Tese, 1992, p.09) (grifos nossos).

Os títulos dos subprogramas - Consolidação dos Conselhos e Participação em Eventos - foram oferecidos por nós para facilitar a identificação e a compreensão das soluções, das operações e dos serviços a serem prestados, necessários para resolver o problema de omissão ou diminuta participação popular. Cada subprograma tem, de forma clara, as razões que o justificam, como vemos no parágrafo acima, extraído do Documento Tese (1992).

O mesmo documento, entretanto, não dispõe de informações sobre a tecnologia necessária para a prestação de serviços à população. Assim, não se tem como identificar a equipe responsável pelo programa “Participação Popular”. Como lidar com a questão dos recursos financeiros e físicos, se os documentos disponíveis alertam para as dificuldades nos repasses e nas dificuldades de se conservar o índice de 15% do orçamento municipal para a política de saúde local? Quem planejará a tecnologia necessária para garantir a Consolidação dos Conselhos?

A avaliação de programas, e do programa “Participação Popular” em particular, exige decifrar como se deu ou se dará a divulgação das soluções, das operações e dos serviços selecionados para os problemas diagnosticados e para a implementação das diretrizes.

Em relação à Secretaria Municipal de Saúde, o subprograma “Consolidação dos Conselhos”, embora conte com algumas operações sugeridas no item 10.4 do Documento Tese, como por exemplo

apelos de massa (...), assegurar transporte e acesso às informações de saúde aos conselheiros, incentivar maior participação dos profissionais de saúde (...) (Documento Tese, 1992, p.07-08) (grifos nossos),

não se define nem o como fazer, nem os recursos humanos e materiais necessários à divulgação. Quanto aos serviços a serem prestados para a Consolidação dos Conselhos também os documentos analisados não fazem qualquer referência. Percebe-se que a identificação do problema - falta de participação popular - não correspondeu a uma reflexão adequada quanto à forma de divulgá-lo aos interessados.

Em relação a Administração Municipal, com o subprograma “Participação em Eventos”, repetem-se as mesmas dificuldades. Os documentos disponíveis não apontam as soluções, as operações nem os serviços necessários à divulgação. Como viabilizar um programa de Participação Popular sem reorganizar o sistema. No Documento Tese encontra-se o reconhecimento da burocratização tanto da Secretaria Municipal de Saúde como da Administração Municipal, da falta de integração das diversas secretarias municipais e da centralização administrativa como impasses ao gerenciamento e administração, e a nosso ver, devem ser, também, considerados como impasses à divulgação do programa para garantir a participação popular.

As operações acima arroladas não são suficientes para garantir a divulgação do programa e muito menos para se efetivar a Participação Popular. A reengenharia institucional deve fazer parte das operações, mas também de programas para melhorar a organização dos populares em suas bases. Associações, grupos e movimentos devem ser apoiados para colaborar no envolvimento das classes populares na gestão da vida pública, à medida que desenvolve a cidadania. O Documento Tese peca por propor uma quantidade de diretrizes e de programas sem definir os recursos humanos e materiais necessários à divulgação.

O programa “Participação Popular” não conta com qualquer operação e serviço de divulgação, portanto o Contato do Programa nasce prejudicado, à medida que não se discutiram as formas e as estratégias necessárias para que o grande público tomasse conhecimento dele.

A **implementação do programa “Financiamento/Gerenciamento”** não vai aparecer nos documentos referentes à II CMS/COMUS/SJC e por esta razão não dispomos de dados relativos aos resultados obtidos com a utilização dos meios arrolados pelos grupos de trabalho. A própria avaliação do programa fica prejudicada uma vez que se desconhecem os resultados obtidos, se desconhecem a eficiência/ineficiência eficácia/ineficácia dos meios sugeridos para a superação dos problemas de recursos materiais.

Assim sendo, decidimos por analisar a **Avaliação do Programa referente à Participação Popular**, pois acreditamos que o caminho da descentralização e da democracia passa pela melhoria dos canais de participação, pela ampliação da representação popular nos diferentes canais, pelo conjunto de informações disponíveis aos cidadãos e conseqüente aumento de envolvimento político-ideológico dos cidadãos, com as políticas/programas e ações de saúde que tenham compromisso com a distribuição de renda, de privilégios e de acesso aos serviços públicos e que não sejam políticas residualistas compensatórias, mas uma Política de Saúde que ajude a construir a cidadania efetiva (Santos, 1979; Draibe, 1993; Demo, 1987).

A **Implementação do Programa**, como afirma Tripodi et al. (1975, 116 p.), dependerá do sucesso das fases anteriores - Iniciação e Contato do Programa - pois dependerá dos serviços prestados e das tecnologias utilizadas. O resultado esperado - **maior envolvimento dos cidadãos nas questões de saúde local** - ao final do biênio 92-94, encontra-se prejudicado pela ineficiência e ineficácia constatada nas fases anteriores. O reconhecimento de que este resultado esperado não foi conquistado é apontado pelo próprio tema da III CMS/COMUS/94, “O Modelo Técnico Assistencial de São José dos Campos” (MTA).

Define-se por este tema, como veremos com mais detalhes no item abaixo, por se acreditar que o sistema deve criar uma relação de responsabilidade entre equipe de saúde e população (III CMS,1994), a qual permitirá o resgate da

credibilidade da rede básica de saúde (III CMS, 1994), o que atuará como forma de envolvimento do usuário com as questões públicas.

Em relação à **Avaliação dos Programas**, os Informativos 01 e 02/94 contêm, mesmo que de forma superficial, dois programas - Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) e Programa de Internação Domiciliar (PID). Este fato faz com que a III CMS/COMUS/94 se diferencie das duas anteriores pois permite ao avaliador de programas, contar com informações sobre os requisitos e objetivos do programa em relação aos esforços, eficácia e rendimentos, em qualquer dos estágios de seu desenvolvimento (Faleiros, 1971, p.17).

No entanto, a simples existência de duas áreas de atuação serem identificadas pela Comissão Organizadora e pelos relatores dos documentos “Principais Textos Discutidos nas Pré-Conferências” e “Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde” como programas, não significa a efetivação de Políticas de Saúde mediante a prestação de serviços de saúde, soluções e operações eficientes e eficazes aos problemas diagnosticados.

Os programas, como já afirmamos, encontram-se estruturados de forma superficial e não conseguem promover o Bem-Estar social uma vez que não orientam as decisões das elites do poder e dos diretores de cada programa. Os programas não definem nem as soluções nem as operações necessárias, assim como não definem quais devem ser as pessoas - chaves (diretores e equipe) e seu comprometimento político-ideológico com os objetivos do programa sob sua responsabilidade. Não se dispõe também de informações sobre os possíveis obstáculos a serem gerados por pressões políticas e formas de negociação para superá-las (Faleiros, 1971; Tripodi et al., 1975).

O 1.º estágio de desenvolvimento dos Programas PID e PAD (III CMS/COMUS/SJC) - **Iniciação do Programa** - não aparece nos documentos disponíveis como propõe Tripodi (1975, 116 p.). Não há qualquer informação

sobre a equipe competente, nem quem ficará responsável pelos recursos financeiros e físicos, nem qual será a tecnologia necessária para o alcance dos objetivos.

Tanto o PID como o PAD são apresentados pelos seus objetivos gerais. Reconhece-se, nos objetivos, a necessidade de equipes multidisciplinares, e nos textos preparados para a discussão nas pré-conferências, encontra-se o perfil de clientela para cada programa em questão. Para o PAD, a clientela é formada pelos pacientes considerados

crônicos que não necessitam de seguimento diário por parte da equipe da UBS (Informativo 01, 1994, p.44).

Para o PID, a clientela é composta de

peessoas com idade igual ou superior a 12 anos e que apresentem doenças agudas ou complicações de patologias crônicas (Informativo 01, 1994, p.46).

Os responsáveis pelos textos reconhecem as dificuldades a serem enfrentadas pelas UBS's na definição do programa e recomendam uma discussão sobre os critérios de distinção para facilitar o encaminhamento do usuário para um ou outro programa.

O texto sobre o PID, apresentado nas pré-conferências, parece melhor elaborado, por definir os objetivos e as características do programa, e ainda, definir o usuário, os pré-requisitos para sua inscrição no programa. Encontra-se também definido o papel da equipe de enfermagem e do Assistente Social. O documento "Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde" acabou desconsiderando estas definições, o que no nosso entender e pelas leituras realizadas dificulta tanto o trabalho de qualquer avaliador de programas sociais, como prejudica a tomada de decisões políticas e a passagem para o 2.º e 3.º estágios de desenvolvimento do programa.

O **Contato do Programa**, é o estágio de desenvolvimento do programa no qual se estabelecem os contatos com os beneficiários potenciais mediante os meios de comunicação (Tripodi et al., 1975, 116 p). Este estágio não consta de nenhum dos documentos disponíveis nos Informativos 01 e 02/94. Seguindo as orientações de Tripodi, qualquer programa social deixa de atender a seus beneficiários e alcançar seus objetivos por falta de conhecimento dos interessados. Bons contatos garantem o sucesso do programa.

O 3.º e último estágio é identificado pela **Implementação do Programa**, ou seja colocar em prática os serviços de saúde, as operações e as soluções encontradas. Este estágio depende do sucesso dos estágios anteriores. Os documentos contidos nos Informativos 01 e 02/94 não contêm qualquer informação sobre as possibilidades de implementação seja do PID seja do PAD.

Informações sobre o PID e o PAD são encontrados no documento "Avaliação dos Resultados alcançados quanto às Deliberações da Conferência Passada (18/11/94)". Todos os objetivos previstos para o PID como para o PAD no "Relatório Final da III CMS/COMUS" segundo o documento de "Avaliação" foram efetivados: garantiu-se o funcionamento, estabeleceram-se os critérios, garantiram-se as equipes multidisciplinares; instalou-se o PID em 04 regiões do Município de São José dos Campos e nos Distritos de São Francisco e de Eugênio de Melo; instalou-se o PAD nas unidades de saúde dos Distritos Sanitários Norte, Leste e Sul; garantiu-se o envolvimento de "todos os profissionais no programa de atendimento domiciliar" (PAD).

Durante a semana de 02 a 06 de setembro do ano de 1996, acompanhamos o trabalho de divulgação de um candidato a vereador, realizado por uma equipe de mulheres, em três regiões do município. O trabalho restringia-se a visitar as casas de determinadas ruas, selecionadas pelo coordenador da campanha política, sem qualquer projeto amostral, e preencher um pequeno formulário (encontra-se no gabinete do vereador, à disposição) sobre as necessidades do bairro. Qual não foi a nossa surpresa quando as necessidades se

resumiram à questão das deficiências do sistema de saúde local. A falta de atendimento, dificuldades de acesso e acolhimento, a ausência de critérios para o atendimento, são as queixas mais comuns.

Usamos o parágrafo acima como contraponto à efetivação dos objetivos do PID e PAD. A população-usuária do sistema de saúde local não responde a esta efetivação alcançada pela Comissão Organizadora da III e da IV CMS/COMUS. Parece que o documento “Avaliação dos Resultados alcançados quanto às deliberações da Conferência Passada” superestima os resultados obtidos com a implementação do PID, do PAD e dos demais objetivos previstos nas outras 14 áreas. Os depoimentos dos Secretários de Saúde devem permitir um contraponto às avaliações do sistema elaboradas pelo próprio sistema.

Em relação à **Avaliação dos Programas**, diferentemente da III CMS/COMUS/94 que estabelece dois programas - PID e PAD - e da II CMS/COMUS/92 que oferece no Documento Tese alguns indicadores que nos permitem diferenciar objetivos de operações, soluções e princípios, permitindo-nos assim, inferir alguns programas e avaliá-los, a IV CMS/COMUS/96, não estabelece objetivos para cada uma das 10 áreas-temas apresentadas.

Assim, não nos é possível identificar os objetivos e as tecnologias, nem refletir as formas de divulgação e implementação de programas.

A ausência de programas parece indicar a não identificação de problemas. Os diagnósticos locais não foram eficientes no reconhecimento dos problemas de cada área de abrangência. Não se alcançou a dinâmica demográfica e populacional, as condições ambientais, a disponibilidade de recursos humanos e físicos e a condição de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), para facilitar a coleta de dados, sugeriu uma folha de registros, sugerindo a coleta de dados demográficos e correlatos (tamanho da população, estrutura etária, distribuição populacional rural, periférica e urbana), além dos níveis de doenças

em geral, predomínio de outras doenças no país, renda per capita, grau de alfabetização da população e tendências dos padrões de vida.

Cada programa deve estabelecer um conjunto de objetivos mensuráveis, para facilitar a listagem e a execução das tarefas específicas. Só assim se pode avaliar a eficiência do programa em questão, incluindo os custos envolvidos e os benefícios obtidos, segundo Murray (1992).

A ausência de qualquer programa nos documentos disponíveis para a análise da IV CMS/COMUS/96, nos leva a questionar a seriedade dos debates, uma vez que foram realizados sem qualquer preocupação com os problemas reais das diferentes áreas de abrangência. Não se efetivou o diagnóstico local. Os problemas, os objetivos e a seleção de procedimentos preventivos (planejamento preliminar, organização, seleção de grupos de riscos e estimativa de necessidade e custo) foram organizados, a partir de referências puramente empíricas.

Esta ausência, deliberada ou não, implica a impossibilidade de se avaliarem e se reavaliarem, por comparação, as metas planejadas e objetivos mensuráveis com os resultados reais obtidos. A avaliação de programas - preliminar, médio prazo e final - que deve permitir o controle regular para se determinar sua adequação e utilização corretas, ou introduzir quaisquer alterações, fica prejudicada.

Ao concluir a análise temática dos documentos relativos às 04 Conferências Municipais de Saúde, destacamos:

- 1) A “finalidade” proposta para a II CMS/COMUS/SJC foi alcançada, pois estabeleceu-se um conjunto de

diretrizes para a formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 2 anos (Regimento Interno, 1992, art. 1.º).

Contudo ousamos afirmar que a quantidade de diretrizes estabelecidas, tanto em relação à Secretaria Municipal de Saúde como em relação à Administração Municipal, por si só dificulta a formulação de uma política de

saúde, pois solicitam programas (soluções, operações, serviços), também numerosos, para recursos materiais escassos e um quadro com tantas insuficiências e ineficiências, como as apontadas acima.

- 2) O “diagnóstico” continua deficiente em todas as 04 CMS, na medida em que não se realiza a coleta de dados típicos, não se apresentam os recursos físicos e humanos, nem o orçamento. Desconhece-se, assim o fenômeno da escassez, proposto por Santos (1979), como uma variável importante no congelamento ou modificação das decisões políticas a serem tomadas pelas elites políticas.
- 3) A “mudança proposta” se dá no reconhecimento das ineficiências e das insuficiências do sistema de saúde local, no acolhimento das conclusões da IX Conferência Nacional de Saúde para tomar decisão quanto às diretrizes para o biênio 92-94 e, ainda, na elaboração de um rol de medidas administrativas, pulverizadas no interior das próprias diretrizes, a serem implementadas com o fim de facilitar a formulação de uma política de saúde local. Os relatores reconhecem que o processo de participação popular continua sendo deficiente.
- 4) O verticalismo do sistema de saúde continua congelando a participação popular à palavra e ao voto. Ampliou-se a quantidade de instituições, grupos e pessoas participantes da Conferência, mas seus papéis foram conservados na dimensão de referendar o documento preparado pela elite do sistema.
- 5) Os programas propostos, assim como as diretrizes, são em grande quantidade, dificultando a divulgação e a implementação. A ausência de tecnologias e de recursos humanos e materiais terminam por dificultar a superação dos problemas diagnosticados e formulação de uma política de saúde local.

Quando tratamos de analisar o conteúdo dos documentos das quatro Conferências Municipais de Saúde realizadas entre 1990 e 1996, nossa preocupação era reconstruir historicamente este período para identificar a Política de Saúde definida para o Município de São José dos Campos.

No Quadro 14, apresentamos um resumo das principais propostas aprovadas nas 04 Plenárias Finais e que passaram a ser negociadas junto ao Gestor Local pelo Secretário de Saúde. Como se pode perceber as preocupações

se não idênticas, são bastante próximas, o que nos sugere que as conquistas, especialmente na área da saúde, estão articuladas com outros contextos e outras dimensões político-sociais.

**QUADRO 14 - RESUMO DAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE**

I CMS/COMUS/1990	Tema Central: Saúde - A Municipalização é o caminho. Finalidades: a) Formular a política sanitária do SUS no âmbito municipal; b) eleger os delegados e fornecer os subsídios tanto para a II CMS/COMUS como para a 9.ª CNS. Programas: 1) Política de Gerenciamento e Financiamento 2) Política de Recursos Humanos 3) Delineando o Modelo Assistencial e Programático
II CMS/COMUS/1992	Tema Central: O Sistema Único de Saúde - impasses e perspectivas Finalidade: Estabelecer as diretrizes para formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 2 anos. Programas: 1) Financiamento, Administração e Gerenciamento 2) Recursos Humanos 3) Participação Popular
III CMS/COMUS/1994	Tema Central: O Modelo Técnico Assistencial de São José dos Campos. Finalidade: Estabelecer as diretrizes para formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 2 anos. Programas: 1) Papel das Unidades de Saúde 2) Acesso, acolhimento, territorialização, diagnóstico local 3) Políticas de Recursos Humanos 4) Participação Popular 5) Programa de Internação Domiciliar 6) Programa de Atendimento Domiciliar 7) Planejamento Ascendente 8) Vigilância à Saúde 9) Integração entre Serviços e integração entre Secretarias
IV CMS/COMUS/1996	Tema Central: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida em São José dos Campos. Finalidade: Estabelecer as diretrizes para formulação da Política de Saúde no Município de São José dos Campos, para o próximo período de 2 anos. Programas: 1) Gerenciamento, Financiamento e Municipalização 2) Recursos Humanos 3) Vigilância à Saúde 4) Acesso e acolhimento 5) Integração Inter-Secretarias e Infra-estrutura 6) Participação Popular 7) Comunicação/Informação

Como os documentos analisados são bastante omissos em relação a muitos dos indicadores selecionados, particularmente quanto à descentralização, participação popular, e acessibilidade e acolhimento, defrontamo-nos com sérias

dificuldades em precisar os programas/projetos/ações de saúde, seus objetivos, suas fases, os sujeitos históricos e seus resultados.

A persistência das demandas pela saúde, a insistência na reprodução dos temas nas 04 Conferências Municipais de Saúde, as contínuas denúncias pelos diferentes meios de comunicação e as conclusões alcançadas pelas últimas Conferências Nacionais de Saúde, a exemplo da Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira, determinam que a luta pelo Sistema Único de Saúde (anexo 5) para o Município de São José dos Campos e para a Sociedade Brasileira, é um ato que representa

a dignidade de quem exige democracia e justiça (IX CNS/Relatório Final.1996).

Temos a reconhecer que muito já se fez para a saúde em São José dos Campos, mas muito tem que ser realizado pela novo Poder Local, a ser instalado em começos de 1997. A rede de saúde existente ainda, não consegue, de forma efetiva, garantir a justiça social e a democracia.

Podemos concluir, pelas análises elaboradas até o momento, que a Política de Saúde do Município de São José dos Campos dos primeiros cinco anos da década de 90 foi: **alcançar um Modelo Técnico Assistencial que ajude o Sistema de Saúde Local a resgatar a Cidadania, dentro dos princípios da descentralização, regionalização, hierarquização.**

As questões que merecem destaque para a garantia de um sistema de saúde comprometido com a justiça e a democracia são: a descentralização, a participação popular, a própria democracia.

As questões relevantes do processo de descentralização já foram motivo de discussão no início deste capítulo. Vale ressaltar, entretanto, que o processo de descentralização não garante informações à disposição dos usuários

do sistema de saúde e da sociedade civil em geral, nem sua propagação inteligente por meios de comunicação e canais de participação eficientes, tanto aqueles criados pelo Poder Municipal como aqueles gerados pelas classes populares e reconhecidos pelo Poder Local, e acaba por responder à centralização, segundo Arretche (1995) e outros autores contemporâneos.

Os relatórios conclusivos preparados pelas Comissões Organizadoras das 04 Conferências Municipais de Saúde, reconhecem que o Sistema de Saúde local ainda tem esta luta pela frente. Se queremos um Modelo Assistencial que preze pela descentralização político-social e econômica, as informações, os meios de comunicação e os canais de participação precisam superar o estágio em que se encontram.

Os obstáculos ao acesso e acolhimento enfrentados pelos usuários e a simples inovação tecnológica e humana pode apenas reforçar a estrutura da centralização, segundo Jacobi (1990).

A segunda questão básica com a qual nos deparamos, ao entrarmos em contato com a Política de Saúde é a da Participação Popular. A Constituição de 1988, em seus artigos 196, 197 e 198, define a saúde como direito e dever do Estado, o qual garante-a com um conjunto de políticas sociais e econômicas; define o Estado como responsável pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde; define, por último, o sistema de saúde como único e organizado segundo algumas diretrizes, entre as quais, a participação da comunidade e a descentralização.

Enfrentar a questão da participação popular não tem sido uma tarefa fácil, principalmente para os governos democráticos e populares. Falar em participação exige colocar em evidência o conceito de democracia.

Considerando a participação como eleição e não seleção dos decisores da política de saúde, estamos entrando na perspectiva de Schumpeter (1984). Ao propor uma “crítica atualizadora da teoria clássica da democracia”

(Schumpeter, 1984), afirma que a realidade empírica demonstra um conjunto de eleitores indiferentes, com reduzido senso de realidade e de responsabilidade e sem desejo efetivo.

A burocracia estatal, particularmente no nível federal, tem sido não só forte para guiar os políticos de seus ministérios, como é possuidora de forte senso de dever e de “*sprit de corps*”, para usar as expressões de Schumpeter, assume um papel fundamental na política democrática do Estado Moderno, sem, necessariamente exigir que as políticas públicas passem pelas lideranças políticas.

Neste posicionamento schumpeteriano, a burocracia ao ser forte e não necessitar das lideranças políticas e dos partidos políticos, também desconhece o cidadão e dificulta sua participação política, a não ser que reconheçamos a participação como sendo o de eleger as pessoas que deverão tomar decisões. Depara-se com novos conceitos de cidadão, de povo e de democracia, os quais rompem com os conceitos clássicos da teoria política.

O conceito de cidadão postulado pela teoria clássica centrado na “vontade divina” dá lugar ao cidadão indiferente, sem vontade, facilitando-se assim a ação dos “grupos capazes de fascinar” (Rego, 1994) na emergência de uma vontade manufaturada no mercado de trabalho. Na hipótese de o cidadão se permitir sair de sua habitual indiferença e

(...) apresentar uma definição volitiva, “é igualmente provável que ele não se torne mais obtuso e irresponsável do que normalmente é. Em certas instâncias, **isso pode ser fatal para a Nação** (REGO, 1994, p. 09) (grifos nossos).

A democracia converte-se num método político e para garantir eficácia política, a nova teoria da democracia, vai subverter a relação entre

soberania e representação - o povo, o soberano, tem apenas o papel de eleger e não escolher - apostando na liderança tanto como

o mecanismo dominante em praticamente qualquer ação coletiva (Schumpeter apud Rego, 1994, p. 08),

como em sua capacidade, enquanto liderança competitiva, de organizar e elaborar

as demandas dos eleitores, transformando-as em temas e questões políticas (Rego, 1994, p.08);

de considerar outros fatores que transcendem ao universo da política tais como “hábitos e tradições culturais” (Rego, 1994); e de possibilitar a conversão da política numa “carreira profissional” (Rego, 1994).

As condições para o alcance efetivo da decisão política estão numa burocracia forte e num autocontrole democrático. O centro da discussão no processo democrático se dá sobre os mecanismos e os métodos a serem selecionados e utilizados para as decisões políticas que se fizerem necessárias no trato das demandas populares.

Kelsen reserva aos Partidos Políticos, as agências básicas da formação da vontade parlamentar, na fala de Rego, dois papéis fundamentais: (1) na formação da “vontade do Estado”, na medida em que direcionam “a massa sem juízo” “transformando-a em cidadãos participantes na gestão dos negócios públicos”, e (2) na garantia da democracia, pois são eles que permitem aos indivíduos se agruparem pelas afinidades políticas,

com o objetivo de dirigir e orientar a vontade geral rumo a seus fins políticos (Rego, 1994, p. 20).

O Parlamento, tanto para Schumpeter como para Kelsen, é fundamental para a democracia. Em Schumpeter, o Parlamento tem a função de

produzir o governo, “constitui-se no ator político central da democracia” (Schumpeter, 1984).

Em Kelsen, o parlamento, o órgão central da formação da vontade estatal, não só é a chave do “processo democrático”, como em sendo representativa confunde-se com o parlamentarismo. O ordenamento jurídico, mediante a Constituição, confere aos Partidos Políticos e aos representantes populares

um estatuto jurídico que corresponda à sua grave função de formadores da “vontade do Estado” (Rego, 1994, p. 20).

A democracia, em qualquer de suas concepções, torna-se limitadora da cidadania. A passividade cada vez maior dos cidadãos diante da política e o distanciamento entre representantes e representados expressam os enormes limites do processo democrático (Guimarães e Utzig apud Bonduki, 1996).

O desafio dos governos democráticos é a criação de novas esferas institucionais que sejam capazes de oportunizar e estimular a participação dos cidadãos, naqueles assuntos públicos, único caminho para romper o abismo que separa o Estado da Sociedade Civil e assim reconstituir a legitimidade das decisões de Governo.

A garantia da ampliação dos direitos da cidadania, a construção do projeto político da democracia e a promoção do desenvolvimento com justiça social, são possíveis na medida em que a participação da cidadania seja considerada como o partilhamento das decisões, do poder e do controle do espaço político. Limitar a participação a uma ou outra etapa do processo decisório é romper com o processo democrático.

O projeto político da democracia, contando com esferas institucionais adequadas - *Canais de Informação e Divulgação, Parcerias entre o Estado e a Sociedade Civil, Parcerias com ONG's e outros Movimentos Sociais, Parcerias*

com Organismos Governamentais, Parcerias com o Setor Privado, com Agências Internacionais, com os Meios de comunicação, com as Entidades Religiosas e Comunitárias, além dos Conselhos, dos Núcleos, das Assembléias Comunitárias, Fóruns de Orçamento Participativo (espinha dorsal da participação democrática e popular) - começa a exigir investimento na prática participativa como método educativo, o qual deve visar ao desenvolvimento de atitudes críticas, operativas e para o trabalho coletivo. Os líderes comunitários e os membros das classes populares devem ser capacitados para contribuir com o processo participativo nas decisões que lhes digam respeito.

A participação propriamente dita, a participação como processo de aprendizagem, a vontade política dos gestores e seus compromissos com a mudança, são situações mais éticas, mais solidárias e as mais sustentáveis para a substituição do morador pelo cidadão bem informado. O acesso à informação deve substituir a manipulação que atualmente é realizada pela mídia. O cidadão bem informado descobre o véu que encobre a cidade real, onde a maioria é excluída.

Muitos são os Municípios Brasileiros que têm conseguido superar seus graves problemas urbanos e sociais mediante o uso de práticas que envolvem a vontade política de seus gestores e parcerias diversas, gerando propostas de baixo custo e de grande repercussão na qualidade de vida de seus habitantes.

Estas práticas são consideradas **“práticas bem sucedidas”**(grifos nossos), ou seja, são

as políticas, ações, iniciativas e projetos, no âmbito local, que tenham resultado em melhoria tangível e mensurável das condições de vida e do habitat da população, contribuindo para a redução de seu custo e a melhoria da qualidade de vida das pessoas (SEPURB, Ministério do Planejamento In: Bonduki, 1996, p. 09).

Incrementação da eficiência, formulação de novas associações entre o setor público e a sociedade civil, o aproveitamento de uma nova tecnologia para

melhoria da produtividade, do emprego e da renda são alguns dos recursos utilizados pelas práticas bem sucedidas.

Entre os Municípios reconhecidos hoje como tendo utilizado de práticas bem sucedidas encontramos: A experiência de Porto Alegre com o orçamento participativo de 1989 a 1995, decidindo sobre aproximadamente 30% do orçamento total. A experiência de Betim de 1993 a 1995, com o orçamento participativo; A experiência de Jaboatão dos Guararapes com a revitalização da Bacia da Lagoa Olho d'água; A auditoria não governamental ao programa de saneamento ambiental da região metropolitana de Curitiba; A urbanização de favelas e prevenção em áreas de risco em Belo Horizonte; Parceria e Participação em programas de gestão urbana e habitação: a experiência premiada de Fortaleza; Programa integrado de criança e da família em Santos; Programa de educação e segurança no trânsito de Campinas; Habitação, mutirão e autogestão: a experiência da administração de Luiza Erundina em São Paulo (Bonduki, 1996) ; e entre tantas outras, a experiência de 1993 a 1996, com o orçamento participativo, em São José dos Campos.

Sem minimizar o mérito dessas práticas bem sucedidas na habitação, no meio ambiente, na gestão urbana e na saúde coletiva, temos, no entanto, que discutir duas questões relevantes. A primeira refere-se ao fato de que o processo de participação limita-se a propostas regionalizadas e setorializadas e com atores chaves, aqueles que o Estado supõe produzirem o espaço urbano: governos, sindicatos, universidades, ONG's, empresários, profissionais, técnicos e membros das classes populares por meio dos núcleos e conselhos instaurados nos meandros da burocracia, deixando de lado outras organizações populares engendradas pelos populares, como as Associações de Bairro.

A segunda refere-se ao fato do estranhamento entre leis, planos, gestões e ações para a mudança. Segundo Maricato,

Ele (o estranhamento) está na base do hábito nacional da prática contradizer o discurso. Os intelectuais pensam a cidade

enquanto que mãos pragmáticas definem prioridade de ação e investimentos. Até mesmo os Planos Diretores são envolvidos nesse momento. O que interessa à elite é implementado, o que não interessa não é (apud Bonduki, 1996, p. 40).

Ainda segundo Maricato,

os setores progressistas lograram incluir no relatório da ONU a recomendação para a elaboração de Plano de Ação com participação de atores chaves, nos níveis nacional, regionais e locais. Esta pode ser uma grande oportunidade para a superação dos tradicionais Planos Diretores, escritos em linguagem hermética de difícil acesso e que priorizam o mercado (apud Bonduki, 1996, p. 40).

Finalizando a discussão sobre a participação popular como prática bem sucedida de construção da cidadania em uso pelos gestores de algumas administrações locais, conclui-se pela exigência da necessidade de se atingir uma nova ordem social pela reforma da democracia formal representativa, para que o espraio dessas práticas se dê para o conjunto da sociedade.

A nova democracia deve ser aquela que para além do formalismo representativo, cria novas instituições e espaços, nos quais estão presentes a participação como processos de aprendizagem e de divulgação das informações necessárias, superando as “organizações de massa míopes” (Offe, 1995) e conciliando as

Demandas distributivas e político-sociais (...) conciliadas com os imperativos do crescimento da modernização econômica e com a competitividade (Offe, 199, p.245).

Nesta nova ordem social os grupos de interesse - agentes sociais individuais, as organizações sociais e o sistema social geral - assumirão status

públicos na busca de seus interesses. Em relação aos agentes sociais individuais, estes devem, na opinião de Offe (1995),

Explorar suas intenções, valores e expectativas ao se associar à organização e suas chances reais de influenciar as políticas dessa organização e de tirar proveito de seus recursos e suas conquistas (Offe, 1995, p.225).

Neste sentido, o processo de ensino-aprendizagem e o acesso às informações são circunstâncias preponderantes no novo status político do cidadão.

O status do cidadão define-se para além das possibilidades

De fazer valer seus interesses privados, ao permitir que esses interesses possam agregar-se com outros interesses, por meio de eleições e da composição do parlamento e do governo e controlar em que medida o poder do Estado o exerce no interesse deles próprios como pessoas privadas (Habermas, 1995, p.41).

O status do cidadão não se restringe à “liberdade negativa”, da qual só se pode fazer uso como pessoa privada. Alcança-se a liberdade positiva, pela qual

Os direitos da cidadania, entre os quais se sobressaem os direitos de participação e de comunicação políticas (Habermas, 1995, p.41).

são práticas comuns, pois é o exercício da participação que vai permitir

Aos cidadãos se converterem no que querem ser: autores políticos responsáveis de uma comunidade de pessoas livres e iguais (Habermas, 1995, p. 41).

O Estado

se justifica tanto na proteção de direitos subjetivos privados iguais,

mas também na garantia de um processo inclusivo de formação da opinião e da vontade políticas em que cidadãos livres e iguais se entendem acerca de que fins e normas correspondem ao interesse comum de todos (Habermas, 1995, p.41).

A rapidez com que a ordem mundial está se transformando - as transformações dos territórios nacionais em espaços nacionais de economia internacional; desenvolvimento de novas formas de produção e organização do trabalho; transformações do meio técnico-científico-informacional; transformações ideológicas; transformações sociais e institucionais; transformações éticas - a magnitude das incertezas - a expansão das drogas pela não possibilidade de inserção social; o projeto da burguesia não realizado; o projeto das classes trabalhadoras que não engendrou uma sociedade melhor; a efemeridade dos acontecimentos; a transposição das fronteiras mentais por símbolos e representações do mundo - a nova qualificação exigindo profissionais polivalentes e criativos e as novas éticas exigindo o pensar sobre o seu espaço de vivência e a escala global e a participação nas diferentes formas de organização, além das associações corporativas estão chamando os cidadãos

a se tornarem eles mesmos protagonistas da mediação política, avaliando os próprios interesses particulares com base na lógica da convivência civil, isto é, sócio-econômica e cultural-nacional. Apenas isto pode impedir a perversão da hiperpolitização, assim como a perversão do economicismo, que parecem se infiltrar nas democracias de massa (Cerroni, 1993, p.117) (grifos nossos).

Posto que a democracia formal representativa é cheia de distorções e incapaz de atenuar as desigualdades sociais e elevar as possibilidades de participação. Posto que a nova democracia ainda não chegou e as raras práticas de sucesso, como a participação popular, estão na dependência da vontade política do gestor. O cidadão não se torna o protagonista da história. O processo de participação política é expectativa.

A fala de Darhendorf,

Os cidadãos ainda não chegaram, eles meramente ganharam uma nova posição, mais vantajosa na luta por maiores chances de vida (1992),

na verdade indica que a cidadania ainda não é um “papel social real”, não é a chave para o ingresso na vida pública. O resgate da dimensão pública da vida e as formas dignas de sociabilidade é a batalha que se enfrenta neste final de século. A construção de projetos coletivos, desde o final do século XIX é o desafio.

Como vimos no capítulo anterior, o Poder Local não esconde a intenção de manter excluídas ou reprimidas as classes populares, usuários do Sistema Municipal de Saúde, dos Planos Diretores de Saúde.

Na análise empreendida neste capítulo, o Poder Local institucionaliza estratégias de participação popular, mas que não resultam em autêntica cidadania. As conciliações se processam sempre pelo alto.

A análise do capítulo subsequente nos leva a entender as formas e os espaços de negociação das Políticas de Saúde resgatadas até o momento.

5 - ATORES SOCIAIS E AS NEGOCIAÇÕES POLÍTICAS PARA A SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

"A mesa era sempre lauta.
Misto de sabiá e humano
O meu vizinho acordava
tranquilo, tocando a flauta".
(C. Ricardo)

Interessa-nos, neste momento, focalizar os processos de negociação das políticas de saúde utilizados entre os Secretários Municipais de Saúde e o Prefeito Municipal de São José dos Campos e se estas negociações decodificaram os interesses das classes populares, mediante a análise das entrevistas realizadas.

Para orientar a análise definimos o conteúdo das entrevistas como a coleção de material (Minayo, 1993, p.229) sobre o qual se constituirá um conjunto sistematizado e fixo, que privilegie tudo que pode se constituir em um sistema de signos a serem decifrados - o **Corpus** - (Minayo, 1993, p.229).

Assim, o corpus que orientará a análise é o conjunto dos processos e das formas de negociação engendrados na política municipal que colocaram em andamento determinadas Políticas de Saúde no Município de São José dos Campos entre 1980 e 1996, e seu caráter técnico-burocrático que secundarizaram os Partidos Políticos e os Canais de Participação Popular.

O corpus selecionado tem representatividade, já que tanto a repetição das estruturas fundamentais como a clausura, os limites, são garantidas.

Como categoria analítica a "Negociação Política" é utilizada com a finalidade de classificar e reunir alguns elementos significativos, pois só assim reterá " historicamente as relações fundamentais" (Minayo, 1993, p.93), e como categoria empírica visa a operacionalizar o trabalho de campo:

As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos (Bardin, 1979, p.117).

Como processo, a Negociação administra interesses para o aumento ou diminuição da sinergia das operações necessárias à qualidade da administração e gerenciamento das organizações formais produtivas. Para a Ciência da Administração 4 são as condições necessárias para a ocorrência da Negociação: interdependência das metas, normas estabelecidas, desejo de negociar e diferencial de recursos (Bernardes, 1990).

A negociação é entendida como a ação pela qual as partes envolvidas discutem, administram e acomodam interesses comuns ou pontos de divergências, com o objetivo de alcançar um acordo ou realizar determinada operação, com maior ou menor sinergia.

A realização da Negociação vai exigir, segundo Bernardes (1990, p. 269-271), 04 processos:

a) processo chamado distributivo, no qual

uma das partes ganha e a outra perde. Espera-se que ambos os limites sejam os da oferta e contra-oferta para determinar a margem das negociações, pois se a amplitude for demasiada a torna impraticável pelo fato de a grande diferença não permitir nenhum acordo (Bernardes, 1990, p.269);

b) o processo chamado de integrativo, no qual ambas as partes ganham, se beneficiam com o acordo ou operação realizada;

c) o processo onde

as diferenças culturais, mais que a diversidade de metas das partes em confronto, influem diretamente nos resultados finais da negociação (Bernardes, 1990, p.270);

- d) a burocracia é o quarto processo que pode vir a dificultar os entendimentos, acordos ou operações a serem realizadas, entre as partes em confronto pela rigidez e insensibilidade.

A negociação em qualquer um dos quatro processos vai exigir o Negociador, o encarregado de encaminhar as discussões a serviço de sua parte, com vistas à realização de um acordo ou da definição de algumas operações para garantir a transformação de situações divergentes em convergentes.

A intencionalidade desta discussão sobre as Negociações Políticas entre o Poder Local em São José dos Campos e setores das Classes Populares, usuários do Sistema Municipal de Saúde, parece encontrar-se na possibilidade de se discutir:

- a) as razões que levam o Secretário Municipal de Saúde, membro da Elite de Poder, tornar-se o interlocutor das negociações políticas ocorridas entre o Poder Local e os Setores Populares;
- b) as possíveis ingerências no processo de decodificação das demandas dos setores populares, pelo fato de o decodificador ser membro e ter compromissos com o projeto político da Elite de Poder;
- c) as razões que levam o COMUS (Conselho Municipal de Saúde) a deixar-se representar junto ao Poder Local pelo Secretário Municipal de Saúde, sem mecanismos de controle das formas de decodificação de suas propostas e decisões;
- d) os canais de participação popular com os quais os setores das Classes Populares contam para participar junto ao Poder Local das decisões

referentes às políticas e programas sociais, alterando as direções do processo de centralização/concentração;

e) as razões que levam os Partidos Políticos e a representação de classe a não participarem das negociações das Políticas de Saúde implementadas em São José dos Campos, e assim serem substituídos por negociações “pelo alto”, tendo o Secretário Municipal de Saúde como interlocutor principal.

5.1. Cenário histórico-social das negociações políticas

O eixo hierárquico superior capaz de gerar novas relações e permitir a organização das entrevistas encontra-se:

a) nas seguintes isotopias (núcleos que possuem características, pelas quais participam do mesmo processo): (a1) **Secretário Municipal de saúde**, representante dos usuários do Sistema Municipal de Saúde e membro do grupo do Poder Local, e **Prefeito Municipal**; (a2) **Usuário do Sistema Municipal de Saúde e Secretário Municipal de Saúde**; e

b) nas formas de negociação política.

Para a normalização do texto suprime-se ou se insere entre chaves [...], na transcrição das entrevistas, as formas gramaticais referidas a subjetividade, as expressões que reforçam a comunicação e as categorias temporais.

As unidades que servem para ordenar o corpus em cada peça/entrevista são:

1) a elite de poder a qual pertence o entrevistado/representante/negociador;

- 2) os espaços de negociação (os conselhos, as reuniões do secretariado, audiências privadas, as pré-conferências e assembléias) e as formas de negociação (fóruns, parcerias, acordos, lutas, tensões);
- 3) a presença dos grupos econômicos nas propostas políticas para a saúde local;
e
- 4) a presença ou não dos partidos políticos e das classes populares: a questão da participação popular.

As entrevistas foram realizadas com três Secretários Municipais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São José dos Campos.

Os depoimentos são sobre as experiências vividas enquanto pertencentes ao Governo Local. Foram selecionados por pertencerem à Elite de Poder Local por pelo menos doze meses consecutivos e assim seus testemunhos e modos de comportamento foram considerados como possíveis de espelharem a estrutura social à qual pertenceram, por se assemelharem e se distinguirem dos demais cidadãos não pertencentes ao grupo de poder, já que

Todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneizem, distinguindo-se dos outros (Bourdieu, 1974).

Os sujeitos selecionados não foram tomados como valiosos em si mesmo, ao contrário, o foram por terem vivido a experiência, enquanto membros do Poder Local, de proporem e implementarem Políticas de Saúde e para tanto terem tido a oportunidade de negociar seus projetos com os demais membros e particularmente com o Prefeito Municipal.

Se um testemunho individual é gravado ou comunicado, isto não quer dizer que se considera tal indivíduo precioso em si mesmo. Esta entidade adulta e singular é tomada como amostra da continuidade (Sapir, 1967).

Seus depoimentos são objeto de análise por serem referentes à vivência na gestão municipal de saúde e devem concretizar

sob mil formas possíveis idéias e modos de comportamento implicitamente inerentes às estruturas ou às tradições de uma sociedade dada (Sapir, 1967).

Outros secretários poderiam ter sido selecionados, para com seus depoimentos auxiliarem a compreensão do processo e das formas de negociação das políticas para a saúde, no Município de São José dos Campos. Não o foram, entretanto, pelo curto espaço de tempo no grupo de poder local, não tendo a oportunidade de participar de qualquer reunião do Secretariado ou de negociar seus projetos com o Gestor Local; por se negarem a participar do projeto de pesquisa, considerando a possibilidade de exposição pública ou as possíveis dificuldades por se encontrarem, neste momento, em posição de mando, frente à elite de poder, traçando-lhe os programas políticos e os comandando.

Em relação à questão de representatividade, neste projeto a representatividade qualitativa do indivíduo está no fato de os sujeitos selecionados serem publicamente reconhecidos como homens que tiveram projetos, seus ou engendrados na sociedade civil e dos quais são reconhecidos como representantes, transformados em Políticas de Saúde para o Município de São José dos Campos.

Avaliamos como possível que os diferentes depoimentos reflitam o caráter histórico e específico das relações sociais do Poder Local e nos permitam compor o quadro global das estruturas. Enquanto membros do grupo de poder local representam a situação local por terem interiorizado os modelos político-culturais (Minayo, 1993; Schutz, 1964; Sapir, 1967; Bourdieu, 1974).

Cada fala, intermediadas por um gravador e/ou por um caderno de anotações, é uma experiência única: “cada ator social experimenta e conhece o fato social de forma peculiar” (Schutz, 1954, apud Minayo, 1993, p.140) (grifos nossos).

Cada fala foi produzida no momento e expressa mais que subjetividades. Expressa experiências pessoais da vida no grupo de poder local, em um determinado momento de suas vidas. As falas registradas podem ser ditas em outras relações e outras pessoas pertencentes ao mesmo grupo poderiam fazê-lo, haja vista a recorrência de temas e de modos de expressão obtidos pelos depoimentos.

A entrevista não é um acontecimento comum, não coincide com comentários cotidianos. É um momento especial, no qual os sujeitos-depoentes são retirados de seus cotidianos e levados a considerar assuntos dos quais não fala todos os dias. A entrevista exige do sujeito-entrevistado considerar assuntos distantes, relembrar situações já adormecidas, parar, pensar e relacioná-los de uma forma peculiar, para satisfazer à curiosidade do pesquisador, à construção do seu objeto de estudo.

Procurando na memória os pedaços de experiências vividas, imagens e opiniões, o entrevistado elabora um discurso organizado, o qual pode ser reorganizado tantas vezes quantas forem solicitadas e tantos quantos forem as intenções da relembração.

No sentido de cuidar para que não se descaracterizassem os discursos organizados pelos entrevistados, procurou-se garantir a interpretação dos significados à medida em que se esforçou para dominar o sentido do todo e de cada contexto interno, comparar partes de uma entrevista com as demais e lançar-se mão de outros dados para auxiliar a captação do sentido dado pelo sujeito-entrevistado, evitando-se grande dose de leitura ideológica.

A interpretação alcançada não é definitiva, é um conhecimento aproximado (Lukács, 1967; Limoeiro Cardoso, 1978) e de maneira alguma é a

única possível. Ela resulta do processo de tentativas elaborado pelo sujeito-pesquisador, segundo os ensinamentos de Limoeiro Cardoso (1978):

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. (...). A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente nova ao objeto (Limoeiro Cardoso, 1978, p. 27-28).

Para resguardar a figura pública dos entrevistados (E) substituíram-se seus nomes por números (01, 02, 03). Na tentativa de dar distinção às falas, elas serão transcritas em *itálico*; na tentativa de melhorar a compreensão das falas utilizou-se de expressões indicadas entre chaves, como por exemplo: [sem contudo] “*promover...*”. Os cortes efetuados nos depoimentos são indicados pela presença de reticências entre chaves ([...]).

Todos os três (E.01, E. 02, E. 03) são homens e médicos por formação. Dois deles encontram-se na faixa etária entre 50 a 62 anos e possuidores de Mestrado em Saúde Pública e Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública/USP (ver anexo 2). O terceiro deles, com 37 anos, atua como Pesquisador do Núcleo de Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade de Minas Gerais, sem ter declinado se realizou ou não algum curso de especialização em Saúde Pública.

Seus pais tinham instrução primária. Um era comerciante (E. 02), o outro foi Diretor Regional dos Correios e Telégrafos e mesmo com instrução primária chegou à Academia Municipalista de Letras de Belo Horizonte (E. 01), e o do terceiro entrevistado era fazendeiro.

A religião é fundamental para dois deles (E. 01 e E.02), o mesmo não acontece com E. 03, que embora educado na Igreja Católica, desde cedo optou por não se filiar a qualquer credo religioso.

O entrevistado 01 (E.1) foi criado na religião católica e cursou o ensino fundamental e médio em Colégio de Padres e *“isto norteou os meus princípios gerais e me orgulho muito [...]”*.

Convive há 21 anos (desde 1975) no setor de saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, tendo participado em duas oportunidades como membro do grupo local de poder.

Entre 1979 e 1982 (I gestão do Dr. Bevilacqua) como Diretor de Saúde do Departamento de Saúde e de 1989 a 1992 (II gestão Dr. Bevilacqua), como Secretário Municipal de Saúde/São José dos Campos.

Numa terceira oportunidade, de 1975 a 1978, trabalhou como colaborador do então Diretor de Saúde, Dr. Ivan da Silva Teixeira, não fazendo parte da elite de poder, neste momento, mas atuando como funcionário de carreira, como o fez em outros períodos de sua vida profissional. Como funcionário de carreira assumiu cargo no Ministério da Saúde e como médico participou de movimentos e encontros na luta pela Saúde Pública.

Como colaborador do Diretor de Saúde, Dr. Ivan da Silva Teixeira, no Governo Ednardo José de Paula Santos, contribuiu com a criação do Departamento de Saúde Pública (capítulo 3) e com a organização do Plano de Equipamentos de Saúde, dando início ao processo de institucionalização da Saúde Pública Municipal. Colaborou na proposta do Conselho Municipal de Saúde, o qual só foi institucionalizado em 1990, quase vinte anos depois e quando se encontrava no grupo de poder local, Governo do Dr. Pedro Yves, como Secretário Municipal.

Ao fazer parte do grupo de poder local em 1989, como Secretário Municipal de Saúde, adere ao projeto de Municipalização. Projeto político tido como prioritário do Governo Dr. Bevilacqua. Retoma o planejamento do setor de saúde, elaborando 03 Planos Diretores de Saúde (1989, 1990, 1991), conforme capítulo 3.

Os planos acabam por configurar o Modelo Técnico-Assistencial para a Saúde de São José dos Campos colocando em andamento a assistência privada (convênios, medicina de grupo e cooperativa médica) com recursos do setor público, assim como a implantação do Fundo Municipal de Saúde e da Reforma Administrativa, que ofertam uma nova identidade à Saúde Pública Local.

O entrevistado 02 participa da política local desde os anos 50, como militante do PDC e depois do PMDB. Somente em 1982 participa como Vereador pelo PMDB e é nesta condição levado a participar do poder local, em 1983, na oportunidade liderado pelo Dr. Robson Marinho, como Secretário Municipal de Saúde. É a sua primeira experiência como membro de um grupo de e no poder,

[..]) por que era da oposição ao Governo Militar e os Prefeitos eram nomeados (E. 02),

e também a última por ter optado por sua carreira como Médico do SUS e da Santa Casa.

O entrevistado 03 participa da vida política nacional desde a formação do Partido dos Trabalhadores. Em São José dos Campos, sua participação política se deu durante o ano de 1994, quando passou a pertencer ao Grupo Local de Poder liderado pela Dr.^a Ângela Guadagnin, vindo do Estado de Minas Gerais, onde participou do Governo da Prefeitura do Município de Timóteo, como Secretário Municipal de Saúde, por 03 anos consecutivos.

Ao iniciar suas atividades como Secretário Municipal de Saúde, do Governo de Ângela Guadagnin, a Saúde, embora em crise financeira intensa que ameaça o equilíbrio do Sistema de Proteção Social, passa a colocar nas agendas de discussão em nível nacional, fontes alternativas de recursos materiais que garantam uma “cesta” de direitos de seguridade social, estratégias simplificadas na prestação dos serviços de saúde e a nacionalização de acesso. Na atenção oficial, o aumento nas ofertas de serviços de saúde e os altos custos não garantem a expansão da cobertura.

Era desconhecido da população joseense, embora o pessoal da Saúde já tivesse conhecimento sobre suas atividades junto ao Conselho Nacional dos Secretários Municipais da Saúde.

Os **entrevistados 01 (89-92) e 02 (83-84)** embora participem da política local em diferentes momentos e por diferentes grupos de poder local, acabam tendo suas experiências num cenário político nacional, cuja característica é a reprodução do econômico como prioridade. Do cenário nacional da década de 80, destaca-se o término do governo militar, o processo de transição que marca o Governo Sarney, a chegada à Presidência da República o Sr. Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito pelo povo desde o Presidente Jânio Quadros; o Estado de Bem-Estar inicia a redefinição do padrão de intervenção do setor público na área social; a chegada de novos atores sociais na cena política; a implantação do SUS que unifica funções e ações e reforma a área social, mesmo vivendo em meados da década de 80 grandes impasses, não garantindo o mínimo de equidade e Bem-Estar e nem desenvolvendo a cidadania.

Neste momento, segundo Pereira (1996, p. 423-473), os novos atores sociais podem ser identificados como sendo: (1) Coalização reformista, que reúne diversos setores do movimento sanitário, parlamentares progressistas, movimentos sindicais e populares que defendem o SUS, como uma audaciosa reforma da área social; (2) Setor privado dependente do Estado: os prestadores de serviços do setor público por meios da FENAESS e FBH e políticos mais

conservadores, o chamado Centrão, e que defendem a livre iniciativa da produção de bens e serviços de saúde e o relaxamento de regulação estatal; (3) Setor privado autônomo do Estado, aqueles que querem manter a liberdade de ação protegida de qualquer forma de regulação estatal.

Como parte deste cenário e ao lado da reforma sanitária nascida do movimento sanitário encabeçado pelos intelectuais, na década de 70, está o projeto neo-liberal para o setor de saúde. Em relação às políticas sociais, os princípios ancoram-se na privatização/descentralização e a focalização dos grupos, objeto da política pública.

A universalização não só expulsa setores das classes médias para o setor privado, reforçando a privatização (efeito perverso para Pereira, 1996), como acelera a deficiência dos serviços de saúde já que traz novas responsabilidades financeiras para o Estado incapazes de serem por ele cumpridas. Segundo Pereira (1996) é o mecanismo excludente, “um serviço de pobres para pobres” (grifos nossos). É o início da crise do Sistema de Proteção Social. A crise financeira da Previdência se instala e dentro dela a crise do modelo privatizante do setor de saúde, mesmo com a existência de vários nichos implantados de meados da década de 70 para cá - INAMPS, INPS, FUNABEM, DATAPREV, IAPAS - e da reorganização institucional com o SINPAS e o MPAS, que ampliam as atividades de proteção social.

O entrevistado 01 em sua passagem pelo grupo de poder local, experimenta não só a crise do Sistema de Proteção Social e da Saúde em particular do final da década de 80, quando indica em várias passagens dos documentos analisados no capítulo 3, a necessidade da Reforma Administrativa do Sistema Municipal de Saúde, de novas formas de gerenciamento e liberações de verbas estadual e federal mais rápidas, de treinamento do profissional da saúde; como também experimenta a implantação do SUS no município, os processos de descentralização e de participação popular com a implantação de duas das quatro Conferências Municipais de Saúde.

O entrevistado 02, tem sua experiência no poder local em 1983 e 1984, meados do Governo Figueiredo caracterizado de um lado por grandes mobilizações populares que avançaram em direção a um projeto de abertura política e que culmina com a proposta sucessória fundada num governo civil; pela ilegitimidade e ausência de autoridade do próprio governo no encaminhamento de uma nova ordem social sem sofrer tensões políticas vindas da sociedade civil; e de outro pela crise econômica acelerada pelos altos índices inflacionários, a crise institucional e a crise financeira da previdência e a má qualidade dos serviços de saúde, mesmo contando com a criação de diversos nichos de serviços e atendimento e da ampliação da acessibilidade.

O cenário nacional se caracteriza também pelo fenômeno da escassez (Santos, 1979), que modifica a direção das políticas e faz surgir ações alternativas para fazer frente às demandas em crescimento. A escassez é tanto crônica, não há recursos para programas mais amplos, como aguda, que exige cortes em programas já existentes.

No cenário local, São José dos Campos deixa a década promissora - anos 70 - para conviver com os efeitos das crises nacionais internas e as mais altas taxas inflacionárias que diminuem o mercado de trabalho industrial, fomentam o setor informal e dão início a implantação de pequenas e médias empresas.

O Sistema Municipal de Saúde continua sendo o delineado pelo Plano Diretor de Saúde 76/78. O então Secretário de Saúde não realiza o *“projeto que seria transformado em plano do governo para o setor de saúde”*, quando foi idealizado, pois o Prefeito Municipal não o colocou em prática, assim como *“não colocava [os demais planos] e não gostava de tocar no assunto”*, *“por questões financeiras”* (E. 02).

O ano de 1994 é um momento promissor para a Saúde do Município de São José dos Campos. A Saúde passa a contar com 22 % do orçamento municipal, com a reorganização do COMUS e dos CGU'S e NUSAC'S, tendo o

projeto petista de governar como norteador dos Serviços Locais de Saúde. As deficiências do Sistema de Saúde Local são devido às demoras nos repasses de verbas, vindas dos Governos Estadual e Federal (Relatório Final, 1992, p. 20).

As teses aprovadas na Assembléia da III CMS/SJC/1994 (ver capítulo 4), centram-se no novo Modelo de Atenção à Saúde, no PID e PAD, na integração entre os serviços de saúde e no comprometimento permanente dos servidores da saúde.

A saída do cenário político local não permitiu que o **entrevistado 03** participasse da avaliação dos resultados obtidos no biênio 94-96, nem da organização da IV CMS/SJC, que fica sob a responsabilidade do Dr. Paulo Roberto Roitberg, neste momento Secretário Municipal de Saúde e hoje Prefeito Municipal de Caçapava.

5.2. 1.º Feixe de relações: as Elites Políticas Locais e os Entrevistados

O Poder Local tem competências contraditórias sob sua responsabilidade: de um lado deve implementar e administrar serviços e equipamentos coletivos urbanos que venham a contribuir para a legitimação do Estado, e de outro deve oferecer respostas mais imediatas aos problemas sociais locais, mesmo quando subordinado ao aparelho burocrático-administrativo do Estado Central e pressionado tanto pelos grupos econômicos locais como pelas demandas das classes populares.

Os municípios brasileiros em sua maioria não são possuidores de infra-estrutura que garantam a descentralização com a autonomia municipal sendo apoiada pela Constituição de 1988 e pela “Carta dos Municípios” (1983). A dependência político-econômica dos Municípios os levam a se subordinarem ao poder central, o que corresponde a centralização, pela não capacidade de gestão e decisão sobre seus próprios projetos políticos.

Trazer o Município e as diferentes intervenções no espaço urbano mediante políticas urbanas e sociais para o cenário acadêmico, é resgatar sua importância, enquanto instância de governo e de poder mais próxima do cidadão e que se infiltra em seu cotidiano. É preencher o vazio cultural ainda existente sobre as políticas urbanas e sociais.

Tratar de conhecer a política do mundo contemporâneo e em sua singularidade, a Política de Saúde na trama de um Poder Local, é levar em consideração dois dos instrumentos disponíveis na literatura: o **elitismo** e a **participação política**.

Lasswell e Schumpeter são os autores que segundo Bobbio (1991) consideram compatível a existência do regime democrático com a existência das elites do poder, enquanto outros negam esta compatibilidade. O certo é que no regime democrático a luta de grupos rivais pelo poder e o voto popular são estratégias criadas pela democracia para que elites divididas e não unificadas como em regimes autoritários, sejam formadas. As elites políticas devem dar conta de suas ações aos seus eleitores e serem acessíveis às demandas vindas das classes populares.

Os críticos marxistas centralizam sua discussão no antagonismo elite-massa, portanto criticam a compatibilidade entre a existência das elites e a democracia; a visão elitista, por sua vez, centra sua discussão na maior ou menor possibilidade de as elites influírem nas massas e vice-versa, sem que a relação antagônica se instale entre elas, já que é o poder de comando e não a propriedade que consegue a obediência (Dahrendorf, 1957 apud Bobbio, 1991).

Entre os autores contemporâneos que apresentam um modelo explicativo do neo-elitismo encontra-se Schumpeter (1942 apud Bobbio, 1991). O **modelo de equilíbrio pluralista da elite** (grifos nossos), nos leva a compreender o sistema político que conta com um corpo eleitoral que confere poder segundo regras de procedimento, tornando-se assim efetiva e constante para os governados a possibilidade de contribuir para a escolha dos governantes (Albertoni, 1990, p.158-163). Deixa os limites da teoria para propor uma doutrina política: o elitismo.

A proposta teórica de Schumpeter sobre elitismo e com a qual pretende-se identificar as elites políticas no poder local, segundo Albertoni (1990, p. 158-163), permitiu alcançar três conclusões, teóricas e práticas, de grande interesse:

1) convicção de que o poder político é sempre exercido na prática por uma minoria sobre uma maioria, mesmo num regime livre e de participação institucionalizada de massa;

2) convicção de que o poder político nos regimes democráticos dá lugar a uma dinâmica sócio-econômica, ideológica e cultural complexa e permanente, entre minorias organizadas lutando continuamente entre si pela supremacia pacífica e não violenta de umas sobre as outras, e por sua alternância na conquista e na utilização do poder;

3) identificação da democracia com um regime político, fortemente arraigado nos costumes, na história e nos diversos interesses que atuam na sociedade, capaz de garantir a competição entre as diversas minorias segundo procedimentos formais que assegurem sempre as liberdades, a participação institucional das massas governadas na competição e na renovação dos grupos dirigentes .

No município de São José dos Campos, no período que se estende de 1978 a 1996, estão presentes quatro elites políticas/classes políticas, aqui identificadas pelos nomes dos Prefeitos Municipais.

As elites/classes políticas serão aqui nomeadas pelos projetos políticos que definiram para a área da Saúde. Estes projetos podem ou não estar vinculados aos programas dos Partidos Políticos dos Prefeitos Municipais, como podem ser oriundos das demandas sociais e que foram decodificadas seja pelo

Secretário Municipal de Saúde, enquanto membro da elite local, seja pelos Conselhos de Saúde e levados ao Executivo pelas mãos do Secretário Municipal de Saúde. Como ainda podem ser emergentes da própria Secretaria Municipal de Saúde no contato diário com os problemas da comunidade.

Os projetos políticos aqui arrolados para a identificação das elites políticas locais, são aqueles considerados significativos pela análise temática realizada sobre os Planos Diretores da Saúde, no capítulo 3, e sobre os documentos relativos às 04 Conferências Municipais de Saúde (CMS/SJC), no capítulo 4.

São assim nomeadas por se comporem

(...) de homens cuja posição lhes permite transcender o ambiente comum dos homens comuns, e tomar decisões de grandes conseqüências. (...) comandam as principais hierarquias e organizações da sociedade moderna. (...) Governam a máquina do Estado e reivindicam suas prerrogativas. Dirigem a organização militar. Ocupam os postos de comando estratégico da estrutura social, no qual se centralizam atualmente os meios efetivos do poder e a riqueza e a celebridade que usufruem (W. Mills, 1968, p.12),

e por seus membros explorarem de alguma forma hábil os aspectos:

dos sentimentos, dos ideais e das motivações ilógicas dos indivíduos, de uma capacidade real, dos grupos que desejam enumerar e dominar, para obter o consenso (...) (Albertoni, 1985, apud Bobbio, 1991, p.363).

O ano de 1979 tem início com a instalação na Prefeitura Municipal de São José dos Campos, da elite/classe política reconhecida hoje como o **“GRUPO DO BEVILACQUA”** (o líder Dr. Joaquim V. Bevilacqua, vincula-se ao então MDB), para gerenciar a política municipal, tendo a Saúde como sua prioridade,

delegada aos cuidados do Dr. Augusto Celso, Diretor do Departamento de Saúde Pública. Encerra-se nesta oportunidade o período de prefeitos nomeados pelo Governo Central.

O Grupo Bevilacqua (1979 - 1982) encontra a Saúde Pública Local institucionalizada, o que fora realizado durante a gestão do Prefeito Nomeado Eng.º Ednardo J. de Paula Santos, ARENA, (1975 - 1978). A estruturação do Departamento de Saúde Pública e o Plano de Equipamentos objetivaram uma melhor assistência médica, e facilita o Grupo de Bevilacqua conquistar um Sistema de Atenção Médico-Hospitalar para o Município.

Entre os projetos para a Saúde de São José dos Campos, deste grupo político, encontram-se a OPERAÇÃO SAÚDE, as UNIDADES AVANÇADAS para a garantia da atenção primária à saúde, a instalação das COORDENADORIAS DE ENFERMAGEM, EDUCAÇÃO SANITÁRIA E NUTRIÇÃO e inicia-se o programa de FORMAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE (ver capítulos 3 e 4).

Esta elite política mantém a tradição de se renovar pela substituição de seus membros. Assim, o Prefeito Dr. Joaquim V. Bevilacqua deixa seu cargo para o Vice-Prefeito Dr. Francisco Ricci (MDB). Ao assumir, o Dr. Ricci não alcança consenso junto aos seus pares tanto sobre a forma de governar como ao rumo que dá aos projetos políticos propostos por Bevilacqua.

Os desentendimentos políticos se agravam e o fazem se retirar da cena política. Nesta circunstância, o Presidente da Câmara de Vereadores, Dr. José Luiz de Almeida, assume a Prefeitura, mantendo a maioria dos Projetos para a Saúde e desestimulando outros, como foi o caso da Operação Saúde, os quais acabam saindo da agenda da política local e não retornando até o presente momento.

Com as alterações do quadro político, o saldo deste período (1978-1982) pode ser considerado satisfatório. O Sistema de Atenção Médico-

Hospitalar, incorporando o Saneamento Básico e a Proteção do Meio Ambiente, conta com 06 programas já detalhados no capítulo 3; a assinatura do 1.º Convênio INAMPS/Prefeitura Municipal de São José dos Campos, em 1982; e a Rede Municipal de Saúde contando nesta oportunidade com 12 UBS's, 44 Unidades Médicas e 44 Unidades Odontológicas, são alguns dos saldos positivos.

A segunda elite/classe política chega ao poder em 1983, tendo Robson R. Marinho (PMDB), como o componente orientador dos projetos políticos locais. O **“GRUPO DO ROBSON MARINHO”** permanece no poder local de 1983 a 1988, com pelo menos duas alterações no conjunto de membros que indicam descontinuidade do projeto político original, organizado pela Fundação Pedroso Horta, o qual não priorizava, como não priorizou, a Saúde Local.

O Dr. Robson R. Marinho deixa a Administração Local para concorrer a uma vaga no Congresso Constituinte, e o Assistente Social Hélio Augusto de Souza não tem tempo hábil para colocar em prática seus projetos políticos voltados prioritariamente para o resgate da cidadania, como os documentos oficiais indicados nos capítulos anteriores confirmam, pois vem a falecer oito meses depois de ascender ao cargo de Prefeito.

Novamente o grupo político local sofre alterações. Desta vez entra em cena o Presidente da Câmara dos Vereadores, o Dr. Antônio José Mendes de Faria, que embora pertença aos quadros do PMDB, descumpre projetos políticos anteriormente definidos e desestimula a participação popular em todas as fases do planejamento do Setor da Saúde, que tinha sido insistentemente apregoado pela Fundação Pedroso Horta, durante a campanha eleitoral.

Neste momento político, a municipalização é iniciada a partir dos Convênios AIS/Prefeitura Municipal de São José dos Campos e da Prefeitura com o SUS.

O Grupo de Poder foi se transfigurando a tal ponto que termina por não oferecer qualquer programa especial que não os convênios e a continuidade daqueles implementados pelo grupo da gestão anterior.

O ano de 1989, marca o retorno ao poder do grupo liderado por Joaquim V. Bevilacqua, com substituição de alguns membros, mas que continua sendo reconhecido como **GRUPO DO BEVILACQUA** (3.º Grupo de Poder). É a sua segunda gestão junto à Prefeitura Municipal de São José dos Campos, no período de 1989 a 1992. O líder inicia o governo tendo o PMDB como partido que orienta o projeto político mas, no transcorrer da gestão passa pelo PTB, PFL e PRN, prejudicando a coerência nas prioridades políticas, uma vez que os programas políticos partidários não priorizam as mesmas áreas de atuação (E. 01, questão 54 do roteiro das entrevistas, anexo 2).

Mesmo com rápidas e sucessivas modificações nas afiliações político-partidárias do Líder do Executivo, o Dr. Joaquim V. Bevilacqua (PMDB/PTB/PDT/PMDB) não consegue alterar a sua prioridade pela Saúde e pela Educação.

O projeto político para a Saúde é reiniciado. O SUS é implantado no Município. Aqui não se conta somente com a prioridade política do gestor local, mas também com condições históricas facilitadoras. O movimento pela Reforma Sanitária iniciado nos anos 70, as pressões exercidas pelos profissionais da saúde por meio das Conferências Nacionais, a própria Constituição de 1988, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais colaboram em muito para a implantação do SUS (ver anexo 5), a ampliação do atendimento primário-secundário e o fortalecimento dos canais de participação popular, mesmo que institucionalizados pela classe política local.

No início de 1990, por razões pouco divulgadas, o Dr. Joaquim V. Bevilacqua deixa a Administração Local para o Vice-Prefeito, Dr. Pedro Yves Simão (PRN). Ao assumir o Governo Municipal, a Rede Física de Saúde é das melhores do Estado de São Paulo, a experiência com a Municipalização é tida

como uma prática bem sucedida a ser copiada pelos demais Municípios, como afirma o então Secretário Municipal de Saúde, Dr. Gilson de Cássia M. de Carvalho (anexo 2).

No cumprimento dos dispositivos legais, o Dr. Pedro Yves organiza sem qualquer resistência o Conselho Municipal de Saúde - COMUS - pelo Decreto 99.438/90, regulamenta a I Conferência Municipal de Saúde (CMS) pelo Decreto 7.043/90, a qual tem como tema central a MUNICIPALIZAÇÃO, e a II Conferência Municipal de Saúde pelo Decreto 7.789/92, que leva para as plenárias a proposta do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE para São José dos Campos, conforme apresentação realizada no capítulo 4, itens 4.1 e 4.2. Mantém a dinâmica dos Conselhos Gestores de Unidades (CGU's) criados em 1988 (gestão do Dr. Antônio José Mendes de Faria).

Estes feitos na Saúde não são suficientes para oferecer certa distinção ao Governo do Dr. Pedro Yves. A continuidade da elite política da qual faz parte se dá à medida em que o Dr. Pedro Yves assume o projeto da moradia para baixa renda. Beneficiando-se do seu pertencimento aos quadros do PRN, consegue financiamento e organiza quase 4.000 casas populares nos Parques D. Pedro I e D. Pedro II.

Em 1993 é o momento da grande ruptura com as elites políticas tradicionais, que se revezaram no Poder Local por tanto tempo. É a vitória de Dr.^a Angela M. Guadagnin, pelo Partido dos Trabalhadores. Diferente dos grupos políticos anteriores, o **"GRUPO DA ÂNGELA"** permanece durante os 4 anos sendo liderado por Dr.^a Angela. Há alterações nos quadros do primeiro escalão, mas as orientações político-partidárias assentadas no projeto Democrático e Popular são mantidas.

Em relação à Saúde, o projeto é reafirmar o texto constitucional, tendo o SUS como estratégia de descentralização, gratuidade e universalidade de acesso (capítulo 2, item 2.4.). Não há contudo incentivo à comunidade para que

ela organize seus próprios canais de participação popular, mantendo-se os já existentes desde os anos 80.

Esse grupo político responsabiliza-se por duas Conferências Municipais de Saúde (CMS), a de 1994 e de 1996 (ver capítulo 4, itens 4.3 e 4.4).

A proposta fundamental da III CMS/SJC é o MODELO TÉCNICO ASSISTENCIAL (MTA) com estrutura capaz de garantir a descentralização efetiva e a distritalização, contando com um planejamento ascendente para facilitar o acesso e acolhimento da população usuária do Sistema Municipal de Saúde, rompendo com o assistencialismo até então presente na estrutura do sistema de saúde local.

Dois programas são tidos como viabilizadores do MTA: de um lado inicia-se a informatização da Rede Municipal de Saúde, de outro dá-se prioridade ao gerenciamento dos recursos humanos e materiais.

A IV CMS/SJC retorna à discussão do modelo, agora denominado de MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE (MTA) PARA A QUALIDADE DE VIDA EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, conforme Regimento Interno (IV CMS/SJC, 1996). Como se encaminha a uma lógica da Vigilância Sanitária, o novo MTA recua pois não propõe uma proposta social, mas permanece identificando problemas prioritários de uma certa área de abrangência (ver capítulo 4, item 4.4).

O projeto de um novo MTA encontra-se definido na Norma Operacional Básica (NOB) editada pelo SUS, em 1996. O novo MTA discutido na IV CMS/SJC/1996, segundo o próprio SUS, visa a atingir dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

- a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e (b) a criação de condições elementares e fundamentais para

a eficiência e eficácia gerenciais, com qualidade (NOB, 1996)

A possibilidade do primeiro propósito está na nova formulação dos sistemas municipais, mediante agregação dos segmentos sociais (os munícipes) e apropriação pelo poder local do conjunto de serviços. O gerenciamento das atividades publicamente pactuadas é do Poder Municipal.

O segundo propósito é factível, à medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos a uma gestão/produção eficiente/eficaz, a saber: a clientela que usufrui dos serviços, o conjunto organizado dos produtores desses serviços e a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa (NOB, 1996).

A Norma Operacional Básica (SUS, 1996) tem por finalidade

promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (NOB, 1996).

A questão que permeia o processo das Conferências Municipais de Saúde é a de Participação Popular. Era de se esperar que durante a gestão de uma classe política comprometida com a democracia popular, a Participação Popular fosse acelerada à medida em que a descentralização e os canais de participação fossem fortalecidos, o que acabou não acontecendo.

O enfrentamento da questão popular esbarrou-se na estrutura burocrática, na não disponibilidade de informações à população usuária, na não abertura de canais não institucionalizados, ao não incentivo do partilhamento nas decisões, do poder e do controle do espaço.

A elite política articulada sobre a proposta petista de governar não consegue avançar em direção a um processo democrático.

Como vimos, são 4 as elites políticas/classes políticas que circularam pelo Poder Local - São José dos Campos - de 1979 a 1996. Os 3 primeiros grupos políticos mesmo com propostas distintas tomam e impõem decisões válidas para todos, permitindo assim a própria continuidade à medida em que seus interesses são os interesses liberais, e para os quais convergem. O quarto grupo político pelo menos em tese representa o momento de ruptura, mas enquanto elite/classe política atua como as anteriores:

têm o controle do acesso aos instrumentos de produção e um tratamento preferencial na distribuição dos produtos destes instrumentos, podemos falar deste grupo como de um grupo socialmente dominante ou da *ruling class* desta sociedade (Burnham, 1941 apud Bobbio, 1991, p.363).

Os quatro grupos constituem as elites no poder político de São José dos Campos de 1979 a 1996 por seus membros estarem ligados uns aos outros por razões políticas e econômicas, por ocuparem posições estratégicas e usufruírem dos instrumentos de poder, riqueza e a celebridade.

Os dois grupos políticos liderados por Bevilacqua (1979/1982 e 1989/1992) conquistam e fazem uso do Poder Local apoiando-se no Projeto para a Saúde. Por meio deste Projeto garantem os laços entre o Poder Municipal e as instâncias jurídicas.

Nesses grupos políticos encontram-se membros de estilos de vida, carreira e educação semelhantes, são das classes altas, com instrução superior e profissionais liberais publicamente reconhecidos, o que para W. Mills (1968) garantiriam a unidade psicológica mesmo quando a substituição de membros do grupo foi necessária.

As alterações no projeto político inicial - Saúde - elaboradas quando do acesso do Vice-Prefeito a Prefeito Municipal de São José dos Campos - Dr. Pedro Yves Simão - renovaram a energia do grupo político, o que lhe permitiu

obter consenso quanto ao Projeto de Habitação Popular e sem forças políticas adversas conquista a colaboração de muitas das Associações Amigos de Bairro.

Em menos de dois anos, o grupo político liderado pelo Dr. Pedro Yves consegue distribuir 4.000 moradias populares. É este projeto político que vai servir de espinha dorsal para a sua campanha de 1996, quando disputa a Prefeitura Local pelo PMDB.

O grupo político renovado pela saída do Dr. Bevilacqua é agora liderado por um profissional liberal - Vice-Prefeito, Dr. Pedro Yves - sem qualquer experiência política. A convivência com o poder e o fato de contar com conselheiros capazes (Mills, 1956) faz com que o Dr. Pedro Yves vá sofrendo modificações significativas em suas atitudes públicas, como demonstram as reportagens jornalísticas locais, e ao final de sua gestão nada mais resta do pacato empresário. As dificuldades com os meios de comunicação, tão evidentes no início de sua carreira política, desaparecem.

A convivência com o poder, as oportunidades de decidir e se impor pelo projeto de moradia o fazem reconhecido como o candidato ao cargo majoritário nas eleições municipais de 1996, o que não é suficiente para fazê-lo vencer o então candidato do PSDB, Dr. Emanuel Fernandes.

São significativos os acertos na implantação do SUS iniciada pelo Grupo Bevilacqua/ II Gestão no Município de São José dos Campos. A condição de gestão "Semi-plena" alcançada por São José dos Campos demonstra a competência de programação, gerenciamento e prestação de serviços de saúde, mesmo com as dificuldades derivadas dos recursos insuficientes e de repasses irregulares.

O terceiro grupo político mantém Dr. Robson Marinho como seu líder mesmo quando este deixa o cargo de Prefeito para tornar-se Deputado Constituinte. Em nome desta liderança política o grupo controla a máquina

municipal e usufrui do lugar que ocupa na estrutura do Poder Local, sem qualquer projeto para a saúde, de interesse popular.

Dr. Robson Marinho, hoje Conselheiro do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, acabou usufruindo do fato de ter comandado a política local até o momento em que perde a liderança para o Dr. Emanuel Fernandes, novo líder do PSDB local e Prefeito de São José dos Campos, eleito em 1996.

A partir desta pequena reconstrução das elites locais pode-se afirmar que suas atuações frente ao Governo Municipal geram resultados significativos pelo menos no que se refere ao setor de saúde. As práticas realizadas são consideradas modelo para outros Municípios, mas ainda persiste a crise do Sistema de Saúde do Município de São José dos Campos. Os direitos individuais, sociais e coletivos previstos na Constituição/88 ainda não são integralmente respeitados. As vagas ainda continuam aquém da necessidade. Os recursos humanos precisam de qualificação. O gerenciamento e a administração do sistema demandam melhorias, o novo MTA ainda não garante o pleno exercício do Poder Público Municipal (ver depoimento dos responsáveis pela II e III CMS/SJC, capítulo 4, itens 4.2 e 4.3).

Para garantir a compreensão do 1.º feixe de relações, não se pretende desvendar a ideologia do aparato ideológico nem do emissor, mas entender quais são a biografia político-ideológico e a ideologia político-partidária dos sujeitos-entrevistados que portavam e os levaram a participar de um determinado grupo de poder local e se os conflitos entre o grupo e eles se deviam a divergências ideológicas.

A participação em um ou outro grupo de poder local, assim como em qualquer outro grupo social, envolve certa vinculação político-ideológica com o sistema de crença, ou seja, compactua-se com os valores, idéias e projetos do grupo ao qual se adere.

O envolvimento com os grupos de Poder Local se justifica pelo fato de os sujeitos-entrevistados reconhecerem os projetos políticos como sendo adequados ao momento político, por terem a oportunidade de intervenção histórica na realidade municipal, por acreditarem que suas propostas políticas para a Saúde Coletiva seriam implementadas pela liderança do Governo Municipal e por corresponderem às condições solicitadas pelo Partido Político no Poder Local.

Minha adesão representa tanto a chance de continuidade a um trabalho que já havia realizado na Prefeitura Municipal de 1978 a 1982, como Diretor de Saúde, junto ao Secretário de Saúde; e de outro lado a possibilidade de engajamento a uma outra realidade política nacional[...] (SE. 01- 3º Grupo de Poder - 89/92.),

Mais pela ligação partidária do que por outro motivo. As indicações foram importantes, mas a adesão foi uma questão político-partidária e a concordância com os projetos para a saúde (E.03).

[o governo de Robson Marinho é considerado] um dos primeiros governos democráticos no processo de abertura política (E. 02),

onde se encontravam “várias lideranças locais filiadas ao PMDB” sem qualquer outra condição que não a de “ser filiado ao PMDB e ser pessoa de confiança do Senhor Robson Marinho”, como também por ser indicado para a Secretaria Municipal de Saúde pelas “forças políticas que elegeram Robson Marinho” (E. 01).

Partilhar deste grupo de poder significou

o reconhecimento do grupo que apoiava Robson Marinho ao meu trabalho à frente do Centro de Saúde de São José dos Campos e na Santa Casa (E. 02),

e para E. 01, a possibilidade de intervir numa realidade municipal cujo grupo de poder lhe dava a chance “*de um trabalho em prol da saúde e em prol da defesa do direito à saúde de todo mundo*”, iniciado na I gestão do Bevilacqua e pelo qual vinha lutando no movimento da reforma sanitária. E foi particular sua adesão no sentido de que não se deixou levar por forças políticas nem por amigos, muitos dos quais criticavam, e não distinguiram esta gestão da outra, quando o Governo Bevilacqua inicia sua I gestão (79/82) pelo MDB e termina num “*partido de extrema direita, o PDS, de Paulo Maluf*” (E. 01), mesmo que tivesse retornado na II gestão pelo PTB.

A condição para a adesão ao Grupo do Bevilacqua

era aproveitar as pessoas que já se encontravam no governo, já eram funcionários da Prefeitura Municipal, para que eles tomassem parte deste governo e por uma proposta de trabalho (E. 01),

na qual ele se encaixava por ser funcionário municipal de carreira.

Sua adesão também foi facilitada pelo Governo Bevilacqua se apresentar distinto dos demais pela “*política personalística do Bevilacqua assentar-se na concepção de um governo voltado para a área social*”. A “*defesa das áreas da saúde e da educação*” faz a distinção dos governos liderados por Joaquim Bevilacqua.

Nos três casos, os entrevistados demonstram pertencerem aos grupos de poder local pela homogeneidade e unidade psicológica e social (Albertoni, 1985; W. Mills, 1968) entre eles e o grupo, contribuindo com a tomada de decisões dos grupos sem grandes divergências quanto aos projetos políticos.

O **entrevistado 01** comprometeu-se com o grupo político “Bevilacqua” por acreditar na proposta política e na possibilidade de tomar decisões de grandes consequências em relação a tornar os serviços de saúde aproximativos das demandas sociais, com a abertura de novas UBS’s e o aumento nas horas de atendimento.

A adesão ao grupo político foi facilitada pela proposta política do Governo Bevilacqua: *“tentar trazer dinheiro para o Município”* pois esperava-se

conseguir recursos, primeiro para a área de saúde e para concluir o Hospital Municipal, desenvolver programas necessários e contratar mais trabalhadores para a área” e depois [...] para o programa de moradia (E. 01)

O entrevistado deixa claro que sua adesão ao grupo foi facilitada por compactuar com a proposta política que incluía a *“implantação de uma política do SUS”* para o Município, luta que vinha mantendo em sua aproximação com o Movimento de Reforma Sanitária e encontros com Secretários Municipais de Saúde; assim como demonstra maior clareza sobre sua participação neste grupo de poder local, à medida em que detalha as possíveis formas de intervenção e de modificação do processo histórico. Como já afirmamos acima, o projeto de Municipalização da Saúde foi realizado e a saúde do Município nunca mais foi a mesma.

Dos três, o **entrevistado 02** não adere ao Governo do Robson Marinho pela proposta política, já que ela não era clara para o próprio líder, mas

pela possibilidade de ver o seu projeto tornar-se *“o plano de governo para o setor de saúde”*. Sua biografia político-ideológica permitia seu partilhamento do grupo de poder local pois a unidade psicológica e social dava-se pela expectativa deste grupo em *“aproximar o governo local do povo, principalmente da periferia, até então esquecidos da administração dos prefeitos nomeados”* o que trazia em seu bojo a expectativa de que *“uma nova mentalidade democrática se viabilizasse”* (E. 02).

Os grupos políticos, aos quais pertenceram os entrevistados 01 e 02, deixaram de cumprir o programa político-partidário, e segundo um deles isto se deve ao fato do *“programa partidário em si não [ser] levado em consideração”* (E. 01) e nem por isto deixou de concordar com as decisões políticas tomadas. A proposta particularista de Bevilacqua deu certa autonomia do Governo Local em relação ao Partido Político a que pertencia, *“quando ocorreram divergências ou dificuldades, o Prefeito resolveu mudando de partido”* (E. 01).

A *“municipalização”* (E. 01) e o *“diálogo instalado entre o governo municipal e o povo”* (E. 02), *“as diretrizes para a saúde”, as decisões democráticas, a prioridade para as necessidades básicas dos setores sociais” e as reuniões semanais do colegiado”* (E. 03) são os aspectos lembrados pelos entrevistados como aqueles que os levaram a manter concordância com os grupos políticos e deles participarem.

A atenção oficial dada aos problemas do Município, as formas políticas de priorizá-los e de enfrentá-los, assim como os projetos políticos retro-mencionados, também concorrem, para a adesão dos entrevistados aos Governos Locais.

Assim, *“a restauração das finanças”, “a reforma administrativa” e “a implantação de programas nos setores de Saúde e Educação”* (E. 02), foram definidos como os projetos mais significativos para o momento político e com os quais concordou à medida em que elaborou um projeto que se transformou em plano de saúde para o Município; o *“desemprego”*, principal problema

enfrentado pelo Governo Bevilacqua, que naquele momento perpassava as diferentes classes sociais e particularmente abrangia a ocupação de *“técnicos bem formados, com formação até no exterior”*, além de problemas importantes como *“habitação”, “dos serviços de saúde, da educação, do saneamento básico e dos bairros/loteamentos clandestinos”* também pertenciam a agenda política do Governo Bevilacqua e que foram enfrentados à medida que os recursos estadual e federal foram sendo repassados (E. 01). *“A ausência de um projeto global de Governo que norteasse o conjunto de ações” a serem implementadas e a “oposição político-partidária vinda da Câmara dos Vereadores”* (E. 03), eram os problemas importantes do Governo Ângela e que deveriam ser priorizados para que o projeto petista de governar viesse a ser uma realidade e a Saúde Local fosse reorganizada.

O reconhecimento aos projetos políticos e a oportunidade de implementar políticas para a Saúde Coletiva não eliminam discordâncias em relação ao encaminhamento da política local:

ausência de uma política norteadora do Governo que pudesse fazer com que as decisões conjunturais seguissem uma linha mestra; [...] não ter conseguido transmitir essa experiência de forma sistematizada para o conjunto da população” (E. 03);

na execução dos recursos, na maneira de priorizar as áreas que receberiam os recursos, na maneira de se conseguirem recursos junto ao Governo Collor, no apoio a Collor (E. 01).

A nossa impossibilidade de competirmos com a imprensa:

“Qualquer programa de televisão bem estruturado que apresente um determinado aspecto negativo de um determinado projeto de Governo ou de um determinado setor, muitas vezes tem muito mais eficiência do que 04 anos de trabalho em determinada direção” (E. 03);

e a forma como se fazia política, no Governo Robson, *“de cima para baixo”, “não havia clima favorável para ouvir as pessoas, suas reivindicações e necessidades”* (E. 02) - não foram suficientes para afastá-los da participação no grupo de poder local.

A presença de conflitos e tensões entre os membros dos grupos de poder local não foi suficiente para desviar o grupo das propostas políticas. A homogeneidade e a unidade psicológica e social eram mais fortes e garantiram o clima de solidariedade .

As divergências ocorreram sobre aspectos administrativos e sobre quais políticas seriam priorizadas. Em geral estas divergências *“eram resolvidas, pois os secretários estavam comprometidos com a política local”*(E. 01), *“não se tornaram em empecilho que desviassem o Governo de seu rumo”* (E. 03).

No Grupo do Robson, as divergências maiores localizam-se na *“bancada de vereadores que apoiavam o governo”* principalmente para as áreas de *“Saúde, Promoção Humana, Serviços Municipais e Transportes”* e no tocante aos recursos a serem a elas destinados, como também com *“os militantes do partido [que] faziam [cobranças] aos administradores e à bancada de vereadores”* (E. 02) pelo não cumprimento do programa partidário.

O Governo Ângela também encontrou dificuldades com a Câmara de Vereadores. Muito dos projetos políticos encaminhados foram exaustivamente negociados, atrasando os cronogramas. Outras dificuldades foram internas ao Governo:

Não havia uma adesão do conjunto dos servidores a esse projeto [de Governo], não havia uma clareza dos rumos desse projeto (E. 03).

[...] o fato de eu ter vindo de fora criou obstáculos de natureza político-partidária, na medida em que é forte [...] a preservação dos espaços locais para pessoas que atuam nesta área (E. 03).

O próprio Partido dos Trabalhadores em São José dos Campos, com tradição sindical mas sem experiência administrativa, influenciou nos rumos do Governo Ângela gerando crises políticas desnecessárias. A ausência de *“uma visão pelo menos conjuntural das questões e das decisões tomadas no dia-a-dia”*(E. 03) terminava por atrapalhar as negociações e abria caminhos junto a mídia local para fortalecer a oposição ao projeto político em construção.

No tocante à ideologia político-partidária pode-se com certeza identificar os sujeitos-entrevistados como sendo de tendência reformista-modernizante, segundo os tipos de ideologia levantados por Dewey (1946).

A questão da desigualdade entre o grupo de poder e o povo não desaparece, a frágil aproximação com o povo por diferentes instrumentos institucionais, o trabalho político a partir dos interesses do povo (em geral decodificados a partir dos interesses do grupo de poder), a aproximação das condições subjetivas com as condições objetivas a partir das quais o trabalho político emerge, não caracterizam uma tendência revolucionária, que solicita a não-diretividade dos agentes especializados e uma nova cultura política onde o indivíduo emerge como cidadão e sua participação vai para além da vez e voto.

Apostar no

diálogo com o povo; ouvir as reivindicações e necessidades (E. 02); Tudo tinha que ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, as propostas vinham dos conselhos e a secretaria primava por segui-las rigorosamente (E. 01); nas discussões democráticas do colegiado, na ruptura com uma tradição da oligarquia local que durante anos foi detentora do poder em São José dos Campos; [...] a inversão de prioridades, [para] um projeto que apoiasse o conjunto dos setores sociais que necessitavam do Estado para satisfazer suas necessidades básicas [...] (E. 03).

são expressões utilizadas pelos sujeitos-entrevistados que os afastam de uma ideologia político-partidária com tendências políticas tradicionais, mas não os levam a ultrapassar a tendência reformista-modernizante (Dewey, 1946).

5. 3. 2.º Feixe de relações: As Negociações Políticas

As negociações políticas se realizam por ações diretas dos interessados, quando se apresentam; ou por ações indiretas, quando os interessados se deixam representar junto ao grupo local de poder.

As negociações por ações indiretas, denominadas também como negociações “pelo alto”, por sua própria natureza, contam com atores sociais, exclusivamente burocratas ou administradores, representando os membros da comunidade local ao mesmo tempo em que se encontram comprometidos com os interesses do grupo de poder, do qual faz parte e o qual representa.

Assim sendo, a negociação “pelo alto” é tida como técnico-burocrata. A racionalidade política utilizada neste processo - relacionamento entre a representação do grupo de interesse e a execução da política pública - se distingue por considerar o nível de vontade deste grupo, o nível de estrutura de oportunidade sócio-econômica, as formas e práticas institucionais - (Offe, 1995, p. 223-268), e as decisões técnico-burocratas serem reconhecidas como eficientes e eficazes e os Partidos Políticos desempenham uma função meramente conciliadora.

Os membros deste grupo ou não têm controle sobre o conteúdo das reivindicações populares e suas decisões são consideradas acertadas para a solução das questões sociais; ou consideram o funcionamento da sociedade civil como dado e suas decisões políticas voltam-se para compensar falhas de mercado e resolver conflitos.

Os anos 90 redefinem o cenário das lutas sociais e levam o cidadão a (re)construir sua cidadania a partir de sua atuação independente: “fazer a sua própria política” (Gohn, 1995, p.207) (grifos nossos). As novas demandas deste século são introduzidas na Sociedade Brasileira

incorporando algumas noções de direitos políticos modernos ao lado de demandas para alterar a ordem conservadora existente (Gohn, 1995, p.206),

como a luta por eleições limpas, a luta pelo voto da mulher, entre outras lutas sociais.

Com avanços e recuos, os anos 80 “inauguram novos tempos para a questão da cidadania” (Gohn, 1995, p.202), com novos parceiros, novas bandeiras, novos direitos. Resgata-se a cidadania, ela torna-se “o móvel e o articulador” (Gohn, 1995, p.202). O saldo deste processo é a alteração da cultura política com a chegada dos institutos constitucionais, comentados à frente, e a redemocratização que se dá

pela crença no poder quase que mágico da participação política, pelo desejo de democratização dos órgãos, das coisas e das causas públicas (...) (Gohn, 1995, p.203).

O caráter novo das lutas sociais da década de 80, que enriquecem o período e as experiências político-sociais, pode ser resumido pela:

a) forma e modo de

equacionar e de encaminhar as demandas por meio do comunitário, uma figura híbrida já que a ação sai do setor (Gohn, 1995, p.203) (grifos do autor)

privado e organiza-se na sociedade civil com suporte financeiro governamental;

b) redefinição dos valores seculares: direitos humanos, cidadania e liberdade entre outros;

c) articulação entre os valores morais e carências econômicas e definição de um novo paradigma das ações sociais.

A Negociação das Políticas Públicas e Sociais, particularmente as Políticas de Saúde, é, como vemos, um processo recente na historiografia brasileira. O marco de maior evidência talvez seja a Constituição de 1988, que ao estabelecer institutos constitucionais para a participação popular e permitir a descentralização das decisões, democratiza o processo de decisões e permite, ao menos na forma legal, a entrada do cidadão nas diversas esferas de Estado - Federal, Estadual e Municipal - buscando romper os vícios da política brasileira, como o coronelismo e corporativismo, além de enfraquecer a burocracia, negociando com o Poder Local, suas demandas.

Os anos 90 distinguem-se dos anos 80 pelo cenário de as lutas saírem do plano econômico para o plano do consumo coletivo e pela criação

de movimentos nacionais a partir de instituições e organizações de espectro plural, ou de figuras carismáticas (Gohn, 1995, p.205),

como por exemplo a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria, pela Vida, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, o Movimento dos Aposentados, e as Organizações Não Governamentais (Gohn, 1995, p. 125-126).

Estas novas tendências são complementares das novas ênfases das políticas sociais, agora transferidas do Estado para as comunidades organizadas.

A descrença na política nacional leva os grupos a acreditarem cada vez mais na capacidade de atuação independente, a fazerem suas próprias políticas, a centralizarem nas ações coletivas, o plano moral e da cultura. A desejarem a liberdade e a autodeterminação para a expressão das individualidades. Assim, a “ação direta é preferida à ação delegada aos partidos, ou a outros” (Gohn, 1995, p.207) (grifos nossos).

As práticas sociais orientam a participação e a negociação. É a nova cultura política que tem na esfera dos iguais, o seu centro. É na condição de carente de direitos sociais ou de um tratamento discriminatório que se estabelece a relação de reciprocidade interna nos novos movimentos e lutas sociais.

Câmaras Setoriais, Negociações diretas com os patrões, Grupos envolvidos com orçamentos participativos, negociando suas prioridades com o Poder Local. É o direito à diferença. Reivindica-se a participação no mercado de bens e produtos de consumo, na manutenção de valores culturais. Caminha-se para o mundo das singularidades (Guttani e Ronik, 1986).

As Negociações Políticas ultrapassam as decodificações das demandas sociais pelo Poder Local de acordo com os seus próprios interesses. Tradicionalmente as Elites do Poder têm comandado a construção e condução das políticas locais. O novo projeto de políticas públicas e sociais dá início ao processo de enfrentamento tanto dos setores populares como dos setores da elite local e dos grupos econômicos, possibilitando alianças em torno de projetos que atendam aos interesses em jogo.

As Negociações Políticas trazem para o cenário político as vozes dissonantes, colocam em evidência as dificuldades de garantia da governabilidade, da autoridade constituída. Entra em cena a necessidade de conquistar o voto, seduzir nos projetos políticos e convencer na arte de fazer política negociando com as forças sociais dissonantes.

5. 3.1. Fazendo a própria política: O Momento da Negociação

O Poder Local vê-se desde a Constituição de 1988 sendo solicitado a lutar para comunicar-se com os setores populares abrindo canais de participação, reconhecendo os canais organizados pela população e os estatutos constitucionais e se esforçando para informar os cidadãos de forma cada vez mais eficiente e eficaz, fazendo uso de todos os meios disponíveis de comunicação.

Os setores populares, por sua vez, também se organizam como força social nos conselhos e nos movimentos para conquistarem políticas e programas de seus interesses.

Nas experiências dos sujeitos-entrevistados no Poder Local, o momento da negociação política surge no início dos anos 90, mais precisamente com a Constituição de 88. O que o distingue dos demais exemplos de negociação encontrados na literatura pertinente ao assunto é que nestes exemplos ela se realiza entre o Poder Local e as Classes Populares organizadas ou pelos Movimentos Populares.

Em São José dos Campos a negociação política é realizada pelo Secretário Municipal de Saúde, representante dos usuários e membro do grupo de poder, ora diretamente com o Prefeito Municipal, ora coletivamente nas reuniões da equipe de governo. A direção do COMUS, entidade representativa dos usuários do Sistema Municipal de Saúde, e os demais Conselhos em geral não participam das reuniões do Secretário Municipal de Saúde com o Prefeito Municipal, tendo suas demandas decodificadas pelo Secretário.

Considera-se a negociação de algum projeto para o setor da saúde um momento de resgate da cidadania favorecido pelo processo de descentralização /desconcentração, mediante um dos institutos constitucionais ou por qualquer outro instituto - assembléias, fóruns, parcerias, entre outros.

Este momento não se realiza no Município de São José dos Campos, já que o momento de discussão entre os usuários e profissionais dos diversos setores da saúde nas Pré-Conferências ou nas Assembléias realizadas de dois em dois anos - CMS - não são momentos de negociação, mas momentos de se colocar em ordem de prioridade as diversas demandas da saúde.

Os setores populares não se organizam como força social, nem se representam junto ao Prefeito Municipal de São José dos Campos. Suas participações se resumem às Pré-Conferências, aos Conselhos Gestores, ao

COMUS e às Assembléias das Conferências Municipais de Saúde, a partir dos anos 90. Este é um grande avanço na construção da cidadania e deve ser apoiado, mas entretanto deve-se reconhecer a sua precariedade pela não definição clara de serem ou não deliberativos, assim como não serem mecanismos que resolvam os problemas de participação e nem garantam equidade na distribuição dos recursos existentes.

A negociação efetiva, aquela que define a política, se dá entre o Secretário Municipal de Saúde e o Prefeito Municipal, nas reuniões da equipe do governo ou nas audiências particulares. Por mais que se aceite “*que tudo tinha que ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde*” (E. 01) (grifos nossos), a decodificação é realizada por um interlocutor com compromissos e vínculos ideológicos com o grupo de poder. O cidadão encontra-se excluído do momento das decisões mais significativas. Apresenta-se a negociação “pelo alto” e não a negociação por ação direta da comunidade.

As experiências no poder do **entrevistado 02** não englobam qualquer mecanismo concreto de participação. As condições históricas de suas passagens pelo Poder Local não permitem, ainda, o uso de Conselhos de qualquer espécie. O Governo do Robson, mesmo sendo considerado democrático, não chegou a realizar qualquer assembléia com os usuários do Sistema de Saúde, embora tenha realizado visitas assessorado por seu Secretário Municipal de Saúde e reuniões com as lideranças de bairro: “[...] *nas reuniões de bairro, assessorando o Prefeito*” (E. 02) (grifos nossos). Estas reuniões acabaram dando impulso à organização das Associações de Moradores de Bairro, mas não foram suficientes para organizarem a população em movimentos específicos que lutassem pela Saúde.

As experiências vivenciadas pelo **entrevistado 02** de 83 a 84 não contam com qualquer canal que evidencie a participação popular num processo de negociação junto ao Poder Local. Para além das Associações de Moradores em processo de constituição, é total a ausência de Conselhos, Fóruns, Assembléias enquanto espaços e formas de negociação política.

O Secretário Municipal de Saúde é nesta oportunidade um membro do 1.º escalão do governo (Grupo do Robson, III Elite Política), que negocia com o Prefeito Municipal, os projetos que cria a partir de sua vivência junto ao Centro de Saúde, à Santa Casa e *“das práticas que defendia enquanto Professor de Medicina”* da UNITAU e dos *“contatos muito produtivos com as lideranças de bairro (...)”* (E. 02).

Desses contatos encaminhou projetos que resultaram

na queda da mortalidade infantil e aumento da cobertura vacinal e desenvolveu-se um trabalho com agentes de saúde nas unidades básicas (E. 02),

sem ser o representante dos setores populares nem mesmo das Associações de Bairro, como o foi o entrevistado 01, que representa o COMUS nas negociações estabelecidas com o Prefeito Municipal.

Na fala do entrevistado 02, além de contatos esporádicos, não se encontra qualquer referência sobre o fato de o Secretário Municipal de Saúde ter estabelecido relações com os usuários do Sistema Municipal de Saúde, para juntos agendarem as demandas sociais prioritárias e criarem projetos a serem negociados com o Prefeito Municipal.

A inexistência de espaços para negociar os projetos para a saúde, mesmo que se excluíssem os usuários nas etapas de decisão e de implementação, distingue o Governo do Robson Marinho. As Associações de Bairro, em fase de constituição no Município, se caracterizavam por desenvolver formas de solidariedade mútua com o objetivo de suprir certas carências básicas, seja por iniciativa própria seja pela ação do Estado.

Os Movimentos de Bairro do final da década de 70 se caracterizam por adquirirem caráter inter-classista, contando em sua constituição com membros das classes populares e da pequena-burguesia (comerciantes, donos de

bares, entre outras ocupações); estes tendem a assumir a sua liderança, pelos recursos materiais que possuem.

Esses movimentos são experiências direcionadas para a participação popular nas instituições que controlam aspectos da vida urbana, em geral constituídos com a ajuda do Poder Local e com certa sintonia entre a sua liderança e o Governo Municipal.

Não chega a ser um fórum de debates a respeito de decidir por uma política de saúde, mas um espaço de pressão sobre as instituições públicas para a solução de problemas mais imediatos, como postos de saúde, ambulatorios, creches, arruamento, canalização de água e esgoto, melhorias no transporte coletivo.

O momento político de *“retomada do processo democrático em São José dos Campos [...]”* foi oportuno para se criarem *“condições para que a Sociedade Brasileira iniciasse um processo de participação [...]”* e a incentivação por parte do Governo Local na constituição das Associações de Bairro é prova deste momento de retorno das *“liberdades públicas e direitos humanos, ainda nessa época constantemente violados”* (E. 02), mesmo que tenha sido utilizada pelos políticos como base eleitoral às futuras campanhas e os programas e serviços públicos implementados *“não obedecerem às prioridades elaboradas pela população”* (E. 02).

As experiências dos entrevistados (01) e (03) se dão num momento em que os processos e formas de negociação política entre setores populares e governos locais se espriam pela Sociedade Brasileira. Desta maneira eles participam da constituição dos diversos níveis de Conselhos instituídos pela Constituição de 1988, dos CGU's ao COMUS, e coordenam as reuniões em cada conselho e as três primeiras CMS/SJC/90, 92 e 93; como também participam em nível nacional da luta pela saúde por meio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Municipais.

O momento da negociação política em São José dos Campos é o ano de 1989. Seja entre o Secretário Municipal de Saúde com os usuários nos diversos Conselhos e nas CMS/SJC, seja mais intensamente com o Prefeito Municipal, quando intermedia as propostas agendadas nas reuniões do COMUS ou aprovadas nas CMS/SJC, ou aprovadas nas reuniões do Secretariado Municipal..

As negociações realizadas entre 1989 e 1992, se distinguem por seu caráter individual e por se darem fora das reuniões do secretariado e nem sempre contarem com o aval do Setor de Planejamento, justificadas pelo **entrevistado 01** como sendo

a negociação do plano de saúde, uma negociação que acabava tendo que ser feita à parte dado o volume de coisas que tinham que ser negociadas; na [minha] passagem pela Secretaria de Governo, no entanto, eu tratava [as propostas da saúde] diretamente com o Administrador Local e a maioria das propostas foram implementadas (E. 01).

A oportunidade de participação popular nos diferentes Conselhos, embora não garanta a deliberação e o acompanhamento das propostas nas fases de decisão e de implementação, gera uma

situação [era] inovadora e inusitada para o Administrador. Principalmente com o Joaquim, que era o primeiro”[a conviver com o processo de participação] (E. 01).

Nas experiências à frente mencionadas, o **fórum** foi a forma de negociação política utilizada. Em São José dos Campos, as formas foram a **audiência particular**, mesmo quando se defendia o colegiado [... algumas questões foram tratadas diretamente...”; “a minha preferência sempre foi pelas

discussões coletivas. Só como exceção negociava particularmente minhas propostas” (E. 03)], e as reuniões do Secretariado de Governo, as quais durante o Governo Ângela foram semanais.

Na maioria das vezes as reuniões eram promovidas pela Diretoria do COMUS, quando os representantes dos usuários do Sistema Municipal de Saúde e os representantes dos diversos setores de saúde colocavam em discussão a agenda a ser discutida pelo Secretário Municipal de Saúde em audiências particulares com o Prefeito Municipal.

As demais reuniões eram internas à Secretaria Municipal de Saúde para agendar os assuntos a serem levados às reuniões do Colegiado (E. 03). Outras reuniões ficaram conhecidas como Pré-Conferências, as quais ocorriam quando os representantes dos usuários do sistema debatiam as propostas preparadas pela Diretoria do COMUS e que seriam apresentadas na Conferência Municipal de Saúde, quando então eram aprovadas na assembléia geral e negociadas com o Prefeito Municipal, intermediadas pelo Secretário Municipal de Saúde.

Alguns momentos informais, também foram utilizados. Os encontros do Prefeito Municipal com as lideranças de bairro, em que o Secretário Municipal de Saúde, segundo o **entrevistado 02**, o assessorava.

No Governo Ângela, considerado democrático e popular, com canais de participação em atuação desde 1990 - COMUS, CGU'S, NUSAC'S e CMS - não se tem qualquer experiência com negociações políticas, onde o usuário do Sistema Municipal de Saúde se apresente. O **entrevistado 03** afirma a importância do colegiado tanto na Secretaria Municipal de Saúde como no Governo Local para a tomada de decisões, mas não faz qualquer referência as decisões do COMUS e da Assembléia da III CMS/94. Identifica a importância da *“equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde”* e a considera como *“ampla rede de participação”* (E. 03).

Tanto no Governo Robson Marinho como no Governo Ângela, considerados democráticos pelos sujeitos-entrevistados, as propostas são discutidas com a equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde e apresentadas à equipe de Governo, sem que a população participe do processo de decisão. Em sendo aprovadas são cumpridas *“fielmente ... pela Prefeita”* (E. 03) e na *“maioria das vezes desconsideradas pelo Robson”* (E. 02), que só as cumpre quando o ganho político é de seu interesse.

Algumas formas de negociação são mais eficazes e mais eficientes que outras, mas cada uma delas à sua maneira deve abrir espaços para o cidadão partilhar da gestão das coisas públicas, é a possibilidade da *“(...) absorção do Estado pela sociedade civil (...)”* (Calderón, 1995).

O fórum é, entre as formas de negociação, a que merece mais crítica por não ser lugar onde o povo se reúne, mas o lugar dos negócios, onde o emissor apresenta e discute as propostas do governo, sem que os setores populares sejam os atores do processo (Gohn, 1995).

O fórum ao contrário das parcerias, das assembléias comunitárias, do orçamento comunitário e de outras formas, não garante a autonomia das entidades comunitárias da concepção do projeto até a avaliação do programa, nem a capacidade de negociação direta com o poder público; como também não auxilia a redefinição do Município tornando-o não executor direto das políticas de saúde, nem reativa os laços de solidariedade, pois não permite o encontro dos iguais e não garante a ampliação da visão do conteúdo sócio-econômico. Não é, em nossa opinião uma prática bem sucedida para os governos ditos populares, já que não favorece o encontro dos iguais e sim fortalece as decisões técnico-burocráticas, as negociações “pelo alto”.

A parceria enquanto forma de negociação política é utilizada no Governo Ângela, mas

com as entidades prestadoras de Serviços de Saúde, [como] a Santa Casa e vários outros Hospitais. [...] foi possível estabelecer algumas parcerias [...]; [foi] uma negociação com a Santa Casa para eliminar uma fila de mais de mil pessoas que precisavam de Cirurgia Eletiva [...] (E. 03).

Como vimos no capítulo 4, as Pré-Conferências e as Conferências embora práticas bem sucedidas de discussão das coisas públicas, terminam pelo seu caráter pouco definido, por não permitirem que os usuários deliberem sobre a Política de Saúde a ser implementada. A vez e o voto como estratégias de participação não garantem nem a autonomia nem a capacidade de negociação direta.

5. 3.2. A experiência municipal com a Negociação Política

Nas falas analisadas não há referências explícitas sobre as experiências de negociação política nem das formas utilizadas no processo, em que os usuários do Sistema Municipal de Saúde estejam presentes, a não ser as Pré-Conferências, as reuniões do COMUS e a presença nas CMS/SJC pelo voto, ocasião em que não se encontram discutindo e construindo o processo de implementação, mas decidindo por voto a agenda a ser discutida e negociada com o Prefeito Municipal, representado pelo Secretário Municipal de Saúde. A atenção oficial se dará sobre aqueles itens da agenda que mais se ajustam ao projeto político em construção, assim como sua decodificação. O interessante é que esse processo é considerado pelos sujeitos-entrevistados como sendo participativo.

As experiências locais de negociação política se dá entre o representante dos usuários - Secretário Municipal de Saúde - e o Prefeito Municipal, ora em audiências fechadas, ora nas reuniões do colegiado, onde era exclusiva a presença do Secretariado de Governo. O caráter inovador está na

presença dos Conselhos e das Conferências Municipais de Saúde, colocadas em prática a partir de 1990. De acordo com a fala do **entrevistado 01**, as decisões do COMUS estabelecidas em suas reuniões e as propostas alcançadas pelo voto nas Conferências foram encaminhadas e discutidas com o Prefeito Municipal, tais como apresentadas. As modificações foram realizadas após novas discussões com o pessoal do COMUS, o que segundo a fala do entrevistado mantém o caráter participativo real.

As experiências de Santos (Governo Telma de Souza, 89/91) e de São Paulo Governo Luiza Erundina, 89/92), relatadas na Revista Polis/96, apresentam delicadas e conflitivas relações:

- a) no processo de negociação política seja com os partidos de oposição e os grupos econômicos locais, seja com os governos estadual e central, como com os setores populares organizados ou não das periferias urbanas;
- b) no processo de implementação da descentralização, seja pelas dificuldades de chamar a população a participar e formular alternativas inovadoras nas relações Estado/Sociedade; seja pelas dificuldades de se modificar a dinâmica da organização municipal para que os resultados não sejam o incrementalismo, e sim a participação popular na elaboração de projetos públicos e sociais, a ordenação dos serviços públicos, a recuperação da racionalidade da decisão local e sobrevivência econômica do município, pela potencialização de instrumentos adequados para redistribuição dos escassos recursos públicos;
- c) no processo de definição das novas competências entre os setores envolvidos nas negociações, e das instâncias e formas de participação.

Em ambas as experiências de Administração Municipal, o Fórum ou Mesa Redonda, foi a estratégia selecionada para a ampliação das bases de apoio da administração. No caso de Santos, o Fórum pelas suas características, consultiva e reunião dos notáveis, selecionados pela Administração Local, se distancia do projeto político popular e democrático do Partido dos Trabalhadores, como reconhece a própria Prefeita Telma de Souza, na Revista Polis, n.º 18/94.

O relato sobre São Paulo (Revista Polis, n.º 23/96) reúne duas experiências de negociações: uma entre a Administração Municipal com os ambulantes, no uso do espaço urbano para o trabalho, e outra com o Governo do Estado de São Paulo, na preservação das áreas de mananciais.

A primeira experiência colocava o conflito entre o direito ao trabalho e a ordem pública da cidade, e a negociação se processou

com a representação e organização de um setor social que até então ocupava apenas as franjas da sociedade legal: os vendedores ambulantes (Villas Boas, 1996, p.09),

e que exigiu que a Administração Municipal tivesse anteriormente multiplicado os espaços de decisão, tornando mais eficiente o processo de participação a partir de uma reforma administrativa que reorganizasse a estrutura funcional e política do poder municipal. A implementação das subprefeituras encurtava as distâncias locais e políticas entre a administração e a população.

A segunda experiência se caracteriza pela presença das

tensões decorrentes da descentralização (...) na medida em que o encaminhamento dos problemas necessariamente deveria conjugar ações que envolviam a Secretaria Municipal de Habitação, responsável pelos projetos de uso e ocupação do solo, e a Administração Regional da Capela do Socorro que sofria as pressões cotidianas da população local. Da mesma forma as ações conjuntas (...) desenvolvidas entre o Governo do Estado (...) e a Prefeitura apontaram soluções efetivas para o enfrentamento da degradação ambiental da região, qualificando a intervenção (...). [Mas] (...) mostraram as dificuldades de superar as contradições e tensões (...) (Villas-Boas, 1996, p.05).

Nesta segunda experiência relatada na Revista Polis, os agentes protagonistas e que participaram das negociações foram os governos - Federal, Estadual e Municipal - os movimentos de moradia e ambientalistas e o Banco

Mundial. A presença destes diferentes atores sociais evidencia que problemas ambientais locais e ações para a preservação dos mananciais em São Paulo, causam impactos à todos, neste processo de globalização a que nos encontramos submetidos.

As negociações políticas foram tornando-se cada vez mais tensas à medida em que o Setor Público elegia uma demanda como prioritária em detrimento de outras, e os movimentos de moradia priorizavam a moradia e por esta razão exigiam a desapropriação de terras públicas como condição para negociar.

Durante o ano de 1994, duas das propostas políticas para a Saúde foram negociadas diretamente com a Prefeita Ângela Guadagnin: a criação do Fundo Monetário Municipal de Saúde e o Orçamento Participativo para o ano de 1995. No entanto, estas discussões diretas foram apresentadas no Colegiado, de tal sorte que não se eliminou “o caráter coletivo de todas as decisões” (SE. 03). A excepcionalidade das propostas e o momento político delicado pelas dificuldades com a Câmara dos Vereadores, justificam as decisões diretas com a Prefeita Municipal, segundo SE. 03, mas fragilizam a participação direta da Sociedade Civil, pois impedem a discussão das coisas públicas, favorecendo decisões técnico-burocráticas.

As negociações com o Prefeito Municipal, em São José dos Campos foram tensas, por diversas razões, entre elas encontram-se a oposição ferrenha da Câmara dos Vereadores ao projeto político “petista”, “o [não] cumprimento das propostas de campanha” (E. 02), as dificuldades financeiras pelas quais passava o Município, a incompreensão dos demais Secretários de Governo no tocante ao montante elevado de recursos exigidos pelo setor da Saúde e pelos governantes “não [estarem] preparados para conviver com este controle direto [...] [controle do COMUS]” (E. 01). As discussões “não foram simples, como não o é em nenhum Governo Local”, o Governo Ângela “tinha certa autonomia e era exatamente por esse motivo que muitas vezes as divergências se acirravam” (E. 03).

Mesmo tensas, as negociações da saúde foram frutíferas. Tudo o que foi negociado durante a II Gestão do Governo Bevilacqua e no Governo Ângela no ano de 1994, foi implementado tornando-se Políticas de Saúde, segundo os depoentes. O mesmo não ocorreu durante o período de permanência do Dr. Antônio Celso Escada frente à Secretaria Municipal de Saúde/SJC, segundo entrevistado 02.

Não só neste Município, mas para a grande maioria, a intermediação do Secretário Municipal de Saúde junto ao Prefeito Municipal está permitindo que a Saúde realize “*a reforma do Estado por ela própria*”. “*Tenho visto isto pelo Brasil inteiro*”: “*Os Secretários de Saúde estão anos-luz à frente das demais Secretarias*”(E. 01), “*A Saúde é vanguarda no processo de descentralização*”(E. 03) (grifos nossos).

Estas falas denotam o compartilhamento dos Secretários Municipais de Saúde com os objetivos do Movimento Sanitário de reorientar a Política Nacional de Saúde para atender às demandas sociais, facilitar a participação dos usuários, aumentar a equidade e justiça social e melhorar a qualidade dos serviços públicos.

A afirmativa de que os “*secretários de saúde estão anos-luz à frente de outras secretarias*” (E. 01) chama a atenção por serem os médicos o primeiro setor de trabalhadores a desafiar o Governo Militar e convocar uma greve geral por melhores condições salariais colocando as reivindicações corporativas no contexto das lutas por um sistema de saúde mais democrático (Teixeira, 1995) e desde então estarem comprometidos com o desenvolvimento de uma consciência sanitária.

Outras experiências evidenciam a perspectiva dos setores populares, quando da negociação de suas demandas. A burocracia dificultou o acordo e em muitas etapas a negociação foi distributiva, com perdas para o setor popular.

As falas dos entrevistados não indicam a ocorrência de experiências, em São José dos Campos, onde os setores populares sejam os atores sociais principais de negociação das políticas de saúde, à medida em que como atores participam dos Conselhos mas não chegam a deliberar. O Secretário Municipal de Saúde é o ator social principal nas experiências de negociação das Políticas de Saúde no Município de São José dos Campos, contando ou não com as experiências nos Conselhos de Saúde.

Várias são as propostas encaminhadas e negociadas durante a permanência dos sujeitos-entrevistados no Poder Local. A Municipalização (E. 01), o Convênio firmado com o Ministério da Previdência Social - AIS - (E. 02), o Fundo Municipal de Saúde, a qualificação do pessoal da Saúde (E. 03) são consideradas as mais significativas por refletirem as inovações do Sistema Municipal de Saúde e por serem conquistas na luta pela saúde, vitórias do movimento sanitário.

O que dá distinção às negociações entabuladas é tanto seu caráter público,

As propostas do setor saúde foram elaboradas para o Governo Robson Marinho e todas eram públicas (E. 02);

Não tenho dúvidas que as discussões coletivas são mais próximas do conjunto dos interesses da população (E.03),

como o de serem coerentes com “o próprio programa do Partido Político” (E. 02), e serem pensadas como sendo de interesse do cidadão.

Durante o Governo Bevilacqua (II Gestão)

100 % das [suas] negociações foram feitas com o Administrador Local em caráter particular (E. 01),

e atendiam aos interesses dos cidadãos, já que saíam de “*planos gerados com a comunidade*” (E. 01). Eram encaminhadas e negociadas depois de realizado

um planejamento ascendente [...], o que era aprovado dentro do Conselho [COMUS], [e] só então se passava para a execução. O orçamento [da saúde, também] baseava-se nas decisões tomadas no Conselho [COMUS] (E. 01),

ou depois de discutidas com a equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde e apresentadas ao Colegiado, nas reuniões semanais (E. 03).

Embora o entrevistado 02 defina seus compromissos “*com o povo carente*” e acredite que suas propostas para a Saúde atendam aos interesses dos cidadãos, não identifica qualquer forma de discussão com os setores populares, que não sejam algumas reuniões com as lideranças de bairros, nas quais cumpriu o papel de assessor do Prefeito Municipal.

As alterações de Partido Político dos Prefeitos Municipais entre 1989-1992 - MDB, PTB, PFL, PRN - acabaram dificultando a aproximação das propostas da saúde com o programa político-partidário. Esta situação especial acabou favorecendo o setor de Saúde:

tenho para mim que o Poder Local deixou que a Saúde fizesse uma proposta inovadora e um programa (E. 01).

As propostas políticas inovadoras ou não, sejam para a Saúde ou para qualquer outra área, devem ser analisadas pela Secretaria Municipal de Planejamento, pois entre outras funções de sua competência, é responsável pela

adequação dos projetos à Lei Orçamentária do Município e por conseguinte atua sobre as Secretarias, liberando ou não o encaminhamento das propostas às reuniões do Secretariado ou ao Prefeito Municipal.

A Secretaria do Planejamento, [...] se for concebida como uma secretaria que pensa o Governo como um todo, busca executar prioridades definidas pelo conjunto dos Secretários, [...] tem uma função importante e o aval do Secretário de Planejamento é muito mais no sentido de consolidar as prioridades que o conjunto do Governo traçou. O que a Secretaria de Planejamento faz é compatibilizar as prioridades definidas com a prática cotidiana (E. 03).

Para as propostas apresentadas pelo **entrevistados 02 e 03**, a Secretaria de Planejamento as discutiu, não modificando o seu conteúdo e nem as prejudicou quando apresentadas nas reuniões da equipe de governo:

essa Secretaria não tem ou não teve esse papel de modificar algumas diretrizes básicas, ainda que em determinados momentos a própria discussão do que é prioridade e como a prioridade vai ser estabelecida, possa ter modificado alguma diretriz mas, nenhuma das diretrizes básicas [...]” (E. 03).

As únicas propostas não negociadas nas reuniões do Secretariado durante o Governo de Robson, neste momento, foram as Reformas da Unidade de Pronto Atendimento (UPA's) do Parque Industrial e do Alto da Ponte. O caráter de extrema urgência permitiu que fossem levadas diretamente ao Prefeito Municipal. No Governo Ângela, mesmo que as propostas fossem discutidas diretamente com o Prefeito Municipal, eram apresentadas nas reuniões do Colegiado. Nos dois casos, as propostas foram implementadas por serem consideradas de caráter público, já que correspondiam às demandas sociais.

As relações entre o Secretário Municipal de Saúde e o Secretário de Planejamento, durante a II Gestão do Bevilacqua, foram tensas todo o tempo, devido ao fato de ele dedicar-se mais às suas atividades particulares do que às atividades da Secretaria sob sua responsabilidade, *“dificultando que a ordem”* (E. 01) estabelecida pelo Prefeito Municipal de se encaminhar as propostas primeiro ao planejamento para depois discuti-las com o Prefeito Municipal, *“fosse cumprida”*. *“Fomos um dos secretários que se rebelou, levando suas propostas diretamente ao Administrador Local”* (E. 01).

Segundo a fala deste mesmo sujeito,

para que as propostas sejam discutidas com o Planejamento, esta Secretaria precisa estar articulada com as demais secretarias e fique de olho em todas as necessidades. Não se admite uma saúde que tenha progressos e um planejamento que tenha regresso [...] (E. 01).

Nestas circunstâncias as propostas não foram discutidas nem modificadas pelo Planejamento, mas foram prejudicadas pelo Secretário por *“desconhecimento”* (E. 01), quando apresentadas ao Prefeito Municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde por suas particularidades

tem necessidade de respostas imediatas e não pode depender de um processo prolongado como o Planejamento quer. Não se pode deixar de contratar um profissional para esperar que todo quadro fique pronto. A saúde tem um problema de contratação do médico e do anestesista [por exemplo], para o plantão do final de semana no Pronto Socorro Municipal que funciona 24 horas por dia. Se o médico e o anestesista

não vierem, o ortopedista e o neurocirurgião ficam sem trabalhar. A contratação tem que ser resolvida. É um problema que não pode estar na rotina de uma Prefeitura amarrada. É uma prática de todo dia. (E. 01).

5. 3.3. Os espaços para a Negociação Política

Os Conselhos Populares, Comunitários e Temáticos Institucionalizados surgiram entre 1970 e 1993, como formas de participação popular (Benevides, 1991; Vovelle, 1991; Calderón, 1993; Habermas, 1990; Gohn, 1995).

Os Conselhos Populares diferem dos outros Conselhos por surgirem por meio das iniciativas da sociedade civil, principalmente nas áreas de Saúde e Habitação e por “fundarem-se nos princípios da autonomia e da autogestão” (Gohn, 1995, p. 211), tendo “a democracia de base como valor central” (Gohn, 1995, p. 211). Os Conselhos Comunitários criados por meio de decretos durante o Governo Militar, são mais consultivos do que deliberativos, praticam políticas de cooptação e “incorporam apenas os setores organizados que apoiam a facção política que está no poder” (Gohn, 1995, p. 212); os Conselhos Temáticos surgem por exigências constitucionais e são explicados pelo “jogo político de cada localidade” (Gohn, 1995, p. 211), “abrangem, além das estruturas organizadas por categorias sociais dos excluídos, os conselhos por áreas de gestão e os conselhos tarifários” (Gohn, 1995, p. 212) e não dependem da “capacidade de mobilização popular, como os Conselhos Populares, e atuam com o Poder Público, tal como os Conselhos Comunitários” (Gohn, 1995, p. 213) (grifos nossos).

Em muitas experiências municipais, Lajes, Boa Esperança, Piracicaba, Garanhuns e Pelotas (Jacobi, 1990), por exemplo, são por meio dos Conselhos Comunitários que as negociações políticas entre o movimento popular e certas

áreas do poder público têm sido processadas. As plenárias, os fóruns e as audiências públicas são os instrumentos que operacionalizam a democratização das relações povo-governo e do próprio Conselho.

Em São José dos Campos, as Pré-Conferências, as plenárias nas Conferências Municipais de Saúde têm sido, desde 1990, os espaços de democratização, os espaços em que agendas da saúde são preparadas, mas o espaço da negociação propriamente são as audiências particulares realizadas pelo Administrador Local e o Secretário de Saúde, mesmo que apresentadas posteriormente ao Colegiado.

Segundo Gohn (1995) são nos Conselhos Temáticos Institucionalizados, por serem espaços de democratização da coisa pública, que se garante o exercício da cidadania pela população por meio de negociações, acordos, lutas e tensões. Nestes Conselhos garante-se o controle e a fiscalização do poder executivo.

Durante todo o processo de pesquisa documental sobre a participação popular junto aos gestores municipais da saúde de São José dos Campos, não nos deparamos com qualquer movimento mais consolidado, “baseado numa prática concreta de interlocução com o poder público” local. Esta ausência torna distante a construção de “novas identidades e práticas dos atores sociais (...)”, ao mesmo tempo que aumenta a possibilidade de cooptação (Jacobi, 1989) (grifos nossos) dos populares com as elites locais.

Os espaços de negociação em São José dos Campos são todos eles institucionalizados pelo poder local.

No COMUS e nas CMS/SJC estão os representantes dos usuários e dos diversos segmentos ligados à saúde; nos CGU's e nas Pré-Conferências encontram-se os usuários do Sistema Municipal de Saúde, representando a população local.

Durante a análise dos documentos, capítulos 3 e 4, não nos deparamos com outra espécie de ator social, como por exemplo movimentos populares, que não os usuários e representantes da saúde.

Das reuniões participam os membros da equipe de governo, das audiências particulares participa o Secretário Municipal de Saúde e o Prefeito Municipal (entre 89 e 92 e durante o ano de 1994), tanto na condição de membro do grupo de poder como de representante dos usuários do Sistema Municipal de Saúde, para apresentar, decodificar e negociar as demandas sociais elegidas nas Conferências ou nas reuniões do COMUS, nas reuniões do Colegiado.

As reuniões com a equipe de governo ocorriam tanto no Governo do Bevilacqua como no Governo Ângela semanalmente ou quando as situações assim o exigiam. No Governo Bevilacqua houve longos períodos sem reunião do Secretariado Municipal, confirmando as consecutivas audiências particulares do Secretário Municipal de Saúde com o Prefeito Municipal, na procura de decisões para a Saúde:

Quando a situação estava mais calma, as reuniões com a equipe de governo demoravam [...] meses sem ocorrer (E. 01).

[as] reuniões dos colegiados eram, como regra, semanais e funcionavam como colegiados de decisões dos Secretários Municipais com a Prefeita. Na Secretaria também tínhamos uma tradição colegiada, onde toda a equipe se reunia semanalmente e preparava as reuniões gerais de Governo (E. 03).

No Governo do Robson Marinho as reuniões também eram semanais. As audiências particulares foram raras. Uma das que foi lembrada pelo entrevistado 02 é que se refere às reformas das Unidades de Pronto

Atendimento do Parque Industrial e do Alto da Ponte. No mais, algumas propostas foram negociadas pelo Secretário Municipal de Saúde:

em encontros informais, nas reuniões de bairro, assessorando o Prefeito (E. 02).

Como já comentamos, durante o Governo de Bevilacqua a audiência particular foi a forma mais utilizada pelo Secretário Municipal de Saúde para intermediar os interesses dos usuários do Sistema Municipal de Saúde. Segundo o **entrevistado 01**, essas audiências eram “*eminentemente práticas*” com o intuito de resolver assuntos pertinentes à pasta, como “*resolver [...] a política de governo a ser implantada*” ou fornecer “*informações ao líder do governo*”. Eram “*difíceis, pelas diferenças de visão de caráter técnico, político e administrativo*” (E. 01).

Questões do dia-a-dia exigiam essas audiências ou outra forma de aproximação com o Prefeito Municipal, pois “*tem que ser resolvido no dia-a-dia*”. “*Pode ser um dia de despacho ou [...] até por telefone*”, “*o importante é resolver a questão*” (E. 01).

Independente da forma de negociação ser a audiência e/ou a reunião da equipe de governo e do espaço de negociação, o conteúdo se refere às propostas para o setor da saúde encaminhadas pelos Secretários Municipais de Saúde, ouvidos ou não os usuários do Sistema Municipal de Saúde.

Nas reuniões da equipe, no Governo do Bevilacqua as propostas eram recebidas pelos demais Secretários com “*uma ciumeira natural*”, devido à grande monta dos recursos materiais repassadas pelo SUS, “*aparato necessário para responder aos problemas*” presentes nas “*168 horas por semana de trabalho*” (E. 01). Evidenciam-se assim as tensões entre os membros do Governo, durante o processo de negociação na esfera técnico-burocrática. Já no Governo Ângela as propostas políticas para a Saúde

tiveram boa acolhida, talvez eu tenha tido contato com a sorte de ter uma Prefeita que era da área da Saúde e entendesse as dificuldades do setor e investisse fortemente na área; eram sempre debatidas, algumas aceitas outras não. De qualquer forma imagino que, como regra, sim, eram bem recebidas. (E. 03).

No Governo Bevilacqua, o início da experiência com a participação - COMUS e CMS - e a “importância da comunidade de controlar”, exigiam-se negociações mais claras, “abertamente, através de planos ou de mostrar a realidade” (E. 01) mesmo que os

governantes não [estivessem] preparados para conviver com este controle direto e isto [...] aparecia durante as negociações:

- Olha, o Conselho está querendo que você faça isto. Vamos colocar na programação (E. 01).

No Governo Bevilacqua, a maioria das propostas da Saúde eram negociadas particularmente:

Não me lembro de qualquer proposta específica sobre saúde que tenha sido discutida no âmbito geral, a não ser discussões de propostas gerais para que [naquele] âmbito se decidisse quais os rumos? qual ação priorizar? Onde utilizar o dinheiro? Ai entrou a Saúde na roda com as demais secretarias, mas não num projeto específico (E. 01),

mesmo que os demais secretários fossem informados “sobre o que a Saúde vinha fazendo” (E. 01).

Segundo o entrevistado 01,

Outra A negociação do Plano da Saúde é uma negociação que acabava tendo que ser feita à parte dado ao volume [...] do que tinha que ser negociado (E. 01),

e embora as propostas negociadas fossem implementadas, este entrevistado não computa como sendo feito das relações particulares existentes entre ele e o Gestor Local. Foram aprovadas pela natureza das propostas, por estarem elas conforme as diretrizes das propostas gerais.

As propostas da Saúde passaram tanto pela Secretaria da Administração como pela Secretaria da Fazenda. As idéias propostas para a Saúde eram discutidas, dados e informações destas Secretarias eram com frequência utilizados para facilitar os trâmites burocráticos. Muitas questões foram levadas ao Prefeito mesmo sendo “*contrárias à posição dos Secretários da Administração e das Finanças e que eram necessárias*” (E. 01).

As propostas da saúde sendo preferencialmente negociadas de forma particular, elas, mais do que as negociadas de forma coletiva (nas reuniões do secretariado) estão mais próximas dos interesses dos cidadãos, pois vinham dos “*conselhos e a secretaria primava por segui-las rigorosamente*”:

Assim, penso que as propostas trazidas do Conselho para o Administrador Local pela Secretaria, eram as que estavam relacionadas com os interesses dos cidadãos (E. 01).

Algumas das propostas da Saúde no período Bevilacqua contavam com apoio dos demais Secretários. Com referência a pelo menos uma destas propostas, “*a construção de 03 unidades de saúde*” (E. 02), o Secretário Municipal de Saúde contou com o apoio do Secretário de Obras e do Administrador de Eugênio de Mello.

Outras propostas “*colocavam em posição defensiva ou competitiva*” os demais secretários com o setor da saúde. As propostas negociadas eram “*atendidas dentro das possibilidades do momento, que financeiramente não eram boas*”. Colocá-las em prática, entretanto era uma outra questão. O Administrador Local “*não colocava e não gostava de tocar no assunto*” (E. 02).

As negociações em audiências particulares das propostas da Saúde ocorreram no Governo do Robson Marinho quando de extrema necessidade, como foi o caso da reforma das UPA’S do Parque Industrial e do Alto da Ponte, e de preferência

as que eventualmente tivessem repercussão pública de forma negativa por falta de informações (E. 02),

as demais “*já estavam definidas*” (E. 02), pois fizeram parte do Programa Político Partidário e do Programa de Governo apresentado durante a campanha eleitoral e foram apresentadas nas reuniões da equipe de Governo para conhecimento e não aprovação. Durante a gestão do Dr. Mozart de Oliveira Júnior, as propostas do Fundo Municipal de Saúde e do Orçamento Participativo foram discutidas primeiro em audiências fechadas com a Prefeita, para em seguida serem discutidas no Colegiado e implementadas “*fielmente*” (E. 03).

Nenhum dos entrevistados se percebeu com maior facilidade junto ao Prefeito Municipal, “*visto que as obras e recursos liberados para programas estavam [...] sob controle*”. Não se descarta a hipótese de em algum momento um Secretário ou outro, pelo momento político ou pela proposta apresentada, viesse conquistar algum privilégio.

Eu não teria nenhum exemplo de outro Secretário que tivesse suas propostas aceitas com maior facilidade. O que havia era uma diferenciação de responsabilidades. Quando a responsabilidade era feita a um Secretário, obviamente ele tinha a prioridade na exposição e

[fixação] dos limites de atendimento de cada uma das diferentes demandas. A exceção fica novamente para a área financeira, [pois] é a possibilidade ou não de o Governo realizar determinado tipo de investimento [...]

(E. 03)

Independente da forma como as propostas eram discutidas e aprovadas, elas eram implementadas quando havia recursos e quando estavam inseridas nas “definições gerais do Governo, que norteavam a implantação ou não de determinada proposta” (E. 03). As demais só em caráter emergencial, como as alterações propostas “no papel dos Conselhos de Unidades e no COMUS”, “a melhoria nas relações entre o Poder Local e as entidades prestadoras de Serviços de Saúde” (E. 03) e que atendessem aos interesses dos cidadãos.

O grosso das propostas apresentadas pelo **entrevistado 02** foram discutidas em reuniões da equipe do governo, como por exemplo

a integração dos serviços de fiscalização do Município, com o da Secretaria Estadual de Saúde e Serviço de Inspeção Federal (SIF) do Ministério da Agricultura”

(E. 02).

Este mesmo entrevistado expressa que “[as] reuniões do secretariado tinham um aspecto mais geral [...]”, ali

as propostas discutidas coletivamente estavam mais próximas dos interesses dos Municípios, visto que vários aspectos eram abordados pela equipe técnica e lideranças políticas do Prefeito na Câmara Municipal

(E. 02).

Como tentou-se deixar claro no item 5.1, o cenário nacional vivenciado pelo **entrevistado 02**, inibe a participação do povo nas coisas públicas, mesmo que em nível local um governo democrático se instalasse na Prefeitura Municipal de São José dos Campos e iniciasse a mobilização popular pela constituição das Associações de Bairro.

5. 4. 3.º Feixe de relações: os Grupos Econômicos e a Burocracia

O processo de institucionalização das práticas sociais da Saúde Pública, se deu como parte integrante “da formação do Estado Burguês, dentro de um desenvolvimento capitalista tardio e dependente” (Iyda apud Spínola, 1992, p. 53-57). Neste processo, são freqüentes as constatações das ingerências do capital e dos grupos econômicos nos rumos das Políticas de Saúde propostas para a Sociedade Brasileira.

O Setor Privado de Saúde, auxiliado pelo Governo Central nos últimos anos,

apresenta-se muito desenvolvido, contendo os vários tipos de modalidades de serviços: consultórios e clínicas de todas as especialidades, empresas e cooperativas médicas e uma extensa e complexa rede hospitalar (L'Abbate In.: Spínola, 1992, p. 74).

Com este porte, o Setor Privado de Saúde em São José dos Campos firma convênios com o SUDS, atendendo as necessidades de assistência médica, mas intervindo e pressionando o Setor Público a definir determinadas políticas que atendam aos seus interesses.

As próprias organizações privadas dos médicos que defendem o ideário liberal-privatista, intervêm na área da Saúde, exercendo o controle sobre as várias modalidades de serviços não só do Setor Privado como do Setor

Público, em nome do assistencialismo. Esta intervenção foi diminuída quando ocorreu a “burocratização e centralização da Previdência Social em 1967” (L’Abbate In.: Spínola, 1992, p. 75), voltando com força nos últimos anos.

Na literatura pertinente ao assunto é freqüente a constatação da ingerência de grupos econômicos e do capital na área da Saúde, definindo os rumos das Políticas de Saúde propostas para a Sociedade Brasileira, no âmbito do Setor Público.

Os Senhores Prefeitos Municipais têm enfrentado, com regularidade em seus mandatos, estes grupos econômicos locais e a força do capital, com eles mantendo relações harmônicas ou contraditórias e firmando acordos, muitos dos quais alteram os rumos da Política Local.

Os Secretários Municipais de Saúde nem sempre se vêm envolvidos nestas relações e nos acordos estabelecidos por seus Prefeitos Municipais, embora possam ter projetos políticos para a sua área limitados ou modificados, devido aos acordos firmados.

Algumas parcerias são estabelecidas entre a Secretaria Municipal de Saúde e os grupos econômicos locais diretamente vinculados ao Setor Privado de Saúde, em atendimento aos acordos estabelecidos pelo Prefeito Municipal, os quais não eram tidos como prioritários para o projeto em construção

O certo é que para os entrevistados, os acordos políticos com os grupos econômicos, as parcerias estabelecidas pelas articulações políticas que se fizeram necessárias, e as conseqüentes alterações de aspectos da Política Geral do Governo Local, não modificaram na essência os rumos dos Governos, nem eliminaram a autonomia que possuíam frente à Secretaria Municipal de Saúde.

[...] que as relações com os grupos econômicos estavam afetos à Prefeita e aos Secretários de Fazenda e Planejamento (E. 03).

Tentam influir nos encaminhamentos e propostas políticas. Cabe ao Secretário e Administrador Local definirem seus compromissos com o povo ou com a elite [...] (E. 02).

[A] autonomia fica diminuída (E. 01).

Não havia interferência [direta] deles na área da Saúde (E. 01)

Havia pressões, mas não tivemos dificuldades em rechassá-las (E. 02)

[...] Posso dizer que não houve influência que diminuisse a autonomia da Secretaria de Saúde. Ao contrário [...] alguns pactos firmados na área da Saúde serviam para ajudar o Governo, como um todo, a ter uma relação melhor, com pelo menos parte desses grupos econômicos (E. 03).

Quando se reconhece as pressões destes grupos econômicos, reconhece-se a possibilidade política de neutralizá-las, mesmo com desgaste político, uma vez que as pressões terminam por criar prejuízos à própria administração.

[...] esta autonomia [estaria] relacionada com o nível de compromisso do Administrador Local. Caso [o Secretário de Saúde] não aceite essa influência e haja pressões do Administrador, o jeito é abrir espaço de luta em outro local (E. 02).

[...] Eles fazem pressão diretamente sobre a Câmara de Vereadores e muitas vezes influenciam decisivamente

nos rumos e dificultam o trabalho; senão diminuem a autonomia, na medida em que não era um Governo vinculado a esses grupos econômicos, pelo menos dificultam a Administração [Local] (E. 03).

Durante o ano de 1994, foi forte a presença dos grupos econômicos sobre o Governo Local, não só do ponto de vista político como econômico. Esta situação se deve, no nosso entendimento, ao projeto político do Governo Ângela que pretendia:

romper com uma tradição da oligarquia local que durante anos foi detentora do poder em São José dos Campos. A origem de um governo numa região com forte tradição sindical buscou uma inversão de prioridades [...] (E.03).

A pressão dos grupos econômicos sobre o Governo Ângela *forçosamente levava a uma discussão com grupos de interesses locais vinculados à área de Saúde: diretores de hospitais filantrópicos e privados/lucrativos locais” (E. 03),*

para o Secretário Municipal de Saúde garantir a reorganização dos Serviços de Saúde dentro da concepção democrática e popular do Partido dos Trabalhadores.

No Governo do Robson Marinho as relações do Secretário Municipal de Saúde com os grupos econômicos locais são tidas como difíceis:

por que defendemos por princípio que o poder público não pode favorecer em nada qualquer grupo econômico (E. 02).

Nas administrações do Dr. Joaquim Bevilacqua e Dr.^a Ângela Guadagnin as relações com os grupos econômicos locais, embora exigindo extensas articulações como em qualquer jogo político, são classificadas como sendo “boas”, “*não havia problemas*”, (E. 01), “[eu as] *classifico como tranquilas, respeitosas, no caso da Saúde* (E. 03), mesmo que contratos viessem a ser rompidos.

Durante um período fizemos Tomografia Computadorizada em Taubaté, por que os prestadores de serviços não aceitavam a Tabela do Sistema Único de Saúde. Por outras vezes tivemos que mudar os grupos que prestavam serviços no Pronto Socorro (E. 03).

Os Secretários Municipais de Saúde se sentiam, com acordos e parcerias e quebras de contrato, com autonomia frente à Secretaria Municipal de Saúde, não se preocupando com o que os grupos econômicos estavam realizando em suas áreas de atuação.

As relações capitalistas condicionam as formulações das Políticas de Saúde. As questões mais problemáticas percorrem um ciclo de idas e vindas até a sua incorporação como atividade estatal, quando captam-se recursos e as instalam num órgão administrativo. Nesta trajetória detectam-se os interesses dos grupos econômicos e dos grupos burocráticos, seja na introdução de técnicas como na distribuição de bens de consumo.

A ausência de consenso dos entrevistados quanto às formas de interferência das relações capitalistas sobre as questões da Saúde Local, não as eliminam. A necessidade de recursos materiais junto às organizações da Sociedade Civil, as dificuldades de implementação dos projetos de saúde, as dificuldades da Administração Municipal para fazer frente aos compromissos

políticos e realizar suas funções, os atrasos nos repasses de verbas das esferas Federal e Estadual atrasando os cronogramas e dificultando o atendimento de uma demanda crescente, por si sós justificam a dependência do capital.

A ingerência do capital foi muito mais por falta de verbas para o Município “atender às necessidades”, e não pela infra-estrutura, já que o setor da Saúde possuía “de 1.º mundo”, “era de 1.ª qualidade”, mas com tamanho ótimo para atender a um “potencial de 100”, quando a “demanda é de 300”.

Os Governantes e os responsáveis pelas Secretarias Municipais precisam ter consciência de que a ingerência de capital existe e necessita de

muita densidade política e disponibilidade dos administradores financeiros em aceitá-la. As pressões são muito fortes tanto em nível nacional quanto em nível internacional. Um exemplo claro: a Reforma Agrária. O programa existe, o Administrador procura de todas as formas viabilizá-lo, os Sem-Terras forçam, mas a burocracia emperra as desapropriações [...] para favorecer os especuladores da terra e os recursos para financiar são escassos e quase sempre bloqueados à menor oscilação da arrecadação governamental (E. 02) (Grifos nossos).

Quando se trata de grupos econômicos dos países centrais que dificultam a construção do desenvolvimento dos países latinos, os entrevistados parecem menos intimidados em suas falas e acabam por reconhecerem-na.

a estrutura de dominação engendrada pelos países mais ricos que mantêm os do 3.º mundo endividados e [que] são auxiliados nessa tarefa, pela corrupção nos governos latino-americanos e no sistema financeiro selvagem que predomina nesses países, que privilegiam a concentração de renda (E. 02);

[...] é o jogo da indústria de medicamentos e equipamentos [médicos] [que utiliza os meios de comunicação para suscitar no povo formas de atenção à saúde ainda não possíveis na rede pública] . A situação é preocupante [...] (E. 01).

[...]a tradição autoritária [e a] centralização de renda muito grande, é claro, mostra a possibilidade de interferência nos rumos da condução da Política de Governo. [...] mesmo após a democratização esses grupos contribuem fortemente para os rumos da política nacional e nem sempre [esta interferência dos países centrais] beneficiam o conjunto da Sociedade (E. 03).

A discussão sobre o clientelismo deixa claras as direcionalidades das Políticas de Saúde, por parte dos políticos fora ou dentro de Governo Local em benefício de suas bases eleitorais. Os esforços políticos no sentido de diminuir-se o atendimento às solicitações de políticos vêm ganhando espaço, mas não é raro “os programas e serviços públicos não obedece[rem] às prioridades elaboradas pela população” e assim “nenhum serviço ou programa prospera” no sentido da universalização de atendimento, mas, ao contrário ainda, geram “grandes desperdícios de recursos em obras inacabadas ou desnecessárias” (E. 02).

O fato de programas e serviços públicos atenderem aos políticos e às suas bases eleitorais

é menos pronunciadamente em governos de corte [eu não diria popular, por que pode-se confundir com populista] mas, de governos que têm como base de sustentação política, a classe trabalhadora (E.03), quando o estabelecimento de unidades de saúde e seu grau de complexidade de serviços desde 1979, é realizado [...] por critérios técnicos (E. 01).

Reformas na burocracia estatal podem vir a neutralizar as relações clientelísticas, ainda tão presentes nos Governos Locais, embora tenham contribuído com elas, muitas vezes. O processo de neutralização mais eficiente é a “*consciência da cidadania*”, é o “*controle social*” exercido pela população; “*são os meios de comunicação com liberdade*” e “*um conjunto de reformas da própria sociedade*” (E. 03), visto encontrar-se tão arraigado na Sociedade Brasileira e portanto

difícil neutralizar [...], pois trata-se de um vício que envolve grande parte da população e mesmo nos setores de arrecadação, a burocracia favorece institucionalmente grupos econômicos ou apadrinhados políticos (E. 02);

O clientelismo existe tanto entre o executivo e o legislativo que se trocam favores no sentido de se verem aprovados os projetos quanto também entre o legislativo e o executivo e a própria clientela. Faz-se troca de favores realmente. Diante das necessidades acumuladas, as necessidades sociais resolvidas levam as pessoas a pedirem outros favores. Mesmo não tendo emprego e nem salário suficiente a oferecer tem sempre aquele que vem pedir alguma coisa, por favor (E. 01).

[...] ainda que a burocracia [...] possa ter influência, no sentido de estabelecer determinadas regras, de estabelecer determinadas diretrizes que dificultem o clientelismo, [...] o Governo atropça a burocracia e cria meios de neutralizar as regras criadas por ela (E. 03).

Durante os anos 70 e 80 vários institutos e programas para a Saúde foram organizados. Esta estratégia, denominada de teoria incremental por criar novos órgãos sem dissolver os existentes (Jacobi, 1990), são tidos como reformistas e reafirmam estruturas centralizadoras (Browne & Geisse, s/d),

dificultando as mudanças sociais, econômicas e culturais necessárias ao desenvolvimento da Sociedade Local. De um lado o incrementalismo reforça os objetivos econômicos em detrimento dos sociais, e desacelera a construção da cidadania daqueles que atuam na área da Saúde.

Inexistência de médicos politizados como cidadãos para entender o papel dele na sociedade; tem-se que lidar com os próprios executores da política, que são os profissionais da saúde (E. 01).

“Por absoluta falta de recursos do setor privado nacional”, o Estado viabilizou inovações “com base na doutrina de Segurança Nacional”, à medida em que constrói “instituições governamentais” gigantescas que “inviabilizaram certas iniciativas, como o INPS, por exemplo” (E. 02).

Como já apresentamos no início deste item, o setor privado com recursos públicos tem sido capaz, assim como o público, de gerar e gerir as inovações, embora os dois setores encontrem-se, atualmente, numa péssima situação. Esforça-se para não se colocar uma contraposição entre eles - *“o setor privado é bom e o setor público é ruim”* - uma vez que se considera este comportamento um *“maquineísmo [...] prejudicial”*. As responsabilidades são distintas. O Setor Privado tem facilidade de inovar à medida em que conta com a mecanização e se despreocupa com a dispensa dos seus trabalhadores. O Setor Público é levado a *“pensar na questão do desemprego e na falta de rendas [...]”* (E. 01), ao mesmo tempo que pretende implementar uma política, o que o torna mais lento para resolver os problemas que se apresentam.

5. 5. 4.º Feixe de relações: Descentralização e a Participação Política

Os entrevistados utilizam-se do conceito de descentralização de forma equivocada. Indicam, de forma correta, a experiência de Lajes como exemplo de descentralização bem sucedida, ao mesmo tempo em que creditam ao processo de descentralização a possibilidade de um Município tornar-se **autônomo**, o que na verdade refere-se à desconcentração.

Para dois dos entrevistados, os dois processos são indistintos:

administramos todos os recursos da área de saúde em nível Federal dentro do Município; Descentralização para mim é trazer dinheiro para onde está o problema. Trazer o poder para perto da necessidade (E. 01); O Prefeito Ednardo de Paula Santos iniciou o processo de descentralização criando o Pronto Socorro e as duas UPAS (E. 02).

Esses depoimentos não são de se estranhar pois o termo descentralização contém um certo grau de ambigüidade,

tanto pela multiplicidade de conceitos que denota, como pela heterogeneidade social e política daqueles que defendem a idéia (Jacobi, 1990).

No entanto, revendo a literatura pertinente ao assunto deparamo-nos com uma distinção clara, apresentada por Rofman (apud Andrade, 1996), para o qual a descentralização implica na **capacidade de gerir** políticas, programas e ações, ampliando desta maneira o sistema de tomada de decisões, criando organismos com atribuições “antes reservadas ao nível central” (Rofman apud Andrade, 1996) e aproximando a função pública dos cidadãos. É democratizante, pois supõe “a **distribuição do poder decisório** entre o governo e a sociedade” (Rofman apud Andrade, 1996) (grifos nossos).

O processo de desconcentração é a transferência da capacidade decisória para organismos locais “sem proporcionar ao ente receptor autonomia e poder para atuar” (Rofman apud Andrade, 1996) (grifos nossos).

O Município de São José dos Campos está “*fortemente descentralizado*” (E. 03). O Município “*assumiu a gestão semi-plena, que dá autonomia à Gestão Municipal. Contudo em algumas áreas ainda há uma forte dependência das políticas estaduais e nacionais, [...] a centralização tributária ainda é [...] forte no País*” (E. 03).

A descentralização no setor da saúde, neste Município é delineada

desde 1978, quando desenvolvemos um projeto de saúde para São José dos Campos, para o Governo do MDB, de Joaquim Bevilacqua” (E. 02). *A saúde (...) é o setor que mais se organizou, que mais tem a sua proposta clara e já conseguiu uma legislação* (E. 01),

porém somos levados a identificar que este processo é desconcentração, uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde não tem autonomia nem poder para atuar. O Município não se encontra entre aqueles em condições plenas de gerenciamento da saúde, assim como não propôs ações político-administrativas para perseguir objetivos diferentes e opostos àqueles do momento histórico.

Os entrevistados apóiam o processo de descentralização em andamento na Sociedade Brasileira, participam de entidades que defendem este processo. São “*lutador[es] pela descentralização*”. São da opinião que este processo ainda necessita de muita reflexão por parte dos executores das políticas municipais de saúde: “*é preciso discutir muito bem a descentralização*”(E. 01), já que “[...] *pode ser também uma alternativa de reprivatização de alguns setores [...]*”; e “*[a descentralização] pode reforçar o clientelismo*” (E. 03). Particularmente identificam duas questões que merecem discussões.

A primeira refere-se a

[...] uma descentralização de Brasília para São José dos Campos, pois estamos [metidos] nesta proposta de cima em baixo (E.01);

e a segunda é o que se denomina de descentralização interna:

[...] Como descentralizar para atender às necessidades locais mais específicas? Tenho algumas brigas em relação a isto. Penso que a descentralização seria, na análise da saúde, chamada de Distritalização ou Regionalização. Se eu pego um Município como São Paulo com 9 milhões de habitantes preciso de uma política descentralizadora urgente. Se eu pego uma cidade de 500.000 habitantes como São José dos Campos, onde em 15 minutos estou nos pontos mais distantes, exceto nos subdistritos [...], não sei por que tenho que descentralizar [...] (E. 01).

Não se pode descentralizar “compras”, pois de repente está se fazendo compras picadas, gastando-se desta forma mais do que precisava. Não se tem economia de escala no processo de várias compras para se adquirir o mesmo material (E. 01).

Com a descentralização os limites da prestação de serviços pelo Poder Local [...] pode ampliar a privatização dos setores complementares, particularmente na área de apoio de diagnósticos e terapêuticos (E. 03).

Ainda relacionam o processo de descentralização tanto com a democracia como com o Bem-Estar Social, mas entendem que estes processos não se equívalem:

A descentralização é essencial para que se atinja o Bem-Estar. O Bem-Estar social é atingido pelo processo de descentralização, por ser o poder local [a esfera de poder] mais próxima da população, vendo melhor as necessidades, compreendendo e tendo mais responsabilidade para oferecer respostas mais rápidas, mais eficientes e [com] mais possibilidade de dar certo, do que as respostas do nível central (E. 01).

[...] a descentralização é um pré-requisito para o desenvolvimento de algumas políticas sociais, mas que não garante, por si só, o Bem-Estar Social (E. 03).

Tenho uma concepção administrativa da descentralização. (E. 01).

Sim. Democracia e Bem-Estar dependem de outros processos, como justiça social e políticas mais efetivas (E. 02).

Essas relações parecem envolver duas perspectivas bastante contraditórias. Uma delas - descentralização e democracia - sugere uma perspectiva esquerdista segundo Jacobi (1990), pois a descentralização político-administrativa coloca nas mãos das autoridades municipais “a responsabilidade por suas novas capacidades e atribuições” tornando-se

um meio adequado para promover a socialização das classes populares assim como de promover transformações sócio-econômicas (...) (Jacobi, 1990, p.124).

A outra - descentralização e Bem-Estar Social - sugere-nos uma perspectiva privatista por diminuir

os recursos e as competências dos poderes locais, assim como os meios e a autonomia de funcionamento dos organismos responsáveis pelos serviços sociais (Jacobi, 1990, p.124),

como é advogada pelos governos neo-liberais.

São José dos Campos iniciou seu processo de descentralização por volta dos anos 79. Foi nesse momento que o Governo Municipal começa sua divisão territorial, regionais e sub-regionais são definidas, a organização político-administrativa é reformada, os sub-prefeitos são indicados para os subdistritos, o Departamento de Saúde Pública é criado, as obras do Pronto-Socorro Municipal e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) são iniciadas, e as competências, funções e recursos, em 1989, são definidas.

Entretanto não se fixam os objetivos políticos pretendidos para os processos de desconcentração e de participação popular, nem se decide sobre o nível de descentralização real de poder do plano local pretendido. Desconsiderou-se a capacidade de gestão e de decisões políticas. Segundo Jacobi (1990) todos estes componentes são importantes na implementação de um projeto de descentralização voltado para o Bem-Estar Social.

A descentralização conta com determinados agentes. Nas experiências brasileiras de descentralização os **agentes da centralização** - líderes políticos, funcionários de Estado, grupos econômicos - entram em embates com os **agentes descentralizadores** - políticos locais, movimentos sociais (moradia, saúde, sem terra, sem teto, entre outros), agentes econômicos locais e líderes comprometidos com a política local.

O **entrevistado 01** afirma ter sido levado a desenvolver um projeto de descentralização para a I gestão de Joaquim Bevilacqua, por acreditar na eficiência do processo de descentralização no setor de saúde e ser um democrata convicto. Podemos considerar a constituição do COMUS, dos CGU's, dos NUSAC's e das Conferências Municipais de Saúde, como experiências descentralizadoras, ainda frágeis, mas com agentes comprometidos com o processo.

5.5.1. A Participação Política

A Participação Política é a estratégia de ação acionada pelo cidadão para participar junto ao Poder Local das decisões referentes às políticas e programas sociais, alterando as direções do processo de centralização/concentração (discussão iniciada no capítulo 4).

Hirschman (1983), ao tratar da participação política discute que o cidadão é levado a participar por eventos externos, por decepções que venha a ter com o consumo. O elemento central é a **decepção do consumidor** quanto aos **bens de serviço** (grifos do autor) que lhes são necessários.

Em se tratando da Saúde, o Estado Brasileiro e os Municípios têm colocado políticas, instituições, programas e serviços de 1970 para cá, à disposição do usuário do Sistema de Saúde, mas ainda em quantidade e qualidade ineficazes e ineficientes, o que gera decepção do usuário com o setor público. Ao dirigir-se ao setor privado, onde os bens de serviço podem ser de melhor qualidade depara-se com falta de condições materiais para o consumo.

Estas dificuldades com as quais o cidadão se depara - no setor público a decepção com a qualidade de serviços, no setor privado com o custo dos serviços - o leva a elaborar uma estratégia de participação.

Pizzorno (1966) trata da participação política a partir da idéia de soberania popular. Participação Política é uma ação que se cumpre em solidariedade, na classe social e no Estado. A Participação é uma forma alternativa de poder que se desenvolve no interior das relações de poder. A participação é explicada com vistas a conservar ou modificar a estrutura e os valores do sistema de interesses dominantes.

Tanto Hirschman (1983) como Pizzorno (1996) pensam o voto como a estratégia que restringe a legitimidade da participação política, gera apatia política e decepção em relação à ação política, limita o exercício de paixões políticas e chega a despolitizar uma vez que limitam-se a vez e voz, não garantindo o controle democrático do Estado.

Voz e vez por si sós não garantem conquista de espaço, mesmo que haja alargamento dos espaços, não diminuem o abuso das estruturas dominativas. Voz e vez não garantem a autopromoção do cidadão nem conquista de espaços e não havendo autopromoção não se supera o assistencialismo, o paternalismo, a oferta compensatória, muito pelo contrário aumenta a dependência do doador. A rota em direção à participação é dispensar a quem se dispõe a promover, é enfrentar o poder andando pelas próprias pernas.

O voto é inadequado, mesmo que traga uma certa carga de igualdade, e a sociedade organizada começa a fazer uso de outros processos de participação política, para dar vazão à expressão de seus sentimentos políticos.

A participação política para além da estratégia do voto - outros institutos democráticos, citados acima - e a superação dos entraves da democracia - ideologia, burocracia, corporativismo - devem permitir a emergência dos novos cidadãos que não mais se permitem ser induzidos por relações pessoais, mas que são capazes de construir uma estrutura de representação de seus interesses e novas formas de organização que transcendem a esfera de ação da máquina.

Os novos cidadãos, nascidos da experiência concreta, a luta por direitos, participarão dos grandes problemas sem se deixar levar pelos “lobbies” privados ou pelos tecno-burocratas de ação executiva das prefeituras. Participarão do controle da máquina estatal.

Muitos são os estudos sobre Participação Popular encontrados na literatura pertinente ao assunto (Alvim, 1983; Bastos, 1978; Bobbio, 1986; Cardoso, 1983; Chauí, 1978; Dallari, 1981). Alguns desses estudos abordam as carências e pressões da população sobre o Estado; outros centram-se na manipulação e repressão do Estado sobre as demandas sociais; há, ainda, aqueles que abordam os programas participativos. Poucos são os estudos que distinguem a participação como processo de decisão da micro-participação (Soares & Soler, 1992).

Os estudos sobre as formas de Participação Popular podem ser classificados em 4 perspectivas. Na primeira perspectiva estão os trabalhos que discutem a participação popular a partir dos movimentos sociais e grupos de pressão surgidos no transcorrer da década de 70. Os trabalhos de Ruth Cardoso (1984, 1986) entre outros são exemplos desta perspectiva.

No segundo grupo encontram-se os estudos de participação popular por meio do instituto constitucional similar ao “recall” norte-americano, que é capaz de levar o cidadão a controlar os mandatos de seus candidatos eleitos.

No terceiro grupo encontramos os institutos constitucionais garantidos pela Constituição de 1988 - o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular - como instrumento de participação popular que fomenta a educação para a cidadania ativa.

A participação popular por meio dos institutos constitucionais sustenta, segundo Benevides (1991), “uma proposta de democratização” (....) [que] “acaba, muitas vezes como figura de retórica”.

A última perspectiva engloba a participação política que se realiza pelos conselhos que constam da Lei Orgânica Municipal (LOM, 1991). Calderón defende a participação popular por meio dos conselhos uma vez que

(...) a participação da sociedade civil na gestão da coisa pública, principalmente sob a idéia de Conselhos, é considerada como uma conquista popular, como uma absorção do Estado pela sociedade civil e não ao contrário (Calderón, 1996).

Sendo o sistema de desigualdade um sistema de interesses, a solidariedade se dará naquele espaço onde a desigualdade seja negada, e onde os cidadãos vão agir.

Institutos democráticos devem ser regulamentados para complementar a insípida participação pelo voto na criação de espaços onde as desigualdades são negadas para dar vez à solidariedade. Os movimentos sociais, em particular os da saúde, da década de 70, os institutos constitucionais - o “recall” americano, o plebiscito e o referendo - e os Conselhos (Calderón, 1996), e os não-constitucionais já citados no capítulo 4 - Parcerias, Assembléias Comunitárias, Fóruns de Orçamento Participativo (Bonduki, 1996) - são também sinais de democratização das políticas públicas.

A participação na gestão dos serviços públicos, a fim de se conseguir uma gestão democrática e pública, passa pelo acesso à informação, fortalecimento da representação popular e respeito ao pluralismo.

Temos insistido desde o capítulo 3 sobre as deficiências do processo de participação política dos usuários do Sistema Municipal de Saúde em São José dos Campos. Primeiro por que os canais de participação são institucionalizados pelas elites políticas locais, as quais desconsideram os canais engendrados pela sociedade civil. Segundo porque não se têm notícias sobre o uso de instrumentos constitucionais para a participação dos cidadãos, em São José dos Campos, no setor de saúde. Terceiro, o acesso à informação é criticado pelos próprios membros responsáveis pelas duas últimas Conferências Municipais de Saúde (1994 e 1996).

A solidariedade, expressão de Pizzorno (1966), é condição básica para o processo de participação política, já que oportuniza o encontro de iguais, propõe a desvalorização das desigualdades e pressupõem a organização da sociedade.

A organização da sociedade civil, ao agregar iguais em relação a determinados fins coletivos engendra zonas de igualdade viabilizando a solidariedade, levando os iguais a operarem tanto sobre o sistema de interesse como sobre a estrutura de classes sociais, graças ao desenvolvimento da consciência de classe permitido por aquela organização. À medida que ela permite a discussão sobre os valores/interesses ameaçados pelo sistema de interesses, ela promove a ação de classe.

A organização política ao promover o desabrochar da consciência de classe e a ação de classe, pela solidariedade dos iguais, promove a própria participação política (Pizzorno, 1996).

Pelo que temos demonstrado durante a análise dos documentos referentes às 04 Conferências Municipais de Saúde, os conselhos colocados à disposição da população do Município de São José dos Campos (CMS, COMUS, NUSAC's, CGU's) não têm garantido uma participação popular que ultrapasse a vez e a voz.

Os conselhos não passam de órgãos governamentais com a pretensão de democratizar a tomada de decisões nos negócios públicos, na medida em que as decisões sobre a saúde local, no nosso caso em particular, são tomadas numa mesa de negociação entre o Poder Público e o Secretário de Saúde, este representando os representantes eleitos pela população, os quais formam o COMUS (Conselho Municipal de Saúde/São José dos Campos).

Para Calderón (1996), os conselhos têm a tarefa de fiscalizar as ações governamentais, exigindo o cumprimento das decisões tomadas. A participação nas decisões das coisas públicas por meio dos conselhos é uma conquista dos cidadãos que representam os diversos segmentos organizados da sociedade civil.

Na análise que empreendemos nos capítulos 3 e 4, os representantes nos diferentes canais de participação, núcleos e conselhos, não emergem como membros representantes de segmentos organizados da sociedade civil, mas representam grupos de interesse eleitos em assembleias ou escolhidos pela Administração Local e que participam como cidadãos preocupados com determinadas temáticas, emergentes dos canais institucionalizados pela própria Secretaria de Saúde do Município.

As negociações por meio dos conselhos implicariam numa reestruturação da engenharia institucional e de uma nova concepção do funcionamento do sistema político e do gerenciamento da coisa pública, questões levantadas pelos próprios redatores dos documentos das CMS/SJC. Os conselhos precisam tornar-se ferramentas de aprendizagem na gestão das políticas públicas e sociais e funcionar como exercício efetivo de parcelas de poder.

Os conselhos, mesmo considerados como espaço de pressão popular, não cumprem de fato suas funções, já que não se definiu ainda a sua natureza deliberativa ou consultiva e qual é o agente protagonista: o movimento social, a administração municipal ou o partido político.

No Município de São José dos Campos, pelas leituras realizados sobre os documentos - Planos Diretores de Saúde e Relatórios das CMS/SJC - o agente protagonista tem sido em geral os usuários do Sistema de Saúde e os responsáveis pela Secretaria de Saúde local.

Não se encontra qualquer referência sobre movimentos sociais ou partidos políticos atuando neste período (1979-1996) como agente protagonista na área da saúde.

Somos levados a pensar que os protagonistas são especialmente os setores populares que se alojam nas regiões periféricas e para os quais a administração pública tem de estar voltada permitindo canais eficientes de participação que envolvam cada vez mais os diversos estratos sociais enquanto receptores e emissores da gestão municipal (Jacobi, 1990).

É necessário que se reconheça na agenda de um projeto de descentralização não só os grupos sociais organizados como os protagonistas que representam situações de oposição, rejeição, resistência ou interferência sobre o sistema burocrático. Outros grupos sociais não organizados devem ser considerados na luta pela participação nas decisões sobre bens e serviços públicos e sociais.

Parece também necessário reconhecer que a participação tem limites, “**não é uma panacéia**”, segundo Jacobi (1990) (grifos nossos), pois

não é o mecanismo que soluciona todos os problemas dos moradores excluídos do acesso aos serviços públicos, mas uma possibilidade concreta de se criarem condições para uma maior equanimidade na distribuição e na aplicação dos escassos recursos existentes (Jacobi, 1990, p.142).

Os entrevistados demonstram em suas biografias político-ideológicas e em suas atitudes políticas (blocos 1 e 2 do roteiro de entrevistas) certo comprometimento com a democracia, com a descentralização no setor de saúde e com a participação política.

As atitudes políticas identificadas pelas entrevistas apontam o comprometimento com os Governos Locais pela proposta política, pelo programa político-partidário, pela dimensão democrática e participativa. Os Governos dos quais participaram, foram eficientes, dando-lhe a oportunidade de conduzi-los frente à Secretaria Municipal de Saúde.

O entrevistado 02 tem sua atitude política evidenciada pela luta “contra a repressão militar” e pelos “direitos humanos, na época considerados subversão pelo regime militar”. É da opinião que o Governo Robson significa

a retomada do processo democrático em São José dos Campos, acompanhando o que já ocorria no restante do país. Ou seja, criando condições para que a Sociedade Brasileira iniciasse um processo de participação e cobranças aos Governos Estadual e Federal, [...] no que se referia ao respeito às liberdades públicas e direitos humanos, nessa época [...] violadas (E. 02),

permite a emergência de discussões em direção ao estabelecimento de algumas estratégias a serem utilizadas pelos cidadãos para partilharem das decisões políticas que se transformarão em programas sociais.

Dos anos 80 para cá emerge uma nova sociedade:

é considerada por nós como a década mais forte na briga pelos direitos da cidadania, das minorias (E. 01). A Sociedade Brasileira conseguiu fazer uma Constituição voltada [...] para a finalidade precípua dela: a questão dos direitos individuais, sociais e dos direitos políticos (E. 01),

com um Estado que mesmo em crise possui uma Constituição, valoriza o

Bem-Estar social com as primeiras grandes reformas brasileiras: previdência social, educação [mesmo sem promover] “as reformas efetivas na saúde, na reforma agrária [...] (E. 02).

[...] a retomada do período pós-ditadura representou um corte importante na relação política dos Governos com a Sociedade [...] As experiências com êxito mesmo de Governos que não são [...] vinculados ao Partido dos Trabalhadores, mas que têm uma relação estreita com o conjunto da Sociedade,[...] mudaram a face política do País (E. 03).

São José dos Campos é um dos Municípios que desde os anos 80 colocou em ordem suas prioridades sociais, alcançando nos anos 90

um dos Conselhos Municipais de Saúde mais respeitados e tradicionais no País e essa experiência direta da população na gestão municipal é um marco [...] (E. 03).

As atitudes políticas favoráveis à democracia e à participação popular também se apresentam quando o **entrevistado 01** critica “*briga entre a ética da solidariedade*” [a corrente do bem-estar social] e *a ética da individualidade*” [a corrente da individualidade] (E.01).

Esse comprometimento com a democracia e com a participação popular é evidenciado mesmo quando os entrevistados elencam os problemas enfrentados pela Sociedade Brasileira:

a corrupção em várias esferas do governo e da sociedade [...]; a falta de credibilidade nas instituições públicas e a sobra [de] impunidade (E. 02); a não aplicabilidade [das] reformas constitucionais (E. 01); as dificuldades nos repasses de verbas para a execução dos programas (E. 03).

ou aqueles enfrentados pelo Município de São José dos Campos, o “(...) *desemprego, a violência crescente e o narcotráfico* (E. 01), ou ainda o

reconhecimento de que o Estado ao se definir pelo “*neoliberalismo como ponto de inflexão para o Brasil (...)*”, reformando “*a Constituição não aplicada*”, torna os anos 90 “[...] *na década do perder menos para ficar com menos do que tínhamos conquistado na década de 80*” (E. 01). Estes problemas derivam dos ranços autoritários: “*o autoritarismo ainda estava muito presente*” (E 02).

Quando questionados sobre a possibilidade de retornarem a fazer parte de algum Governo Local, definem-se como favoráveis, na medida em que esse retorno significasse colaboração na solução de alguns dos problemas enfrentados pelo Município - democracia incipiente, auxiliar no desenvolvimento de uma cultura política que facilite os Administradores a se relacionarem com o povo - mas como “*assessores*” (grifos nossos), sem “*ocupar cargos ou pleitear mandatos*”, “*mais assessorando do que comandando*” (E. 01 e 02).

A análise da biografia político-ideológica e das atitudes políticas dos entrevistados apontam no sentido de apoio aos direitos dos cidadãos e à Constituição de 88. Tais atitudes nos levam a inferir que ambos reconhecem os institutos democráticos retro-identificados, indicam a necessidade de se superar os entraves da democracia para facilitar o nascer do cidadão, daquele que luta por seus direitos usando tanto dos canais de participação institucionalizados como dos não-institucionalizados.

No bloco de questões referentes a atitudes políticas não há qualquer expressão emitida pelos depoentes que nos leve a pensar na rejeição deles pelas diferentes formas de participação popular, a não ser as dificuldades dos Administradores: “*Os governantes não estão preparados para conviver com este controle direto [...]*” (E. 01), agora possível com participação popular.

Esta atitude favorável à participação popular não garante o uso seja dos institutos constitucionais, seja dos canais criados pela sociedade civil durante a permanência de ambos no grupo de poder local, em sua plenitude, embora o **entrevistado 01** tenha nos anos 90 e 92 coordenado a participação dos usuários do sistema municipal de saúde nas pré-conferências e deles e dos diversos segmentos da área de saúde nas duas primeiras Conferências Municipais de Saúde.

Esses canais foram definidos pelo Município em cumprimento à Constituição de 88, mas pela análise dos documentos nos capítulos 3 e 4, as experiências participativas ficam a desejar, uma vez que se resumem a vez e voto, não criando uma cultura política que favoreça a emergência do cidadão.

Não discutem a insuficiência da cidadania fundada na vez e voto, já que não permitem que os cidadãos expressem seus sentimentos políticos, não modifiquem suas atitudes políticas, nem participem do controle da máquina estatal. Assim como não se lembram da necessidade de uma educação para a cidadania. O **entrevistado 02** considerou em sua passagem pelo poder que a discussão de propostas para a saúde com os vereadores já indicava “*participação do povo*” demonstrando claramente uma distinção entre o discurso e a prática possível em meados dos anos 80.

Na opinião dos entrevistados, os governos locais, desde 1979, têm primado por constituir um Sistema Municipal de Saúde que atue com um Modelo Técnico-Assistencial (MTA), considerado como exemplar para os demais Municípios.

Nos anos 70, o Prefeito Ednardo de Paula Santos iniciou os processos de institucionalização e descentralização da Saúde, criando o Departamento de Saúde Pública instituindo a chamada Rede Municipal de Saúde, com algumas UBS's, 02 UPA's, o FAMME e dando início às atividades do Pronto-Socorro Municipal.

No Governo de Bevilacqua foram construídas “*vinete unidades, consolidando o princípio de descentralização do atendimento básico*” (E. 01). No Governo do Robson Marinho, “*concretizou-se o convênio AIS*” (E. 02) e a partir de 1988 a “*municipalização dos serviços de saúde se consolidou na Constituição, por recomendação da “VIII Conferência Nacional de Saúde*” (E. 02).

O entrevistado 01 defende um

SUS descentralizado, universalizado, com atenção integralizada, com modelo inter-setorial de ação [...], ao fazer a defesa de uma proposta de saúde que atenda às necessidades de todos os cidadãos e consiga que a saúde seja feita [realmente] para todos (E. 01).

Para ele esta “*é uma luta de Brasil*” (grifos nossos).

A saúde -

atravessa um período áureo [...], alguns profissionais começam a ter reconhecimento nacional por sua luta em defesa da saúde e passam a se sentir ameaçados. Melhoram o serviço público e seus ganhos em seus consultórios começam a cair já que na rede pública seus pacientes contam com seus serviços. Talvez seja por isto que a medicina de grupo e o seguro saúde tenham batido muito no SUS. Querem abocanhar o dinheiro público para elaborar planos de saúde. É a proposta neo-liberal e é contra ela que estamos (E. 01).

Ter participado da luta nacional pela municipalização da Saúde e das lutas pela implantação do SUS (E. 01), ter a “*oportunidade de gerenciar práticas de saúde que defendia na Faculdade de Medicina, UNITAU*” (E. 02), “*ter podido intervir nos rumos, na organização de um setor tão fundamental para a população, como é a área da Saúde*” (E. 03), são lembranças que os tornam orgulhosos de passarem pela experiência como Secretários Municipais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, quando colaboraram com a história local à medida que seus projetos foram implementados.

A não conclusão das propostas formuladas de acordo com o Plano de Governo (E.02), o fato de a política nacional estar amarrada “*aos funcionários de carreira da área de planejamento e da economia*”, levando-os a ditarem “*as regras, manipularem os dados, manipularem suas funções, agradarem a quem querem, buscarem privilégio para si e para as suas categorias*” (E.01), o “*fato de não ter conseguido transmitir essa experiência de forma sistematizada para o conjunto da população*” (E. 03), são lembranças desagradáveis, já que computam a elas o não cumprimento de muitos projetos considerados por eles como essenciais para garantir a democracia, a equidade, a justiça social, metas de todo governo comprometido com os setores populares da população, usuários do sistema de saúde.

Os Partidos Políticos são considerados menos significativos pelos sujeitos-entrevistados no processo de negociação política das propostas para a Saúde, do que os setores das classes populares, mesmo que de forma incipiente participem das Conferências, do COMUS e demais Conselhos, para construírem a agenda a ser negociada pelo Secretário de Saúde, no período de 1989 a 1996.

Durante a II gestão do Dr. Joaquim Bevilacqua, os Partidos Políticos limitam-se à discussão dos projetos encaminhados pelo Executivo nas sessões da Câmara dos Vereadores, ou por meio de alguma liderança junto às Associações de Bairro, ou ainda, em defesa de algumas demandas por intermédio das rádios locais.

Na iminência de se reprovar ou retirar da pauta do dia projetos do Executivo, Bevilacqua usava de estratégias personalistas, como mudar de Partido para mais facilmente solucionar esta ou outras dificuldades.

Na gestão do Dr. Robson Marinho, as relações entre o Executivo e os Partidos Políticos foram tensas, mesmo quando eram da base de apoio. Essas tensões derivam do não cumprimento do programa político-partidário elaborado antes da campanha, pela Fundação Pedroso Horta, como apontamos algumas vezes na transcrição da fala do **entrevistado 02**.

Nada para além de negociar na Câmara, as propostas do Executivo. O desenho do federalismo brasileiro consagra o predomínio do Executivo, como o processo de decisão em suas mãos.

A redefinição do federalismo e com ela a redefinição das competências entre as esferas de governo, a efetivação do processo de descentralização (quando de fato a capacidade decisória chegar às regiões sub-nacionais de governo) e a nova estrutura político-partidária (quando seus programas forem colocados em prática pelos executores das políticas) sendo realizadas, aí sim, tem-se a expectativa da efetivação do processo de representação político-partidária.

À espera das redefinições e das reformas, estamos todos, na expectativa de que elas desatem o nó que alimenta o projeto neo-liberal (privatização/ descentralização e a focalização dos grupos, objeto da política pública) e se efetive a cidadania na área da saúde (Pereira, 1996; Almeida, 1995).

Ao encerrar a análise das falas dos entrevistados, a seguinte questão se coloca: qual a relação entre as formas e processos de negociação política das propostas para a Saúde entabuladas pelos Secretários de Saúde, planos diretores urbanos, os planos diretores de saúde, a atuação do COMUS e das CNS?

Tendo consciência ou não destas relações, os **entrevistados 01 e 02** estabeleceram suas propostas para a saúde limitados pelo Plano Diretor Integrado (PDI/71), que definiu e orientou a política urbana e as políticas sociais, com exceção da saúde, até 1995 (capítulo 4) e pelas diretrizes do CODIVAP.

O PDI/71 prioriza a transformação física do cenário urbano e no que compete ao setor da Saúde orientou os locais onde deveriam ser instalados os serviços de saúde, assim o Pronto-Socorro é instalado na Região Leste do Município.

O PDI/71 leva, pela sua natureza tecnoburocrata-desenvolvimentista, a Saúde a adotar processos de racionalização administrativa, planificação do setor e dos serviços oferecidos pelo Sistema Municipal de Saúde, principalmente no período de 89 a 92, quando o **entrevistado 01** coordena a elaboração dos Planos Diretores de Saúde (89, 90 e 91).

Pelo PDI/71, ao político cabe propor e ordenar as ações políticas. Pelas falas do **entrevistado 02**, percebe-se que a ausência de canais de participação popular, salvo as atividades de algumas Sociedades Amigos de Bairro, facilita o ordenamento das ações da saúde pelo poder local, entendidas por ele, como correspondendo aos interesses dos cidadãos.

Neste caso, em particular, as ações políticas para a saúde foram definidas na proposição do programa de governo, quando o **entrevistado 02**, apresentou-as à Fundação Pedroso Horta.

No estabelecimento dos convênios com o SUS e o AIS, considerados como prática inovadora, fortalecem a idéia de que o poder político decidia, excluindo os setores populares das decisões.

O **entrevistado 01** comprova o caráter racionalizado do PDI/71, na medida em que coloca em prática 03 Planos Diretores de Saúde (PDS).

No PDS/89, as Sociedades Amigos de Bairro constituídas foram chamadas a participar das discussões do modelo para a instância dos cuidados. Esse modelo foi negociado de forma privada e implementado.

O plano cuidou de definir o treinamento dos profissionais da saúde e a padronização dos serviços. Pensava-se em qualificar os recursos humanos para qualificar os serviços de saúde e o atendimento. Esse programa foi reproduzido nos anos 90, 91 e 92.

Para esse sujeito, a qualificação dos profissionais de saúde e a politização dos médicos lotados no Sistema Municipal de Saúde, contribuirão com as mudanças necessárias.

As medidas de racionalização do sistema, o treinamento e a reciclagem para todos os níveis, continuam presentes no PDS/90. Entre as medidas encontra-se o COMUS, que, negociada pelo **entrevistado 01**, foi implementado no mesmo ano e continua em funcionamento até a presente data.

No PDS/91, a inovação foi a proposta de implementação do planejamento participativo, como estratégia de trabalho, negociada e implementada no transcorrer do mesmo ano.

As Conferências Municipais de Saúde/90 e 92 (CMS), foram instituídas pelos Prefeitos Municipais - Dr. Bevilacqua e Dr. Pedro Yves - seguindo a orientação do Secretário Municipal de Saúde, da época.

Inaugura-se um novo momento para a Saúde do Município de São José dos Campos, quando as diretrizes para a formulação foram estabelecidas pelas CMS/90 e 92 e negociadas pelo Secretário de Saúde, considerando as prioridades, os interesses e os recursos disponíveis, mesmo que na contramão dos interesses populares.

Na avaliação dos próprios coordenadores das CMS/90 e 92, a participação é congelada pelo verticalismo do próprio sistema de saúde e que portanto seria necessário ampliar os participantes melhorando o nível de representatividade, os recursos humanos e materiais e as tecnologias para a garantia da comunicação dos conteúdos junto aos usuários.

No Governo de Ângela e no transcorrer do ano de 1994, a ausência de informações sobre o Plano Diretor da Saúde dificulta a análise das prioridades estabelecidas para a Saúde, assim como dificulta as comparações com as diretrizes estabelecidas pela III/CMS/SJC/1994. Esta situação limita a análise da formulação das Políticas de Saúde aos relatórios da III/CMS/SJC/1994 e a fala do **entrevistado 03**.

A partir destas fontes, a participação dos Partidos Políticos ocorreu em dois sentidos significativos. Os Partidos Políticos - PTB, PRN, PSDB, PMDB, PDS colocaram-se em oposição ao projeto político “democrático e popular”, que rompia com *“uma tradição da oligarquia [...] detentora do poder em São José dos Campos”* (E. 03), por muitos anos e invertia as prioridades da política neo-liberal, já que apoiavam o *“conjunto dos setores sociais que necessitavam do Estado para satisfazer suas necessidades sociais”* (E. 03). O resultado desta oposição freqüente dificultou o trâmite das propostas encaminhadas à Câmara dos Vereadores.

Os Partidos Políticos pertencentes à coligação Frente Popular - PT, PSB, PC do B - davam sustentação política às propostas políticas, mas as relações políticas estavam longe de serem harmoniosas. As decisões técnico-administrativas sofreram impasses importantes devido a ingerência político-partidária, especialmente do PT, denunciando a *“ausência de um pacto político forte e duradouro entre o Governo de Ângela e o Partido dos Trabalhadores, do qual a Prefeita participava”* (E. 03). Os atritos surgidos pela ingerência do PT no Governo Ângela foram bem explorados pela mídia local e resultaram *“em fissuras no próprio Governo”* (E. 03) e facilitaram o trabalho da oposição dos não-aliados.

No processo de organização da III CMS/SJC/1994, o NUFES/PMSJC elaborou 16 textos a serem discutidos nas Pré-Conferências. A razão fundamental era informar a população e aos delegados a serem enviados à III CMS/94.

Os textos explicitavam de forma clara as 16 teses defendidas pelo Governo Ângela para a reorientação do Sistema Municipal de Saúde, as quais foram apresentadas e apreciadas pelos Delegados presentes à III CMS/94. A reorganização das unidades de saúde e do Modelo de Atenção, da recepção do usuário (acolhimento) nos serviços de saúde e da atenção dos servidores da Saúde, o fortalecimento da Municipalização e Distritalização são alguns dos itens que fazem parte da reorientação do Sistema Local de Saúde, neste momento.

Na análise realizada no capítulo 4, percebe-se a discussão dos delegados sobre as 16 teses criadas pelo NUFES. Percebe-se também que a discussão nas Pré-Conferências, entretanto não as altera. São reapresentadas na Assembléia Geral da III CMS/94 e aprovadas, tais como o foram na fase de preparação. Os cidadãos-objetos não mudaram sua condição para cidadãos-sujeitos com autonomia e poder, como se propõe no Informativo 01(1994, p. 49).

Parece-nos sustentável a hipótese-diretriz definida para o presente projeto de pesquisa: as negociações políticas se realizam “pelo alto”, à medida que as propostas políticas mesmo vindas dos Conselhos, somente são implementadas quando apresentadas pelo Secretário Municipal de Saúde e aprovadas pelo Prefeito Municipal, considerando as prioridades do projeto político e os recursos humanos e materiais, e mesmo que os entrevistados insistam no processo participativo:

- a) nas reuniões dos Colegiados, primeiro no colegiado composto pela equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde, seguindo para a reunião do Secretariado de Governo (Governos do Dr. Robson Marinho e da Dr.^a Ângela Guadagnin) como regra; ou nos casos excepcionais durante as audiências particulares, onde se encontram presentes, o Secretário Municipal de Saúde e o Prefeito Municipal; e
- b) nas audiências particulares, “em 100% dos casos” (E. 01), durante a II gestão do Prefeito Dr. Joaquim V. Bevilacqua.

CONCLUSÃO

**“O horizonte estava perto
A manhã não era falsa
Como a da cidade grande
Tudo era um caminho aberto”.**
(C. Ricardo)

Ao iniciarmos o presente trabalho de pesquisa tínhamos algumas hipóteses básicas. A mais significativa era que a Negociação Política das questões da Saúde no Município de São José dos Campos assumia uma posição privilegiada na vida do Poder Local, e este vínculo antes de evidenciar a participação dos setores populares no gerenciamento das coisas da Saúde, era percebido pelos gestores do Sistema Municipal de Saúde como restrita a determinados atores e na esfera daqueles canais instituídos no interior do Poder Local, excluindo os atores oriundos das classes populares ou incluindo-os apenas por meio de voz e voto na definição da agenda da negociação da Saúde, pela descrença em suas habilidades políticas.

A segunda evidência significativa centra-se na ausência quase total dos Partidos Políticos nas negociações das agendas da saúde do Município. Quando ocorreram foram percebidas pelos representantes dos usuários do Sistema de Municipal de Saúde - os Secretários Municipais de Saúde - e pelos responsáveis dos documentos analisados como não significativas nas decisões do Prefeito Municipal, já que raramente apareceram na atenção oficial.

Tais evidências denotam um certo ranço de centralização do Executivo Local ao tratar politicamente as questões da Saúde Coletiva, excluindo tanto os Partidos Políticos como as Classes Populares .

De maneira geral os documentos analisados - Planejamentos Urbanos, Planos Diretores de Saúde, Relatórios das Conferências Municipais de Saúde - e os sujeitos-entrevistados apontam um conjunto de questões referentes às Políticas de Saúde do Município de São José dos Campos, próximo ao conhecimento presente na Sociedade Brasileira:

- a) a não superação das desigualdades sociais pelas políticas sociais e em particular as da Saúde, implementadas pelo Estado/Município;
- b) o uso da cooptação junto às classes trabalhadoras para o alcance da legitimidade do Estado/Município;
- c) a descontinuidade das políticas de saúde e a precariedade dos serviços de saúde em andamento Estado/Município;
- d) a fragilidade do processo de participação política dos usuários nas decisões da Saúde, mesmo que o processo se apresente como o poder mágico da democracia;
- f) a descentralização/desconcentração gerando privatização pelas dificuldades dos Municípios.

Estas questões se aproximam da realidade brasileira na medida em que a redemocratização e posteriormente as exigências constitucionais impõem reformulação nos órgãos gerenciadores e nas formas, processos e espaços de atuação dos Estados e Municípios no concernente à Saúde Pública, e iniciam um debate inovador sobre a área.

A reformulação é realizada sem que se garanta aos Estados e Municípios autonomia político-financeira, de tal sorte que a implementação das Políticas de Saúde seja realizada de maneira descentralizada/desconcentrada e com efetiva participação popular, seja por meio de canais institucionalizados, ou por canais engendrados nas organizações dos iguais.

Visto que os processos de descentralização/desconcentração e a participação ficam a desejar melhores dias, a subordinação do Estado Brasileiro ao controle da cidadania, o cerne da democracia, não se realiza.

Os entrevistados e os responsáveis pelos documentos analisados percebem uma Política Local de Saúde comandada pelas relações capitalistas, as quais descartam as classes trabalhadoras como agentes transformadores. Evidenciam, de outro lado, sinais de avanços nas Políticas de Saúde, nestes últimos 20 anos, no Município de São José dos Campos.

O primeiro sinal de avanço encontra-se na Reforma Sanitária viabilizada pelo processo de democratização dos anos 70. A agenda nacional da Saúde passa a exigir um novo padrão de intervenção com o reequacionamento da dívida social em termos de atendimento das demandas, com a melhoria no nível de equidade, justiça social na implementação das políticas públicas e melhoria na qualidade dos serviços públicos. Em São José dos Campos esse avanço é a institucionalização da Saúde com a criação do Departamento de Saúde Pública e a instalação da Rede Municipal de Saúde.

Um outro sinal está no Movimento Sanitário dos anos 80. Esse movimento concentra intelectuais e setores da burocracia pública da área da Saúde e é o único grupo capaz de oferecer uma alternativa concreta para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que tem na participação dos organismos sindicais e dos movimentos populares, seu ponto nevrálgico. Neste momento, o Departamento de Saúde Pública de São José dos Campos conta com alguns estudos sobre Participação Política, como o Conselho para as decisões da Saúde Local, com especialistas da área, Comissões Consultivas e o Conselho de Servidores da Saúde.

O terceiro avanço significativo está na conquista do SUS em 1988. O SUS é conquistado pela forma como os deputados foram distribuídos pelas diferentes comissões na Constituinte. A Comissão da Saúde, considerada de menor importância na época, consegue reunir setores do movimento sanitário e movimentos populares em aliança com parlamentares progressistas (a chamada coalizão reformista); o setor privado dependente do Estado (o chamado Centrão) e o sub-sistema do privado de atenção médica supletiva que querem manter a ação protegida fora da regulação do Estado. Esta junção de atores sociais

diversos consegue aprovar o SUS, a reforma mais extraordinária da área social, evitando naquele momento de intensa crise do Estado de Bem-Estar, o fracasso total das Políticas de Saúde.

Os Estados e Municípios são solicitados a adequarem seus Sistemas de Saúde às novas exigências de universalidade, descentralização e participação política. Muitos são os problemas encontrados pelos Municípios nesta adequação, e ainda hoje as novas exigências não se encontram implementadas em sua totalidade na maioria dos Municípios Brasileiros. O Convênio com SUS e a adoção da AIS, são as primeiras adequações da Política Local de Saúde à Política Nacional de Saúde dos anos 80.

Muitos são também os efeitos perversos. Entre eles, temos a privatização da saúde, resultante do processo de universalização que contribuiu sobremaneira com a má qualidade dos serviços de saúde. O corporativismo e o clientelismo são outros efeitos perversos da descentralização. Em São José dos Campos, a privatização da saúde foi um dos efeitos perversos que terminou por envolver o Movimento Sindical nas questões da Saúde.

Os novos rumos da Política de Saúde coincidem com o momento em que os excluídos começam a buscar leis e direitos na tentativa de alterar a ordem existente, por meio da construção de sua cidadania na solidariedade com seus iguais. Os obstáculos com os quais se deparam é a existência: de uma cultura política construída pela exclusão das classes populares do debate político; de uma Sociedade Brasileira considerada um ente amorfo e difuso; de um Estado Provedor e indutor de Políticas Sociais; do descontentamento com a atuação dos Partidos Políticos; e do contínuo aumento das demandas sociais.

Em muitos Municípios Brasileiros, assim como em São José dos Campos, a construção da cidadania iniciada em 80 com a emergência dos movimentos sociais e conseqüente organização da sociedade civil, não foi suficiente para engendrar uma nova ordem na área da Saúde. Esta nova ordem foi alcançada nos meandros da burocracia, pelo comprometimento dos Secretários

Municipais de Saúde com a proposta de Municipalização e com uma participação institucionalizada e restrita a vez e voto de dois em dois anos, durante as Conferências Municipais de Saúde a partir de 90. Entre 1976 e 1988 a exclusão dos usuários foi total, mesmo quando Conselhos foram organizados, pois a participação se limitava a personalidades selecionadas pelo Poder Local como demonstramos no capítulo 5.

O momento da Negociação Política, da década de 80 para cá, inaugura um modo novo de equacionar e de encaminhar as demandas por meio da comunidade dos iguais. Este caráter novo de encaminhamento das demandas sociais que articula valores morais com carências econômicas, é privilégio de algumas experiências municipais. Na trajetória que empreendemos sobre a Saúde em São José dos Campos não nos deparamos com nenhum momento de negociação das políticas de saúde, em que a comunidade de iguais intervenha nesta realidade com novo modelo de ação, a ação direta. Ao Secretário Municipal de Saúde é delegada a ação de negociar a agenda discutida nas Pré-Conferências e nas Conferências Municipais de Saúde no pós - 88 e decidir a Política de Saúde no interior da Secretaria Municipal de Saúde, ouvidos os demais Secretários ou nas audiências particulares com o Prefeito Municipal.

O modelo de ação utilizado pelos representantes da sociedade em geral e dos usuários em particular (50% dos representantes) continua sendo a ação delegada. O desejo de liberdade, a auto-determinação, o processo de controle continuam nas mãos dos Prefeitos Municipais e dependem da forma como o representante dos usuários - o Secretário Municipal de Saúde - decodifica as demandas nas audiências particulares ou no Colegiado.

As Assembléias, mecanismos utilizados nas quatro Conferências Municipais de Saúde em São José dos Campos, não garantem uma nova cultura política, já que a participação funda-se na voz e vez e muito raramente nas mesas temáticas. Como já afirmamos no capítulo 04, a discussão dos temas não motivou qualquer alteração nos documentos originais. Esta constatação limita o processo inovador de negociação das prioridades, uma vez que o direito à diferença não é reconhecido.

Defendemos a tese de que as Negociações Políticas estão intimamente ligadas aos processos de Descentralização das Políticas de Saúde e Participação Popular nas coisas e causas da Saúde, mediante a utilização de formas, processos e espaços definidos pela comunidade dos iguais e em segundo plano pelos canais institucionalizados.

Nosso enfoque privilegia a Negociação Política, com ações diretas dos usuários do Sistema Municipal de Saúde, por meio de Parcerias, Câmaras e Assembléias Comunitárias, e com abertura de canais de informação para a aquisição do conhecimento necessário à participação do cidadão desde as diretrizes da Política de Saúde até a avaliação das mesmas. Sem informação a participação não passa de uma panacéia e o Estado/Município se mantém como protetor e indutor de políticas compensatórias, como afirmam Offe (1984) e Oliveira (1984).

Os documentos analisados atribuem em muitos momentos, significados distintos aos processos de Negociação Política e da Participação Política, ancorados em múltiplos argumentos. Muito raramente apresentam condições de fortalecimento da capacidade independente, mesmo quando reconhecem a apatia política dos Servidores Municipais, dos Profissionais da Saúde e dos Usuários do Sistema de Saúde, como nos Relatórios da II CMS/SJC.

Concretamente indicam a necessidade de desenvolvimento da cultura política para melhorar a participação dos usuários do Sistema Municipal de Saúde, nos documentos sobre a avaliação da II CMS/SJC, primeiro mediante apelos de massa, cessão de transporte coletivo para garantir a participação, e numa outra etapa campanhas educativas.

O Planejamento Diretor Urbano - PDI/71 - como vimos, deixa de lado a Saúde. Não define formas de intervenção no espaço urbano destinado à Saúde, não define diretrizes norteadoras nem recursos humanos e materiais. A Saúde do Município assim como do restante da Sociedade Brasileira são definidos nos chamados Planos Nacionais. Esta situação começa a ser revertida no final dos anos 80, quando os Municípios reconquistam certa autonomia de administração deste setor da área social: a Saúde.

O Departamento de Saúde Pública de São José dos Campos é criado mais por decisão do Administrador Local, o interventor Eng.º Ednardo J. de P. Santos. Inicia-se desta maneira a institucionalização da Saúde Pública local e a organização da Rede Municipal de Saúde, em 1976.

Essa decisão, que em princípio pode sugerir autonomia local, na verdade sugere a intervenção do Estado Brasileiro sobre as decisões locais, uma vez que é por esta época que a reorganização das atividades finalísticas e coordenação das atividades médicas se processam, a política governamental de saúde centrada na participação da Previdência Social é estabelecida e o planejamento das ações de saúde que facilitem a administração integrada é solicitada.

Na organização dos programas a serem gerenciados pelo recém-criado DSP/SJC encontra-se a primeira referência ao processo de participação política daqueles considerados reconhecidos pelas contribuições demonstradas e aceitas pela elite do Poder Local. Não se reconhece este processo como sendo de participação popular, uma vez que se restringe à participação daqueles que tenham experiência na área.

O momento de intervenção na Prefeitura Municipal não viabiliza nenhum processo de Negociação Política.

A década de 80 em São José dos Campos faz juz ao novo padrão de intervenção na área de Saúde. O programa Operação Saúde que envolve fases de diagnóstico, de implementação e de avaliação, é o programa que se distingue por chamar o cidadão a tornar-se Agente de Saúde com respaldo do Departamento de Saúde Pública. Deste momento, a formação de agentes e sua atuação em sua comunidade, é a experiência participativa de maior destaque, embora restrita a uma dezena de cidadãos.

Nos documentos relativos aos 03 Planos Diretores da Saúde, elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde/SJC, há indicações de novos rumos para a Saúde do Município. Os Planos Diretores da Saúde (89, 90, 91), assim como todos os planos estabelecidos para a Sociedade Brasileira, carecem da definição das fontes dos recursos humanos e materiais e dos responsáveis pelas fases de implementação.

Para o período de 93 a 96 não se encontra qualquer referência sobre Planos Diretores da Saúde, embora saibamos da necessidade deles para a obtenção dos recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde.

Como resultado da nova Constituição Federal/88, das vitórias do Movimento Sanitário e de outras condições histórico-sociais, os documentos dos Planos Diretores da Saúde deixam claro a intenção de se promover e garantir a participação popular, inicialmente pela Câmara Consultiva e SAB's (PDS/89) e na sequência pela definição de canais institucionalizados como os NUSAC's, CGU's, Conselhos dos Servidores de Saúde - CSC - culminando com a criação do COMUS e das Conferências Municipais de Saúde, em 1990.

A partir de 1990, o processo de participação popular vai sendo sedimentado; mesmo assim os atores sociais não realizam avaliação da composição de elite do poder local, não se definem os papéis a serem desempenhados por eles, nem decodificam as mensagens de seus interesses junto às elites locais, uma vez que não se apresentam, são representados.

Os documentos relativos à IV CMS/SJC alertam para a necessidade de efetivação de mecanismos educativos com o objetivo de minimizar os efeitos da passividade dos usuários, o que na sequência de publicação dos demais documentos deixa de ser considerado. Estes elementos dificultam o conhecimento das orientações políticas do projeto em discussão, diminuindo o nível de participação popular.

O Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado/95 (PDDI), com características modernizadoras já que propõe a terapêutica dos problemas urbanos, define as diretrizes, programas e ações de Saúde para o Município para os próximos dez anos. Define, ainda a implantação definitiva do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde, assim como recoloca os canais de participação popular (CGU's, NUSAC's, COMUS).

O momento histórico de uma Elite no Poder Local comprometida com um projeto popular e democrático não facilita o processo de participação popular, nem auxilia na construção da cidadania. Na medida em que os canais de participação disponíveis são os institucionalizados pelo poder público, os movimentos sociais e a possível organização de outros canais são praticamente inexistentes e quando emergem a capacidade deles é de simples pressão.

No Município de São José dos Campos, as ações e atores sociais que se expressam ao redor da saúde se colocam no interior do Movimento Sindical entre 1989 e 1991, e se limitam às grandes indústrias privadas e estatais que desenvolvem um sistema de atendimento à saúde de convênios com grupos locais de prestação de serviços de saúde. Não se encontram nas leituras dos relatórios referências sobre movimentos sociais cuja bandeira principal seja a Saúde do Município e as Negociações Políticas das suas demandas sociais, por ação direta.

Reconhecemos como não suficientes para a redefinição dos papéis dos atores para além do referendo aos documentos elaborados pelo Poder Local: a permanência do verticalismo do sistema de saúde, a ampliação do número de atores sociais e identificação da necessidade da criação de estratégias para a qualificação do processo participativo. A própria função do Secretário Municipal de Saúde no COMUS enquanto Presidente Executivo, ao nosso ver é uma ameaça, pois se de um lado facilita a implementação de muitas medidas para a Saúde, de outro inibe as deliberações mais livres, pois sua presença pode constranger a discussão dos iguais.

Os entrevistados apontam com insistência o caráter técnico-burocrático das Negociações Políticas realizadas de 1980 a 1996, na área da Saúde. O reconhecimento de que as negociações ocorridas entre o Secretário Municipal de Saúde, representante dos usuários e membro da Elite de Poder Local, e o Prefeito Municipal, neste momento, se fundem na ação deliberada dos usuários e na decodificação das demandas realizada exclusivamente pelo representante dos usuários, bastam para nos levar a concluir que o processo de participação popular é uma panacéia. Assim, a cidadania não é um papel social real em São José dos Campos. Não há como resgatar a dimensão pública da vida quando não há efetiva construção de projetos coletivos num ambiente democrático.

Excluídos da mesa de negociação, os usuários não identificam a composição da elite de poder local do momento, não discutem os recursos materiais e humanos e sua influência na definição dos projetos para a Saúde, não avaliam os diferentes atores sociais e o grau de envolvimento, nem seus papéis políticos e suas decisões, não reconhecem as pressões políticas dos diferentes grupos de poder local e por falta de informação descartam as pressões vindas dos Partidos Políticos. É claro o nível de precariedade da participação: nas Pré-Conferências e nas Assembléias das CMS/SJC. Pela vez e o voto referendam os documentos previamente organizados pelo Poder Local ou pelo COMUS, como demonstramos na análise da III e IV CMS/SJC (o documento levado para as discussões nas pré-conferências é o mesmo aprovado na Assembléia Geral).

Os entrevistados não discutem nenhuma experiência de Negociação Política que não a estabelecida entre eles e o Prefeito Municipal. Não reconhecem nenhuma experiência local de Negociação Política com os setores populares organizados ou não. Os encontros com as SAB's durante o Governo Robson não se caracterizam como forma de Negociação Política, uma vez que elas atuavam mais como pressão social do que como ação direta por meio de parceria ou outra forma de atuação, ou como o móvel e o articulador, para repetir Gohn (1995). Não há espaço para que o momento da Negociação Política, a Política dos Iguais, seja realizada.

As experiências pessoais dos entrevistados em negociar questões da área de Saúde são tidas como tensas, ora pelas dificuldades financeiras, ora pelo descaso do Prefeito Municipal. Àquelas questões tidas como de impacto junto à base eleitoral são mais facilmente negociadas, do que aquelas que demandam grandes recursos, mesmo que correspondam às demandas sociais.

Os entrevistados se reconhecem como comprometidos com o processo de descentralização, muito embora entendam a questão com certo viés. Os Municípios para garantirem a descentralização e a participação devem ser responsáveis por determinadas competências. São José dos Campos as garante, mesmo que discutamos as formas e processos e a qualidade dos serviços de saúde constantemente criticados pela Imprensa Local.

Segundo os documentos analisados e a fala dos entrevistados, o Município de São José dos Campos já cumpre o planejamento, a organização, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, assim como são os gerentes e executores dos serviços públicos de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos:

1. Participa da rede regionalizada do SUS.
2. Define a execução, controle e avaliação referentes às condições e aos ambientes de trabalho. Os programas de Reforma Administrativa, de Gerenciamento e Financiamento, de Qualificação do Pessoal da Saúde, demonstram esta competência.
3. Executa os serviços de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Alimentação e Nutrição, Saneamento Básico, Saúde do Trabalhador e Saúde da Mulher, como recomendados pela Constituição e Lei Orgânica Municipal.
4. Fiscaliza os procedimentos dos serviços privados de saúde.

5. Normatiza as ações e serviços públicos em seu território.

São José dos Campos desde 1989 vem investindo para deixar a administração convenial e as práticas clientelistas, fazendo uso de técnicas e processos modernos, para manter sob controle a situação da saúde .

O COMUS é um desses mecanismos de controle democrático. Nem sempre corrigiu as distorções administrativas e manipulações políticas, mas demonstra esforços no sentido de garantir as diretrizes da Política de Saúde Local, mesmo que o executor esteja fortemente envolvido com as diretrizes políticas da Elite Local.

Excluídos da mesa de negociação estão os Partidos Políticos, os grupos econômicos locais e os demais Secretários em boa parte das decisões dos programas a serem implementados. Os entrevistados reconhecem que o Prefeito Municipal administrou os problemas da Saúde à revelia dos Partidos Políticos, inclusive o seu.

O processo de participação em suas diferentes formas, processos e espaços de atuação conta com muitas dificuldades. A principal delas lembrada pelos entrevistados se refere às limitações dos Prefeitos Municipais em tratar com o debate público. Tem sido demorada e difícil a alteração do comportamento político desses Prefeitos, de indutores a co-participantes do processo. Decidir sem ouvir os cidadãos, por não reconhecê-los como agentes transformadores, acaba obstaculizando qualquer estratégia de participação. É a decisão técnico - burocrática.

Outros pontos obstaculizadores lembrados pelos entrevistadores e relatores dos documentos analisados, são:

1. O **Financiamento**. A dependência da área da Saúde ao orçamento da Seguridade Social, leva este Município e os demais a se contentarem com acesso a um padrão de serviços de saúde compatível com o orçamento e não em relação às necessidades sociais.

- 2. A confusão entre Descentralização, Municipalização e Democracia.**
Descentralizar a Saúde e Municipalizar a Saúde não garantem um Poder Local mais Democrático; podem, ao contrário, significar o fortalecimento desse Poder.

Em síntese concluímos:

- 1) O fortalecimento da Municipalização Horizontal pelo Sistema Único de Saúde do final dos anos 80 universalizou os direitos sociais, incorporou novos atores sociais, acirrou a mobilização popular para dotar a ação pública de eficiência e eficácia, mas não garantiu a cidadania, mesmo com canais instituídos, pelo fato de os dirigentes locais de saúde terem se esquecido que as classes populares preferem expressar seus interesses por meio dos Movimentos Sociais.
- 2) Os responsáveis pela Saúde Coletiva em São José dos Campos devem facilitar a emergência destes Movimentos Sociais como estratégias facilitadoras da expressão popular, sem inibir os canais de participação já instituídos.
- 3) A redefinição dos papéis a serem desempenhados pelos sujeitos históricos pode incluir o encaminhamento das demandas da saúde por meio do comunitário, movimentos sociais ou organizações sociais, onde a ação direta substitui a ação delegada.
- 4) A direção do COMUS pode aprender a conviver com os Movimentos Sociais, incorporando-os como estratégias de participação popular e em conjunto serem os negociadores das demandas da saúde, deixando ao Secretário Municipal de Saúde o papel de executor das diretrizes definidas.
- 5) A Elite Local pode aprender a dividir as responsabilidades de construir e conduzir as Políticas de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde deve facilitar o processo de fazer política negociando com as forças sociais dissonantes.

- 6) A cultura democrática, as estratégias e canais de participação eficientes e eficazes como a parceria e a assembléia comunitária, o uso de instrumentos idôneos de ação política direta é que podem garantir forças favoráveis à democracia e ao direito à Saúde.
- 7) O Secretário Municipal de Saúde/SJC pelas posições que ocupa na Elite Local e no COMUS, tem facilidade de realizar a interlocução e a implementação das diretrizes definidas nas Conferências Municipais de Saúde. O pertencimento do Secretário Municipal de Saúde à Elite Local facilitaria a decodificação das demandas da saúde no interior do projeto político e nas limitações orçamentárias. Estas evidências nos permitem considerar que o COMUS ao delegar ao interlocutor a representação dos interesses dos usuários, não tem como garantir que a negociação das demandas da saúde priorize as necessidades sociais sem limitá-las às prioridades políticas e econômicas.
- 8) Os relatórios sobre as Conferências Municipais de Saúde/SJC evidenciam a preocupação com o baixo nível de envolvimento dos trabalhadores e dos usuários da saúde na definição das diretrizes da saúde, e deixam de reconhecer que os Movimentos Sociais e as Parcerias são os espaços privilegiados para a clarificação da consciência e desenvolvimento da cidadania, pela especificidade das classes populares.

Reafirmamos nesta conclusão o que afirmamos no capítulo 4: os governos estão chamando os cidadãos a se tornarem protagonistas da mediação política e isto exige além de formas e processos de participação idôneos, novas éticas, processo de ensino-aprendizagem e acesso às informações. Converter cidadãos em autores políticos exige o resgate da dimensão da vida pública, sem o que não se constrói projetos coletivos. Este é o grande desafio!

BIBLIOGRAFIA

• LIVROS e TESES: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTONI, Ettore. *A Doutrina da Classe Política e Teoria das Elites*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990, 272 p.
- ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense, 1981, 352 p.
- ARRETCHE, Marta T. S. *Descentralização, Democracia, Reforma do Estado e Bem-Estar: conceitos que não se equivalem*. Texto xerocado, 1995, 21p.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979, p. 42 e 117-120.
- BERNARDES, Cyro. *Sociologia Aplicada à Administração: O Comportamento Organizacional*. São Paulo: Atlas, 1990. 294 p.
- BIERRENBACH, Maria Inês. *Política e Planejamento Social (1956 - 1978)*. 3.^a ed., São Paulo: Cortez, 1987, 120 p.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e Práticas Profissionais*. São Paulo: Cortez e UFRJ, 1996. 286 p.
- BOBBIO, Norberto. *Liberalismo e Democracia*. 6.^a, São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994, 100 p.
- _____. *Dicionário de Política*. Brasília:UNB, 1991, p. 362-369.
- BOURDIEU, P. *Condições de Classe e Posição de Classe*. In.: *Economia de Trocas Simbólicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974, p.180.
- BODSTEIN, Regina (org.). *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas*. Rio de Janeiro: Ed.Relume-Dumará, 1993, 189 p.
- BONDUKI, Nabil (org.). *Habitat: As Práticas Bem Sucidadas em Habitação, Meio Ambiente e Gestão Urbana nas Cidades Brasileiras*. São Paulo: Livros Studio Nobel Ltd.^a, 1996, 267 p.
- BROWNE, Enrique & GEISSE, Guillermo. *Planificación para los Planificadores o para el Cambio Social?* texto xerocado, s/d, s/p.
- CARDOSO, Ruth C. L. *Movimentos Sociais Urbanos: Balanço Crítico*. In: SORJ, Bernardo (org). *Sociedade e Política no Brasil Pós-64*. 2.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 261.

- CERRONI, Umberto. *Política: Métodos, Teorias, Processos, Sujeitos, Instituições e Categorias*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993, 222 p.
- COHN, Amélia; MARSÍGLIA, Regina G.; BARATA, Rita B. *O Setor Privado e as Políticas de Saúde na Atual Conjuntura Brasileira (1978-1990)*. Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Gavão: São Paulo, texto xeroxado, s/d, s/p.
- COHN, Amélia et al. *A Saúde como Direito e como Serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.
- COMTE, A. *Discurso sobre o Espírito Positivo*. Os Pensadores. São Paulo: Ed. Abril, p. 70.
- CORNELY, Seno. *Subsídios sobre Planejamento Participativo*. In.: Participação Comunitária. São Paulo: Enplasa, 1977, p. 36-41.
- CRUZ, Sebastião C. Velasco & MARTINS, Carlos Estevam In ALMEIDA, Maria Herminia T. de (org.). *Sociedade e Política no Brasil Pós-64*. 2.^a ed, São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 13-61.
- DAGNINO, Evelina (org.). *Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994, 172 p.
- DINIZ, Eli. *O Empresariado e o Momento Político: entre a nostalgia do passado e o temor do futuro*. In.: As Elites Políticas. Ciências Sociais Hoje, 1986. São Paulo, Ed. Cortez, 1986, p. 203-239.
- DOIMO, A. M.; DOXSEY, J. BELING, Roberto. *Os Novos Movimentos Sociais*. In.: Ciências Sociais Hoje. São Paulo: Ed. Cortez, 1986: p. 08-36.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *A Política Social do Estado Capitalista: as funções da Previdência e da Assistência Sociais*. São Paulo: Cortez Editora, 1982.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *Metodologia do Diagnóstico Social*. Brasília: Brasília, 1971, 101p.
- FIORAVANTE, E. et al. *Modo de Produção, Formação Social e Processo de Trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978, 31-155.
- GARCIA, Juan César. *Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez Ed., 1989, 238 p.
- GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991, 159 p.

- GOES, Walder de. *Os Militares e a Transição Política*. In.: *As Elites Políticas*. Ciências Sociais Hoje. São Paulo: Ed. Cortez, 1986: p. 240-257.
- GOHN, Maria da Glória. *História dos Movimentos e Lutas Sociais*. São Paulo: Loyola, 1995, 213 p.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Ed. Vozes Ltd.^a, 1987, 224 p.
- HIRSCHMAN, A. O. *De Consumidor a Cidadão*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- IYDA, Massako. *Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994, 148 p.
- IANNI, Octávio. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970)*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1987, 71p.
- JACOBI, Pedro. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por saneamento básico e saúde. São Paulo, 1974-1984*. 2.^aed., São Paulo: Cortez, 1993, 174 p.
- _____ & NUNES, Edison. *Movimentos Por Melhores Condições de Saúde. Zona Leste de São Paulo: a Secretaria da Saúde e o Povo. Friburgo, V Encontro Anual da ANPOCS, 1981, mimeo.*
- KERBAUY, Maria Teresa Miceli. *A Morte dos Coronéis: Política Interiorana do Poder Local*. Tese de Doutorado/PUC/SP: 1992, mimeo.
- KONDER, L. *O Que é Dialética?*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981, p. 36.
- KUENZER, Acácia et. al. *Planejamento e Educação no Brasil*. São Paulo: Cortez Ed./Autores Associados, 1990, 88 p.
- LAFER, Celso. *O Planejamento no Brasil: observações sobre o Plano de Metas. 1956 - 1961*, IN LAFER, Betty. *Planejamento no Brasil*. São Paulo, 3.^a ed. , s/d.
- LAMOUNIER, Bolívar. *Partidos e Utopias: o Brasil no limiar dos anos 90*. São Paulo: Ed. Loyola, 1989, 150 p.
- LAMPARELLI, Celso. *Uma contribuição para o Método de Planejamento e seu Ensino*. EE. São Carlos: EDAP, 1964, mimeo, s/p.
- LIMOEIRO CARDOSO. *Ideologia de Desenvolvimento. Brasil: JK-JQ*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1978: 27-28.
- LOJKINE, J. A. *A Classe Operária em Mutações*. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990, p. 18.

- MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. *A Fala dos Homens: estudo de uma matriz cultural de um Estado de Bem-Estar*. 2.^a ed., São Paulo: Brasiliense, 1993, 327 p.
- MENEZES, Maria Thereza C.G. *Em Busca da teoria: Políticas de Assistência Pública*. São Paulo: Cortez, 1993, 142 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2.^a ed., São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993, 267 p.
- OFFE, Claus. *Capitalismo Desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política*. 2.^a ed., São Paulo: Brasiliense, 1995, p.272-279.
- PAOLI, Maria Célia. *Conflitos Sociais na Ordem Institucional: cidadania e espaço público no Brasil no século XX*. ANPOCS, Caxambu, 1989, mimeo s/p.
- PESSANHA, Charles F. *O Tribunal de Contas e o Controle do Executivo: notas para discussão*. In.: *As Elites Políticas*. Ciências Sociais Hoje, 1986. São Paulo: Ed. Cortez, 1986, p. 188-202.
- PIZZORNO, A.; KAPLAN, M.; CASTELLS, M. *Participacion y Cambio Social en la Problemática Contemporânea*. Argentina: Siap, 1966.
- POULANTZAS, Nicos. *Poder Político e Classes Sociais*. São Paulo: Martins Fontes, 1977, 354 p.
- PRZEWORSKI, A. *Capitalismo e Social Democracia*. São Paulo: Cia. Das Letras, 1989, capítulos 1, 2 e 3.
- _____. *Estado e Economia no Capitalismo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995, Parte 3.
- QUEIROZ, Maria Izaura Pereira de. *Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva*. São Paulo: T.A. Queiroz Ed., 1991, 171p.
- REGO, Walquíria D. Leão. *Notas sobre o Conceito de Democracia em Joseph A. Schumpeter e Hans Kelsen*. Texto xerocado/ ANPOCS, 1994, 31p.
- RIBEIRO, M.^a Alice R. *História sem fim... inventário da Saúde Pública*. São Paulo: UNESP, 1993, 270 p.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. São Paulo: Graal, 1989, 186 p.

- SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus Ltd.^a, 1979, 137 p.
- SERRA, Geraldo. *Urbanização e Centralismo Autoritário*. São Paulo: Nobel/Ed. EDUSP, 1991, 172 p.
- SILVA e SILVA, Maria Ozanira. *Política Habitacional Brasileira: verso e reverso*. São Paulo: Cortez Ed., 1989, p.115-143.
- SPINOLA, Aracy Witt de Pinho (org.) *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez Ed., 1992, 291 p.
- SPOSATI, Aldaíza. *Vida Urbana e Gestão da Pobreza*. São Paulo: Cortez. Ed., 1988, 333 p.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: ABRASCO/ Cortez Ed., 1995, p. 27-133.
- TELES, Vera da Silva. *Questão Social e Cidadania*. ANPOCS, Caxambu, 1991, mimeo, s/p.
- TRIPODI, Tony; FELLIN, Phillp; EPSTEIN, Irwin. *Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Ed. S. A., 1975, 116 p.
- THIOLLENT, Michel. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. São Paulo: Polis, 1985, 270 p.
- WEBER, Max. *A Política como Vocação*, in H.H. Gerth & C. W. Mills (eds.). *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, s/d.
- WEFFORT, F. C. *Democracia e Cidadania em uma Época de Crise*. ANPOCS, Caxambu, 1993, mimeo.
- WRIGHT MILLS, C. *A Elite do Poder*. 2.^a ed., São Paulo: Zahar, 1968.
- VIANNA (1), Ilca O. de Almeida. *Planejamento Participativo na Escola: um desafio ao Educador*. São Paulo : EPU, 1986, 118 p.

LIVROS e TESES - BIBLIOGRAFIA

ABRANCHES, Sérgio; SANTOS, Wanderley G.; COIMBRA, Marcos A.

Política Social e Combate à Pobreza. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

BENEVIDES, Maria Vitória de Mesquita. *A Cidadania Ativa: Referendo,*

Plebiscito e Iniciativa Popular. São Paulo: Ática, 1991.

BOBBIO, N. *O Conceito de Sociedade Civil*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. *O Futuro da Democracia: uma defesa das regras de jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BUCKLEY, W. *A Sociologia e a Moderna Teoria dos Sistemas*. São Paulo: Ed.

Cultrix, 1971.

CALDERÓN, Adolfo. *Conselhos e Administração Pública em São Paulo*. São

Paulo: PUC, 1993.

CASTELLS, M. *Cidade, Democracia e Socialismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

CASTORIADIS, C. *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CHAUÍ, M. et alii. *Ideologia e Mobilização Popular*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

CORDEIRO, M.A. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *Política de saúde no Brasil*. IBASE, Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1982.

DEMO, Pedro. *Sociologia: Uma Introdução Crítica*. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1985.

_____. *Participação é Política*. 3.^a ed., São Paulo: Cortes, 1996.

DEWEY, J. *Democracia y Educación*. Buenos Aires: Losada, 1946.

DRAIBE, Sonia Miriam. *Rumos e Metamorfoses*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FAGNANI, E. *O Perfil da Intervenção Governamental no Saneamento Básico: principais dilemas em São Paulo*. São Paulo, FUNDAP, Relatório de Pesquisa. s/d.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- GREIMAS, A. J. *Semiótica e Ciências Sociais*. São Paulo: Cultrix, 1991.
- GOLDMANN, L. *Ciências Humanas e Filosofia*. 8.^a ed. , São Paulo: Difel, 1980.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografia dos Desejos*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HABERMAS, J. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: LPM, 1987.
- _____. *Para a Reconstrução do Materialismo Histórico*. 2.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- KOWARICH, Lúcio. *Exploração do Trabalho e Espoliação Urbana: lutas sociais em São Paulo*. São Paulo: Cedec, 1984.
- LINDBLON, C. E. *O Processo de Decisão Política*. Brasília: UNB, 1981.
- _____. *Política e Mercados: os sistemas políticos e econômicos do mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- LUZ, Madel T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MILIBAND, R. *O Estado na Sociedade Capitalista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- MORA, F. *Dicionário de Filosofia*. Vol I e II. Madri: Alianza, 1984.
- OFFE, Claus. "Theory of the Capitalis State and the Problem of the Policy Formation". In: Lindberg, L. (org.). *Stress and contradiction in modern capitalis*. Lexington: D. C., Heath, 1975.
- OSGOOD, C. E. "The representational model and relevant research method". *Trends in content analysis*. Urbana: University of Illinois Press, 1959.
- OLIVEIRA, Francisco de. *A Economia da Dependência Imperfeita*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- PAOLI, Maria Célia. *Conflitos Sociais na Ordem Institucional: cidadania e espaço público no Brasil no século XX*. ANPOCS, Caxambu, 1989, mimeo, s/p.
- POULANTZAS, Nicos. *O Estado em Crise*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- _____. *O Estado, o Poder e o Socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: UNESCO/HUCITEC / ABRASCO, 1994.
- SHUMPETER, J. A. *Capitalismo, Socialismo e Democracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.
- SINGER, Paul. *Desenvolvimento Econômico e Evolução Urbana*. 2.^a ed., São Paulo: Nacional, 1977.
- SOARES, José Arlindo; TOSTÃO, Salvador Soler. *Poder Local e Participação Popular*. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992.
- SINGER, P. *A Crise do Milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.
- STEIN, E. *Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre Método em Filosofia*. In: *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: LPM, 1987.
- VOVELLE, Michel. *Ideologias e Mentalidades*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- VIEIRA, Evaldo A. *Estado e Miséria Social no Brasil: de Getúlio a Geisel*. São Paulo: Cortez, 1983.

• REVISTAS - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. *Federalismo e Políticas Sociais*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 28(10), junho, 1995, p. 90-97.
- ANDRADE, I.A.L. *Descentralização e Poder Municipal no Nordeste: os dois lados da nova moeda*. XX Encontro da ANPOCS, Caxambu, 1996, mimeo.
- ALVIM, E. F. *A Participação da Comunidade na Solução de Problemas de Saúde*. In: Revista Fundação SESP, v.28, n. 2, 1983, p. 177-183.
- BASTOS, N. C. B. *A Participação Comunitária nos Cuidados de Saúde Primários*. In: Revista Fundação SESP, v. 23, n. 1, 1978, p. 51-54.
- CARDOSO, M. P. *Participação e Desenvolvimento Social: uma questão ideológica*. In: Serviço Social & Sociedade, v. 4, n. 13, 1983, p. 22-36.
- CARVALHO, Gilson de Cássia M. *O Momento Atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP. n.1 (2), 1993.
- COHN, Amélia. *Conhecimento e Prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente*. Revista Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública/USP e Associação Paulista de Saúde Pública. n.2 (1), 1992, p. -104.
- _____. *Caminhos da Reforma Sanitária*. Lua Nova. N.19, 1989, p. 123-140.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Inovação Política, Distributivo e Crise: a política de saúde nos anos 80 e 90*. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, n. 3, v.39, 1996.
- COMPARATO, Fábio Konder. *A Nova Cidadania*. Revista de Cultura e Política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 28-29, 1993.
- CALDERÓN, A. I. *Participação Popular: uma na lógica da função governativa*. São Paulo em Perspectiva, 9 (4), 1995.
- DALLARI, A. A. *Município e Participação Popular*. In: revista do Direito Público, v. 14, n. 57-58, 1981, p. 209-221.
- DANIEL, Celso. *As Administrações Democráticas e Populares em questão*. Espaço e Debates. São Paulo: Ed. Bandeirantes, n. 30, Ano X, 1990, p. 11-27.

- DRAIBE, Sonia Míriam. *Qualidade de Vida e Reformas de Programas Sociais: o Brasil no cenário latino-americano*. Revista de Cultura e Política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 31, 1993, p. 05-26.
- _____. *As Políticas Sociais e o Neoliberalismo*. Revista USP, n. 17, 1993, p. 37-101.
- ELSTER, J. *Marxismo, Funcionalismo e Teoria dos Jogos*. Revista de Cultura e Política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 17, 1989.
- FERREIRA, Anna L. Salles; ALMEIDA, Marco Antônio. *Santos: o desafio de ser governo*. Revista Polis, n.º 18, Instituto de Estudos e Assessoria em Políticas Sociais, São Paulo, 1994.
- GUTMANN, Amy. *A Desarmonia da Democracia*. Revista de Cultura e Política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 36, 1995.
- IANNI, Octávio. *São Paulo Perspectivas*, 8(I), jan /mar, 1994, p. 01-12.
- JACOBI, Pedro. *Estado e Movimentos Populares: a saúde posta em questão*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez Ed. ABR, 1983.
- _____. *Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: apontamentos para o debate*. Revista de Cultura e Política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n.º 20, 1990.
- HABERMAS, J. *Três Modelos Normativos de Democracia*. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. São Paulo, CEDEC, n. 36, 1995.
- LIMA JÚNIOR, Olavo B. & SANTOS, Wanderley G. *Esquema Geral para a Análise de Políticas Públicas: uma proposta preliminar*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, n. 10, v. 2, 1976.
- LAUREL, Asa Cristina. *A Política Social em Crise: uma alternativa para o setor da saúde*. Cadernos de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP, n. 2, 1993, p.25-30.
- MALLOY, J.M. *A Política de Previdência no Brasil: participação e paternalismo*. Dados. n. 13. Rio de Janeiro, 1976.
- NAVARRO, Vicente. *Produção e Estado do Bem-Estar: o contexto político das reformas*. Revista de cultura e política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 28-29, 1993, p.157-161.

- NUNES, Edison; JACOBI, Pedro. *Movimentos Populares Urbanos, Participação e Democracia*. 4.º ANPOCS, Rio de Janeiro, out. , 1980, xerox.
- O'DONNELL, G.& OZLAK, O. *Transição Democrática e Políticas Sociais*. Revista de Administração Pública, out/dez 1987; 21(4).
- PEREIRA, Carlos. *A Política Pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária Brasileira -1985/1989*. Dados. Revista de Ciências Sociais. V.39, N.3. Rio de Janeiro, 1996, p.427-506.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Uma Interpretação da América Latina: a crise do Estado*. Revista de Cultura e Política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 37, 1993.
- PRZEWORSKI, Adam. *A Falácia Neoliberal*. Revista de Cultura e Política: Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 28-29, 1993.
- _____. *Marxismo e Escolha Racional*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 6, v.3, 1988.
- REIS, F. W. *Identidade, Política e a Teoria da Escolha Racional*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 6, v.3, 1988.
- RIBEIRO, Luiz César & CARDOSO, Antônio Lúcio. *Planejamento Urbano no Brasil: paradigmas e experiências*. Revista Espaço e Debate, n. 37, São Paulo: Ed. Bandeirantes, 1994, p. 77-89.
- RIBEIRO, Renato J. *Iniciativa e Decisão Popular*. Revista USP, n. 06, São Paulo, 1978, p.28-38.
- SILVA, Paulo V. & PEDONE, Luiz. *Formação de Políticas de Governo: o caso brasileiro*. Revista Brasileira de Estudos Políticos. Belo Horizonte, n. 2, v. 2, 1988.
- SILVA, Pedro L. B. *Políticas Governamentais e Perfis de Intervenção: reflexões acerca da análise da intervenção estatal*. Revista de Administração Pública, ano 20, n.2, abril-junho, 1986.
- SOUZA, Celina Maria de. *Gestão Local e Gestão Metropolitana: um falso dilema?*. Espaço e Debates. São Paulo: Ed. Bandeirantes, n. 30, Ano X, 1990, p. 56-60.

- UNGLERT et al.. *Acesso aos Serviços de Saúde: uma abordagem da geografia em saúde pública*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, n. 21 (5), 1987.
- VIANNA, Maria Lúcia T. Werneck. *A Emergente Temática de Política Social na Bibliografia Brasileira*. BIB-Anpocs. Rio de Janeiro, n. 28, 2.º sem., 1989, p. 03-28.
- VILLAS-BOAS. *São Paulo: conflitos e negociações na disputa pela cidade*. Revista Polis, n.º 23, Instituto de Estudos e Assessoria em Políticas Sociais, São Paulo, 1996, p. 74.

• DOCUMENTOS OFICIAIS

- BRASIL. Decreto-lei n. 99.438 de 07 de agosto de 1990. *Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências*.
- BRASIL. *Norma Operacional Básica*. SUS, 1996.
- FUNDAÇÃO PEDROSO HORTA. *Proposta de Governo*. 1982.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Diretor de Saúde 1992-1993, Módulo I*.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Diretor de Saúde 1992-1993, Módulo II: Atividades, programas e propostas desenvolvidos no período de 1989 a 1992*.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Departamento de Saúde Pública. 1980.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Departamento de Saúde Pública. 1976-1978.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. *Relatório final da Comissão Mista para estudo de um sistema integrado de saúde em São José dos Campos*. 1979.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Decreto-Lei n. 7043 de 31 de maio de 1990. *Dispõe sobre aprovação do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de São José dos Campos*.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução n. 01/90. *Dispõe sobre a regulamentação da I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1990.

- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Decreto-Lei 7125 de 27 de setembro de 1990. *Institui a I Conferência Municipal de Saúde*. 1990.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Decreto-Lei 7789 de setembro de 1992. *Dispõe sobre a convocação da II Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1992.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Decreto-Lei n. 8537 de 28 de setembro de 1994. *Dispõe sobre a convocação da III Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1994.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Decreto-Lei n. 8976 de março de 1996. *Dispõe sobre a convocação da III Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1996.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. *Regimento Interno da I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1990.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. *Regimento Interno da II Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1992.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. *Regimento Interno da III Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1994.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. *Regimento Interno da IV Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1996.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. *Síntese das propostas elaboradas nas 09 pré-conferências regionais com a participação de 412 pessoas e de 300 delegados*. 1994.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Relatório Final: O sistema único de saúde que queremos*. S/d.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Documento Tese*. 1992.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Regimento Interno e Documento Guia. IV Conferência Municipal de Saúde*. 1996.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório IV Conferência Municipal de Saúde*. 1996.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Avaliação dos resultados alcançados quando as deliberações da conferência passada (18/1/94)*. 1996.

- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Conselho Municipal de Saúde (COMUS): Regimento Interno dos Conselhos Gestores de Unidades (CGU'S)*. 1995.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *O Modelo Técnico Assistencial de São José dos Campos. III Conferência Municipal de Saúde*. 1994,
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Sumário de trabalho (1989-1990)*. 1990.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatórios sobre os temas de debate da I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1992.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Conclusões e recomendações da I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos: Municipalização é o Caminho*. 1990.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório n. 001/1990: avaliação da I Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos*. 1990.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Avaliação dos Serviços Básicos de Saúde (1989-1992)*. 1992.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório da Plenária Final da I Conferência Municipal de Saúde*. 1990.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Prefeitura Municipal de São José dos Campos. *Relatório "Plano Preliminar"*. 1961.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Prefeitura Municipal de São José dos Campos. *Estudos e Planos Setoriais (1961-1964)*. S/d.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Prefeitura Municipal de São José dos Campos. *Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado de São José dos Campos*. 1994.
- SÃO PAULO. *Sistema Único de Saúde: a saúde bucal no Estado de São Paulo*. 1994.

- **JORNAIS**

SÃO PAULO. Folha de São Paulo. 25/09/98. pp 03

SÃO PAULO. Folha de São Paulo. 03/08/97. pp 03

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Vale Paraibano. 24/09/96. pp 03.