



**Alessandra Maia Terra de Faria**

**Participação e Representação: as políticas públicas de  
saúde no Rio de Janeiro**

**Tese de Doutorado**

Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutora pelo Programa de  
Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Luiz Jorge Werneck Vianna

Rio de Janeiro,  
abril de 2014



**Alessandra Maia Terra de Faria**

**Participação e Representação:  
as políticas públicas de saúde no Rio de Janeiro**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Departamento de Ciências Sociais do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof. Luiz Jorge Werneck Vianna**

Orientador  
Departamento de Ciências Sociais – PUC-Rio

**Prof. João Trajano de Lima Sento-Sé**

UERJ

**Prof. Paulo Mesquita d'Avila Filho**

UERJ

**Profa. Maria Alice Rezende de Carvalho**

Departamento de Ciências Sociais – PUC-Rio

**Prof. Marcelo Tadeu Baumann Burgos**

Departamento de Ciências Sociais – PUC-Rio

**Profa. Mônica Herz**

Coordenadora Setorial do Centro  
de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 11 de abril de 2014

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

### **Alessandra Maia Terra de Faria**

Graduou-se em Ciências Sociais na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2005) e é mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2008). É professora de Teoria Política no Departamento de Graduação em Ciências Sociais da Puc-Rio ( desde 2009), e professora visitante no curso de Especialização em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos do Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (DIHS) / Fiocruz ( desde 2013). Membro da Associação Brasileira de Ciência Política desde 2008.

#### Ficha Catalográfica

Faria, Alessandra Maia Terra de

Participação e representação : as políticas públicas de saúde no Rio de Janeiro / Alessandra Maia Terra de Faria ; orientador: Luiz Jorge Werneck Vianna. – 2014.

297 f. : il. (color.) ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Ciências Sociais, 2014.

Inclui bibliografia

1. Ciências Sociais – Teses. 2. Participação. 3. Representação. 4. Políticas públicas. 5. Saúde. 6. Conselhos. 7. Cidade. I. Vianna, Luiz Jorge Werneck. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Ciências Sociais. III. Título.

CDD: 300

## Agradecimentos

À Luiz Jorge Werneck Vianna, meu orientador, pela acolhida, e por me instigar e questionar sobre minhas avaliações. Suas observações foram cruciais para a realização deste trabalho, sua escuta e leitura paciente forjaram minha formação ao longo dos últimos anos.

À Paulo d'Avila, pela parceria e trabalho sobre a Câmara Municipal, e contribuição fundamental à minha formação.

Aos membros da banca examinadora, por gentilmente se disporem a ler e debater este trabalho.

À Adrian Lavallo, Marcelo Jasmin, Bernardo Ferreira, Christian Lynch, Fernando Abrúcio, Euzenéia do Nascimento, Débora Rezende de Almeida e Rogério Arantes pelas contribuições teóricas e metodológicas de muitos comentários recebidos sobre partes da pesquisa apresentadas em diferentes grupos da Anpocs.

A todos os membros do Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman – DIHS – Ensp-Fiocruz, e em especial à Vera Lúcia Marques da Silva, pela parceria de trabalho e amizade.

A todos os professores e secretárias do Departamento de Graduação e Pós-Graduação em Ciências Sociais da Puc-Rio, que acompanharam a minha trajetória acadêmica desde o início do mestrado em 2006, e à Sarah da Silva Telles pelo apoio tantas vezes recebido.

À Angela Randolpho Paiva, Maria Alice Rezende de Carvalho e Valter Sinder

cujas discussões apresentadas em sala de aula se constituíram em importantes bases para a construção desta tese.

À José Eisenberg pelos debates sobre diferentes tradições da política brasileira.

À Paulo Pinheiro e Anabelle Macedo Silva pelas entrevistas concedidas. A todos os conselheiros e conselheiras cujo anonimato foi preservado, pelas entrevistas concedidas.

Ao amigo e parceiro de trabalho Paulo Flores Durán, pelas muitas discussões sobre conselhos no Rio de Janeiro, e sua querida esposa e amiga Natalia Pacini Albuquerque.

Aos amigos queridos Bruno Borges, Rosi Machado, Carla Soares, Luiz Fernando Pereira, Paulo Jorge Ribeiro, Marcello Sorrentino, Patrícia Coralis, Jonas Lana, Antônio Engelke, Olivia Hirschman, Amanda Siqueira, Tatiana di Sabatto, Felipe Maia, Vladimyr Lombardo Jorge, Paulo Cerqueira, Aparecida Maria Abranches, Helga Gahyva, Maria Abreu, Ana Paola Frare, Darlan Montenegro e Fernanda Tripolli.

Ao carinho especial de Daniela Tranches de Mello, amiga inseparável nas alegrias, lutas e persistência.

À querida amiga Ana, pela leitura crítica do texto, por sua companhia e de Frederico, casal com quem dividi intensamente as preocupações de doutoranda.

À minha mãe, irmãs e familiares por todo apoio e carinho.

À Luiz Eduardo, pelo amor.

Aos meus filhos, Matheus, Nathalia e Pedro, com quem exercito paciência, afeto e sonhos, diariamente.

À PUC, pelos auxílios concedidos, sem os quais não teria sido possível realizar este trabalho.

## Resumo

Faria, Alessandra Maia Terra; Vianna, Luiz Jorge Werneck. **Participação e Representação: as políticas públicas de saúde no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2014. 297p. Tese de Doutorado - Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O estudo de caso selecionado sobre a participação na política municipal de saúde no Rio de Janeiro analisa o processo de institucionalização do Conselho Municipal (CMS) e dos Conselhos Distritais de Saúde (CODS), e sua regulamentação por iniciativas da Câmara Municipal (CM), tendo em vista os preceitos constitucionais de 1988 ao longo dos últimos 25 anos, com ênfase no período entre 2009 e 2013. Foi analisada a concomitante consolidação da Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital do Rio de Janeiro, sua fundação, ampliação e funcionamento e enfatizadas as ações participativas recentes promovidas por setores do Ministério Público do Rio de Janeiro. A partir de análises comparativas, a pesquisa buscou situar a perspectiva própria da cidade. Considerada a dinâmica nacional, pontuou-se a lógica municipal, posta em fricção com a experiência distrital. A sistematização dos parâmetros legais das políticas públicas de saúde, o escrutínio das atas, impressão de observação participante nas Plenárias, audiências públicas, entrevistas e documentos de reuniões oitivas do Ministério Público contribuíram para a análise proposta. As reações da política carioca à perspectiva de municipalização anterior a 2008, a crise da saúde na cidade e as forças políticas resistentes foram problematizadas em perspectiva histórica. Destacaram-se enquanto pontos cruciais de dissenso político o novo modelo das OS ( Organizações Sociais) em processo de implantação pela prefeitura, e a proposta recente da Nova Empresa de Saúde da cidade – a RioSaúde.

## Palavras-chave

Participação; representação; políticas públicas; saúde; conselhos; cidade.

## Abstract

Faria, Alessandra Maia Terra;Vianna, Luiz Jorge Werneck. (Advisor) **Participation and Representation: the health public policies in Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2014. 297p. PhD. Thesis - Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The case study about the participation on the Rio de Janeiro Municipal health policies analyses both the process of institutionalization of the Conselho Municipal (CMS) and the Conselhos Distritais de Saúde (CODS) and their regulamentation by initiatives of the Câmara Municipal (CM), taking into consideration the constitutional principles of 1988 over the past 25 years, with emphasis on the period between 2009 and 2013. The concomitant consolidation of the Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital do Rio de Janeiro is also analyzed, as well as its founding, growth and functioning, concentrating on the recent participative actions promoted by sectors of the Ministério Público of Rio de Janeiro. Based on comparative analyses, the research tried to point out the city's own perspective. Taking into consideration the national dynamic, the research contrasted the municipal logic with the district experience. The systematization of the legal framework of public health policies, meetings notes, participatory observation of meetings, public audiences, interviews and documents of the Hearing Sessions of Ministério Público were all used to construct the present analysis. Reactions of Rio de Janeiro's politics to the then possible municipalization prior to 2008, the health crisis in the city and the political forces that resisted were considered in a historical perspective. The crucial points of political dissent concentrated on the new model of OSes (Organizações Sociais) that were being implemented by the Prefeitura Municipal and the proposal of a new health office for the city called RioSaúde.

## Keywords

Participation; representation; public policy; healthcare; councils; city.

## Sumário

1. Introdução	16
2. O momento constituinte e o contexto participação <i>versus</i> representação no Brasil	30
2.1. Transbordamento e associativismo	44
2.2. Oposição e conjuntura constituinte	49
3. O município e a saúde: uma análise a partir da tensão entre participar e representar na ANC	62
3.1. O município entre representar e participar	62
3.2. A questão da participação municipal na Saúde e a proposta de Reforma Sanitária na ANC	82
4. O Ministério Público e a ANC	93
4.1. A representação como defesa	96
4.2. Conflitos internos ao Ministério Público	103
5. O marco legal municipal – Leis Orgânicas, Fundo Municipal, Secretaria Municipal de Saúde e a estruturação dos Conselhos de Saúde no Rio de Janeiro	109
5.1. Das Leis Orgânicas e sua concretização no município do Rio de Janeiro	110
5.2. A representação formal refratária à municipalização e forças políticas resistentes na cidade em perspectiva histórica	124
6. A dinâmica específica da cidade Rio de Janeiro – a participação municipal e distrital em questão – momentos de institucionalização	135
6.1. O momento de institucionalização municipal – a Lei Orgânica 1.746/91	137



6.2. O Momento de institucionalização distrital – a Lei 2011/1993	142
7. “Quem conhece o SUS?” A dinâmica específica da cidade do Rio de Janeiro, a participação municipal e distrital em questão e a reconfiguração no momento 2009-2013	151
7.1. “Tá vendo, obrigado pela lei!” – a aprovação da eleição para presidência do CMS-RJ	160
7.2. Fiscalização no CMS- O difícil controle da “metamorfose” das OSs	168
8. A dinâmica distrital na cidade do Rio de Janeiro – “a voz da comunidade para o fomento das políticas públicas”	176
8.1. Perfil dos conselheiros distritais	183
8.2. A filiação partidária nos CODs: “para quê serve o conselho?”	188
8.3. A Riosaúde – um “braço mecânico” da saúde na cidade	192
9. A Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital	198
9.1. As ações civis públicas	209
10. Conclusão	215
11. Referências Bibliográficas	219
12. Anexos	243

## Lista de abreviaturas

Ações Integradas de Saúde (AIS)  
Assembleia Nacional Constituinte (ANC)  
Associação Brasileira de Imprensa (ABI)  
Câmara Municipal do Rio de Janeiro (CMRJ)  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)  
Comissão Intergestores Bipartite (CIB)  
Comissão Intergestores Tripartite (CIT)  
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)  
Conselho Municipal de Saúde (CMS)  
Conselho Nacional de Saúde (CNS)  
Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)  
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)  
Conselhos Distritais de Saúde (CODS)  
Constituição Federal (CF)  
Emenda Popular (EP)  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)  
Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)  
Federação de Moradores de Nova Iguaçu (MAB)  
Fundo Municipal de Saúde (FMS)  
Fundo Nacional de Saúde (FNS)  
Grupos Executivos Locais (GELs)  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)  
Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS)  
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)  
Ministério da Saúde (MS)  
Movimento Popular em Saúde (MOP)  
Norma Operacional Básica do SUS (NOB)  
Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)  
Nova Empresa Municipal de Saúde (RioSaúde)

Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde (OMS)/(OPAS)  
Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)  
Partido Comunista do Brasil (PC do B)  
Partido Democrático Trabalhista (PDT)  
Partido dos Trabalhadores (PT)  
Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC)  
Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital (PJTCSCAP)  
Programa Saúde da Família (PSF)  
Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf)  
Programa Saúde da Família (PSF)  
Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)  
Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte (RIANC)  
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)  
Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Sesdec-RJ)  
Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SinMed-RJ)  
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC)  
Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS)  
Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE).  
Sistema Único de Saúde (SUS)

## Lista de quadros

Quadro 1 – Emendas populares	39
Quadro 2 – Constituições e o MP	105
Quadro 3 – Prefeitos do Rio de Janeiro	125
Quadro 4 – Composição do Colegiado CMS-RJ – Titulares e Entidades – 2012-2015	166
Quadro 5 – Áreas Programáticas e CODS	181

## Lista de tabelas

Tabela 1 – Municípios MUNIC 2011	112
Tabela 2 – Repasses da União aos municípios do Rio de Janeiro – Exercício 2013	116
Tabela 3 – Municípios e Conselhos no Brasil – Total com Conselho Municipal de Saúde, por algumas características do conselho, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2011	123
Tabela 5 – Impacto das OSs	175
Tabela 6 – Profissões dos CODs	186
Tabela 7 – Nível educacional dos conselheiros distritais	187
Tabela 8 – Filiação partidária	189

## Lista de ilustrações

Mapa 1 – Mapa da participação social- territorialidade dos CODS – distribuição nos Bairros e Distritos	179
---	-----

*E a Musa urbana, a Musa anônima, é como o riso e o soluço, a chalaça e o suspiro dos sem-nome e dos humildes.*

João do Rio, 1905

# 1 Introdução

O Brasil é um Estado Democrático instituído pelos representantes do povo brasileiro<sup>1</sup>, onde a Constituição prevê a concomitância de formas participativas e da representação baseada no sufrágio universal. Já se esboça nela, portanto, uma concepção pluralista da sociedade, que prescreve a política como um espaço que deve estar aberto a uma pluralidade de organizações – partidos, sindicatos, conselhos e associações sociais. A observação do processo de institucionalização e regulamentação dessas formas participativas a partir de 1988 inclui a ampla organização de procedimentos representativos em espaços ditos participativos. Nesse sentido, vale ponderar sobre a regulação da participação, em face de sua dinâmica e instituição contígua à representação.

Esta tese se insere na investigação dos temas da participação e da representação no gradual e lento processo histórico de fortalecimento das instituições democráticas da sociedade brasileira a partir de 1988. O estudo de caso selecionado sobre a participação na política municipal de saúde analisa o processo de institucionalização do Conselho Municipal (CMS) e dos Conselhos Distritais de Saúde (CODS) do Rio de Janeiro, bem como sua regulamentação por iniciativas da Câmara Municipal (CM), tendo em vista os preceitos constitucionais de 1988 ao longo dos últimos 25 anos, com ênfase no período entre 2009 e 2013.

A principal hipótese conjectura se a perspectiva teórica da tensão entre a representação e a participação apresenta rendimento para a análise do processo político de inovação institucional e regulamentação da participação municipal no Rio de Janeiro. Ao invés de considerar qual seria a melhor forma de representação, ou idealizar a participação como forma de resolução da política,

---

<sup>1</sup> BRASIL. Preâmbulo. In: Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2012, p. 4. “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos...”, grifo nosso.



optou-se por analisá-las a partir dos conflitos que elas suscitam entre si. O propósito foi, a partir dos momentos de disputa e tensão entre participação e representação, mapear informações sobre as maiores dificuldades que a sociedade enfrenta na dinâmica que envolve participação e representação de interesses, e acumular informações sobre os atores e grupos de pressão relevantes nas lutas por mudanças políticas. No sentido clássico de Victor Nunes Leal<sup>2</sup>, importa menos discutir um municipalismo ideal do que compreender alguns aspectos de como a esfera própria do município teria se ampliado ou restringido politicamente.

A precária efetivação das políticas públicas de saúde no Rio de Janeiro, por si só, dimensiona o ruído e distanciamento dos anseios sociais em relação à política pública oferecida na cidade. Na análise de dados proposta recentemente pelo Ministério da Saúde via Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – IDSUS<sup>3</sup> no Rio de Janeiro, o quadro de informações coletadas em 2008 situou o estado na terceira pior posição na classificação nacional e, o município do Rio de Janeiro obteve a pior situação entre os municípios das capitais. A precariedade constatada traz o desafio de uma realidade que toma forma e sentido se interpretada do ponto de vista das condições históricas estaduais e municipais. A desigualdade de renda também gera distorções na saúde. A cidade do Rio de Janeiro além de abrigar 50% da população do estado tinha dentre sua população forte participação de pessoas com cobertura de planos de saúde (mais de 50%)<sup>4</sup>. A consequência direta é que muitos não utilizam regularmente o SUS, ou, a grande maioria de usuários do SUS está entre os mais pobres moradores da cidade. Ao

---

<sup>2</sup> Leal (1976), p.59.

<sup>3</sup> O IDSUS foi lançado no dia 1.º de março de 2012, como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada município, estado e para o Brasil. A nota varia de zero a dez, onde os menores escores representariam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no estado ou município considerado. Ainda que do ponto de vista micro, muito seja deixado de lado nesses índices agregados, a base teórica para a construção do IDSUS foi a Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), coordenada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (ICICT/Fiocruz).

<sup>4</sup> De acordo com informações da ANS (Agência Nacional de Saúde) a taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação (Brasil - março/2013), posiciona a cidade do Rio de Janeiro com um percentual de 53,2% da sua população como usuária de plano de saúde ver <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

mesmo tempo, o município apresentava em 2008 uma baixa taxa de cobertura dos programas de atenção básica (ao redor de 6% em 2008)<sup>5</sup>.

Com a epidemia de dengue que assolou a cidade<sup>6</sup>, sem a existência de serviços de média complexidade de 24 horas de atenção, a população se viu obrigada a formar imensas filas nas emergências seja de hospitais privados, seja dos hospitais municipais, estaduais e federais que não tinham condições de atender adequadamente à demanda. A questão era ainda mais dramática nas favelas, territórios em que as condições de vida são precárias, historicamente sem acesso aos serviços médicos de qualidade. É importante não perder de vista que epidemias graves coincidiram com períodos eleitorais (como em 2002 e 2008). A parceria proposta entre governo federal, estado e município, aparecia como um caminho para a articulação de recursos públicos para a cidade. Em 2012, mesmo com aumento em 20,2% dos investimentos em saúde pela prefeitura, a aplicação de recursos por habitante na cidade do Rio de Janeiro conquistou apenas o 64.º lugar entre todos os 92 municípios do estado<sup>7</sup>.

Falar sobre tensões entre participação e representação tendo em vista a agenda para a saúde carioca significa, como ponto de partida, lidar com a insatisfação e a distribuição desigual de recursos públicos no território urbano como dilema persistente. Se há dilemas e insegurança quanto aos resultados das políticas públicas em curso, por outro lado, há visíveis conexões entre a dinâmica municipal e a política nacional. Como observado por Santos e Amorim (2013), nos 20 anos que se seguiram ao reestabelecimento do pluripartidarismo em 1982, a relação do estado do Rio de Janeiro com o governo federal foi marcada pela distância política, e colisão frontal entre governadores e presidentes. O eleitorado

---

<sup>5</sup> Ver sobre o assunto Medici, André. O Índice de Desempenho do SUS. Disponível em: <http://www.monitordesaude.blogspot.com.br/2012/03/o-indice-de-desempenho-do-sus-idsus.html>, consulta em março 2012.

<sup>6</sup> De acordo com os dados epidemiológicos da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro, a epidemia de 2008 foi a mais letal epidemia de dengue do país. Foram mais de 250 óbitos num total de 259.392 casos, dentre os quais, mais 50% na capital fluminense (Sesdec-RJ, 2008). Além da precariedade da moradia urbana, as deficiências nos programas sociais de atenção primária à saúde, como o PSF (Programa Saúde da Família), favoreceram a explosão da epidemia de dengue. Sobre o assunto ver Barros, Machado e Machado (2009) Gabinete de crise: gerenciamento de epidemia no Rio de Janeiro. In: Anais Eletrônicos – Artigos. V Seminário Internacional de Defesa Civil - DEFENCIL São Paulo – 18, 19 e 20 de Novembro de 2009. Disponível em: [http://www.defesacivil.uff.br/defencil\\_5/Artigo\\_Anais\\_Eletronicos\\_Defencil\\_17.pdf](http://www.defesacivil.uff.br/defencil_5/Artigo_Anais_Eletronicos_Defencil_17.pdf).

<sup>7</sup> De acordo com o anuário ‘Finanças dos Municípios Fluminenses’, em 2013 a prefeitura gastou em saúde R\$ 566,65 por pessoa. São João da Barra, que ficou em primeiro lugar, contou com R\$ 3.059. Fonte: Jornal O Dia <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2013/12/19/colocacao-ruim.print>.

do estado sempre esteve mais à esquerda do que as coalizões nacionais entre 1985-2002. O processo que marca a suposta recuperação da influência política do estado no plano nacional, segundo os autores, todavia, esteve condicionado pelo alinhamento ao projeto hegemônico no plano nacional<sup>8</sup> e a reprodução da coalizão partidária que sustenta o governo federal. Desde 2006, a coalizão entre PT e PMDB conseguiu a eleição e reeleição de Sérgio Cabral e Eduardo Paes.

Se o PMDB confirmou sua vocação municipalista continuando como o partido que mais elegeu prefeitos em 2012, sua vitória mais significativa foi a de Eduardo Paes, no Rio de Janeiro. Esse processo político foi acompanhado de amplas modificações na política de saúde da cidade, lastreadas com apoio do governo federal, enquanto respostas emergenciais à crise deflagrada em 2008. Foi em ambiente de caos e ampla insatisfação que surgiram as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, a expansão das Equipes de Saúde da Família – ESFs, a transformação de postos de saúde em Centros Municipais de Saúde – CMS e a expansão das Organizações Sociais – OSs. Esta tese buscou acompanhar esse processo por meio das críticas e tensões presentes nos ambientes de participação social na cidade. O trabalho objetivou delimitar os traços de sua interface com os gestores municipais, mapear como funcionam esses espaços de controle social, os tipos de estratégias políticas que estão disponíveis à sociedade, além de indagar quais são as maiores dificuldades possíveis de se destacar nessa experiência recente. O estudo intencionou agregar informações em resposta a esses questionamentos.

Obviamente, tal processo político foi marcado por insatisfação popular em relação ao prefeito e ao governador reeleitos. Ironicamente, muitas das medidas tomadas se baseavam exatamente no fato de que as eleições legitimavam as ações do executivo na cidade<sup>9</sup>. Se tomada a chave da teoria da representação, a

<sup>8</sup> De acordo com estudo recente de Marcos Nobre, tal processo em espectro amplo faria parte de um “modelo de sociedade que tem no *pemedebismo* do sistema político a forma mais relevante de bloqueio de seu desenvolvimento”, o que seria a fonte mais importante do *conservadorismo* no momento presente. Ver Nobre, 2013, p. 188.

<sup>9</sup> A conferir no Anexo I, a charge de Latuff, a partir de palavras de ordem de junho de 2013 nas ruas da cidade: “**Fora Cabral, vá com Paes!**”, disponível em: <http://latuffcartoons.wordpress.com/2013/08/10/charge-para-sepe4-fora-sergiocabralrj-vai-com-eduardopaes/>. Segundo Bourdieu, em manifestações: “as palavras, palavras de explicitação que fazem ver e crer, ou palavras de ordem que fazem agir de modo organizado, são princípios unificadores da situação e do grupo, signos mobilizadores que permitem constituir a situação, e constitui-la como algo comum ao grupo, contribuindo assim para formar o grupo”. Bourdieu,

insatisfação social quanto ao poder pode ser democrática? Se há uma compreensão de que o conflito<sup>10</sup> de ideias e concepções de mundo faz parte do jogo, sim. Senão, veja-se.

Antonio Gramsci<sup>11</sup> observou que toda linguagem contém os elementos de uma concepção de mundo e de uma cultura; e as diferenças sociais se refletem na linguagem comum. Não obstante, existem diversas concepções de mundo e é na escolha e na crítica da concepção de mundo que a política toma forma. A insatisfação faz parte da linguagem política em uso no Brasil; muitas vezes no esteio de processos ligados apenas a certos homens em particular, a alguns momentos da vida pública ou a alguns setores da vida social. A liberdade de expressão é um dos preceitos salutares e democráticos por definição. O entendimento das várias formas do movimentar-se da sociedade brasileira insta a problematização das estratégias de fluidez e bloqueio da insatisfação política. Em jogo está a concepção de mundo que se deseja, e não apenas a administração dele.

Para discutir a insatisfação política de forma democrática<sup>12</sup>, a partir da fricção entre participar e representar, foi proposta uma análise da rede de formatos que a representação pode assumir – representação da sociedade civil, representação do controle social, possibilidade de representação de interesses, representação funcional, representação enquanto defesa da sociedade – foram algumas das temáticas que a observação da maneira como a sociedade toma forma política permitiram observar<sup>13</sup>. Além do momento eleitoral, e seus representantes,

---

Pierre. “O mistério do ministério: das vontades particulares à “vontade geral””, 2005, p.29, ver também Bourdieu, 2003.

<sup>10</sup> Tema antigo das ciências sociais, desde Maquiavel o conflito político foi analisado como possível animador da República, os conflitos sociais preservariam a liberdade. Como observado por Quentin Skinner (2006, p. 202): “Mas não conseguiram, segundo Maquiavel, apreciar que os “tumultos” da Roma antiga resultavam exatamente de uma intensa participação política, e, portanto, expressavam a mais alta virtú cívica”. Para Gramsci, o estilo de Maquiavel: “é estilo de homem de ação, de quem quer induzir à ação; é estilo de “manifesto” de partido.” (GRAMSCI, apud COUTINHO, 2011, p. 241) Ao que argumenta sobre o conflito, Cícero Araújo observa: “Assim é, desde que os grupos antagônicos consigam encontrar um terreno comum, ainda que movediço, em que possam selar compromissos, mantendo a tensão recíproca em níveis compatíveis com a convivência política.” (ARAÚJO, (2013, p.102). É possível mencionar o conflito de classes segundo Marx, as críticas de Gramsci e a Escola de Frankfurt, até os mais recentes como Foucault, Zizek e Agamben.

<sup>11</sup> GRAMSCI, 1932-33 apud COUTINHO 2011, p. 95-96.

<sup>12</sup> A partir da observação dos momentos de tensão entre o social e o político.

<sup>13</sup> Essas análises partilham de uma percepção de que mesmo a experiência do mundo ocidental é repleta de incertezas e problemas. Nesse sentido, a compreensão da experiência democrática, em que o universalismo de sistemas fechados dá lugar a um universalismo aberto, que se baseia em experiências concorrentes. Sendo assim, é possível pensar na preservação de critérios de legitimidade e princípios fundadores da representação como igualdade, inclusão da

coexistem mecanismos não ligados ao sufrágio universal – a participação social em conselhos, a atuação de movimentos sociais, a interseção junto ao Ministério Público. Neste trabalho, buscou-se pontuar em termos de sociabilidades geradas em contexto democrático os processos pelos quais a insatisfação e pressão política podem ser canalizados, não prevista de forma necessária a associação dos atores sociais à política tal qual se conhece.

Tais assuntos foram pontos discutidos no mestrado<sup>14</sup>, e utilizados para alguma sistematização do debate referente à participação e representação na literatura internacional. Neste estudo, intencionou-se estabelecer sugestões de interface com a literatura brasileira sobre os temas. Em 2009, no início do doutorado, o ponto de partida era pensar a política de forma ampla, o social e o político em intersecção. A tensão entre participação e representação era objeto de investigação. Analisar o ambiente endógeno da representação poderia auxiliar na observação dos conflitos e convergências no espaço de representação, conferidos para a participação em sua própria atuação. Foi essa a motivação inicial das visitas à Câmara Municipal do Rio de Janeiro – CMRJ ainda em 2010.

O estudo das leis aprovadas na última legislatura (2009-2012) sobre a participação popular na cidade, contudo, levou a uma inflexão para fora da Câmara na direção dos Conselhos em questão. O CMS foi criado em 1991, mas foi possível observar uma rede de atores políticos em disputa pela participação popular na cidade. O acompanhamento das audiências, as entrevistas aos vereadores, conselheiros, e a análise da produção legislativa sobre o tema da participação trouxeram novas curiosidades investigativas.

Das leis aprovadas às entrevistas, a atenção dos vereadores aos conselhos apontava indícios do lugar desses enquanto espaço de disputa política na cidade, inclusive no relativo à parcial reconfiguração de procedimentos internos do conselho. Seu estudo apresentou um leque de possibilidades, havia especificidades que englobavam desde a distribuição distrital até mesmo

---

diversidade, responsividade e prestação de contas, mas a partir de uma revisão da forma de como alcançá-los, de modo a incorporar uma visão mais plural da representação política (ver Pierre Rosanvallon, 2006; 2009).

<sup>14</sup> FARIA, Alessandra M. T. Do social e do político: teorias da representação política. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Departamento de Sociologia e Política da PUC-Rio, 2008. Versão reduzida foi publicada em FARIA, A. M. T. *On the Social and the Political: Theories of Political Representation - Beyond the universal suffrage*. Tradução Renato Rezende. Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing AG & Co. KG, 2010.

regulações sobre as competências dos conselheiros. De um único conselho municipal de saúde desdobravam-se dez outros conselhos distritais e subsequentes comissões executivas, plenárias, blogs, conselheiros, atas, audiências públicas e todo tipo de reclamações. Dentre as especificidades a destacar, muitas das modificações legais ocorriam por iniciativa da vereança e, em sua maioria, por intermédio de determinados partidos políticos, dentre eles o PC do B (Partido Comunista do Brasil), o PDT (Partido Democrático Trabalhista) e o PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) na cidade.

A concomitante estruturação e expansão recente (também a partir de 2009), de uma área especial do Ministério Público para a saúde, a chamada Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, e sua interação com os distintos atores, também foi analisada a partir da lógica da tensão entre participação e representação. A iniciativa do programa “Fala Conselho” e as interfaces entre Ministério Público, conselheiros, alguns gestores do poder executivo municipal e vereadores, suas tensões e aproximações fizeram parte de uma análise que buscou avaliar situações, pontuando os conflitos e variados atores envolvidos nos processos de participação popular.

A perspectiva de pensar que a política não está ligada apenas a certos homens em particular, a alguns momentos da vida pública ou a alguns setores da vida social, foi um auxílio para investigar as relações possíveis entre o político e o social. Isso significa uma abertura para a reflexão sobre as interações e conflitos existentes no processo de representação política institucional, com atenção voltada para as contradições entre a esfera de decisão política e os diversos laços de solidariedade e participação sociais estabelecidos ao longo desse processo. A perspectiva da representação política se caracterizou nas disputas por maior participação popular e as limitações impostas pela representação formal às deliberações advindas das novas possibilidades de participação. Nessa reflexão, a democracia não foi considerada apenas um regime de participação política, mas um regime em que é possível pontuar atores que disputam a possibilidade de igualdade em dignidade<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Falar em democracia contemporaneamente significa tratar de tensões constitutivas como semelhança e singularidade, iguais e diferentes, iguais em alguns pontos e diferentes em outros. Rosanvallon, *La société des égaux*, Paris: Seuil, 2011, p.397.

Algumas estratégias já foram observadas no sentido de identificar relações de forças e atores relevantes para a institucionalização da participação popular. Leonardo Avritzer (2009), por exemplo, atribui à peculiaridade da formação do Partido dos Trabalhadores (PT) no Brasil o status de variável chave para o entendimento da introdução histórica de arranjos participativos. Com isso, a conexão entre partidos políticos e sociedade civil para a implantação de formas participativas passa a ser uma ênfase em destaque em que se busca destacar oportunidades de conjuntura, ocasiões propícias para a institucionalização de estruturas participativas, e como os atores políticos se apropriaram ou não das ocasiões para implementar mudanças.

Nesse sentido, a ideia de que o julgamento histórico e político<sup>16</sup> sobre a participação é um traço relevante para a observação do processo de institucionalização dos ambientes participativos, bem como dos diversos atores que contribuíram e ainda hoje contribuem para sua consolidação. É importante enfatizar o entendimento de que no processo de abertura democrática o reforço da participação política, no Brasil, foi um movimento que potencializou algumas transformações da representação política, ainda que não o suficiente se tomadas as expectativas a seu respeito. Esta tese investigou, inclusive, se é possível destacar, no caso do Rio de Janeiro, uma sinergia com a perspectiva da participação, que poderia ser evidenciada dentre alguns atores políticos e partidos, em especial, ao longo do processo representativo. É importante ressaltar esse ponto, pois a questão não tratou de analisar a representação que acontece nos conselhos de políticas públicas como algo do lado de fora do governo representativo; ainda que conte com participantes externos ao governo.

O desenho do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e as implicações da sua articulação interna, que historicamente prevê a composição do seu colegiado com membros oriundos de dez diferentes Conselhos Distritais da cidade, é um exemplo de formato participativo existente hoje no Brasil que a tese objetivou explicitar. Para avaliar os principais traços da dinâmica atual, buscou-se retrazar a sua formação ao longo do tempo. Por isso, o ponto de partida foi o debate constitucional e os princípios dele destacáveis em relação à participação, representação, o município, a saúde, os conselhos e o Ministério Público.

---

<sup>16</sup> Na referência clássica à Finley, Moses. “Líderes e Liderados” In: Democracia Antiga e Moderna. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p.17-54.

Os conselhos em geral dispõem de uma lógica paritária interna de representação para promover a participação da sociedade. Se analisados a partir da proposta de tensão entre representação e participação, de antemão, se pode apontar que a convergência de interesses na deliberação interna do colegiado é um desafio. O colegiado é formado metade por representantes de usuários do SUS, um quarto por representantes do segmento profissionais de saúde, e um quarto por representantes dos gestores e prestadores de serviço. De saída, se tomado o modelo de representação formal, segundo Pitkin (1967), os gestores já trazem as eleições universais que os elegeram enquanto argumento autorizador de suas ações no campo da saúde pública. Já os demais segmentos, podem representar seus interesses corporativos ou privados, ou pautar sua atuação na expectativa de influenciar o governo representativo, no controle, fiscalização e acompanhamento, sem necessariamente se tornar parte dele. Os representantes formais (nomeados pelo executivo eleito por sufrágio universal) coexistem no espaço participativo paritariamente com os escolhidos por segmentos da sociedade organizada, o que faz com que a literatura considere tais espaços colegiados semiparticipativos.

Essa coexistência, para o enfoque da tese, é fonte de atrito constante e ambiente propício para análise da tensão entre participação e representação. O objetivo crucial é ressaltar onde estaria o principal espaço de resistência política e o ambiente permeável para a canalização das insatisfações sociais. Isso porque a participação dos segmentos não-governamentais, na discussão da política pública, está prevista para o seu controle e seu acompanhamento e não necessariamente para fazer dos conselheiros membros do governo municipal, enquanto a participação dos representantes do governo visa o fortalecimento da política pública que interessa ao executivo municipal.

A perspectiva de espaços participativos – conselhos de políticas públicas, orçamentos participativos<sup>17</sup> e planos gestores – surgiu no Brasil exatamente do argumento de que a política municipal passava longe das demandas da população. Era preciso, se pensada uma política pública consoante às expectativas da população, que canais participativos fossem postos em prática.

---

<sup>17</sup>Uma premissa importante para os estudos sobre participação política foi apresentada em estudo sobre o orçamento participativo – OP de Porto Alegre. A análise do OP enquanto experiência democrática que amplia a participação política, a partir da proposta de novos canais de intermediação de interesses entre a sociedade e o Estado, não pode ser considerada de forma infensa à assimetria de poder entre os atores sociais. Ver D’Avila Filho, 2000. Outra referência hábil sobre as articulações participativas no OP é Baiocchi, 2003.



## Esquema de Capítulos

Destarte, a tese, para testar a análise proposta a partir da tensão entre participação e representação, foi dividida em dois momentos distintos, a saber: o momento constituinte no Brasil e os conselhos de saúde na cidade do Rio de Janeiro. A institucionalização dos preceitos constitucionais nos conselhos de saúde da cidade do Rio de Janeiro foi matizada a partir da ênfase dos momentos de tensão, em análise comparativa entre a dinâmica municipal do Conselho Municipal de Saúde, e seus atritos e convergências em relação aos Conselhos Distritais de Saúde – CODS. A interface com o Ministério Público, mediando as tensões entre esses espaços, e a gestão de saúde pública e privada também foi analisada, bem como alguns de seus próprios conflitos internos de atuação na cidade.

De acordo com o já mencionado, no esteio do argumento de Leal (1976), o momento histórico de ampliação da autonomia dos municípios em geral foi tomado como ponto de partida sobre a participação do controle social no acompanhamento da gestão da política pública na cidade.. Para tanto, o trabalho partiu da análise das discussões sobre o município, a representação e a participação na constituinte de 1988. Foi na constituinte também, o marco de aprovação da proposta mobilizada pelo Movimento Sanitário brasileiro e criação do Sistema Único de Saúde – SUS; bem como previstas as atribuições do controle social das políticas públicas de saúde a serem efetivadas pelos conselhos nos âmbitos do município, do estado e nacional. A ressaltar que foi o mesmo momento histórico em que a revisão da atuação e novas atribuições do Ministério Público foram formuladas. Sendo assim, o Segundo capítulo tratou do momento constituinte e do contexto participação *versus* representação no Brasil. Foram propostas observações do ponto de vista do transbordamento e associativismo social durante a oposição ao governo militar e o ambiente da conjuntura constituinte. A análise comunitarista da constituinte aberta à experimentação permitiu estabelecer relações com a perspectiva de representação em aberto, do qual trata a discussão da pluralização da representação, e que tem impactos significativos para a análise dos ambientes participativos nos conselhos. O

terceiro capítulo, por sua vez, analisou a partir da tensão entre participar e representar, as esferas do município e da saúde na Assembleia Nacional Constituinte – ANC. A participação municipal na saúde fez parte de um processo histórico de aprovação da Reforma Sanitária na ANC. O quarto e último capítulo referente ao momento constituinte observou as discussões sobre a autonomia do Ministério Público, tendo em vista suas novas atribuições, a possibilidade de *representação como defesa* e os conflitos internos ao próprio MP.

A forma como alguns dentre os mais variados representantes (de movimentos organizados, do direito, do legislativo, da sociedade) se conectaram ou interpretaram a sua atuação em relação ao mundo popular forjou modos<sup>18</sup> diferenciados de representação. Dentre vários tipos de representação observada, em especial, interessou o modo de representar que se alia à perspectiva da luta por mais espaços de participação na política de diferentes cidades do Brasil, à época, e os embates em torno da possibilidade e do bloqueio às perspectivas participativas. O destaque foi dado às propostas dos conselhos de políticas públicas contiguamente à discussão sobre a competência dos vereadores, já no momento constituinte. Destacou-se também o debate da saúde do ponto de vista público e privado, já presente na constituinte.

A segunda parte da tese abordou distintas perspectivas que qualificam a atuação dos diferentes conselhos de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Primeiramente, no quinto capítulo, foi tratado o marco legal municipal que se desdobrou das decisões constituintes. Foram analisadas as Leis Orgânicas a nível nacional, a perspectiva do Fundo Municipal, a estruturação da Secretaria Municipal de Saúde e a estruturação dos conselhos de saúde no Rio de Janeiro. A pesquisa usou de dados comparativos entre os municípios brasileiros, disponíveis de diferentes fontes, para poder situar a perspectiva própria da cidade. As reações da política carioca à perspectiva de municipalização anterior a 2008, a crise na saúde da cidade e as forças políticas resistentes foram problematizadas em perspectiva histórica.

---

<sup>18</sup>Tive a oportunidade de assistir, ainda estudante de mestrado, à defesa da tese de Cristina Buarque de Holanda, depois publicada, que estimulou à época meu interesse sobre o estudo da representação e seus dilemas inerentes. A referida pesquisa contribui para o entendimento sobre os modos da representação política na história do Brasil. Ver HOLANDA, Cristina Buarque. 2009. *Modos da Representação Política: O Experimento da Primeira República Brasileira*. Belo Horizonte. UFMG. A autora se vale do que caracteriza como modos de tradução política do tema da representação na Primeira República: a representação como substância, a representação como verdade e a representação como farsa.

O sexto capítulo tratou da dinâmica específica da cidade, dos momentos em que de fato foram institucionalizados o Conselho Municipal de Saúde pela aprovação da Lei Orgânica 1.746/1991e, em perspectiva comparada uma vez mais, o momento de institucionalização distrital, com a aprovação da Lei 2.011/1993. A avaliação do processo de criação e institucionalização do CMS, e posteriormente os CODS, tiveram em comum em sua implantação e regulamentação algum contato com membros do Legislativo Municipal. A tese qualificou esses contatos, e pontuou as origens e inspirações políticas dos principais atores envolvidos, bem como seus contatos com a base de movimentos da sociedade organizada. No pleito de 1988 foram eleitos os vereadores que propuseram a Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde em 1991. A experiência histórica distrital e sua especificidade foram discutidas, bem como a histórica eleição interna de um conselho distrital que elegeu um presidente do segmento de usuários em 1994, pela primeira vez na cidade.

A alteração legal de 2009, a especificidade das modificações terem ocorrido por iniciativa da vereança, foi tratada no capítulo seguinte. O conteúdo da Lei 5.104 de 2009, de autoria do vereador Paulo Pinheiro despertou curiosidade sobre o processo de sua aprovação, bem como sobre o modelo das Organizações Sociais em processo de implantação pela prefeitura na cidade. A lógica municipal e distrital foi posta em fricção, a partir do escrutínio das atas disponíveis das reuniões do Conselho Municipal –CM e da impressão de observação participante nas plenárias, analisadas em perspectiva comparada com informações das atas de conselhos distritais da cidade, bem como entrevistas aos conselheiros.

Sendo assim, o sétimo capítulo trata das modificações advindas da lei mencionada. A pergunta “Quem conhece o SUS?”, ilustra as disputas em torno da legitimidade do segmento usuários no controle social da cidade. Nesse capítulo a dinâmica da primeira eleição para presidente do CMS é avaliada, a partir das tensões provocadas pela continuidade do secretário de saúde municipal à frente da presidência do CMS, bem como a observação de que a contestação política existente em seu interior frequentemente tem sua origem nas demandas dos CODS. Outro ponto nevrálgico de tensão na cidade – a fiscalização no CMS das Organizações Sociais na cidade – também foi discutido.

O perfil específico dos conselheiros distritais na cidade é apresentado no oitavo capítulo, a partir da comparação metodológica com o colegiado do CMS.

Assuntos como a territorialidade dos CODS, a função do controle social a partir dos conselheiros, a filiação partidária, nível de escolaridade, profissões e diferenciação de gênero foram nele apresentadas. A proposta recente da Nova Empresa de Saúde da cidade – a RioSaúde, também apareceu enquanto um ponto de conflito explícito.

O nono e último capítulo trata da recente criação e consolidação da área de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, no Ministério Público do Rio de Janeiro. Essa foi uma descoberta de pesquisa em um dia de participação na reunião plenária do CMS. Foi feita a descrição de sua fundação, ampliação e funcionamento, do processo que resultou em aumento de uma promotoria para quatro nos últimos quatro anos, todas dedicadas à saúde na cidade. A análise de amplo material cedido sobre o projeto Fala Conselho, trouxe fôlego para as análises feitas a partir das atas, conferências, audiências públicas e entrevistas a que a pesquisa teve acesso.

Atenção especial foi dada para as informações dos dez CODS coexistentes com o CMS na cidade. As ações participativas promovidas pelo Ministério Público, as reuniões oitivas, os termos de ajuste de conduta bem como a judicialização das questões em que não foi possível acordo entre as partes foram discutidas. As ações civis públicas e a perspectiva da judicialização a nível molecular e municipal foram pontuadas.

A ênfase da interface entre conselheiros municipais, conselheiros distritais, vereadores, gestores públicos e privados, profissionais de saúde e o Ministério Público foi o apoio para o entendimento das principais tensões e limitações que a sua coexistência pôde ensejar. Através dos resultados de pesquisa sobre os Conselhos Municipal e Distritais de Saúde do Rio de Janeiro, a tese objetivou demonstrar como apesar do eixo da igualdade formal ser uma conquista, enquanto deliberação no espaço participativo aberto à representantes da sociedade civil organizada, há um processo lento e paulatino de extensão das demais prerrogativas legais dos conselhos (normatização, consulta, fiscalização). A comparação metodológica entre a perspectiva municipal e distrital da participação na cidade e dos modos de representação do controle social visou pontuar como os atores dessas arenas interagem discursivamente e, com isso, conflagram um espaço de disputas políticas, desafiado pela marca da mediação dos gestores municipais na dinâmica de participação em processo de consolidação. Visou

também destacar especificidades das lutas de base pela política de saúde da cidade, da latência do conflito de interesses no distrito, e das dificuldades interpostas no eixo distrito-município; o que permite também destacar distinções entre os diferentes lócus de participação e representação social.

Nesse sentido, a sugestão da discussão sobre a relação entre o Estado e a sociedade, a partir da tensão entre participação e representação, o entendimento sobre novas formas de participação política e o processo de pluralização da representação são temas abraçados com maior ênfase por aqueles que consideram, seja do ponto de análise política, seja do ponto da ação política, a conexão da política (e do Estado) com o mundo popular, um valor positivo.

No Brasil, em especial, a discussão esteve relacionada diretamente ao processo molecular de democratização do país, cujo ponto de inflexão importante para a situação atual esteve nas lutas que permearam o processo de organização nacional da constituinte de 1988, a pressão dos movimentos sociais, a luta por direitos civis, políticos e sociais. Na Carta de 1988, se tomado o contexto municipal, alguns princípios foram destacados na análise que se inicia a seguir. O princípio da representação política e da liberdade para eleger representantes em eleições diretas e livres, por exemplo, concorreu diretamente com o princípio latente de progressiva institucionalização da participação na gestão das coisas da cidade, seja na progressiva institucionalização do SUS, seja no Estatuto da Cidade e nas possibilidades de criação de novos conselhos de políticas públicas nos municípios.

## 2

### O momento constituinte e o contexto participação versus representação no Brasil

*Estabelecido o princípio de que existem dirigidos e dirigentes, governados e governantes, é verdade que os partidos são até agora o modo mais adequado para elaborar os dirigentes e a capacidade de direção (os “partidos” podem se apresentar sob os nomes mais diversos, mesmo sob o nome de antipartido ou de “negação dos partidos”; na realidade, até os chamados “individualistas” são homens de partido, só que gostariam de ser “chefes de partidos” pela graça de Deus ou da imbecilidade dos que os seguem). [...] [ 15, § 4;3, 324-328]<sup>19</sup>.  
L'idée du droit de suffrage n'est certes pensable que s'il y a reconnaissance de la souveraineté du peuple et usage de la procédure électorale pour désigner des représentants.*

Rosanvallon, Le sacre du citoyen, 1992, p.42

A temática da participação no Brasil teve em Leonardo Avritzer (2009) uma das principais vertentes de sistematização da discussão relacionada à teoria democrática no que diz respeito às instituições participativas. Avritzer argumenta que, na primeira metade do século XX, a teoria democrática rejeitava muitos elementos da teoria participativa, em especial devido à percepção da associação entre participação e irracionalidade<sup>20</sup>. Foi assim observado, seja por Max Weber ou Carl Schmitt, que a participação não necessariamente conduziria a resultados racionais<sup>21</sup>. A partir dessa observação, foram estruturados argumentos como o de Joseph Schumpeter (1942) sobre a soberania, transformando-a em um processo de

---

<sup>19</sup> Gramsci observa que tal divisão é uma criação da divisão do trabalho. Ela é um fato histórico e é possível pensar sob quais condições a necessidade de divisão desapareceria, contudo, a mesma é observável inclusive no seio de cada grupo social. Gramsci apud Coutinho, 2011, p. 233.

<sup>20</sup> AVRITZER, Leonardo. *Participatory Institutions in Democratic Brazil*. Washington: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009, p. 4-5.

<sup>21</sup> AVRITZER, 2009, *ibid*. A principal referência do argumento da irracionalidade e da impossibilidade de associação entre moralidade e verdade, o autor traz da discussão realizada por Habermas em HABERMAS, Jürgen. *Theory of Communicative Action*. Translated by Thomas McCarthy. Boston: Beacon Press, 1984.

autorização do exercício do poder aos membros de corpos políticos representativos<sup>22</sup>.

A perspectiva de arrefecimento da participação, segundo Avritzer (2009), foi contestada a partir dos anos 1970 ao menos em duas direções. A primeira delas por meio do estudo dos chamados novos movimentos sociais na Europa e Estados Unidos. Teorias como as de Alberto Mellucci (1980), Jean Cohen (1985) e Charles Tilly (1985)<sup>23</sup>. A segunda vertente de contestação sobre a importância da participação envolveria o acompanhamento dos movimentos sociais no Leste Europeu e na América Latina em sua reação aos regimes autoritários. O critério de organização da sociedade civil e a percepção de oposição ao autoritarismo está descrita em Jean Cohen e Andrew Arato (1992), Jürgen Habermas (1995), Alvarez, Dagnino e Escobar (1998), Evelina Dagnino (2002) e Sidney Tarrow (2009)<sup>24</sup>. No que se refere ao Brasil, Avritzer (2009) desenvolve o argumento de que a perspectiva de sociedade civil envolvia a ideia de reconstituição dos laços sociais entre os pobres<sup>25</sup>. Naquele momento, a perspectiva de envolvimento também de setores da classe média conjugava o argumento de que a sociedade civil servia enquanto um divisor de águas do que seriam as ações de um governo autoritário e a possibilidade de oposição política a ele<sup>26</sup>.

Avritzer (2009) ressalta que, dentro da própria literatura destinada ao estudo da participação, não há acordo sobre o significado do termo<sup>27</sup>. Ele descreve como ao longo da democratização, as instituições tiveram que se adaptar à participação

<sup>22</sup> SCHUMPETER, Joseph. *Capitalism, socialism and democracy*. New York: Harper, 1942, p. 242. Sobre a discussão ver também AVRITZER, Leonardo. *Democracy and the public space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

<sup>23</sup> MELLUCCI, Alberto. "The symbolic challenge of contemporary movements". *Social Research*, n 52, p. 789-816., 1985; COHEN, Jean L.. "Strategy or identity: New theoretical paradigms and contemporary social movements". *Social Research*, vol 52, n4, p. 663-716, 1985; TILLY, Charles. *The contentious French*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press., 1985.

<sup>24</sup> COHEN, Jean e ARATO, Andrew. *Civil Society and political theory*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1992; HABERMAS, Jürgen. *Between Facts and Norms*. Translated by William Rehg. Cambridge, Mass. MIT Press, 1995; ALVAREZ, Sonia, DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo. *Cultures of Politics, politics of cultures: Re-visioning Latin American Social Movements*. Boulder, Colo.: Westview Press, 1998; DAGNINO, Evelina. *Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, Unicamp, 2002; TARROW, Sidney. *O poder em movimento. Movimentos sociais e confronto político*. Petrópolis: Vozes, 2009.

<sup>25</sup> AVRITZER, 2009, p.7. E ele não estava sozinho nesse argumento. Ver Oxhorn (1995), Alvarez, Dagnino e Escobar (1998).

<sup>26</sup> WEFFORT. "Why Democracy?" In: Stepan, A., ed. *Democratizing Brazil*. New York: Oxford University Press. 1989.

<sup>27</sup>. O autor considera que seu trabalho faz parte de um esforço em direção ao que visa cunhar como "comprehensive theory of participation" ou "a theory of participatory institutions". AVRITZER, 2009, p. 3.

no Brasil. Ainda sobre a imprecisão, a participação contemporânea segundo Adrian Lavallo e Ernesto Isunza (2011)<sup>28</sup> padece do excesso de expectativas nela depositadas, do dissenso sobre os efeitos esperados em relação à sua efetivação e do fato de que qualquer tentativa de ponderar o valor da participação pela sua utilidade equivale a desvalorizá-la ou torná-la secundária em relação ao efeito almejado.

No início dos anos 1970, muito poucas associações existiam no Brasil e a maioria dos cidadãos não participava de associações voluntárias<sup>29</sup>. Isso porque a inserção brasileira na modernidade não contou com uma revolução como em outros lugares da própria América Latina. Segundo Werneck Vianna e Carvalho (2004), não foram demandas sociais, mas uma modernização que partiu do Estado, na forma decidida pela Revolução de 1930 até meados de 1964<sup>30</sup>. Não

<sup>28</sup> A participação seria a um só tempo “categoria nativa da prática política de atores sociais, categoria teórica da teoria democrática, e procedimento institucionalizado com funções delimitadas por leis e disposições regimentais LAVALLE e ISUNZA, 2011, p. 101.

<sup>29</sup> Excetuando-se as ações de guerrilhas e grupos revolucionários, setores da Igreja Católica constituíram a única força de oposição societária ao regime militar até meados da década de 1970. No final dessa década, os protestos contra a ordem política autoritária se intensificaram, com as mobilizações de entidades profissionais e de associações estudantis e com a volta do movimento grevista à cena pública. Ver NORONHA, E. 1991. “Explosão das greves nos anos 80”. In: BOITO Jr., A. *Sindicalismo brasileiro nos anos 80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. No caso do Rio de Janeiro, o contexto inicial deve ser ressaltado. O trabalho do historiador e urbanista Nireu Cavalcanti retrata que no século XVIII havia na cidade uma pluralidade de organizações coletivas (irmãndades, confrarias, academias literárias ou científicas, folguedos ligados às festas litúrgicas, formações militares e maçonarias). O autor teve acesso a vários abaixo-assinados que fizeram parte de processos e denunciavam o jogo de interesses dos diversos grupos organizados que disputavam o poder entre si e com o Estado. A possibilidade de participar a cada um que assim desejasse, para além do círculo familiar, permitia relações menos desiguais entre pessoas de origens diversas. Assim teria sido o caso de um artista mulato chamado Valentim da Fonseca e Silva, que, chegando à cidade, foi aceito na Irmandade de Nossa Senhora da Conceição, que congregava homens pardos e se tornou conhecido pelas obras realizadas na igreja sede de sua organização. Seu trabalho permitiu sua projeção social como o famoso Mestre Valentim. As múltiplas formas de organização relatadas por Cavalcanti não eram tendência isolada do Rio de Janeiro, segundo o autor faziam parte do associativismo culto representado por várias irmandades e membros agregados por profissão em Portugal também na época do setecentos. CAVALCANTI, Nireu. *O Rio de Janeiro Setecentista. A vida e construção da cidade da invasão francesa até a chegada da Corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004, p. 201-202. Michel Conniff também menciona esse momento anterior “*During the late Empire in Brazil, Rio de Janeiro felt the stirrings of a new process, one which would seriously alter the traditional way of life in the city*”. CONNIFF, Michel. “*Voluntary associations in Rio: 1870-1945*”. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol. 17, n 01, p. 64-82, 1975. Conniff confirma que era possível destacar a tendência a formar associações voluntárias para ajuda mútua e proteção. Não tardaria para que essas tendências atingissem o médio proletariado que organizou grupos de interesse em torno do trabalho. Rapidamente a perspectiva de conciliação e reforma surgiria como resposta conservadora a essas mobilizações. Sua consequência, para o autor, foi a progressiva desarticulação das associações com o Estado Novo (1937-1945), o que perduraria até o início dos anos 1970. Sobre a ausência de participação civil e política da população pobre no Brasil nos anos 1970 ver KOWARICK, Lúcio. *A espoliação urbana*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.

<sup>30</sup> WERNECK VIANNA, Luiz.; CARVALHO, Maria Alice Rezende de. Experiência brasileira e democracia. In: CARDOSO, S. (Ed.). *Retorno ao Republicanismo*. Belo Horizonte:



seria o caso de afirmar que a sociedade civil teria imposto limites ao Estado, mas sim o Estado que construiu uma sociedade baseada na ideia de comunidade preconizada por seus intelectuais e buscou radicalizar uma cultura material moderna.

Em virtude dessa posição protagonista do Estado, quando se lançam as bases para a modernização burguesa, coube aos intelectuais do Estado à ação reflexiva para a compreensão do interesse, que sobrepujou possibilidades de um padrão de cooperação social entre os indivíduos. A institucionalidade corporativa era vista por esses intelectuais como a esfera apropriada para a produção do interesse bem compreendido. Esse estado de coisas se modifica profundamente com o regime militar. Para Werneck Vianna e Carvalho (2004), a ideia de consenso é deixada de lado e a coerção passa a ser a forma principal. Nesse sentido, de uma esfera pública, vista anteriormente como ambiente de exercício possível do civismo, os interesses dominantes na esfera privada passam a presidir o momento, e a dimensão econômica deixa de consultar as lógicas do social e da política<sup>31</sup>.

Assim, enquanto no período de 1930 a 1964 pairava um consenso de que o público deveria ter primazia em relação ao privado, tal movimento decapitava as lideranças, com o desmonte das suas organizações livres, e a imposição de estruturas corporativas. Durante a ditadura militar tal lógica se inverte, e as práticas sociais centradas no puro interesse econômico ganharam espaço. O autoritarismo e a histórica tendência à centralização na República brasileira, a modernização às avessas, ganhou força no momento posterior ao golpe de 1964. Como observado por Bolívar Lamounier (1988), as eleições de 1982 marcaram uma nova distribuição real de poder entre os atores políticos, na medida em que as oposições partidárias (à época, PMDB e PDT) conquistaram dez estados. O domínio do governo militar se modificou com a progressiva incorporação de parte

---

Editora da UFMG, 2004. O período é marcado, ao mesmo tempo, por grande efervescência e participação política, tanto pelos canais formais, quanto pelos informais (Carvalho, 1993; Santos, 1993; Werneck Vianna, 1997). Esta efervescência é interrompida com o advento do Estado Novo e o fechamento dos direitos políticos típicos da democracia liberal, assim como os direitos civis passam a constar muito mais no papel do que na prática do Estado, que não hesitaria em violá-los.

<sup>31</sup> WERNECK VIANNA e CARVALHO, 2004, p. 215-217.

significativa da população pobre do país junto a associações populares urbanas na luta por direitos<sup>32</sup>.

A dinâmica sociopolítica de uma sociedade que se urbanizava e se industrializava (Faria, 1983) materializou-se mais fortemente na cena pública a partir do final dos anos 1970, a renovação dos padrões associativos e de articulação de interesses, além de ter criado novos campos de conflito social, potencializou a autonomização política de amplas camadas sociais.

Essa situação se intensifica no limiar dos anos 1980, culminando com a diminuição do domínio militar na política. Em 1983, esses fenômenos se conjugaram a uma profunda crise econômica. O impacto de choques externos, aumento do preço do petróleo e das taxas de juros internacionais, e o endividamento externo da economia brasileira impediam o Estado de manter sua figura de pólo organizador da economia nacional<sup>33</sup>. A estratégia de combate à crise, com medidas recessivas, enfraqueceu as bases de apoio social e político das autoridades governamentais.

Dessa maneira, alterou-se a estrutura de oportunidades políticas. Tal conceito é aplicável para captar as mudanças nas dimensões do sistema político que alteram as oportunidades ou ameaças de ação coletiva por parte de atores que desafiam o sistema político ao afetarem as chances percebidas de sucesso e repressão, de acordo com o sistematizado por Sidney Tarrow<sup>34</sup>. Essa conjuntura facilitou ações contenciosas das oposições visando ao esvaziamento da ordem política autoritária, e também de dissidências dentro do regime. Isso se deu porque estava reduzida a eficácia dos recursos à disposição dos dirigentes para o controle dos processos políticos e sociais.

É possível observar como campos de discussão próximos, àqueles dedicados às análises dos movimentos sociais, sugerem implicações significativas em não

<sup>32</sup> LAMOUNIER, B.; WEFFORT, F.; BENEVIDES, M. eds. *Direito, Cidadania e Participação*. São Paulo: T. Queiroz, 1981; DINIZ, Eli. *Voto e Máquina Política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982; KINZO, Maria D'Alva G. Legal Opposition politics under authoritarian rule in Brazil. The case of MDB, 1966-79. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1988; GOHN, Maria da Glória. *Movimentos sociais e lutas pela moradia*. São Paulo: ed. Loyola, 1991; SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993; CARVALHO, José Murilo. *Cidadania no Brasil: O longo caminho*. Vol 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001; AVRITZER, Leonardo. "Democratization and changes in the pattern of association in Brazil". *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol. 42, n 3, p.59-76, 2000.

<sup>33</sup> Ver SALLUM Jr, B. 2004. "Crise, democratização e liberalização no Brasil". In: SALLUM JR. (org.). *Brasil e Argentina hoje*. Bauru-SP: Edusc.

<sup>34</sup> Ver Tarrow, 1998; Tilly e Tarrow, 2007.

deixar de lado a perspectiva dessa interseção. Alberto Melucci (2001)<sup>35</sup> enfatiza que os movimentos concretos devem ser considerados enquanto realidades históricas complexas e heterogêneas<sup>36</sup>, e que para isso a forma como se interpreta o conflito é relevante.

Pensar a política em movimento, e processos de representação e participação em movimento, é um desafio que envolve alguns problemas similares aos descritos por Melucci (2001). Quando o autor enumera a necessidade de reconhecer a unidade que amiúde se qualifica como “movimento” como algo resultante de processos sociais heterogêneos. Tal critério desloca a perspectiva, pois fenômenos coletivos contemporâneos não se radicam nem mesmo em uma condição social homogênea. O movimento social enquanto ação coletiva, em sua orientação, combina solidariedade, manifesta um conflito e implica na ruptura dos limites de compatibilidade do sistema ao qual a ação se refere. Importa perceber tal movimento concreto, múltiplo e frequentemente contraditório em si mesmo. Em face dos problemas, quais sejam atores e objetivos, tal perspectiva parece fornecer uma abordagem mais sensível à heterogeneidade.

Nesse contexto, a participação ainda era percebida como parte de um movimento espontaneísta, ligado à perspectiva de autonomia. À época, as interpretações a seu respeito consideravam que a participação promoveria uma mudança na cultura política. Era uma participação, nos dizeres de Ruth Cardoso – “anti-Estado, antipartido, antissistema político em geral, onde o Estado era visto como um inimigo”<sup>37</sup>. A partir dos anos 1980 essa perspectiva se modifica *pari passu* ao novo contexto político, o de redemocratização. A Constituição de 1988

---

<sup>35</sup> MELUCCI, Alberto. *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 43. Devo a oportunidade do debate sobre a aproximação entre a discussão sobre representação e participação e as teorias dos movimentos sociais à disciplina Movimentos sociais, sociedade civil e participação, cursada com a professora Angela Randolpho Paiva na Puc-Rio em 2010, a quem agradeço a generosidade e atenção às minhas questões.

<sup>36</sup> Ibid. Melucci relembra que vencida uma primeira etapa, muito presente nos primeiros estudos de Alan Touraine sobre a ação de classe e o sistema capitalista, vários autores patinaram entre abordagens estruturalistas demais (europeias) ou descrevendo uma mobilização voluntarista (americanas).

<sup>37</sup> CARDOSO, Ruth. “A trajetória dos movimentos sociais” In: DAGNINO, Evelina (org). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 82. O contexto autoritário teria implicado no que LAVALLE e ISUNZA, 2011, p. 108 qualificam como a participação enquanto um *desideratum* político capaz de comportar expectativas normativas variadas e de exprimi-las com uma semântica intuitivamente simples e persuasiva porque, aparentemente, autoevidente.

abriu o caminho para importantes modificações no país, incluindo o acesso a direitos sociais e a criação de novas estruturas participativas<sup>38</sup>.

Sobre esse contexto Cardoso (2004) observa como novas formas de participação levaram os movimentos a se relacionarem mais diretamente com as agências públicas. Já Lavallo e Isunza (2011) consideram que a participação teria sofrido um deslocamento em seu uso<sup>39</sup>, em virtude da diminuição da polarização entre participação e representação. E Avritzer (2009) considera que o Brasil passou de um país conhecido pelos baixos níveis de participação política a um país conhecido pelas suas instituições participativas<sup>40</sup>. As experiências participativas no Brasil, como observado recentemente por Antonio Manuel Hespanha (2013) “tem tido eco em Portugal, mesmo nos meios acadêmicos dos juristas”<sup>41</sup>.

Em reflexão influente sobre a participação, Evelina Dagnino chamou atenção sobre a complexidade do novo momento: as relações entre estado e sociedade estavam em franca modificação. As novas formas de participação popular enfrentavam sérias dificuldades reais e complexas (assimetrias de informação, usos da linguagem, saber técnico); ainda assim era necessário voltar o olhar para os atores que compartilhassem em suas ações princípios básicos sobre a participação, a cidadania e a democracia. Tal empreitada traz a cidadania enquanto estratégia política, em meio à perspectiva de confluência perversa<sup>42</sup>, que

<sup>38</sup> Segundo Maria Lucia Werneck Vianna, a Constituição “consagrou a expressão seguridade social, até então oficialmente inexistente, para consignar um padrão de proteção social que se queria abrangente e redistributivo, coroando um ciclo de debates que, desde fins dos anos 70 se desenvolvera em torno da Previdência” VIANNA, M.L.W. “Política versus Economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e Estado de Bem-Estar”. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L.W.(org) *Miragem da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 155-176.

<sup>39</sup> LAVALLE e ISUNZA, 2011, p. 113-114.

<sup>40</sup> Avritzer cita como literatura que partilha de sua avaliação nesse sentido: TENDLER, Judith. *Good government in the tropics*. Baltimore, Md.: The John Hopkins University Press, 1997; ABERS, Rebecca. *Inventing local democracy: Grassroots politics in Brazil*. Boulder, Colo.: Lynne Rienner, 2000; DAGNINO. *Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra, 2002; SANTOS, Boaventura de Souza. *Democratizar a democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002; FUNG, Archon e WRIGHT, Erik. Eds. *Deepening democracy: Institutional innovations in empowered participatory governance*. Real Utopias Project. London: Verso Press, 2003; CORNWALL, Andrea e COELHO, V. *Spaces for change? The politics of citizen participation in new democratic arenas*. Vol 1, London: Zed Books, 2007. Apud AVRITZER, 2009, p. 2.

<sup>41</sup> HESPANHA, Antonio Manuel. “Leis Bem feitas e leis boas”. *RIDB*, Ano 2 (2013), nº 1 /<http://www.idb-fdul.com/> ISSN: 2182-7567, pp. 619-642, p. 636.

<sup>42</sup> LAVALLE e ISUNZA, 2011, p. 115 destacam como o diagnóstico da confluência perversa ganhou ampla presença no debate latino-americano, reapropriado em diferentes países da região, como os exemplos de CONTRERAS, M. A. 2003. “Cambios y discontinuidades del

parece alinhar posições políticas sob a demanda de maior participação. A banalização do discurso traz ao analista o problema da observação das nuances de posicionamento político. Em um contexto onde os discursos da situação e oposição parecem alinhados à participação, muitas vezes o Estado institui novos espaços participativos sob a intenção autolegitimadora de sua ação<sup>43</sup>.

Ou seja, as tendências centralizadoras, no passado, foram potencializadas pelo temor das elites à participação popular no país, o que levou à modernização autoritária e à ampliação “por cima” da cidadania<sup>44</sup>. Mesmo com a incorporação de novos personagens sociais do mundo urbano-industrial no Estado Novo, o preço a pagar pela ordem foi a perda de autonomia da sociedade. A história da República no Brasil sempre esteve marcada pelo autoritarismo político, e esse estava fortemente alicerçado na perspectiva de temor à ampliação da participação social.

Neste capítulo a tensão entre participação e representação será enfatizada a partir do contexto prévio ao momento constituinte. O objetivo é ilustrar como a dinâmica de movimentação social por maior participação na política trouxe a equação entre representação e participação para a pauta do próprio processo de discussão constituinte, que contou com ampla participação popular. A participação social seria consolidada enquanto um princípio constitucional, mas o objetivo é frisar a trajetória de sua entrada nas pautas de discussão constituinte, a partir da pressão popular e mobilização social no país.

Pensar sobre o momento constituinte de 25 anos atrás requer a retomada do contexto e da elaboração de instituições específicas que viabilizassem a participação política, que havia reaparecido como protagonista na história política brasileira. O âmbito da Constituinte comportou a responsabilidade de articular um

---

proceso dedescentralización en el gobierno de Chávez”. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, v. 9, n. 3, pp. 255-272; OCHOA, M. 2004. “Ciudadanía perversa: divas, marginación y participación en la ‘localización’”. In: MATO, D. (coord.). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*, Caracas: Faces/ Universidad Central de Venezuela; DAGNINO, E; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. (coords.). 2006. *La disputa por la construcción de la democracia en América Latina*. México: FCE/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Universidad Veracruzana; e ROCHA, J. L. 2007. “Misión identitaria y mercadotecnia para permanecer: el Programa de Investigación de Nitlapán”. In: BEBBINGTON, A. (org.). *Investigación y cambio social: desafíos para las ONG em Centroamérica y México*. Guatemala: Flacso.

<sup>43</sup> DAGNINO, Evelina. “Uma nova noção de cidadania”. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 103-115.

<sup>44</sup> Werneck Vianna (2001), p. 152.

pacto que não tinha sido possível, até então, entre partidos, governo, associações civis, empresários e trabalhadores<sup>45</sup>.

Era uma conjuntura de transição política, em que o *velho* e o *novo* faziam parte da negociação<sup>46</sup>. Considerada a perspectiva da representação e da participação, cabe destacar o antigo e persistente temor em relação à participação. A novidade era a luta social pela expansão do sufrágio, a possibilidade de igualdade política (mesmo que, em um primeiro momento, apenas enquanto direito ao voto) e a inclusão social, com a possibilidade de participação popular em uma Constituinte.

Foi possível pleitear maior participação, porque, em alguma medida – no sentido proposto por Benedict Anderson – havia uma comunidade política imaginada, pois “independente da desigualdade e da exploração efetivas que possam existir dentro dela, a nação sempre é concebida como uma profunda camaradagem horizontal”<sup>47</sup>. O reestabelecimento do voto direto, da representação, pode ser destacado como um elo que perpassava a ideia de solidariedade entre distintos segmentos sociais:

É fundamental estabelecer-se claramente a eleição do próximo Presidente da República pelo voto direto, secreto e universal. O cumprimento desse compromisso é ansiosamente esperado pela Nação<sup>48</sup>.

A análise das 122 emendas populares recebidas pela Constituinte permitiu destacar vários relatos que ilustram, junto com as sugestões de leis populares, a participação social como um tema fundamental a ser equacionado pelos constituintes<sup>49</sup>. As emendas populares eram propostas por eleitores maiores de 18 anos, com subscrição mínima de 30.000 eleitores, recolhidas por três associações civis ou determinadas entidades públicas, Assembleias Legislativas e Câmaras de

<sup>45</sup> Ver CAMARGO, Aspasia e DINIZ, Elis. Continuidade e mudança no Brasil da nova República, São Paulo: Vértice/Revista Tribunais, 1989; SILVA, Afonso. “Prefácio” In: PILATTI, Adriano. A Constituinte de 1987-1988. Rio de Janeiro: Puc-Rio/Lumen Júris, 2008.

<sup>46</sup> WERNECK VIANNA, 2008, p. 91.

<sup>47</sup> BENEDICT ANDERSON, *Comunidades Imaginadas: reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008, p. 34

<sup>48</sup> Texto da Justificativa da Emenda Popular PE 100 (96863 Subscritores), das seguintes associações da sociedade civil: Federação Nacional dos Jornalistas, Instituto dos Arquitetos do Brasil e Federação das Associações dos Engenheiros Agrônomos. ANC, Emendas Populares, 1988, p. 94.

<sup>49</sup> Para exame detalhado de outros temas expostos nas emendas populares consultar Vianna Lopes, (2008) e WHITAKER(1989). O estudo das emendas buscou ressaltar a ênfase dada ao participar e representar.

Vereadores, inclusive. Cada eleitor poderia subscrever no máximo três propostas para a futura Constituição. No total, foram 12.277.423 assinaturas, o que implicou o envolvimento superior estimado de mais de 4 milhões de cidadãs e cidadãos. De acordo com estudos sobre o tema, as emendas populares potencializaram a inserção constituinte dos movimentos sociais organizados cuja representação era minoritária entre os membros da ANC. Sua análise, como observado por Vianna Lopes (2008), mostra a perceptível tendência da sociedade civil a proposições de ampliação da sua participação no Estado.

Abaixo o Quadro 1, elaborado a partir das propostas das emendas populares das quais eleitores e suas respectivas associações civis do Rio de Janeiro tomaram parte:

### Quadro 1 – Emendas populares

<b>Propostas das Emendas Populares</b>	<b>Associações e instituições públicas responsáveis</b>	<b>Regiões</b>
Conferem direitos trabalhistas	Trabalhistas, católicas, feministas	Todas as regiões do país
Pró-aborto	Feministas	RJ/SP
Contra o aborto	Católicas	RJ/DF
Contra Uniões Conjugais de Fato	Católicas	RJ/DF
Sistema Único de Saúde	Médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, engenheiros, dentistas	RJ/SP/DF
Moradia popular e reforma urbana	Moradores, engenheiros, arquitetos e católicos	RJ, MG, SC, DF
Reconhecimento de Mediunidade	Espíritas e ONG	RJ/SP
Previdência Privada	Empresariais e Servidores	RJ/SP
Previdência Social Estendida	Trabalhistas, católicas e aposentados	RJ/DF/GO/MG/SP
Direitos da Mulher	Feministas e ONGs	RJ/SP/MS/PR
Propostas das Emendas Populares	Associações e instituições públicas responsáveis	Regiões
Monopólio Estatal das telecomunicações	Servidores	RJ/MG
Verbas para escolas confessionais	Católicas	RJ/DF
Monopólio do Petróleo	Servidores (petroleiros)	RJ/BA
Direitos para os idosos	Católicas, trabalhistas e de aposentados	RJ/SP
Iniciativa popular de leis	Comitê Popular, trabalhistas, católicos, jornalistas, OAB, feministas e servidores	RJ/DF/SP/RS/MG
Plebiscito sobre forma e regime de governo	ONGs e monarquistas	RJ/SP/MG
Estabilidade para todos os celetistas há mais de 5 anos no serviço	Servidores	RJ

Fonte: Elaboração própria<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Quadro elaborado a partir da confrontação de dados contidos em Vianna Lopes, 2008, p.55-58 e ANC, Emendas Populares, 1988.

A participação, naquele momento, era o prisma pelo qual vários temas e atores distintos confluíram:

A elaboração da nova Constituição é momento privilegiado para conseguir avanços significativos em direção à uma sociedade participativa, responsável e livre em suas condições de auto-organização e que supere todos os tipos de marginalização, sociedade que assegure a posição da família como comunidade orgânica de vida social e garanta o respeito pelos direitos e dignidade de todos. É preciso que esse reconhecimento seja traduzido na promoção de condições concretas para realizar e reivindicar os direitos fundamentais: direito à vida e a um padrão digno de existência, à saúde, ao lazer, à educação, à liberdade religiosa, ao trabalho e à remuneração, direito à propriedade, submetida à função social, direito de ir e vir, direito à segurança, à participação na vida política. (Baseado no Documento da CNBB nos. 49 a 53)<sup>51</sup>.

Tal comunidade política imaginada tem como características o limite e a soberania. O temor da participação teve nas limitações históricas do sufrágio universal (e da representação) no Brasil<sup>52</sup>, seu exemplo mais contundente. Basta lembrar da Lei Saraiva, das limitações históricas ao voto feminino até os anos 30, e o fato de que, apenas em 1985, analfabetos e menores de 18 anos foram finalmente habilitados ao voto, ainda que assimetricamente no caso dos primeiros. Qual seria, contudo, a justificativa para o temor relativo à ampliação da participação popular<sup>53</sup>?

A teoria pode ajudar a refletir sobre o ponto. Conceitualmente, quanto à participação, é sabido que ela compreende como significado geral corroborar ações positivas, atos de comunicar, informar, tomar parte em alguma coisa, ter ou receber algo proveniente de uma divisão qualquer. Esses empregos comuns da

<sup>51</sup> Emenda Popular PE 07, de 1987, proposta pelas associações Civis: Mitra Arquiepiscopal do Rio de Janeiro, Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro e Imperial Irmandade Nossa Senhora da Glória de Outeiro. Subscrita por 34.240 eleitores. ANC, Emendas Populares, 1988, p. 10.

<sup>52</sup> Sobre o assunto ver Wanderley Guilherme dos Santos, 2007, 2006.

<sup>53</sup> Thais Aguiar (2013), em estudo recente, discute a existência de premissas e princípios associados ao medo (e seus correlatos) em relação à emergência do demos na política moderna. A autora aponta que é preciso lidar com a demofobia, que engendra um oxímoro político (a democracia demofóbica), um obstáculo epistemológico para a teorização. Sua perspectiva associa-se à visão de Etienne Balibar (1997) que, em estudo sobre a obra de Spinoza, caracteriza o "medo das massas" como o problema primordial desenvolvido na modernidade: "Nesse caso, pode-se presumir que a demofobia obstaculizou o pensamento que investigava a conversão do povo governado em povo governante, engendrando essa espécie de nó górdio da modernidade política" AGUIAR, 2013, p. 369.



participação contemporaneamente a qualificam em sentido amplo<sup>54</sup>; mas no interior da própria ciência política, a expressão participação compreende uma série variada de atividades<sup>55</sup> tais como votar, militar em um partido, participar de manifestações, contribuir para uma agremiação política, discutir temas e acontecimentos, participar de um comício ou de uma reunião de seção, apoiar um candidato ao longo de uma campanha eleitoral, pressionar um dirigente político, difundir informações políticas, e um sem número de desdobramentos a partir dessas ações.

Segundo constatou Jürgen Habermas: “*Take the practice of general voting as an example. It depends on a voluntary participation of a large part of the citizens. Any democratic regime is finished without that.*”<sup>56</sup>. É nesse sentido que na teoria política, a ideia de participação é antiga e historicamente entrelaçada à democracia<sup>57</sup>. Ela diz respeito ao número e a intensidade de indivíduos e grupos envolvidos no processo de tomada de decisão. A ideia clássica de bom governo tinha como premissa a ampla participação por parte dos cidadãos<sup>58</sup> e a participação política na cidade antiga foi o ponto de partida para a organização da participação no Estado moderno<sup>59</sup>. A perspectiva de drástica revisão da ideia de participação, (antes entendida como a maior possível, de todo o povo no governo), acrescida da preocupação com a estabilidade do sistema político nortearam ponderações dos teóricos modernos da democracia<sup>60</sup>.

Ou seja, não foi só no Brasil que a participação enfrentou temores. A participação pode ser situada no centro da contestação à democracia por parte da

<sup>54</sup> DIANI, Marco. Participação. In OUTWHAITE, William e BOTTOMORE, Tom. Dicionário do Pensamento Social do século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996, p. 558-559.

<sup>55</sup> SANI, Giacomo. “Participação Política”. In: BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO. Dicionário de Política. Brasília: Ed. UNB, Volume II, 12ª Ed., p.888.

<sup>56</sup> HABERMAS, Jürgen. “*Concluding Comments on Empirical Approaches to Deliberative Politics*”. Acta Politica, 2005, 40, (384–392), p. 385.. doi:10.1057/palgrave.ap.5500119

<sup>57</sup> CRICK, Bernard. Participação Política. In OUTWHAITE, William e BOTTOMORE, Tom. Dicionário do Pensamento Social do século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996, p. 559-560.

<sup>58</sup> MOSES, Finley. Democracia Antiga e Moderna. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 44.

<sup>59</sup> A contextualização de Benjamin Constant pode ser lembrada: “O objetivo dos antigos era a partilha do poder social entre todos os cidadãos de uma mesma pátria. Era isso o que eles denominavam liberdade. O objetivo dos modernos é a segurança dos privilégios privados; e eles chamam liberdade as garantias concedidas pelas instituições a esses privilégios”. CONSTANT, Benjamin. Da liberdade dos antigos comparada a dos modernos. In: Revista Filosofia Política nº. 2, 1985, p. 4. Nessa argumentação a restrição da participação política do cidadão moderno compatibiliza e reforça a defesa do modo de vida liberal em ascensão.

<sup>60</sup> PATEMAN, Carole. Participation and Democratic Theory. Cambridge University Press, 1970, p.1.

teoria elitista e sua refutação faz parte de argumentações que compreendem amplo espectro desde a crítica da democracia clássica até a necessidade de estabilidade dos modernos sistemas políticos. Como relembra Quentin Skinner (1996), a ideia tipicamente moderna de Estado o concebe como uma forma de poder público separado dos governantes e dos governados<sup>61</sup>. Foi assim que nas democracias modernas, sob o critério da separação entre estado, governantes e governados instituiu-se o sistema indireto de participação popular, ou seja, a democracia representativa.

A Emenda Popular PE-21, de 1987, que sugeria formas e instrumentos de participação popular, destacava a tensão entre participação e representação. Incluir a possibilidade de iniciativa popular significava lidar com as imperfeições da democracia representativa:

A Assembleia Nacional Constituinte, ao incluir a norma da Iniciativa Popular em seu Regimento Interno, deu uma importante demonstração de sensibilidade pelos anseios de democratização que marcam o atual momento histórico brasileiro. Com esse instrumento, inteiramente novo em nossas normas jurídicas, ela enfrentou corajosamente as insuficiências e imperfeições de nossa democracia representativa. Ao mesmo tempo, criou condições para aumentar a corresponsabilidade de toda a sociedade na elaboração da nova Constituição e, portanto, a sua própria legitimidade<sup>62</sup>.

A união entre democracia e representação, segundo Robert Dahl (2012), permitiu o avanço das concepções de direitos pessoais, liberdade individual e autonomia pessoal. Processo, que dada a sua relevância democrática, não deixou de ser o gérmen de problemas. Segundo o autor, o conflito político é a marca do estado democrático moderno, e nele a representação ocorre nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Complexas instituições políticas tomaram o lugar da Assembleia soberana antiga e foram essas mesmas instituições que aumentaram a distância entre a população e as decisões políticas importantes. É possível observar que, mesmo nas unidades de governo pequenas o bastante para permitir

---

<sup>61</sup> SKINNER, Quentin. *As formações do Pensamento Político Moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 620-623. Para Skinner o uso corrente e livre do termo Estado, num sentido mais abstrato e visivelmente moderno, pode ser observado entre os herdeiros dos humanistas italianos, em especial na França e Inglaterra quinhentistas, dentre aqueles dedicados ao estudo do humanismo jurídico. A França seria a pioneira com figuras como Guillaume Budé e Jean Bodin.

<sup>62</sup> ANC, *Emendas Populares*, 1988, p. 21. Foi proposta pelas seguintes associações civis: Comissão Brasileira Justiça e Paz – RJ, Associação Brasileira de Imprensa – RJ, e Associação Brasileira de Apoio à Participação Popular na Constituinte (ABAP) – SP, Subscrita por 303.538 eleitores.

algo parecido com a participação clássica, a regra é que elas não podem ser autônomas e estariam sempre subordinadas a um sistema maior<sup>63</sup>. O tamanho dos estados modernos e sua complexidade institucional justificaram a representação política enquanto organização da participação. Para Dahl, o arranjo representativo foi o resultado de uma ampliação da democracia, onde “a teoria e a prática da democracia tiveram que romper os limites estreitos da *pólis*”<sup>64</sup>.

A favor da participação, Carole Pateman (1970) critica o entendimento sobre participação de Robert Dahl (2012) e seu modelo de poliarquia inicial (de 1956). Pateman assevera que, para o autor, um aumento da participação política existente poderia ser perigoso para a estabilidade do sistema democrático. O perigo viria da análise de que as pessoas que menos participam são de grupos socioeconômicos inferiores, e mais afeitas politicamente a perfis autoritários e personalistas<sup>65</sup>. Aumentar a participação significaria trazer essas pessoas ao processo decisório, o que o autor considera arriscado para o modelo que propõe. A participação teria uma função puramente protetora no modelo de Dahl, no sentido de proteger o indivíduo de decisões arbitrárias dos líderes eleitos. A proteção dos interesses individuais seria a justificativa central do método democrático poliárquico, segundo Pateman.

É importante ressaltar que Pateman não considera participação e representação como auto excludentes. Para a autora, a participação é importante do ponto de vista político para o desenvolvimento de uma sociedade plural. Ela permite melhores condições aos cidadãos para avaliar as ações de seus representantes e os impactos das decisões tomadas em seu nome. O tempo mostrou a relevância da ponderação de Pateman por mais participação, visto que, em estudo recente, o próprio Dahl irá propor a Poliarquia III, com formas adicionais de participação qualificada. A participação seleta, o modelo randômico, seria uma tentativa de resposta para uma carência de legitimidade ascendente e “da necessidade de estreitar o abismo crescente que separa as elites políticas do *demos*”<sup>66</sup>.

<sup>63</sup> DAHL, Robert. **A Democracia e seus críticos**. São Paulo: Martins Fontes, 2012, p. 29, 45.

<sup>64</sup> Dahl, 2012, p. 34.

<sup>65</sup> PATEMAN, 1970, p.10.

<sup>66</sup> DAHL, Robert. **A democracia e seus críticos**. São Paulo: ed WMF Martins Fontes, 2012, p.540-541. A proposta de estreitamento entre processo decisório e população, contudo, novamente toma uma direção restritiva da participação. Seu modelo sugerido de *minipopulus*<sup>66</sup>,

A reforçar novamente, o objetivo com a ênfase da tensão foi considerar inclusive que a problematização do enfoque de união traz rendimento para os estudos sobre participação e representação em contexto democrático. Não se trata apenas de uma questão disfuncional<sup>67</sup>. A representação pôde se reconfigurar ao longo do processo de ampla demanda por maior participação no Brasil. Nesse sentido, a participação tencionou a representação historicamente e a impulsionou em seu processo de transbordamento dos limites eleitorais. A perspectiva é de coexistência, de tensão constante entre participação e representação.

## 2.1. Transbordamento e associativismo

A participação mencionada na Constituinte ressurgiu na história da democracia brasileira contiguamente à migração do mundo rural para os centros urbanos de forma desordenada, a partir dos anos 1950. Esse processo de migração marcou as formas de transbordamento das associações voluntárias nos centros urbanos verificadas nas décadas de 1970 e 1980. Associadas à trajetória de ascensão dos movimentos sociais<sup>68</sup>, elas surgem nas periferias urbanas e se expandem no processo de transição democrática. Seu tônus principal eram reivindicações que se opunham ao regime militar.

Desde maio de 1985, por meio de reforma constitucional dilatada<sup>69</sup>, as restrições à livre organização política e social foram suprimidas. O princípio de eleições diretas foi retomado para as eleições de postos executivos em todos os

---

resumidamente, propõe grupos reduzidos de cidadãos que seriam selecionados dentre toda população, desde que fossem capazes de gerar juízos informados predominantes de diferentes setores da sociedade. Tais grupos poderiam atuar nas diferentes esferas de governo, como um complemento aos órgãos legislativos. DAHL, 2012, p. 545.

<sup>67</sup> União prevê harmonia, aliança, conjunto, e essa não parece ser a relação específica que pode ser destacada entre participação e representação, ainda que haja momentos consensuais.

<sup>68</sup> Sobre o tema ver BOSCHI, Renato. **A arte da associação. Política de base e democracia no Brasil**. São Paulo: Editora Vértice; 1987; MAINWARING, S. “Os movimentos populares de base e a luta pela democracia”. In: Stepan A, organizador. **Democratizando o Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988; CARDOSO, Ruth. **Popular movement in the context of the consolidation of democracy**. Notre Dame: Kellogg Institute; 1989. (Working Paper 120); JACOBI, P. **Movimentos sociais e políticas públicas**. São Paulo: Cortez Editora; 1989; e GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa**. Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

<sup>69</sup> A Emenda Constitucional 25, de 15/5/1985, que modificou a anterior Emenda Constitucional de maio de 1969, conforme LESSA, Renato. A Constituição Brasileira de 1988 como experimento de filosofia pública: um ensaio. In: A Constituição de 1988 na vida brasileira. BRANDÃO, RIDENTI e OLIVEN (org.). São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Anpocs, 2008, p. 363-395.

níveis da federação no Brasil, e, recuperados, os princípios da Constituição de 1946, no que dizia respeito às liberdades política e civil. Processos de mobilização de massas sem paralelo na história do país foram iniciados nas greves operárias do fim dos anos 1970, que alcançaram seu auge no movimento “Diretas Já”<sup>70</sup>. O movimento pelas eleições diretas, como observado por Edison Bertoncelo, conjugou uma série de atores sociais que usaram a estratégia da tensão política, do conflito, para atingir seus objetivos:

Os esforços por mobilizar recursos e atores de forma coordenada são, em grande medida, levados a cabo pelas chamadas *estruturas de mobilização*<sup>71</sup>, que incluem desde organizações formalmente ligadas a um movimento social até aquelas que são apropriadas (Igreja, sindicatos, vizinhança, associações profissionais, instituições políticas etc.) no processo de mobilização (McCarthy, 1996; McAdam *et al.*, 2001; Stagenborg, 2002)<sup>72</sup>.

É possível sugerir que a perspectiva de eleições diretas tinha como objetivo a retomada da participação social<sup>73</sup>, por meio da representação. A pressão das ruas reivindicava a consolidação da criação dos modernos<sup>74</sup>, de forma ampla e

<sup>70</sup> WERNECK VIANNA, 2008, p. 92.

<sup>71</sup> Segundo Tarrow, 2008, como enfatizado na Introdução.

<sup>72</sup> Apud BERTONCELO, Edison “Eu quero votar para presidente”: uma análise sobre a Campanha das Diretas. Lua Nova, São Paulo, 76: 169-196, 2009.

<sup>73</sup> Como observado por Hannah Arendt, social é uma palavra de origem romana, sem qualquer equivalente seja na língua, ou no pensamento gregos. Ser político para os gregos remetia a uma esfera de decisão que se valia de palavras e persuasão, o que distinguia radicalmente tal esfera do uso da força ou violência. A força e a violência estavam ligadas à noção do que era próprio ao cidadão (*idion*), e distinto do que lhe era comum (*koinon*) na vida da cidade. ARENDT, Hannah. A condição Humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p.35-40. Vale lembrar as consequências destacadas pela autora do erro de interpretação e o equacionamento das esferas social e política e os impactos no uso moderno e na moderna concepção de sociedade.

<sup>74</sup> Ou melhor, uma inovação dos fundadores do governo representativo, do conceito genérico de representação que anteriormente era apenas um conceito jurídico, teatral ou artístico. Para descrição ampla dessas possibilidades ver PITKIN, H. F. *The Concept of Representation*. Berkeley: University of California, 1967. Sobre a origem latina da palavra representação: “Embora os gregos antigos tivessem várias instituições e práticas às quais aplicaríamos a palavra “representação”, eles não tinham palavra ou conceito correspondente. O termo é de origem latina, embora também em latim seu significado original não tivesse a ver com agência, governo, ou quaisquer instituições da vida romana que poderíamos considerar como exemplos de representação. A palavra latina *repraesentare* significa “tornar presente ou manifesto; ou apresentar novamente”, e, no latim clássico, seu uso é quase inteiramente reservado para objetos inanimados... Pode significar torná-los literalmente presentes, trazê-los à presença de alguém. Também pode significar apresentar-se à corte em resposta a uma convocação; literalmente, tornar-se presente. Pode significar também tornar presente uma abstração em um objeto, ou por meio dele, como ocorre quando uma virtude parece encarnada na imagem de certo rosto. E pode significar a substituição de um objeto por outro – em vez do outro –, ou a antecipação de um evento, trazendo-o para o presente. Pode significar “desempenhar imediatamente” e mesmo “pagar em dinheiro”. Não tem a menor relação com pessoas representando outras pessoas, ou com o Estado romano.” PITKIN, Hanna. Representação: palavras, instituições e ideias. Lua Nova, São Paulo, 67: 15-47, 2006, p.17.

irrestrita, para a esfera da política<sup>75</sup>. A eleição caminhava para a sua universalização de fato, com a inclusão de analfabetos, mulheres e jovens a partir dos 18 anos. Pouco a pouco, ela se constituiria como uma possibilidade de premissa política permanente. O combate político ao regime militar poderia significar, inclusive, a participação no processo eleitoral como forma de ocupar espaços políticos e lutar por instituições democráticas<sup>76</sup>.

A saída política possível para a crise significava a possibilidade de disputas e alternância no poder. As perspectivas seriam legítimas, desde que, houvesse representantes eleitos diretamente pelo povo:

Só há uma saída para a crise. O povo brasileiro precisa mobilizar-se, neste instante, para lutar por liberdade e conquistar uma nova Política econômica e social. Nova política que só poderá ser formulada e aplicada por um novo Governo, eleito diretamente pelo povo, inteiramente comprometido com a classe trabalhadora e disposto a enfrentar a exploração, a opressão e a repressão. A luta é uma só: o povo brasileiro exige diretas já!<sup>77</sup>

Se a Constituinte iria presenciar as tensões entre participação e representação na elaboração dos princípios constitucionais definitivos sobre a democracia representativa a partir de então, alguns preceitos acerca da representação auxiliam a análise. O estudo clássico de Hanna Pitkin (1969) apresentou o argumento principal de que representar é – fazer presente novamente

<sup>75</sup> Para fazer valer a democracia nos tempos modernos, foi elaborada a intermediação do governo representativo, sob o argumento da impraticabilidade da democracia direta. Bernard Manin pontuou que não foi pelo fato de ser impraticável que a democracia direta foi descartada; foi uma opção de controle popular feita pelos teóricos da representação política., MANIN, Bernard. *Principes du Gouvernement Représentatif*. Paris: Calmann-Lévy, 1995. É de Pierre Rosanvallon a observação de que o termo democracia representativa foi forjado pela primeira vez em uma carta de Hamilton ao governador Morris de 19 de maio de 1777, trazendo consigo um caráter de inovação aos processos políticos de então. A ideia de um regime intermediário, que associaria poder popular e valores aristocráticos, enquanto a maior parte a inscrevia sob a perspectiva mais genérica de uma divisão de papéis deu o tom inovador **The papers of Alexander Hamilton**, vol. I, 1768-1778, New York, Columbia University Press, 1961, p.255, conforme citado por ROSANVALLON, Pierre. *Le Peuple introuvable: Histoire de la représentation démocratique en France*. Paris: Gallimard, 1998. (Folio histoire), p.14.

<sup>76</sup> “...participar do processo eleitoral, das eleições consentidas pela ditadura, no partido consentido, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), ganhar espaços institucionais, orientar-se para a democracia e suas instituições.” WERNECK VIANNA, 2012, p. 475. Segundo o autor, grande parte do aprendizado da esquerda brasileira para a democracia e para a valorização do tema democrático aconteceu nos anos 1970. A luta eleitoral era a forma superior de luta, e não a luta armada.

<sup>77</sup> Emenda popular que dispunha sobre Diretas Já, Emenda Popular PE 88, 49.278 Subscritores, Entidades responsáveis: Partido dos Trabalhadores – PT; Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Central Única dos Trabalhadores – CUT. ANC, *Emendas Populares*, 1988, p. 82.

– (*make present again*<sup>78</sup>). À representação política caberia o papel de fazer presentes as vozes, as opiniões e as perspectivas dos ausentes no processo de tomada de decisões públicas. A autora chama atenção para as formas em que a representação é pensada, e a partir dos usos observados define quatro tipos principais: a representação formal<sup>79</sup>(1), a descritiva (2), a simbólica (3) e a substantiva (4). Os desdobramentos dessa tipificação sobre o foco de análise seriam: que o foco pode recair na autorização das instituições e prestações de contas (tipo 1); no representante eleito ser como os representados (tipo 2); no sentido/significação do representante eleito para os representados (tipo 3); e do representante que serve diretamente aos interesses dos representados (tipo 4).

A autora não se concentrou no exame das interações entre os tipos propostos, contudo, é incontestável que a representação formal, autorizada por eleições e onde está prevista a prestação de contas, associada com o mandato livre em confiança (em oposição ao delegado) foi a perspectiva mais adotada pelos teóricos posteriores sobre o tema. Era a imaginação sobre essa representação formal que começou a tomar forma permanente no lento processo de democratização, ela estava dentre as demandas principais contidas a época das Diretas Já.

Para discutir a participação, recuperou-se a perspectiva de que o contexto no qual a representação é proposta seria fundamental para determinar o significado que ela adquire<sup>80</sup>. O problema é que na representação formal como entendida por Pitkin (1967), a autorização eleitoral é considerada como o principal contexto. Esse é o deslocamento fundamental que é preciso lidar quando se trata das novas formas de participação que emergiram durante o processo constituinte. Na discussão de Pitkin (1967), os seus tipos e suas análises se baseiam em

---

<sup>78</sup> Hanna Fenichel Pitkin – *The concept of Representation* (1967); apresenta uma síntese histórica, política e teórica que aparentava ter canonizado a problemática da representação política em torno da noção de consciência resgatada de Kant. (PITKIN,(1967, p. 237).

<sup>79</sup> A alusão à representação formal/representantes formais é o carro forte das discussões sobre representação, e toma dessa argumentação suas principais caracterizações e expectativas sobre o papel da representação.

<sup>80</sup> Algo que ela pontuou por influência das teorias de J. L. Austin e WITTGENSTEIN, Ludwig Joseph Johann. **Investigações Filosóficas**. 4a ed. Petrópolis: Vozes, 2005 (p. 129-157). É preciso investigar como é empregada a palavra “representação”, sua gramática nos jogos de linguagem, ou investigar como se comparam representações.

representantes formais<sup>81</sup>, ou seja, portadores de mandatos obtidos via sufrágio universal.

Se os constituintes possuíram mandatos amparados pelo sufrágio universal, as emendas populares não. Elas contavam com apoio de eleitores, de associações civis e públicas que agregavam opiniões e temas comuns. Assim, a perspectiva da participação social envolveu uma dinâmica política no interior da própria constituinte em que representantes da sociedade civil mobilizada, de entidades públicas e profissionais não limitados normativamente pelo sufrágio, no sentido tradicional, fizessem parte dos debates políticos. É possível sugerir que tal estratégia foi mediada para legitimar os representantes formais. Como visto, era corrente a impressão de que o mandato formal era insuficiente no tocante à prestação de contas e legitimidade, e justificava a participação social como estratégia de promoção de mudanças efetivas<sup>82</sup>.

E se importa pensar o contexto, vale frisar, novamente, que a experiência constituinte foi avaliada a partir dos momentos de tensão entre participação e representação. A experiência da democracia no Brasil foi recortada segundo a problematização dos conflitos que envolveram as disputas em torno da participação política a ser institucionalizada a partir de 1988. Esse foi o momento destacado pela literatura de uma inflexão no país, do ponto de vista da participação. Há alteração nos antes baixos índices de participação e mobilização civil, reflexo da alta repressão política. A crise econômica internacional e as dificuldades econômicas internas, as últimas enquanto herança da irracionalidade dos gastos nos governos militares, além de abrir espaço para a inflação e falência do Estado<sup>83</sup> criaram o momento oportuno, a janela de oportunidade<sup>84</sup>, para a aglutinação social em torno da oposição ao governo militar.

---

<sup>81</sup> Sempre que usada a referência aos representantes formais daqui em diante – o argumento de vínculo será o mandato obtido via sufrágio.

<sup>82</sup> Tais divergências são consideradas por Pitkin como uma tensão interna ao conceito de representação, devido a uma dualidade entre ideal e efetivação “*The concept of representation thus is a continuing tension between ideal and achievement*” PITKIN, 1967, p. 240. Esse enfoque, contudo, se mostrou insuficiente, e no caso brasileiro, foi acrescido de propostas populares para legitimar as mudanças.

<sup>83</sup> Sobre a dívida pública, inflação e crise do Estado nos anos 1980 ver BRESSER PEREIRA, Luiz. Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil.

<sup>84</sup> Relembrando o sentido clássico de Maquiavel, a ocasião é a oportunidade que dá a matéria para introduzir a forma. A ocasião é a possibilidade de utilizar a virtù, sem ocasião, a virtù se perde, e sem a virtù, a ocasião seria vã. MAQUIAVEL, (2008), Capítulo VI, p. 24. Para Gramsci traduzir em linguagem política moderna a noção de “príncipe”, como apresentada por Maquiavel, seria, “ nesse sentido, a tradução de “príncipe” em linguagem moderna, que poderia



## 2.2. Oposição e conjuntura constituinte

A oposição ao autoritarismo mobilizou periferias urbanas e rurais atravessadas por diferentes demandas sociais, seja pelo reconhecimento de direitos da população à cidade (e no campo à terra), à saúde, à moradia ou ao trabalho, como observado nas propostas do quadro das Emendas Populares. O momento de luta é propício para que as pessoas descubram quais os valores compartilhados, e quais os que as dividem, no lento aprendizado de enquadrar suas demandas.<sup>85</sup> Após o momento constituinte, o novo regime político passa a ser conhecido, dentre outras características, como um regime que permite um maior espaço ao conflito social e político que caracteriza a democracia, ainda que a passagem ao patamar democrático seja um processo longo. No novo momento, os cidadãos gradativamente passaram a poder tomar parte nas políticas públicas em uma mescla de interações sociais e políticas possíveis nas instituições participativas previstas na Constituição de 1988.<sup>86</sup>

A análise de conjuntura nesse momento significava lidar com o incerto e a política como conflito, conforme destacado por Cesar Guimarães (1991):

A conjuntura é o mundo do emergente, do não regular, do inesperado – imune, pois, ao rigor da instrumentalidade científica que, se doma o destino a que dá o nome de variáveis, perde no essencial para a liberdade, que se dá o nome de Política. Política que ainda não se consolidou numa ordem, numa constituição definida que permita a Aristóteles e sua tradição tratá-la a frio, analisar, comparar, generalizar. Política que denota ações, não instituições; conflito e não consenso. Política num sentido lógico, senão historicamente, prévio a um arranjo permanente das relações de poder, por isso que se refere à luta em torno da forma de tal arranjo<sup>87</sup>.

Através dela pode surgir a intervenção política bem sucedida, na medida em que, caso organizados os acontecimentos do ponto de vista analítico, aumente a

---

ser “partido político”. GRAMSCI, 2011, p. 235. Se a ocasião ou oportunidade é transposta para a dinâmica do confronto, segundo Tarrow, as oportunidades políticas provocam respostas discursivas. Mesmo que oportunidades e restrições políticas não expliquem por si só os movimentos sociais, elas desempenham o papel mais importante na deflagração de episódios gerais de confronto em que as elites políticas revelam sua vulnerabilidade. TARROW, 2009, p. 248-249.

<sup>85</sup> Ainda que nem sempre sejam bem sucedidas em atingir essas demandas. TARROW. *Ibid*, p. 158.

<sup>86</sup> AVRITZER, (2009), TENDLER, (1997); ABERS, (2000); DAGNINO, (2002); SANTOS, (2002); FUNG, (2003); CORNWALL e COELHO, (2007).

<sup>87</sup> GUIMARÃES, Cesar. Mares da lua. In: Cadernos de Conjuntura. Rio de Janeiro, IUPERJ, n.º 36, 1991, p. 20.

probabilidade de êxito para ações de atores que almejem alterar determinada ordem ou conservar a que existe.

Nesse sentido, em seminário no Rio de Janeiro, ano de 1986, que antecede a Constituinte<sup>88</sup>, Eunice Durham mencionava que a cultura urbana dos anos 1980 e o conjunto dos movimentos sociais traçavam a perspectiva futura de igualdade. A população, pessoas ou grupos, muitas vezes se identificava a partir das carências, algo que forjou a formulação equitativa, ou seja, percebiam-se iguais na medida em que partilhavam carências comuns. O pensamento político popular da época, para Durham, teria na perspectiva dos direitos uma potencial ideia-fonte para mobilização.

A Constituinte era naquele momento, “a arena para a qual se dirigem todas as reivindicações, as ansiedades, as perplexidades e as demandas da população brasileira”<sup>89</sup>, observou Sérgio Abranches. O contexto de privilégios, desigualdades e carências que marcava a sociedade à época – e por isso mesmo fez surgir a oportunidade de mobilização social por mudanças – era o grande obstáculo ao estabelecimento jurídico-político de uma comunidade política.

A fala de Francisco Alencar, conhecido militante do movimento social organizado no Rio de Janeiro<sup>90</sup> retratava os ânimos de alguns. Mais do que a Carta Magna, era fundamental, no processo constituinte, a observação das formas

(muitas vezes distintas das esperadas academicamente), que “o povo vai encontrando para participar do processo constituinte”<sup>91</sup>, e necessário pensar o possível papel da academia para contribuir com tais processos de participação.

---

<sup>88</sup> Referência aos textos extraídos do seminário A Constituinte e a Nova Ordem Liberal no Brasil, realizado entre 4 e 6 de agosto de 1986. Ver BOSCHI, Renato (org). A constituinte e a nova ordem liberal no Brasil: Cidadania e Constituinte. Cadernos de Conjuntura: IUPERJ. n.7, setembro 1986, p. 1.

<sup>89</sup> Ibid, p.10

<sup>90</sup> Ele participa do debate enquanto representante da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro – FAMERJ. Associação fundada em 1978, antes da abertura, da anistia e do surgimento dos partidos políticos de oposição. Surge a partir da experiência de união de associações de moradores pela defesa do Forte de Copacabana, e posterior encontro com as Associações das diversas regiões do Rio de Janeiro. O primeiro encontro data de outubro de 1977, no auditório da Associação Brasileira de Imprensa, e foi denominado como a I Semana de Debates sobre o Rio de Janeiro, onde estiveram presentes cerca de 40 Associações de Moradores e entidades profissionais. Hoje, conforme informações obtidas, a federação possui 2.331 Associações filiadas distribuídas por 40 Federações Municipais, distribuídas em 9 regionais no Estado e reunindo um total aproximado de 38 mil líderes comunitários (FAMERJ, informações disponíveis em: <http://www.famerj.com.br/index.php/historia>, consulta em 30 de janeiro 2013). Em 1986, Alencar apontava como – em oito anos – teria havido o crescimento de 17 para 612 associações de moradores cadastrados, segundo consta em BOSCHI (org). Grupo de Conjuntura, 1986, p.30.

Quanto à crítica da representação formal/tradicional, vinculada à eleição, e a possibilidade de conciliá-la com a participação mais intensa do ponto de vista político, Alencar observa:

(...)quando se vê que a população está com grande enfado da politicagem eleitoreira, isso pode expressar uma despolitização, mas é um fenômeno com aspectos positivos(...) A descrença nos profissionais do voto é muito saudável. Acredito que essa população, o que se pode chamar de povo, não está tão à margem daquilo que nós ... chamamos de cidadania<sup>92</sup>.

Ponto importante era destacado também por Fabio Wanderley Reis (1986) no tocante a relação entre social e político. Se a democracia social era fundamental para o estabelecimento de uma democracia política<sup>93</sup>, Reis (1986) destacava que, para haver eficácia seriam necessárias alterações político-organizacionais que pudessem ser bem sucedidas do ponto de vista institucional no sentido de lançar raízes democráticas no contexto social.

Como ressaltado posteriormente por Renato Lessa (2008), as expectativas dos observadores sobre os possíveis resultados da Constituinte eram bastante pessimistas. Chegou-se a pensar que seu resultado seria minimalismo político e regressão social, algo que o decorrer histórico do processo constituinte mostrou infundado.

No tocante à legitimidade, houve inicialmente suspeição devido aos contornos congressuais<sup>94</sup> tomados pela Assembleia Constituinte. Acadêmicos como Lessa e entidades da sociedade civil, em especial, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) chegaram a considerar o formato um empecilho à inovação. Um terço dos senadores havia sido eleito em 1982 e iria participar dos trabalhos sem ter sido escolhido pela população com essa finalidade específica. No que se refere às competências, era a mescla de duas propostas para o processo constituinte. Por um lado, a ideia de um papel extraordinário dado ao

---

<sup>91</sup> BOSCHI (org), 1986, p. 32.

<sup>92</sup> Ibid, p. 30. Em observação as 10 mil cartas que chegaram à Comissão Arinos.

<sup>93</sup> REIS, Fabio Wanderley. Cadernos de Conjuntura: IUPERJ. n.7, setembro 1986, p. 16.

<sup>94</sup> Trata-se da mescla entre parlamentares eleitos em 1986 e representantes eleitos exclusivamente para a elaboração constitucional. Lessa, Renato. A Constituição brasileira de 1988 como experimento de filosofia pública: um ensaio. Rio de Janeiro: Edição do Autor – Online, Dezembro 2008. Ver também LESSA, Renato, Dilemas da institucionalização brasileira: os primeiros passos rumo a Constituinte. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1986 (Série Estudos – IUPERJ, 46).

representante político e, que, portanto, carecia de representantes eleitos com a finalidade específica para o debate Constituinte. Por outro, a interpretação de que a Constituinte poderia conter em sua dotação membros ordinários do Legislativo. Na tensão entre o desejável e o realizável, a Constituinte seria o que a conjuntura política tensa entre um regime militar enfraquecido e a sempre tensa negociação com as forças progressistas permitiria.

É de Gisele Cittadino (2009) a observação de que três fatores seriam fundamentais para que o desfecho da Constituinte não obedecesse à lógica dos pessimistas. A participação popular associada à grande visibilidade dos trabalhos constituintes (a); o desenho e formato interno dos trabalhos, com desconcentração política e fragmentação operacional (b); e o protagonismo de uma vertente renovadora do Direito Constitucional brasileiro tanto no desenho proposto como nos horizontes da nova Constituição (c).<sup>95</sup> Aqui a participação política aparece novamente com destaque, nas palavras de Cittadino (2009), inclusive, como propulsora do sistema de direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal.

Como observado em trabalho de Adriano Pilatti (2008) sobre a Assembleia Nacional Constituinte, uma vez consumada a decisão de reunir o Congresso Nacional como ANC, foram marcadas eleições para novembro de 1986, que junto com as eleições para os executivos estaduais, transformaram-se em eleições constituintes.<sup>96</sup> Era um mundo parlamentar que contou com 559 constituintes, com quórum de votação de 280. Foi um longo processo que envolveu 34 foros decisórios e 4 fases deliberativas distintas em que o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) viveria seu apogeu e declínio.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> CITTADINO, Gisele (2009). Pluralismo, Direito e Justiça Distributiva. Elementos da Filosofia Constitucional Contemporânea. Rio de Janeiro: Lumes Júris, 2009, p. 43-44.

<sup>96</sup> PILATTI, Adriano. A Constituinte de 1987-1988. Progressistas, Conservadores, Ordem Econômica e Regras do Jogo. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p.21. Segundo o autor a ANC foi palco de grandes conflitos de interesse e opinião que haviam permanecido latentes durante o tempo da repressão.

<sup>97</sup> Pilatti, 2008, p. 3. Sobre as migrações partidárias no Processo Constituinte o autor se apoiou nas análises de NICOLAU, Jairo (org) Dados Eleitorais do Brasil (1982-1986). Rio de Janeiro: Revan/Iuperj Ucam, 1998. Outra fonte importante foi MAINWARING, Scott; LIÑAN, Anibal. “Disciplina Partidária: O Caso da Constituinte” Lua Nova – Revista de Cultura Política, n 44, 1998, p. 107-136. Mainwaring e Liñan sublinham no texto em relação à representação política: a disciplina partidária está também associada aos padrões de representação democrática. Se disciplinados, os próprios partidos são os veículos básicos de representação. Com partidos menos disciplinados, os políticos individualmente ou as facções representam os cidadãos e os interesses organizados mais do que os partidos nacionais (Converse e Pierce, 1979). “MAINWARING e

Pilatti (2008) observa que as bancadas dos partidos de esquerda eram minoritárias na ANC, e que foi experimentada intensa prática de atuação em bloco parlamentar. Eram elas: Partido Comunista Brasileiro (PCB), Partido Comunista do Brasil (PC do B), Partido Democrático Trabalhista (PDT), Partido Socialista Brasileiro (PSB), e o Partido dos Trabalhadores (PT). A partir de junho de 1988 reuniu-se àquelas bancadas o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Tais partidos atuaram em coalizão com a liderança<sup>98</sup> do PMDB na Assembleia, formando um bloco que se autodenominou “progressista”.<sup>99</sup>

O chamado bloco “progressista” conseguiu majorias pontuais em temas de alta relevância, o que significou a derrota de muitas propostas de preferência do bloco “conservador” majoritário, formado pelo Partido Democrático Social (PDS), pelo Partido da Frente Liberal (PFL), pelo Partido Liberal (PL), pelo Partido Democrata Cristão (PDC), pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e pela fração conservadora do PMDB, bloco este cujos integrantes em sua maioria se autodenominaram a partir de novembro de 1987 de “Centrão”. Pilatti (2008) ressalta a peculiar estrutura da instituição e dos procedimentos constituintes, com o entrelaçar tenso e contraditório do caráter extraordinário da decisão formal constituinte, e o caráter ordinário da função parlamentar federativa na política brasileira.

A tensão entre “progressistas” e “conservadores” pode ser entendida como a disputa incessante entre os defensores do *status quo* e aqueles representantes que ecoavam os anseios das lutas sociais organizadas. A transposição da vontade de mudança para a representação política no momento constituinte, não seria tarefa fácil. Segundo Cheibub e Limongi (2012), seja em regimes presidencialistas ou parlamentaristas, quanto mais descentralizado o processo decisório, maior a probabilidade de falta de coordenação política e de impasses.

Como observado por Werneck Vianna “os mecanismos de democracia participativa não poderiam se afirmar sem prévio e concomitante desenvolvimento da representação”<sup>100</sup>. O momento era especialmente fértil para a observação da

---

LIÑAN, 1998, p. 109. Para os autores a disciplina/indisciplina dos partidos implica seja na relação Legislativo/Executivo, seja nos padrões observáveis de representação.

<sup>98</sup> Destaca-se a atuação de Ulysses Guimarães e Mario Covas.

<sup>99</sup> Pilatti, 2008, p. 4. Esta denominação, ressalta o autor, era um senso comum naquele momento e naquele contexto, uma percepção generalizada.

<sup>100</sup> BOSCHI(org), 1986, p. 40.

tensão participação *versus* representação. Havia um debate sobre a relevância da participação, e sua canalização para moldar novas formas de participação futuras:

(...) gostaria de perguntar ao presidente da FAMERJ se, na comunidade do movimento associativo que ora realiza estudos sobre matéria constituinte, há interesse em reforçar partidos, a estrutura partidária. Que tipo de política o movimento associativo quer reforçar? Para esta Constituinte, uma questão absolutamente central é que essa nova cidadania possa encontrar sua justa passagem para uma estrutura partidária, para os mecanismos de representação. Com isso tenho em perspectiva o fortalecimento da democracia participativa mais à frente. Porque se ela nasce agora sozinha, desacompanhada de partidos e da representação, ela vai se vincular ao Estado, vai se deixar subordinar pelo Estado como está acontecendo em toda a parte. E inclusive no movimento associativo de moradores.<sup>101</sup>

Tanto Eunice Durham, como Francisco Alencar, concordavam com os argumentos de Werneck Vianna sobre as formas possíveis para a institucionalização da participação via representação. A questão da democracia representativa era crucial, e ela passava, naquele momento, pelo fortalecimento dos partidos políticos para que novos patamares de participação popular pudessem vir a ser adotados no país.

O significado da transição democrática para Werneck Vianna envolvia suplantar a modernização autoritária e elevar a sociedade a um estatuto de sujeito da sua modernidade; tais argumentos traziam a um só tempo, a necessidade e as dificuldades de sua realização. Os empresários entendiam o moderno como a privatização do mundo, enquanto por outro lado, o sindicalismo, os movimentos sociais e as instituições da sociedade civil ao longo das lutas contra o autoritarismo, entendiam a modernidade como democratização da esfera pública:

A recusa ao corporativismo, o empenho no fortalecimento das instituições da democracia representativa, o desenvolvimento deste promissor embrião da democracia participativa que se desenvolve entre nós, a instituição de nexos fecundos entre essas duas, a regulação democrática de sua vida interna e o envolvimento vivo e concreto com os movimentos sociais e suas associações são postulados mínimos para tal credenciamento<sup>102</sup>.

---

<sup>101</sup> BOSCHI(org), 1986, p. 41.

<sup>102</sup> Werneck Vianna, Luiz. A transição – da Constituinte à sucessão presidencial. Rio de Janeiro: Revan, 1989. Werneck Vianna observa que, no Brasil a história da modernização aliada à lógica privatista implicou na negação do sistema da representação política e dos partidos políticos, ou, então, os falsificou em convivência corporativista. Ao movimento democrático e popular organizado, caberia a combinação entre representação clássica e a democracia participativa de massas. Tal propósito, contudo, já naquele momento, não poderia dispor do enfrentamento em

Segundo Lessa (2008), é possível destacar uma teoria da agência democrática na nova Constituição. O sentido original de autogoverno direto teria sido moderadamente recuperado a partir da adoção de institutos de ação direta. Mesmo assim, observa: “A subordinação liberal da ideia de democracia ao esquema da representação – para empregar a expressão de Madison – é, evidentemente, mantida.”<sup>103</sup>

Nela, o cidadão democrático seria um sujeito constituído por direitos que, para serem plenos, dependerão de sua atenção e energia políticas e cognitivas para pôr em movimento os mecanismos propostos de jurisdição constitucional. Apesar disso, o autor é crítico das novas possibilidades de representação funcional dos operadores do sistema de justiça. Seu ponto é que eles desestabilizariam o equilíbrio de poderes, deixando à margem a representação partidária.

Interessa, no momento, ressaltar que o reforço para a perspectiva de autogoverno se vê recuperada a partir das novas possibilidades de participação. A perspectiva da participação para pautar e modelar a representação constituinte foi o tom dado no discurso final de Ulysses Guimarães, que aliou a participação à legitimidade para dar formas possíveis às inovações aprovadas:

O enorme esforço é dimensionado pelas 61.020 emendas, além de 122 emendas populares, algumas com mais de um milhão de assinaturas, que foram apresentadas, publicadas, distribuídas, relatadas e votadas, no longo trajeto das subcomissões à redação final. A participação foi também pela presença, pois diariamente cerca de dez mil postulantes franquearam, livremente, as onze entradas do enorme complexo arquitetônico do Parlamento, na procura dos gabinetes, comissões, galeria e salões. Há, portanto, representativo e oxigenado sopro de gente, de rua, de praça, de favela, de fábrica, de trabalhadores, de cozinheiras, de menores carentes, de índios, de posseiros, de empresários, de estudantes, de aposentados, de servidores civis e militares, atestando a contemporaneidade e autenticidade social do texto que ora passa avigorar. Como o caramujo, guardará

---

relação às questões sociais, políticas e econômicas. A política social, o pluralismo político e a cidadania plena e livre seriam requisitos fundamentais nesse processo.

<sup>103</sup> Lessa, 2008, p. 389. Pensar a representação como um filtro remete o pensamento aos federalistas. James Madison aceitava implicitamente que os representantes não podiam se assemelhar aos representados. Esperava-se que os eleitos fossem diferentes e distintos dos eleitores, porque o governo republicano exigiria, como qualquer outro regime, que o poder político fosse atribuído àqueles detentores da maior “sabedoria e virtude”. Segue uma ilustração: “Num tal governo (a república), é mais possível que a vontade pública, expressa pelos representantes do povo, esteja em harmonia com o interesse público do que no caso de ser ela expressa pelo povo mesmo, reunido para esse fim.” (MADISON IN: HAMILTON, Alexander; MADISON, James; JAY, John. *The Federalist Papers*. 2ª. ed. New York: Bantam Classic, jul. 2003, p. 98).

para sempre o bramido das ondas de sofrimento, esperança e reivindicações de onde proveio (Palmas.)<sup>104</sup>

Ulysses Guimarães ponderava seu julgamento histórico e político de que havia “significado de diagnóstico” o fato da Constituição ter *alargado* o exercício da democracia, “em participativa além de representativa”. “A Constituição representativa e participativa” era o único caminho possível, segundo suas palavras, para ordenar o avanço no campo das necessidades sociais. A possibilidade de iniciativa de leis, o “povo superlegislador, habilitado a rejeitar, pelo referendo, projetos aprovados pelo Parlamento. A vida pública brasileira será também fiscalizada pelos cidadãos. Do presidente da República ao prefeito, do senador ao vereador.”<sup>105</sup> A participação – a tencionar a representação – era interpretada enquanto possibilidade de avanço na sedimentação dos direitos sociais no país.

A perspectiva de que a ANC foi um evento aberto à experimentação<sup>106</sup> aparece reforçada nos testemunhos. Se as frações conservadoras temiam a participação, os setores progressistas temiam o reforço da centralização. Aos temores frente à fragilidade do momento, e ao passado autoritário que se buscava desvencilhar, a possibilidade do Estado Democrático de Direito, em lugar de um enxuto Estado Representativo, aparece. A identidade coletiva pode se forjar na força integradora da cidadania democrática, se for possível identificar o Estado Democrático de Direito como o resultado da própria atuação histórica:

Portanto, quando já não é possível se apoiar na “confiança antropológica nas tradições”, resta apelar para o “patriotismo constitucional”, ou seja, para o compromisso com as instituições do Estado de Direito e com a democracia radical, reconhecendo que este compromisso significa, entre outras coisas, o orgulho de ter conseguido superar duradouramente o fascismo, estabelecer um Estado de Direito e ancorá-lo em uma cultura política que, a despeito de tudo, é mais ou menos liberal<sup>107</sup>.

Cittadino (2009) observa que, apesar do conteúdo universalista dos princípios do Estado Democrático de Direito ser o mesmo, ele será assumido de formas distintas em cada contexto histórico e frente às diversas formas culturais

<sup>104</sup> ANC. Diário da Assembleia Nacional Constituinte. Discurso Final de Ulysses Guimarães em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988, p. 322.

<sup>105</sup> Ibid, p. 323.

<sup>106</sup> Conforme analisado por Lessa, 2008, p. 5; apud Cittadino, Gisele. 2009.

<sup>107</sup> CITTADINO, 2009, p. 224.



de vida, pois tal patriotismo constitucional não pode prescindir de uma determinada identidade política. Essa não mais se fundamenta em concepções éticas compartilhadas, mas consiste apenas no modo da disputa pública discursiva em torno da interpretação de um patriotismo da Constituição concretizado em cada caso conforme as condições históricas em que se vive e que constituem herança<sup>108</sup>. Com a dificuldade em torno da construção de valores compartilhados, lutar pela conformação de uma identidade política comum é possível: Cittadino propõe a compreensão procedimental da Constituição e não tomá-la como uma “ordem concreta de valores”. É preciso perceber a Constituição como um consenso procedimental em torno de princípios jurídicos universais cuja implementação e inscrição em nossa história política depende dos processos de formação da opinião e da vontade nos quais a soberania popular assume forma política.

Cittadino<sup>109</sup> observa que o pensamento jurídico brasileiro possui, historicamente, a marca positivista e o comprometimento com a defesa de direitos voltados para a garantia da autonomia privada dos cidadãos. Guardada a distância temporal, é possível relembrar, no plano político, a origem do positivismo no Brasil a partir do trabalho de Carvalho (1990), pontuando como a presença dos positivistas foi fundamental em todas as batalhas simbólicas travadas em função da aceitação da ideia de República no imaginário social brasileiro<sup>110</sup>. Nesse sentido, é possível imaginar como as vertentes da tradição positivista estariam no processo político da ANC alinhadas ao bloco “conservador”.

Cittadino busca frisar como a CF se opôs ao positivismo jurídico, segundo o qual os direitos civis e políticos recebem maior ênfase do que os direitos econômicos e sociais, e dentre os quais é comum (ainda hoje) a defesa de uma

<sup>108</sup> CITTADINO, Gisele In: PEIXINHO, Manoel Messias; FRANCO GUERRA, Isabella ; NASCIMENTO FILHO, Firly. Os princípios da Constituição de 1988 (2a. ed.).Brasil: Editora Lumen Juris, 2006. p 108. Cittadino se apoia em Jürgen Habermas, La Necesidade de Revisión de la Izquierda, p. 216. e. 312.

<sup>109</sup> CITTADINO, Gisele. “Judicialização da Política, Constitucionalismo Democrático e Separação de Poderes” In: WERNECK VIANNA, org. A democracia e os três Poderes no Brasil. Belo Horizonte: UFMG, Rio de Janeiro: IUPERJ, 2002, p. 27.

<sup>110</sup> O autor descreve a luta dos positivistas, a partir da teoria de Comte, em especial, os ortodoxos (como Miguel Lemos e Teixeira Mendes) que se valeram dos monumentos, mitos, bandeira e da figura feminina. Para o autor, nos casos em que a atuação política de tais ortodoxos encontrou apoio nas tradições populares, há que considerar algum mérito na construção de algo que tenha subsistido enquanto imaginário republicano (CARVALHO, José Murilo de. A formação das Almas. O imaginário da República no Brasil. 20ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.(1990)., p. 140)

concepção mais representativa do que participativa da democracia. A maior parte dos representantes do pensamento constitucional brasileiro estabeleceu uma ruptura em relação à cultura jurídica positivista e privatista, na busca de um fundamento ético para a ordem jurídica, e agindo contrariamente ao privatismo na efetivação de um amplo sistema de direitos assegurado pela nova Constituição.

A autora desenvolve seu argumento a partir das análises de José Carlos Vieira de Andrade<sup>111</sup>, sobre direitos fundamentais positivados constitucionalmente. Ao serem positivados, por isso acedem a uma posição de validação comunitária, ao tomarem parte da consciência ético-jurídica de uma determinada comunidade histórica. Foi no percurso da abertura constitucional<sup>112</sup> que seria permitida a participação de cidadãos, partidos políticos, associações, dentre outros, enquanto intérpretes da Constituição, democratizando o processo interpretativo (ao se tornar aberto e público) e concretizando a Constituição.

Do ponto de vista do direito isso significa que, da oposição entre positivismo jurídico e comunitarismo, haveria prevalecido a segunda inspiração doutrinária. De acordo com ela, a CF encerraria uma sistemática de princípios, valores e instituições que permanentemente balizariam, por meio das criações jurisprudenciais, os preceitos fundamentais da sociedade. Há uma filosofia positivada nos textos constitucionais que vem permitindo, a partir de 1988, o desenvolvimento de novas formas de participação da sociedade na política brasileira, bem como a abertura de caminhos para o controle da constitucionalidade das leis via judiciário. Como observado por Werneck Vianna<sup>113</sup>, as gerações posteriores à Carta tem a incumbência de garantir a efetivação dos direitos constitucionalmente assegurados por meio dos recursos procedimentais dispostos em seu próprio texto. É o processo de democratização entendido como em aberto, seja a relação sociedade e política, seja a própria Carta, interpretadas de forma não conclusa, inacabada<sup>114</sup>.

---

<sup>111</sup> ANDRADE, José Carlos Vieira de. Os direitos fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976. Coimbra: Livraria Almedina, 1983, apud CITTADINO, 2003, p.30 e ss.

<sup>112</sup> Sobre abertura constitucional ver HABERLE, Peter. Hermenêutica Constitucional, A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: Contribuição para a Interpretação Pluralista e 'Procedimental' da Constituição. Trad.: Gilmar Ferreira MENDES. Ed. Sergio Antonio Fabris, Porto Alegre: 1997. Ver também Constituição como Cultura. Entrevista concedida a Rodrigo Aidar e Marília Scriboni. Revista Consultor Jurídico, 29 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2011-mai-29/entrevista-peter-haberle-constitucionalista-alemao>

<sup>113</sup> WERNECK VIANNA, Luiz et al. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 1999, p.,16 e ss.

<sup>114</sup> WERNECK VIANNA et al., 1999, p. 38.

Por isso mesmo, tal abertura para o futuro tem consequências programáticas do ponto de vista das políticas públicas. A possibilidade de juridificação dos direitos aparece ao lado da formulação dos direitos fundamentais como de aplicabilidade imediata, oferecendo mecanismos como o Mandado de Injunção e a Ação Direta de Inconstitucionalidade. No campo da saúde, surge também a possibilidade de participação e controle no Sistema Único de Saúde. Com as dificuldades encontradas perante a atuação do Judiciário, ganharam força outras inovações da CF. A manifestação do Poder Judiciário foi no sentido de desencorajar as aberturas propostas para intervenção da sociedade. Esse movimento trouxe relevância ao processo de redefinição das atribuições do Ministério Público e da criação da Defensoria Pública e dos Juizados de Pequenas Causas<sup>115</sup>.

Entender a democratização como um processo em aberto, envolve o problema de como pode ser tratada a representação política – e sua reconfiguração e alargamento – tema frequente de debate na teoria democrática e na filosofia política normativa na última década. Urbinati (2006)<sup>116</sup> apresenta a democracia representativa não apenas como uma forma diferenciada de participação, mas como um formato superior às suas supostas concorrentes. Neste entendimento sobre o processo de representação democrática, as mudanças são incorporadas pelo mecanismo representativo vigente e o mundo da política é delimitado estritamente ao sufrágio universal. Considera-se que a análise de Rosavallon<sup>117</sup> possui maior rendimento no que concerne à relação entre o social e o político, pois permite estabelecer uma perspectiva de processo em aberto a ser considerada, traduzida em uma concepção de política expandida, ou seja, do social e do político em intersecção. Nesse contexto, o autor apresenta o tratamento possível a uma série de processos que ganharia força com um suposto enfraquecimento dos partidos e sua relativa incapacidade responsiva aos eleitores. Ele não considera que essa seria uma crise de representação, pois classifica esse processo como disfunções da representação em contexto de democracia eleitoral. Tais disfunções

---

<sup>115</sup> Werneck Vianna, 2008, p. 100.

<sup>116</sup> Urbinati, Nadia. (2006) *Representative Democracy :Principles and Genealogy*. Chicago and London: University of Chicago Press.

<sup>117</sup> Rosavallon, Pierre.(2006) *Le Contre-Démocratie*. Paris: Seuil, 345p.e (2008), *La Légitimité Démocratique. Impartialité, reflexivité, proximité*. Paris: Seuil, p.355. (*Les Livres du Nouveau Monde*).

seriam complementadas pela existência de mecanismos outros controladores, reguladores e taxativos da estrutura eleitoral partidária.

Aqui se propõe que a noção de coexistência de processos<sup>118</sup> parece mais adequada, justamente pelo fato de que as modificações observáveis nos padrões de representação aparecem no processo histórico como reações pontuais frente às pressões com participação da sociedade. Outro fator relevante é que, no caso da democratização constitucional brasileira, a representação partidária foi o caminho paradoxal para o fortalecimento das novas formas de participação política. Ao tentar controlar seu exercício ou influenciar suas decisões, não seria necessário o diagnóstico de declínio dos partidos, visto que sua atuação continua, e normativamente, marca um contraponto aos novos processos.

Os partidos, por outro lado, são tirados de uma “posição de conforto”, pelas forças sociais. Muitas vezes na reação de controle, julgamento ou veto do que se estabelece pelas instituições representativas democráticas, podem advir efeitos não exatamente políticos. Isto pelo fato da ação estar ligada à necessidade de contestação, e se desenvolver sob a percepção de que se está – à parte – da política institucionalizada, para que o cidadão se entenda enquanto partícipe legítimo do processo.

O uso da linguagem comunitária na CF, a incorporação de novas e variadas formas de garantias do ideal comunitário da participação dos cidadãos nos negócios públicos, permitiu a adoção de determinados formatos participativos no processo político nacional. O estabelecimento de amplos direitos fundamentais em princípios constitucionais, contudo, enfrentou enormes dificuldades na concretização dos postulados constituintes. A CF depende da capacidade de controle, por parte da comunidade, das omissões do poder público. Tais mudanças, ainda que moleculares, são experiências cotidianas que não ambicionam a tomada do poder, mas influenciar as decisões a serem tomadas, e merecem melhores diagnósticos e estudos sobre seus impactos.

É possível observar a coexistência de processos políticos institucionalizados e da desconfiança organizada. Uma análise que partilha da perspectiva

---

<sup>118</sup> Em desdobramento das discussões realizadas em: FARIA, A. M. T. *On the Social and the Political: Theories of Political Representation - Beyond the universal suffrage*. Trad. Renato Rezende. Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing AG e Co. KG, 2010. v. 1. 132 p.

contraditória do político<sup>119</sup> volta à atenção para os processos de equalização entre laço social e poder. A observação da representação em termos de democracia e concorrentes formas de controle e reação à atuação de suas instituições permite destacar a coexistência que, muitas vezes de forma atribulada, mobiliza atores sociais para diminuir a distância entre a sociedade e suas instituições.

A Constituição de 1988 forneceu meios latentes para a participação de setores da sociedade no sentido de melhor regular a democracia que passava a vigorar. Pretende-se investigar nesta tese os momentos em que a representação política formal se vê forçada a gerar novas situações de legitimação no seu *continuum* inerente pelas ações participativas previstas no texto constitucional. Nesse sentido, a investigação da implementação e institucionalização dos conselhos no Rio de Janeiro, ocorreu em um ambiente marcado pela proeminência histórica da representação executiva e centralizada, o que corroborou para a importância do enfoque no acompanhamento das ações possíveis de controle e sanção relativas às decisões da política eleitoral institucionalizada.

---

<sup>119</sup> Rosanvallon, 2006.

### 3

## O município e a saúde: uma análise a partir da tensão entre participar e representar na ANC

*O que é a política senão a recusa dos regulamentos espontâneos da natureza, quer dizer, do mercado, da saúde, da força, para que sejam feitas promessas mútuas.*

Garapond, 1999, p. 269.

A ANC, enquanto um evento aberto ao choque de forças, como observado por Pilatti (2008), abriu uma oportunidade aos partidos de esquerda, os quais foram beneficiados com as prerrogativas regimentais de ação-obstrução, com a possibilidade de ter acesso a alguns cargos na estrutura descentralizada de elaboração institucional e com a extensão e o detalhamento da respectiva agenda a ser seguida<sup>120</sup>. Não tardaram a aparecer os acenos explícitos das conjugações de forças com a ala esquerda do PMDB, mesmo que aparentemente nada levasse a crer na facilidade para sua interferência.

O Regimento Interno (RIANC) aprovado permitiu a combinação de descentralização na elaboração e centralização na decisão, expansão temática, multiplicação de cargos e restrições procedimentais. Ao mesmo tempo em que dificultava a atuação das bancadas minoritárias, abria a possibilidade de exploração de um campo temático identificado com as agendas de esquerda e um amplo conjunto de foros de deliberação em quatro diferentes instâncias.

### 3.1.

#### O município entre representar e participar

A partir da lógica proposta ao logo da tese, de observar a partir da tensão entre participar e representar, foi feita a opção metodológica de recortar detidamente os embates em torno da participação, da representação e do município nas atas de duas subcomissões, cujo tema é pertinente às discussões

---

<sup>120</sup> Pilatti, 2008, p. 55.

aqui propostas. De acordo ao já explicitado na introdução, a orientação da tese visa contribuir para a verificação clássica proposta por Nunes Leal (1976), ao observar como se discutia a ampliação ou restrição da esfera própria ao município.

O objetivo, mais do que concentrar nos atores, é perceber como os argumentos sobre esses temas foram mobilizados enquanto formas de acelerar o processo de transição do autoritarismo à democracia política observado no país. Se atentarmos, tomando a proposta de *linguagem em uso*<sup>121</sup> dos trechos analisados, buscaremos ressaltar como, naqueles ambientes, tais princípios foram acionados.

O critério de recorte também se baseou na observação de Pilatti (2008), de que o momento das subcomissões foi marcado por reuniões dedicadas à discussão dos seus respectivos temas, à realização das audiências públicas com representantes da sociedade civil e à apresentação de sugestões e propostas.

O objetivo de análise, dentro do escopo da participação em tensão com a representação, é destacar como as propostas para o legislativo municipal e os conselhos apareceram em ambos os momentos. A descentralização, em direção ao município, mas também em direção à possibilidade de maior participação popular na política, eram percebidos como uma forma de combater o autoritarismo e a centralização de poder que marcavam o momento anterior. Elas ganharam espaço dados o caráter descentralizado das subcomissões e a articulação das bancadas de esquerda – que possuíam dentre outras demandas a participação popular como um valor a ser conquistado através das discussões sobre a nova Carta.

Com a participação de 559 deputados e senadores<sup>122</sup>, após a eleição do presidente e demais membros da mesa, designados os líderes e aprovado o Regimento Interno, a Constituinte passava ao momento de instalação e deliberação das 24 subcomissões, das 8 comissões temáticas e da Comissão de

<sup>121</sup> Dar atenção à linguagem em uso refere-se à investigação sobre os diferentes usos da linguagem operada na vida cotidiana. Ao atentar para o emprego das palavras, como, por exemplo, nas atas examinadas, é possível compará-las ou inseri-las em um mundo da vida, com especificidades espaciais e temporais. “É possível ver a nossa linguagem como uma velha cidade: uma rede de ruelas e praças, casas velhas e novas, com remendos de épocas diferentes... Representar uma linguagem equivale a representar uma forma de vida” (WITTINGENSTEIN, Ludwig. *Investigações Filosóficas*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes. 2005, p. 20 -30).

<sup>122</sup> Para saber mais sobre os perfis dos parlamentares da ANC, Celina Souza faz referência aos trabalhos de Coelho e Oliveira (1989), Fleischer (1990), Kinzo (1990), Mainwaring e Pérez-Liñán (1998) e Rodrigues (1987). Cf Celina Souza. *Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo Decisório, Conflitos e Alianças\** **DADOS—Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 44, nº 3, 2001, pp. 513 a 560.

Sistematização<sup>123</sup>, o que abrangia as 3 primeiras fases do procedimento adotado e se estenderia até novembro de 1987. Em tal contexto foi feito o estudo das 24 Atas da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente instalada à 7 de abril de 1987 (330 laudas) e das 20 Atas das reuniões ordinárias da Subcomissão dos Municípios e Regiões (193 laudas), também iniciadas na mesma ocasião<sup>124</sup>.

O presidente da Subcomissão dos Municípios e Regiões foi o deputado Luiz Rodrigues (PMDB-MG) e seu relator o deputado Aloysio Chaves (PFL-PA)<sup>125</sup>. Membros do Nordeste e do Centro-Oeste compunham a maioria<sup>126</sup>. A subcomissão teve oito audiências públicas, com a participação de prefeitos, vereadores e técnicos, tendo sido influenciada pelos trabalhos do Instituto Brasileiro de Administração Municipal —IBAM<sup>127</sup>.

Sobre os dados empíricos já levantados que atestam o processo constituinte como marcado pela atuação dos integrantes das bancadas de partidos de esquerda com graus elevados de coesão e disciplina partidária<sup>128</sup>, e sobre a importância de Mario Covas e sua estratégia na formação das Subcomissões, podemos citar o relato do deputado José Dutra logo na primeira reunião ordinária da subcomissão II-C:

<sup>123</sup> ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. Atas das Subcomissões. Suplemento Comissões e Subcomissões do Diário da Assembleia Nacional Constituinte. Brasília: Senado Federal, 1988, disponível em:

<http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/constituente/ComESub.pdf>

<sup>124</sup>; ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, Atas das Subcomissões: Suplemento VII-B Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente e Atas das Subcomissões: Suplemento II-C Subcomissão dos Municípios e Regiões, Brasília: Senado Federal, 1988, disponíveis em: [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT\\_Abertura.asp](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT_Abertura.asp)

<sup>125</sup> O 1º vice presidente o deputado Mauro Miranda (PMDB-GO) e o 2º Vice-Presidente o deputado José Dutra (PMDB-AM).

<sup>126</sup> ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE Atas das Subcomissões: Suplemento II-C Subcomissão dos Municípios e Regiões, Brasília: Senado Federal, 1988, p. 1-2, disponíveis em: [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT\\_Abertura.asp](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT_Abertura.asp). Ver também Pilatti, 2008, p. 317-321, e Celina Souza, 2001, p. 522.

<sup>127</sup> Sobre o municipalismo até o Estado Novo ver MELO, M.A. *Municipalismo, nation-building e a modernização do Estado no Brasil*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.23, n.8, p.83-100, 1993. Segundo o autor: “O municipalismo, através da história brasileira, informou ideológica e programaticamente projetos fundamentais associados à modernização do país. De uma crítica à centralização política e à ausência de participação e representação, ele se associou à crítica autoritário-modernizante de cunho agrarista ao sistema sócio-político da República Velha que, no Estado Novo, enxergou no município o espaço plebiscitário e pré-político por excelência. Atingido o auge mobilizatório de sua trajetória durante a redemocratização do país na década de 40, o municipalismo se fissura em uma vertente política representada pela criação da ABM e uma vertente tecnocrática associada ao IBAM. Na primeira dessas vertentes o municipalismo perde seu caráter militante e se transforma numa frente nacional de políticos provincianos. Na segunda, o municipalismo perde seu caráter redentor e ruralista e adquire um caráter urbano-metropolitano”. Melo, 1993, p. 98-100.

<sup>128</sup> Ver Mainwaring ;Linã, 1998.



Houve um acordo entre as Lideranças do PMDB e do PFL no sentido de garantir ao PFL a relatoria desta Subcomissão, e ao PMDB a Presidência, a Primeira e a Segunda-Vice Presidências. Fui surpreendido no domingo com um telefonema do Senador Mário Covas, consultando-me se eu aceitaria disputar a Segunda Vice-Presidência. Creio que aconteceu o mesmo como os demais colegas. Parece-me que a apresentação da chapa resulta de um entendimento entre os partidos<sup>129</sup>.

O presidente da Comissão recebia frequentemente a alusão de “companheiro da Frente Parlamentar Municipalista”, conforme discurso do constituinte Ivo Cersósimo:

À frente dos trabalhos desta subcomissão, que reputo uma das mais importantes da nossa Constituinte, a figura extraordinária de Luiz Alberto, de Minas Gerais. Regozijamo-nos com esse fato, porque a Frente Parlamentar Municipalista está muito bem representada nesta subcomissão com a figura do nobre Constituinte Luiz Alberto na presidência dos nossos trabalhos, e muito bem representado o Brasil, como um todo, este Brasil que muito de nós espera, porque é no município que está a essência da vida. Assim, em nome dos nossos companheiros da Frente Municipalista e do interior brasileiro, expressamos certeza de que, nesta subcomissão, procuraremos entender a verdadeira posição do municipalismo brasileiro. Aqui repousam as esperanças deste Brasil-município, que muito espera de nós e da Constituinte<sup>130</sup>.

*Brasil-município*, *Brasil municipal*, foram expressões muito repetidas junto ao argumento de que era preciso reforçar o poder dos municípios. Na perspectiva municipal, era depositada, também, a esperança de dar auscultas aos quatro mil e duzentos prefeitos da época e todos os vereadores dos rincões e do interior do país que poderiam receber atenção da futura Carta.

Lutar pelo fortalecimento do municipalismo no Brasil, ainda que de forma vaga, significava lutar pela destinação de maiores recursos a todos os municípios, em contraposição ao poder centralizador da União. Os membros do Rio Grande do Norte, do Norte e do Nordeste do Brasil viam no fortalecimento do município uma forma de minorar as desigualdades regionais profundas.

Waldeck Ornellas foi um dos que buscava sair apenas do tom enfático municipalista e travar o debate sobre as competências regionais. O constituinte questionava a ênfase apenas tributária (até porque ela estava sendo tratada em outra subcomissão concomitantemente), e ponderava a necessidade de que a nova

<sup>129</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.1.

<sup>130</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p. 2.

Carta Constitucional deveria expressar as competências dos municípios, de maneira a estabelecer bases específicas que assegurassem a tão exaltada autonomia.

O centralismo, para ser eliminado, precisa ser combatido através de duas vertentes: uma, a da descentralização, que se fará, sem dúvida, pelo fortalecimento dos Estados e Municípios e pelo estabelecimento do novo sistema tributário; mas há uma outra vertente que precisa ser explorada – e esta subcomissão, neste particular, tem uma condição ímpar, entre todas as subcomissões da Constituinte – que é encarar e abordar a questão de desconcentração da União, através de um tratamento adequado ao problema das grandes regiões do País<sup>131</sup>.

Destaque-se também o discurso do diretor da Frente Municipalista Baldonado Arthur Napoleão, aonde aparece o contato entre instituições acadêmicas (no caso a Fundação Getúlio Vargas) e o movimento organizado dos municípios. Ressalte-se também a importância da Lei Orgânica Municipal:

Quero pedir licença aos companheiros da Frente Municipalista e da ABM para ressaltar não só como prefeito, mas como um profissional de administração pública, a importância da presença nesta reunião do IBAM, especialmente representado pelo seu grande fundador, criador, idealizador e, sem dúvida nenhuma, um dos maiores conhecedores da questão municipal no Brasil, Professor Diogo Lordello de Mello, a quem peço licença para falar sobre esta matéria, como seu ex-aluno na Fundação Getúlio Vargas, e de quem tirei as primeiras razões para me dedicar à profissão da administração pública, especialmente da administração municipal. Gostaria de informar que a Frente Municipalista Nacional está desenvolvendo seu trabalho em duas direções. Uma diz respeito à reforma tributária de emergência, que trouxe a Brasília, há poucos dias, mais de dois mil prefeitos e mais de mil vereadores. A referente proposta está neste momento nas mãos dos Ministros Aníbal Teixeira e Dilson Funaro, num processo de discussão de cada reivindicação que os municípios brasileiros, através da Frente Municipalista Nacional, apresentaram ao Governo federal. A outra direção, como não poderia deixar de ser, é a da Constituinte: a administração municipal, a sua própria Lei Orgânica. Que haja algumas orientações federais, evidentemente, e até estaduais, mas que o município possa, com a capacidade de entender sua própria realidade, definir como administrará os seus próprios serviços, seus próprios problemas e, principalmente, como usará seus próprios recursos. De maneira que a proposta do IBAM, de participação do município na elaboração da sua Lei Orgânica, é uma das bandeiras da Frente Municipalista Nacional<sup>132</sup>.

O estudo das atas, através dos temas participação, representação e município, revelou a 5ª Reunião Ordinária, de 23 de abril de 1987, onde reuniu-se a mencionada Subcomissão dos Municípios e Regiões, na sala B, do Anexo II, da

---

<sup>131</sup> Ibid, p. 4

<sup>132</sup> Ibid, p.20-21

Câmara dos Deputados, em Brasília, DF<sup>133</sup>, Como de especial interesse à discussão. A reunião tinha por objetivo ouvir a Associação dos Prefeitos das Capitais e do Conselho das Regiões Metropolitanas.

O discurso de Roberto Requião foi um dos mais enfáticos e aplaudidos. Nele os limites sobre a autonomia municipal são relacionados à perspectiva social, bem como ao temor do processo de comando do poder econômico frente às possibilidades políticas municipais:

Mas, num primeiro momento, a necessidade absoluta de planejamento da União tem que ser respeitada, em função das condições sociológicas do Brasil. A autonomia municipal deve vir acompanhada, *pari passu*, da organização da sociedade civil, senão os nossos municípios, com uma reforma à alemã, com uma economia de mercado e com as pressões de internacionalização da economia brasileira em que vivemos, serão seguramente não mais um veículo de controle da estrutura política do País pelas oligarquias, mas o veículo da internacionalização fácil da economia brasileira. E as Prefeituras não seriam mais do que braços do planejamento das grandes empresas que, hegemonicamente, sustentam e mantêm o comando ou o mando do poder municipal, mesmo em grandes cidades e em Capitais como Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador<sup>134</sup>.

Conforme observado pela literatura que estuda a lógica municipal a partir de 1988, segundo Abrúcio e Couto (1996), após a Constituinte, os municípios enfrentariam um duplo desafio: assumir políticas públicas que antes estavam a cargo da União, ou secundariamente, dos estados, e promover o desenvolvimento econômico local. O segundo tópico envolve necessariamente um tipo novo de relacionamento com o setor privado, que suplante a oligarquia, mas também a lógica patrimonialista, que se vale do poder econômico para manter cartéis.

<sup>133</sup> Sob a presidência de Luiz Alberto Rodrigues, estavam presentes os constituintes: Aloysio Chaves, Mauro Miranda, Maurício Fruet, José Dutra, Alexandre Puzyna, Eliézer Moreira, Lavoisier Maia, Nestor Duarte, Sérgio Brito, Mello Reis, Edésio Frias, José Maranhão, Luiz Freire e Firmo de Castro. Outras presenças mencionadas nas Atas eram Srs. Paulo José Vilela, Assessor Jurídico da Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo; Antonio Santos Mendonça, Secretário da Associação de Municípios de São Paulo; Domingos Pontes, prefeito de Caucaia, no Ceará; Almir de Lima Machado, Presidente da Federação para o Desenvolvimento Urbano da Região Metropolitana do Rio de Janeiro; Norberto Luiz, Secretário-Executivo da Associação dos Municípios de São Paulo; Fernando Carrezedo, Secretário-Executivo da Secretaria de Estado dos Negócios Metropolitanos de São Paulo; Luiz Henrique Cavalcante; Maurício Nogueira, do Ministério do Desenvolvimento Urbano; Hugo Simas, Secretário-Geral do Centro Acadêmico, da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná; Hugo César Rosel e dos estudantes de Direito Gilson Vicente, Zilmara Zaidovick, Marilu de Oliveira Brito, Rosemeire Scheffer e Rejeane Maria Martins Schultz. Em especial, tiveram participação marcante e ressaltada pela presidência o Prefeito expositor Roberto Requião, de Curitiba; o Prefeito de Caucaia e o Prefeito Silas de Oliveira, de Itapevi, São Paulo.

<sup>134</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p. 33.

E é neste cenário que, dentro das discussões sobre o município, surge a demanda de não entregar a cidade apenas aos técnicos, mas entendê-la como uma estrutura viva e plena de conflitos:

Os municípios e as regiões metropolitanas devem viabilizar uma estrutura viva, que não subordine a vida das cidades apenas à orientação dos técnicos, mas encare a cidade como um processo vivo de conflitos, de mudança de prioridades, de ascensão de grupos organizados da sociedade civil, de grupos de operários, de grupos de trabalhadores, de grupos de pressão, cujos anseios vão desde a melhoria das condições de trabalho à preocupação com a ecologia e a preservação do verde nas cidades. Esses grupos devem necessariamente possuir um espaço para poderem manifestar-se e subordinar técnicos aos seus interesses. A cidade não pode ser mais construída de baixo para cima. Ela deve ser, definitivamente, o produto da inteligência, da criatividade, das tradições e das necessidades do seu povo. A cidade é uma máquina de vida e o homem da cidade não é mais uma mercadoria a ser utilizada pelo comércio, pela produção enquanto força de trabalho, e marginalizado nas periferias<sup>135</sup>.

Era uma tentativa de difundir a cooperação entre cidades, de otimizar o transporte urbano, do uso do solo, com o objetivo de orientar a organização política a partir das características físicas, econômicas e sociais. Já se previa a relação predatória entre entes federativos:

A proposta que trazemos a respeito especificamente das regiões metropolitanas é a de um grande município, que elegeria um prefeito metropolitano que se responsabilizaria pelo planejamento geral da região. Não podemos conviver mais com municípios limítrofes que não compatibilizam estruturas de transportes, planos de saneamento e projetos globais de uso do solo urbano, que não conseguem utilizar os três instrumentos clássicos do planejamento urbano: uso do solo, estrutura viária e transporte de massa. Nós propomos a eleição de um Prefeito municipal pelo conjunto dos habitantes da região metropolitana e a de Prefeitos Distritais que se encarregariam basicamente dos problemas específicos da sua região e que não digam respeito fundamentalmente ao planejamento global. Uma única Câmara Municipal deve ser eleita pelo sistema do voto distrital. Esses distritos administrativos e eleitorais não se confinariam no desenho único e exclusivo dos municípios que atualmente constituem as regiões metropolitanas, mas seriam adequados, redesenhados, conforme as condições econômicas, topográficas e sociais existentes. Seriam homogeneizados em cima de características físicas, políticas e sociais<sup>136</sup>.

Neste contexto irá aparecer o debate sobre os conselhos municipais, ainda na perspectiva de conselhos comunitários, e a competência dos vereadores, lado a lado:

---

<sup>135</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.33.

<sup>136</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.33.

Os Prefeitos Distritais, por sua vez, abririam um espaço fundamental para a evolução da sociedade civil organizada. Seria criado um Conselho Comunitário, que, de certa forma, resgataria a origem do Vereador não remunerado, substituído, nesse processo, não na Câmara Municipal geral, mas na discussão dos assuntos do seu distrito, por um conselho vivo, com participação aberta da sociedade civil. Seria um conselho não desenhado institucionalmente, para não ser apropriado por grupos políticos e forças eventuais, mas aberto a cada manifestação da sociedade organizada. E quase sempre a sociedade civil não se organiza de forma definitiva. Ela se organiza em cima de problemas que surgem. Ela se mobiliza para a solução desses problemas e se desmobiliza quando os problemas são resolvidos ou quando não há possibilidade da solução dos problemas. É um processo dinâmico, criativo e constante, que não pode ser consolidado, cristalizado, numa estrutura definitiva. Estou propondo a V. Ex.as o que levamos a um Encontro de Regiões Metropolitanas, em Porto Alegre. A nível do Município de Curitiba, já estamos realizando isso com as nossas freguesias, administrações regionais que funcionam com um Conselho Comunitário. Acredito que, em linhas gerais, e para que a reunião seja mais produtiva e o discurso não se alongue, a proposta de Curitiba para esta subcomissão tem mais ou menos esse desenho, que pode ser discutido mais adiante, nos debates. Muito obrigado. (Palmas)<sup>137</sup>.

A estrutura metropolitana proposta gerou várias críticas, e a ideia do conselho comunitário aqui aparece como não institucionalizado. Já estava presente o temor pela descaracterização do Conselho em relação ao movimento social que lhe origina<sup>138</sup>. A proposta de poder popular aparece com a participação enquanto um vetor pedagógico de aprendizado da população:

Na verdade, a proposta que coloquei reforça um único poder: o poder popular. É uma tentativa de se criar uma estrutura pedagógica de participação da sociedade civil. E ela começa, na realidade, com espaço aberto nos conselhos comunitários dos distritos metropolitanos. Há uma diferença muito grande – insisti na minha exposição inicial – entre o município alemão, de setecentos anos, e o município brasileiro, criado por injunções políticas. Às vezes um município é criado mais em função da manutenção de um curral eleitoral, da viabilização de grupos, do que por necessidade econômica. Temos municípios que não têm vocação agrícola, industrial ou comercial e foram criados. Neles acabam se instalando os repuxos luminosos, os grandes campos de esportes. Não há preocupação com a produção, com os direitos e com o trabalho. Esses municípios não podem ser entendidos de uma forma clássica, em cima da filosofia municipalista, como se fosse um município antigo, consolidado, com uma vida comunitária, uma vida solidária, uma sociedade civil organizada. A Região Metropolitana de Curitiba limita-se com alguns municípios que são cidades-dormitórios que não se integram no planejamento global. Então, diriam V. Ex.as que estou propondo um quarto governo? Não; estou propondo o governo, a governabilidade, a viabilização de instrumentos de planejamento. Não se pode negar a um município limítrofe de Curitiba, em que todas as pessoas trabalham em Curitiba, um município como

<sup>137</sup> Ibid.

<sup>138</sup> A menção ao assunto é breve pois esse tema será tratado no Capítulo referente aos Conselhos.

Almirante Tamandaré, onde nasceu o ex- Prefeito de Curitiba, Maurício Fruet, a possibilidade de contar com os recursos da capital, onde sua população trabalha, produz e gera impostos e serviços. Na verdade não estou propondo o esvaziamento do pequeno município, mas a viabilização do planejamento e, ao mesmo tempo, de alguma forma, um início de descentralização e de desconcentração do poder<sup>139</sup>.

Ao menos dois eixos principais podem ser destacados no argumento de Requião: a descentralização acontece quando o Estado estende o seu braço para uma posição mais próxima do cidadão, em primeiro lugar e, em seguida, a desconcentração do poder acontece quando o próprio Estado começa a criar estruturas que viabilizem a transferência de uma parte do poder discricionário do mandatário para a população, que seria o conselho comunitário. Para Requião, a tentativa do Brasil na direção política de uma democracia parlamentar (naquele momento) e representativa, passaria necessariamente pelo que chamou de “crise da absolutização do mandato<sup>140</sup>”. Eram necessárias novas estruturas de mediação, de participação da sociedade civil. Já que não era possível politicamente, naquele momento, sugerir algo como o mandato imperativo, o mandato mediado pelo partido, vinculado ao programa e vinculado a responsabilidades, as estruturas participativas poderiam ser um caminho.

Ao discurso da autonomia municipal, Requião contrapunha a ampliação da participação popular por meio das suas representações civis e da sua Câmara de Vereadores e a viabilização de um planejamento integrado. Ele aproveitou o ensejo para criticar as regiões metropolitanas de então como estruturas absolutamente burocratizadas, onde haveria um “ridículo Conselho de Prefeitos” que não se reuniria.

A tensão representação *versus* participação, assunto de interesse da tese, mostra-se como o ponto chave para uma proposta diferente de política municipal:

Não propus, aqui do planalto, a extinção das Câmaras de Vereadores, mas a sua valorização. Não propus a substituição de Câmara de Vereadores por conselhos populares. Propus a valorização de uma grande Câmara de Vereadores, eleita pelas bases distritais do município, ampliado, sim – por que não? – para que o povo tenha atendidas as suas necessidades e para que o planejamento seja viável. Propus uma Câmara de Vereadores remunerada, não vou propor a plutocracia do político que só poderia exercer o *múnus* público se fosse muito rico. Mas propus, também, a quebra do absolutismo do mandato do prefeito, com a participação popular nos distritos. Propus uma estrutura pedagógica de participação popular que tem de ser

<sup>139</sup> Ibid, p. 36.

<sup>140</sup> Ibid, p. 37.

construída no Brasil, que não pode ser pensada de uma maneira ideal, como V. Ex.<sup>a</sup> colocou a autonomia municipal. A autonomia municipal existe num plano ideal – e todos somos municipalistas, porque todos somos democratas, todos querem a descentralização do poder, a valorização da cidadania. Mas o fato concreto é que a atual estrutura de divisão municipal nas regiões metropolitanas transforma os municípios vizinhos à capital em primos pobres, extraordinariamente pobres, onde essa autonomia não passa de uma ficção, que inviabiliza o planejamento, inviabiliza o acesso dessas populações aos serviços urbanos básicos, inviabiliza o acesso à saúde inviabiliza o acesso à organização do transporte coletivo, que resultaria num preço mais baixo de tarifas<sup>141</sup>.

Este posicionamento político traz um ponto chave argumentado nesta tese, que diz respeito ao processo concomitante de estabelecimento de competências dos vereadores e dos conselheiros. Os vereadores conquistam a Lei Orgânica como atualmente a conhecemos a partir da Constituição de 1988 e, em muitos lugares, como veremos no decorrer da tese (em especial o caso do Rio de Janeiro), vereador e Lei Orgânica serão decisivos na institucionalização dos Conselhos de Saúde municipal e distritais na cidade, conforme previsto na Constituição.

A perspectiva dos conselhos e vereadores simultaneamente, da tensão entre representação e participação a dosar no ambiente da cidade o arrefecimento do Poder Executivo centralizado, aparece, nas palavras de Requião, alinhada à importância da participação popular. O ator político apresenta a participação popular como valor democrático fundamental à sociedade, cujo caráter seria pedagógico: esta seria estratégia crucial para diminuir a alçada do Executivo na existência política municipal.

O discurso de Requião apontava o calcanhar de Aquiles da Subcomissão: não adianta uma Constituição que exalte a autonomia municipal, mas a inviabilize na prática. O planejamento era pensado como algo que deveria acontecer próximo à população, com apoio dos técnicos urbanos, mas decididamente precisaria passar pelo crivo da participação popular. A dinâmica diferenciada das eleições municipais aparece como a justificativa para esse tratamento mais participativo:

Os vereadores têm um espaço importantíssimo. Mas é evidente, para qualquer pessoa que tenha uma visão mínima da sociologia urbana, da sociologia municipal do Brasil, que ele é muito mais sensível aos grupos de pressões localizados do que o Congresso Nacional, que está numa posição mais distante e trabalha com interesses mais generalizados. Tanto que as eleições presidenciais e executivas, no Brasil, pela polarização das ideias, têm dado um resultado muito mais programático que as eleições proporcionais, em que os votos se dão pelas cores das

---

<sup>141</sup> Ibid, p. 38.

camisas, em que as propostas não se discutem. V. Ex.as que viveram o processo de eleição da Constituinte sentiram isso. Votamos muito mais pelas cores partidárias, pelo candidato regional, apoiado pelo prefeito, do que pelas ideias. Já nas grandes questões, que se decidem pelo voto majoritário, as posições são colocadas com mais clareza e a polarização se faz numa maneira mais ideologizada. Então, minha participação aqui resume-se a isso colocar uma proposta, polêmica por que não? Que esperamos da Constituinte? Mudanças. Não esperamos o conservadorismo, não esperamos o cortejamento de prefeitos, de estruturas e manutenção de situações eleitorais. Esperamos mudanças profundas, pensadas, sérias, mas, fundamentalmente, mudanças que viabilizem a administração pública no regime democrático. Que não se comova o Congresso Nacional com os estigmas, comova porque o Brasil precisa de redução sociológica. Não existem fórmulas completas. Temos, por aí, os marxismos, análises inteligentíssimas da conjuntura do mundo de cem anos atrás, que se tenta transplantar mecanicamente para uma situação brasileira, completamente diferenciada. Precisamos é da redução sociológica. Não existe o pensamento autoritário de forma absoluta – e propostas não podem ser acusadas de autoritárias porque, simplesmente, estão tentando resolver um problema<sup>142</sup>.

Ao dizer que o Brasil precisava de “redução sociológica”, a alusão possível aqui é à proposta de Guerreiro Ramos. Como observado por Filgueiras (2012), a redução sociológica era uma atitude metódica proposta por Guerreiro Ramos, que quer dizer que o conhecimento sobre a sociedade exige a obediência a regras que se pautem pelo esforço de depurar o objeto de estudo com o objetivo de formulação exaustiva e radical do seu significado. Ela não é espontânea e pretende dar conta dos significados mais profundos da realidade social, indo além dos aspectos externos dos fenômenos sociais. A atitude metódica não trata de afirmar ou aceitar os aspectos da realidade social, mas invertê-los, com o fim de fazer do conhecimento uma ferramenta para a emancipação social. Como ressaltado por Filgueiras, Guerreiro Ramos “ao estabelecer o método da redução sociológica, proporcionou a consolidação de uma concepção própria de desenvolvimento para o Brasil, a qual está preocupada, fundamentalmente, com as bases interpretativas da cultura, de forma a consolidar uma via própria para a modernização<sup>143</sup>.” Ela trazia a perspectiva da visão de mundo popular, como parte das preocupações que eram necessárias incorporar para modernizar o país.

A perspectiva de maior participação popular também foi observada na fala do Constituinte Vitor Buaiz, do Espírito Santo. Ele relatou que o Estado tinha dois exemplos de administração municipal com a participação popular: o Município de Vila Velha, próximo a Vitória, e o Município de Boa Esperança, no interior, na

<sup>142</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.40.

<sup>143</sup> Filgueiras, 2012, p. 361.



região norte do Estado. Por outro lado, a grande Vitória, enquanto região metropolitana, era formada por cinco municípios cujos bairros estavam completamente abandonados. Dois deles haviam estado sob intervenção – Vila Velha e Cariacica, maiores do que Vitória em população. No entanto, o Governo do Estado e a Assembleia Legislativa, na opinião de Buaiz, não tiveram competência para tornar esses municípios autônomos conforme desejo da população.

Em Vila Velha, aonde havia experiência de participação por meio da assembleia comunitária, foi relatado um episódio de confronto direto entre o Conselho Comunitário e os vereadores. Mesmo assim, o Constituinte se mostrou simpático à proposta apresentada pelo Prefeito Roberto Requião. Ele justificava seu apoio, apesar de ser mais moderado em relação às mudanças metropolitanas, devido à concentração do poder nas mãos dos prefeitos municipais, ressaltada como um grande empecilho às mudanças.

O protesto contra a concentração do poder nas mãos dos prefeitos era enumerado em analogia com a reclamação da concentração do poder nas mãos do Presidente da República. O Legislativo e a garantia de suas prerrogativas aparecem como um contraponto possível – e mais próximo, ao anseio popular – em relação ao poder Executivo:

O Legislativo, hoje, quer sua autonomia, quer revigorar o seu trabalho e seu poder de decisão, porque, mais do que o Presidente da República, foi eleito pelo povo, através do voto direto. Estamos vivendo uma situação estranha no País, porque o Presidente não foi eleito pelo voto direto, não tem a legitimidade do voto popular e, no entanto, tenta de todas as formas interferir na soberania da Constituinte. Nós, Constituintes, fomos eleitos, pelo voto direto; queremos, realmente construir uma democracia em que haja maior participação da comunidade. Se hoje estamos aqui discutindo se a participação popular vai ser feita dessa ou daquela forma, temos a obrigação de inovar, já que queremos uma nova Constituição que traga novas propostas e ideias: Queremos que a juventude deste País participe, e ela só vai participar na medida em que vir uma abertura no processo, para que faça sua participação à nível de comunidade<sup>144</sup>.

A necessidade de abertura do processo representativo se faz presente. Isso ocorre, contudo, de maneira cautelosa. A análise feita do debate serve ao propósito de tomar o momento de especial fricção das lógicas participativas e

---

<sup>144</sup>ANC, 1988, SUB II-C, p. 40.

representativas no debate constituinte para reunir o que foi preponderante na temática da participação popular:

Estou-me perguntando de que forma vamos conciliar essa participação popular até que venha esse novo projeto constitucional, até que consigamos, dentro das áreas metropolitanas, implantar um projeto, um plano mais abrangente e associativo, com a participação dos municípios de toda a região metropolitana. Interrogo também e, de que forma, até que isso se implante, vamos conciliar os interesses da comunidade, através da participação direta dos conselhos populares com os dos vereadores, que, como sabemos, tentam garantir de qualquer forma sua influência no reduto eleitoral restrito e, cada vez mais, perdem essa representatividade. Então, quem tem a representatividade para falar em nome do interesse daquela comunidade? É o vereador, o centro comunitário ou a associação de moradores da comunidade ou do bairro? Perguntar-me-ia, e aos palestristas desta manhã de que forma vamos garantir os interesses da comunidade, não permitindo que a Câmara de Vereadores reaja, de modo que a concentração do poder continue nas mãos dos políticos e não nas das comunidades<sup>145</sup>.

É esse o momento no qual a lógica partidária aparece enquanto norteadora para a participação, como já visto anteriormente nos debates pré-constituintes, e que reafirmam a representação política como a forma através do qual seria possível avançar com espaços de participação popular. A réplica de Requião à Buaiz traz a seguinte argumentação:

Acho extremamente interessante a questão do nobre Constituinte, mas a vertente de organização social política a que me filio é ainda partidária. A democracia é de base pedagógica, deve ser usada sempre que possível, e a participação, estimulada. Nunca vi uma mudança social feita por organizações corporativas organizadas a nível de sociedade; nunca ouvi falar em uma revolução dos sapateiros, dos professores, dos costureiros, dos engenheiros ou dos metalúrgicos. As transformações sociais são sempre mediadas por Partidos Políticos, esses, sim, democratizados e enraizados nas diferentes formas em que a sociedade se organiza e se distribui em relação ao trabalho e ao capital. A representação legítima ainda é a parlamentar. Prezo de maneira extraordinária a representatividade do indivíduo, que se propõe, através de um partido e de um programa, em uma eleição proporcional ou majoritária. Acho apenas que evoluímos na legislação brasileira, inclusive em relação ao regime autoritário. Na época do General Figueiredo, tínhamos a mediação partidária e a fidelidade de voto, coisa que o Congresso derrubou. Ninguém tem mais compromisso com nada. A garantia do vereador é ser representante da comunidade, que avaliza as propostas com que se elegeu – ele não é apenas um ator de palanque a declamar discursos ao gosto da população, que pode ser traída no instante imediato ao fechamento das urnas. O conserto de todo esse processo passa pela organização de um partido forte, enraizado nos movimentos populares; passa pelas organizações comunitárias, que são sempre consultivas e nunca deliberativas, porque têm um quórum eventual, e difuso, reúnem-se em cima de necessidades; mas a mediação do mandato parlamentar pelo

---

<sup>145</sup> Ibid.

partido é que resolve esse problema. Os Partidos Políticos deveriam ser reforçados, ligados ao povo e às organizações sociais<sup>146</sup>.

Aqui os conselhos são vistos como instituições consultivas e não deliberativas. Isto ocorre, é possível supor, porque, de acordo com o exposto, Requião não os considerava como desejáveis de institucionalização. Para ele, a institucionalização afastaria seu caráter difuso e de organização para a resolução de problemas, como visto anteriormente. Sobre a representatividade do vereador, por outro lado, deveria se inspirar nos conselhos, paradoxalmente. A possibilidade de pluralizar as formas de representação tem aqui sua referência:

Quanto à representatividade do vereador, tem que se inspirar nos conselhos comunitários, que são muitos e que atingem uma gama de assuntos extraordinariamente amplos. Quando esses compromissos furarem, o partido intervém e talvez, até, substitua o parlamentar por seu suplente. Sou adepto, por exemplo, do processo eleitoral das listas, como acontece em Portugal, onde temos a eleição direta, o voto individual, mas temos também um sistema misto de listas partidárias, em que o partido coloca seus representantes; onde se vota no partido e se elege, na ordem de inscrição. Os vereadores são eleitos pelo voto partidário. São sofisticações presentes no mundo inteiro, em países civilizados, que aperfeiçoam o sistema representativo. Não acredito no basismo como forma de governo, pois não estamos mais na antiga Grécia, onde se reunia a população em uma praça e em uma ostra se decidia se o prefeito devia ficar ou sair, ser banido ou não. A democracia de base é pedagógica, forma a população para a consciência de seu direito, deve pressionar partidos e é o suporte indispensável para uma organização partidária forte, mas não acredito que substitua o mandato representativo, que é um avanço em relação ao basismo. A conciliação entre o conflito da opinião da população e a opinião do representante, do mandatário, passa pelo reforço dos partidos, pela ligação dos partidos à base e pela capacidade de o partido trocar o seu representante quando esse se afastar das linhas centrais do programa que o elegeu, que é a desabsolutização da representação<sup>147</sup>.

E se este momento discutia os limites da representação, o momento subsequente seria também oportuno para a análise da temática. Na audiência pública de 28 de abril<sup>148</sup>. Paulo Silas, presidente da União dos Vereadores do Brasil, começou sua exposição argumentando que os vereadores seriam “meros

<sup>146</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.45.

<sup>147</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.45.

<sup>148</sup> Contou com a presença, além do presidente, dos Constituintes: Aloysio Chaves, Eraldo Trindade, Mauro Miranda, Mello Reis, Geraldo Mello, Lavoisier Maia, Alexandre Puzyna, Vitor Buaiz, José Dutra, Luiz Freire, Sérgio Brito, Nestor Duarte, Ivo Cersósimo, Raul Ferraz e Firmo de Castro. A 6ª reunião ordinária se destinava à realização de um painel sobre o tema: "O Vereador e a Constituição", convidando os Srs. Paulo Silas, de Taboão da Serra, São Paulo, Presidente da União dos Vereadores do Brasil; Dr. Alberto Gigante, de Divinópolis, da União dos Vereadores de Minas Gerais; Sra. Ana Maria Martins Soares, Diretora Executiva da Confederação Nacional das Associações dos Moradores – CONAM, para comporem a Mesa.

assistentes sociais de luxo”<sup>149</sup> devido à falta de poderes efetivos para influir nas decisões de interesse de seus municípios. Na sequência dos trabalhos, o tema da revigoração do Legislativo reapareceu quando Alberto Gigante ressaltou a necessidade de a Constituinte assumir uma posição ousada para romper a subordinação em que, durante tantos anos, esteve submetido o Legislativo em todas as esferas. A posição do ponto de vista dos vereadores e seus dilemas aparecem. É interessante ressaltar a problematização em torno do assistencialismo. Ele aparece mais como uma falta de opção, como uma estratégia de escape em um ambiente de hipossuficiência política dos vereadores, frente ao Executivo:

É a Câmara Municipal a caixa de ressonância dos problemas e dos anseios dos municípios... Em cada bar da esquina, em cada padaria, em cada empório o cidadão encontra-se com o vereador e cobra as melhorias e as promessas políticas feitas pelo prefeito municipal, pelo deputado estadual, pelo deputado federal, pelo governador e até pelo Presidente da República. Então, o vereador é o elo direto com os municípios. E a Câmara Municipal tem sido usada atualmente de uma forma errônea, pois constatamos que os vereadores são assistentes sociais de luxo, ou seja, como o vereador não tem prerrogativas de legislar sobre matéria financeira, os municípios o procuram basicamente para solicitar que ele providencie para eles a Carteira de Identidade, o Título de Eleitor, uma vaga no hospital da cidade ou da capital, uma ambulância etc. Então, o vereador passa a ter esse papel assistencialista, o que na realidade, não é a sua aspiração. Ele anela debater na Câmara Municipal as questões que chegam até ele, por exemplo, as do seu bairro, como o saneamento básico, como a construção de escolas, como o plano de desenvolvimento do município. Essas questões, que deveriam ser debatidas, acabam esvaziadas no início, porque hoje falamos muito em centralização, mas ela começa no município num estágio menor e aumenta no Estado e ainda mais na União<sup>150</sup>.

Se destacada a dinâmica política dos vereadores, ela girava especificamente em torno da determinação dos prefeitos. A centralização política, o poder de agenda e até mesmo a nomeação dos presidentes das Câmaras de Vereadores são descritos como indícios da falta de autonomia do Legislativo Municipal:

Essa centralização dá-se da seguinte forma: o prefeito detém as finanças em suas mãos, determina tudo o que vai acontecer na sua cidade, e quando sabe que vai depender daquela Câmara, logo depois de eleito, ele escolhe alguns vereadores que poderão ser o seu grupo de sustentação e começa a trabalhar com os mesmos atendendo as suas reivindicações básicas – só asfalta as ruas onde há o interesse de vereadores que o estão apoiando... E isto talvez pode estender-se tanto ao deputado

<sup>149</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.47.

<sup>150</sup> Ibid.

federal como ao estadual, mas é sentido mais no município, onde o vereador é cobrado e o munícipe que o elege espera um mínimo de retorno, ou seja, o melhoramento para o seu bairro. Muitas vezes, o vereador tem de dizer que quem define aquela questão é o prefeito municipal. Não bastasse isso, temos ainda a prefeitura prestando o serviço de assistência social, fazendo um trabalho político, tirando espaço dos vereadores em uma comunidade. Com relação a esse aspecto, estamos bastante preocupados, porque o papel para o qual fomos eleitos não tem sido desempenhado. O prefeito tem uma ingerência direta dentro da Câmara Municipal. Basta dizer que 80% dos presidentes de câmaras não são eleitos, mas indicados pelo prefeito<sup>151</sup>.

A informação sobre casos de presidentes de Câmaras não serem eleitos diretamente é um dado relevante para esta pesquisa. Quando analisado o atual desenho do Conselho Municipal de Saúde no Rio de Janeiro, voltar-se-á a esse assunto e como ele pode expor a predominância do Executivo sobre a possibilidade de articulação de outras forças políticas na cidade.

A dependência e a proximidade com a prefeitura são analisadas como empecilhos à autonomia. Muitas Câmaras funcionavam em salas anexas à prefeitura, o que veremos na discussão sobre os conselhos, como um fator que contribui para a dificuldade de autonomização do espaço político. Veja abaixo:

Não bastasse isso, a maioria das Câmaras Municipais hoje tem sua contabilidade vinculada à da prefeitura, ou seja, o prefeito é quem efetua o pagamento do vereador, dos funcionários da Câmara etc. E presenciamos o fato ridículo de, em algumas cidades do Brasil, se o vereador não votar nas matérias do interesse do prefeito, ele fica quatro, cinco meses sem receber o seu subsídio, e apenas o recebem aqueles que estão votando ao lado do prefeito... Na maioria das cidades brasileiras – uma grande maioria, eu me atreveria dizer que em 60% – as Câmaras Municipais sequer têm o prédio próprio de funcionamento. Funcionam numa sala anexa às prefeituras, onde o secretário do prefeito é o mesmo da Câmara Municipal. É esse funcionário quem datilografa os requerimentos dos vereadores, antes mesmo deles serem debatidos e discutidos na Câmara Municipal, o prefeito já determinou qual será o seu encaminhamento. ... Em face disso, ele não precisa mais da Câmara, porque qualquer remanejamento que ele pretenda fazer no superávit da receita, a Câmara já lhe deu autorização para fazê-lo, porque o prefeito impôs aos vereadores, que, se caso não votassem de uma determinada maneira, não teriam seus pedidos atendidos na prefeitura. Então, o vereador fica realmente numa situação difícil porque tudo passa pelas mãos do prefeito e do Executivo. Defendemos que na nova Constituição haja uma reforma tributária sim, mas não nos moldes do que ocorre no Poder Legislativo de hoje, senão vamos apenas ter os superprefeitos e os supercaciques políticos, desvalorizando a base da política brasileira<sup>152</sup>.

<sup>151</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.47.

<sup>152</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.48.

O momento dos discursos dos representantes da Confederação Nacional das Associações dos Moradores: João Bosco da Silva, Elgito Alves Boaventura e Ana Maria Martins Soares, é o lugar de ressaltar, uma vez mais, o papel conferido à participação social na Constituinte. A discutir a dotação orçamentária dos municípios, foram descritos a luta e os propósitos dos movimentos de moradores, considerando fundamental o problema da moradia popular. Ressalte-se aqui a menção de agradecimento aos Constituintes por permitirem a participação popular na elaboração da nova Constituição. Fazia parte da proposta do CONAM a ideia da participação popular:

Propusemos aos Srs. Constituintes que fossem estabelecidas dotações orçamentárias específicas, a nível Federal, Estadual e Municipal principalmente para a habitação; que o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço se transformasse em pecúlio do trabalhador para ser prioritariamente investido na solução de sua moradia; que fosse garantido o comprometimento do salário do trabalhador, na aquisição da casa própria ou no pagamento do aluguel, com quantia que não ultrapasse a 20% dos seus salários; que fosse criado um fundo municipal de habitação popular que coordenasse a captação e a aplicação dos recursos a serem investidos na infraestrutura urbana e na habitação; que fosse criado um Conselho Municipal, de Habitação, com representação das entidades sindicais e de moradores, no sentido de estabelecer as diretrizes dos planos e aplicação dos recursos, priorizando as necessidades. e o atendimento da demanda da habitação e dos serviços. públicos, bem como fiscalizar todo o processo de produção e destinação dos serviços e das moradias. Outra proposta é garantir que a produção das unidades habitacionais venha a contribuir para a reestruturação dos espaços urbanos já construídos, priorizando o adensamento na implantação dos conjuntos habitacionais, para minimizar os custos da infraestrutura e dos serviços urbanos; separar uma quantidade de unidades habitacionais a serem construídas: para aluguel, com a finalidade de o poder público vir a ser regulador do mercado imobiliário de locação<sup>153</sup>.

Como este era um momento de franca abertura para propostas, o estudo dos debates não visa mencionar a exata efetividade das propostas, mas que os princípios que as norteavam ficam mais evidentes a partir da tensão entre participação e representação. A partir da discussão sobre as competências do vereador e do conselheiro, os dilemas do representar e do participar ganham forma. Ainda que, naquele momento, os representantes do CONAM fossem refratários à proposta de Requião devido às muitas alterações do perfil metropolitano, ambas propostas – de Requião e do CONAM – partilhavam a

---

<sup>153</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.55 e 59.

importância da participação popular via Conselho. Destaque para a proposta do segundo, com a presença de representação sindical.

A exposição de Paulo Lobo Saraiva, do Instituto Brasileiro de Estudos Constitucionais, e o federalismo regional (a partir de propostas de Paulo Bonavides), traziam também importantes aspectos sobre a lógica do município:

Então, se o federalismo regional for mentalizado, e através de um consenso ele for institucionalizado, a decorrência de sua institucionalização será exatamente o benefício para o governo local. Às vezes, não falo muito em município. Eu sou municipalista, mas falo em governo local... porque o município no Brasil, embora sua criação tenha antecedido a Independência, deve legitimidade à Independência. A Constituição de 1824 é legitimada pelas Câmaras, e há algumas que a lei não legitimou. O município também antecedeu a República, mas a Constituição Republicana de 1891 relegou o Município a um artigo só, o art. 68, que determinava que aos Estados caberia a organização do município. Vossa Excelência veja o desprezo do federalismo legal ao municipalismo sociológico, concreto e real do Brasil. Acredito que são consequências, ou seja, não há fórmulas legais nem normativas para essas mudanças. As mudanças têm de ser políticas e sociológicas. A lei é apenas a apoteose da mudança social<sup>154</sup>.

À preocupação exposta por Paulo Lobo Saraiva sobre como tratar com igualdade os desiguais, podemos acrescentar aqui a observação posterior feita por Adriano Pilatti, de que a Constituição de 88, ao fim, primou pela ética igualitária inerente ao princípio republicano. A começar pela própria explicitação do princípio da isonomia, do direito à igualdade e de suas garantias, tanto as inibidoras de discriminações odiosas como aquelas que objetivam conferir tratamento diferenciado aos que dele necessitam, a fim de realizar a igualdade em seu sentido material<sup>155</sup>.

É também a partir dessa orientação republicana e igualitária que podemos alcançar a plena compreensão do conteúdo das diretrizes constitucionais concernentes à implementação de políticas públicas, destinadas à consecução dos objetivos fundamentais do Estado brasileiro, que integram os Títulos da Ordem

<sup>154</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.76

<sup>155</sup> (Constituição Federal, art. 5º o, caput, e incisos I, VIII, XXIII, XXVI, XXXV, XXXVII, XLI, XLII, LIII, LXXIV, LXXVI e LXXVII; art. 7º o, incisos XX, XXX a XXXIV; art. 8º o, inciso VII; art. 12, § 2º o; art. 37, inciso VIII; art. 143, §§ 1º o e 2º o; art. 145, § 1º o; art. 150, incisos II e V; art. 151, incisos I e II; art. 152; art. 153, §§ 2º o e 4º o; art. 156, § 1º o, apud PILATTI, Adriano. IN: Peixinho, Manoel Messias; Franco Guerra, Isabella; Nascimento Filho, Firly. Os princípios da Constituição de 1988 (2a. ed.). Brasil: Editora Lumen Juris, 2006. p 128.

Econômica e Financeira e da Ordem Social<sup>156</sup>. Em momento posterior à Constituinte, Paulo Bonavides iria destacar que a nova ordem constitucional de 88 inova, ela alça o município que aqui se discutia a um patamar inédito. De acordo com Bonavides, o município "alcança uma dignidade federativa jamais lograda no direito positivo das Constituições antecedentes"<sup>157</sup>. À lógica do município soma-se a perspectiva do Estado Social e do direito social:

Há, realmente, diferenciação, e não podemos afrontar a natureza se ela fez a diferença das regiões. Por que a lei vai afrontar a natureza e querer fazê-las iguais? Há um dispositivo muito polêmico na Constituição e, com certeza, os Constituintes de 1987 irão discuti-lo. É aquele que diz: "Todos são iguais perante a lei". Será que a lei pode igualar pessoas e regiões? A lei tem esse condão de igualar pessoas e regiões? Esse dispositivo não é liberal-burguês? Será que não é do Parlamento da Revolução Francesa? E, no Estado social, como se igualam as condições e como a lei confere igualdade concreta? Na hora de implementar o direito social – e a Constituição brasileira está transportando para esse campo, terá que dizer casa é casa, comida é comida, saúde é saúde etc., etc. – não há mais a retórica constitucionalista de dizer que se resolve o problema com voto etc.<sup>158</sup>.

A Constituição Federal de 1988 inovou, na história constitucional brasileira, ao reconhecer o Município como ente da federação, ao lado da União, Estados e Distrito Federal. Pela primeira vez na história da República no Brasil foi-lhe concedida a auto-organização para elaborar a Lei Orgânica Municipal<sup>159</sup>.

Como observado por Mussi Gabriel (2010), na verdade, a Constituinte acolheu, nos artigos 1º e 18, as reivindicações de municipalistas clássicos, como Hely Lopes Meirelles e Lordelo de Mello, que pleiteavam a inclusão do Município na federação<sup>160</sup>. Abaixo os artigos mencionados:

<sup>156</sup> CF, 1988, Títulos VII e VIII, especialmente seus artigos 170, caput, e incisos III, V, VII a IX; 182, §§ 2º e 4º, e 183; 184 a 191; 193 e 194; 196 a 198; 201, 203 e 204; 205, 206, 208, 210, 211, § 1º, e 214; 215 e 216; 226 a 232) Ibid, p. 129-130.

<sup>157</sup> BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 7ªed. São Paulo: Malheiros, 1997, p.312.

<sup>158</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p. 77.

<sup>159</sup> MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Municipal Brasileiro. 13ªed. São Paulo: Malheiros, 2003.

<sup>160</sup> A Constituição Federal de 1946 já considerava o município entidade estatal de 3º grau. Segundo Ubirajara Costódio Filho, com a Constituição Federal de 1946, a autonomia municipal tomou corpo, deixando de ser mera retórica, com a previsão de autogoverno e da autonomia administrativa e financeira (COSTÓDIO FILHO, Ubirajara. As competências do Município na Constituição de 1988. São Paulo: Celso Bastos, 1999). A possibilidade de lei Orgânica marca assim o momento de 1988.



*Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...].*

*Art. 18. A organização político administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos [...].*

Se a partir de 1988, os municípios brasileiros passam a ser dotados de poder Executivo e Legislativo próprios, os mesmos não possuem Poder Judiciário nem representação no Senado Federal. Ainda assim, são considerados como entes federativos. Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal fixou entendimento de que o Município é componente da estrutura federativa.

Federativo há mais de um século, o modelo de federação brasileiro foi profundamente alterado pela Constituição da República de 1988, tendo-se nela definida nova relação a ser estabelecida entre os entes federados, passando-se a considerar o Município componente da estrutura federativa e, nessa condição, dotando-o de competências exclusivas que traçam o âmbito de sua autonomia política<sup>161</sup>.

De acordo com o observado por Maluf (2008):

Dentre outras coisas, alegam os defensores das unidades locais brasileiras, como entes federativos, que os municípios foram protagonistas da organização política do país, desde o início da Colônia. Portanto, sua condição de *ente federado*, explicitado na Constituição Brasileira de 1988, destacadamente nos Arts. 1º e 18, veio afirmar seu mérito histórico<sup>162</sup>.

Ou seja, desde a época de Colônia não se viam tantas prerrogativas e poderes conferidos aos municípios. Tal constatação faz com que alguns defendam, inclusive, a volta dos Juízes Municipais, os quais existiram no país durante o Império<sup>163</sup>.

A estrutura constitucional básica da autonomia municipal situa-se nos Arts. 1º, 18, 23, 29, 29-A, 30, 31, 37, 156, 157, 182, 225 da Constituição Brasileira de

<sup>161</sup> Conforme texto da ADIN 3549-5, relatora Min. Cármen Lúcia, DJ 31.10.2007, apud MUSSI GABRIEL, 2010, p. 2.

<sup>162</sup> MALUF, Aflaton Castanheira. Controle Judicial de Constitucionalidade das Normas Municipais e Lei Orgânica do Município. **R. Jur. UNIJUS**, Uberaba-MG, V.11, n. 15, p.129-154, novembro, 2008.

<sup>163</sup> Vale lembrar que os municípios não possuem Poder Judiciário desde 1º de outubro de 1828, conforme destacam MOREIRA e PEIXOTO(2010). Ver também MALUF, Aflaton Castanheira. *Representação Municipal na Federação Brasileira*. Franca; Lemos e Cruz, 2006, p. 192. FREITAS, Vladimir Passos de. *Lição da história - juízes municipais podem solucionar lentidão da justiça*. <http://www.conjur.com.br/static/text/64235,1>. Acesso em 20/12/2013.

1988. Isso passou a exigir, com a definição constitucional do novo modelo implantado no País com a Carta de 1988, que os aplicadores de princípios e regras constitucionais desenvolvessem uma visão hermenêutica muito mais larga no tocante à defesa e sustentação da garantia da autonomia municipal<sup>164</sup>.

Coube aos juízes estaduais, a partir de 1988, o exercício de controle múltiplo e concomitante de constitucionalidade: federal, estadual e/ou municipal, em face de leis e atos normativos municipais. Isso ocorre visto que é possível, no exame do caso concreto, que determinado ato normativo da localidade ofenda as Constituições dos *três níveis* da federação, bem como é possível que a norma local esteja viciada apenas em face da Constituição do Município (Lei Orgânica). Tal possibilidade exige, do juiz estadual, o conhecimento das Leis Orgânicas das municipalidades inseridas na Comarca em que atua, para que possa conferi-las nos casos em que estejam envolvidos o município e seus poderes constituídos.

Pode-se concluir que os municípios compõem a estrutura federativa brasileira, sendo, pois, entidades políticas dotadas de autonomia. O estudo da dimensão municipal do processo de reforma do Estado pós-Constituinte traz como desafios, como apontado por Abrúcio e Couto (1996), a questão fiscal federativa e a desigualdade econômica entre os próprios municípios. O desafio do plano nacional, a conciliação entre autoridades governamentais, setor privado e cidadãos também está presente e desafia a participação social municipal, como será retomado na discussão sobre os conselhos de saúde no Rio de Janeiro.

### 3.2.

#### **A questão da participação municipal na Saúde e a proposta de Reforma Sanitária na ANC**

Sabe-se que a estruturação básica do sistema público de saúde no Brasil data da década de 1930 com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Criam-se os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), aonde havia serviço de saúde de caráter curativo. Esses serviços, contudo, não eram universalizados, e somente beneficiavam os trabalhadores que contribuía para os institutos de previdência<sup>165</sup>.

---

<sup>164</sup> BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 7.ed. São Paulo: Malheiros, 1997.

<sup>165</sup> Após a reforma de Barros Barreto (1941), são instituídos normas para a assistência sanitária e hospitalar. O Instituto Oswaldo Cruz se constitui como referência nacional, são

Ao longo do regime militar, os IAPs foram unificados e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Todo trabalhador urbano era contribuinte e beneficiário do novo sistema, desde que com a carteira de trabalho assinada. Enorme contingente da população brasileira continuava excluído do direito à saúde, à época da Constituinte. A ANC foi um momento específico de intenso debate sobre a universalização dos serviços públicos de saúde. Tal debate ocorreu, contudo, por incitação da participação social. Senão, veja-se:

Politicamente comprometidos com a superação das péssimas condições de vida e saúde da maioria da população brasileira, as entidades e movimentos populares que compõem a PLENÁRIA NACIONAL PELA SAÚDE NA CONSTITUINTE assumem neste momento histórico a luta unitária pela inclusão das propostas da 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE no texto da futura Constituição, como condição mínima e indispensável para assegurar o pleno exercício do direito à Saúde.<sup>166</sup>

Subscrita por 55.117 eleitores e apresentada por oito entidades associativas, as três associações que assinam a EP 50, de 13 de agosto de 1987, para cumprir a formalidade do Regimento Interno da Constituinte e para concretizar a participação popular foram, à época, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Brasileira de Nutrição, e o Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal.

O direito à Saúde, segundo a justificativa que acompanhava a EP, implicava na garantia pelo Estado de condições dignas de trabalho, alimentação, moradia, educação, transporte, meio ambiente, repouso, lazer e segurança, além do direito à liberdade, à livre organização e expressão, ao conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho, bem como o acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

As políticas sociais e a Reforma Sanitária, em especial, conforme observa Gerschman (2011), constituíram elementos centrais na democratização do Estado, tendo em vista que veicularam a participação social em áreas tradicionalmente restritas. As propostas de participação popular, nesse sentido, não conformaram

---

realizados programas de água e esgoto e foram criados serviços especializados nacionais para lidar com doenças degenerativas e mentais (Instituto Nacional do Câncer). Ver BARROSO, Luis Roberto. Da Falta de efetividade à Judicialização Excessiva: Direito à Saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jur. UNIJUS**, Uberaba-MG, V.11, n. 15, p.13-38 novembro, 2008.

<sup>166</sup> ANC, Emendas Populares, 1988, p. 47.

uma simples invenção idealizada pelos constituintes. Além da proposta recebida por EP, houve vários relatos nas subcomissões, que contavam de experiências participativas em curso em cidades do país. Foi o caso da defesa da proposta da participação popular feita pelo prefeito de Uberlândia, Zaire Rezende, que apresentava suas propostas vinculadas às práticas participativas, algumas em uso na sua cidade:

Exercer o poder não em nome do povo, como é da nossa democracia representativa, mas, sim, com o povo. Abrir canais de participação permanente para que o povo possa participar, discutir, sugerir e escolher as suas prioridades. Que o povo não somente delegue poderes para os elementos que vão gerir, mas que, além disso, possa participar do exercício do poder. Isto é o que chamamos de democracia participativa, e que realizamos em Uberlândia<sup>167</sup>.

Suas propostas incluíam municipalização dos serviços essenciais, reforma urbana, combate à especulação imobiliária e reforma agrária. Legislativo e Judiciário deveriam ter asseguradas autonomia político-administrativa e financeira. O prefeito também aborda a “transparência”:

E propomos sejam criados mecanismos que permitam total transparência administrativa. O que definimos como transparência? Mecanismos que permitam o acesso do povo não somente ao Legislativo, mas a todo mecanismo de administração. Que o povo possa conhecer tudo o que é necessário sobre administração, inclusive participar na elaboração do orçamento, e que este seja discutido com a população. Que a população possa, através dessa discussão, conhecer o orçamento do município projetado e, dentro desse orçamento, conhecendo a realidade municipal, estabelecer as suas prioridades, uma vez participando do orçamento, possa depois acompanhar a sua execução<sup>168</sup>.

Sobre o que já estava em andamento em Uberlândia, a experiência da participação se mostrava significativa em relação a permitir aos mais pobres o exercício da opinião, da voz:

Partindo do que já falamos aqui, da democratização do exercício do poder, procuramos estimular o povo a se organizar em Uberlândia, sobre tudo aquelas camadas não organizadas, que nunca tiveram acesso ao poder, que é a classe pobre. As classes média e rica há muito tempo têm mecanismos, em influenciar o poder. Com isso, através desse estímulo, conseguimos partir de 5 associações de moradores para as 47 que temos hoje organizadas. Estimulamos a criação de um Conselho Municipal de Entidades Comunitárias, congregando todas essas

---

<sup>167</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.102

<sup>168</sup> Ibid.

associações de moradores, mas não somente essas, foram chamados a participar os sindicatos patronais, os sindicatos de empregados, jovens, estudantes secundários, estudantes terciários, Lyons, Rotary, Maçonaria, Igreja, enfim, todas as entidades representativas. Esse Conselho evoluiu, cresceu e se consolidou; pediu a nós, do Poder Executivo e do Legislativo, que nos afastássemos do Conselho porque ele queria ter autonomia, ter liberdade para discutir os seus problemas sem qualquer interferência. De Conselho Municipal de Entidades Comunitárias passaram para Conselho de Entidades Comunitárias; tiraram o Municipal do nome inicial e hoje exercem realmente presença dentro da cidade. É interessante notar que a classe rica, que já era organizada, aproximou-se, acompanhou algum tempo e depois se afastou do Conselho. Hoje, diria que apenas as classes pobre e média baixa dele participam<sup>169</sup>.

O tema da municipalização da saúde e a importância do contato com a Universidade são dados marcantes na trajetória da luta pelos direitos em saúde, e aparecem, também, no processo descrito de Uberlândia:

Estamos lutando em Uberlândia para a municipalização da saúde, diria que já estamos na metade do caminho. Procuramos fazer uma integração com a Universidade e o Estado. Hoje, temos uma rede de saúde que atinge todos os bairros e a zona rural de Uberlândia, cumprindo, inclusive, aquilo que preceitua a Organização Mundial de Saúde, num entrosamento total entre o município e o Estado. Na prática, já temos, então, a municipalização da saúde. O Estado entra com medicamentos, com médicos em alguns postos de saúde; nós entramos com médicos. Enfim, já há uma municipalização<sup>170</sup>.

Um dado relevante estava no fato de que o próprio relato dos prefeitos municipalistas concordava com a perspectiva dos conselhos, como atesta o momento de entrega da chamada “Carta de Brasília”, também entregue diretamente a Ulysses Guimarães. O texto coletivo foi elaborado com a presença de quase dois mil municipalistas como resultado do Congresso Municipalista do Brasil, realizado em Brasília, de 30 de abril a 5 de maio de 1987, ocasião em que prefeitos, vice-prefeitos e vereadores definiram seu conteúdo. Ela foi apresentada à subcomissão por Luiz Augusto de Carvalho, então presidente da Associação Municipalista Brasileira. Estiveram presentes também o representante do colegiado dos secretários municipais de saúde de Minas Gerais, o Secretário de Saúde do município de Uberlândia, dentre outros.

É preciso frisar que a menção na carta à possibilidade de implementar os conselhos, se dá apenas no tópico referente à saúde, conforme transcrito a seguir, em seus dois primeiros artigos:

<sup>169</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.103.

<sup>170</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.105.

## ÁREA DA SAÚDE

1. O plano nacional de saúde deve enfatizar a municipalização dos programas, com a constituição de conselhos municipais de ampla representatividade, prevendo preliminarmente um amplo programa de saneamento básico, campanhas gerais de vacinação e combate e erradicação dos focos transmissores de doenças tropicais e o aperfeiçoamento da fiscalização aos órgãos responsáveis pela aplicação de verbas e de atuação na área de saúde.
2. Unificação do sistema de saúde e da previdência social, atribuindo-se a competência privativa do Estado para assumir o tratamento das doenças contagiosas e a municipalização de outros serviços de saúde, com a necessária transferência de recursos para suportá-los<sup>171</sup>.

Os conselhos de Saúde configuravam dentre as demandas aos constituintes diretamente ligadas à proposta de maior participação popular. Sua análise permitiu uma ótica privilegiada para acompanhar os avanços e entraves da participação popular como parte do debate no momento constituinte, e isso foi o que se pretendeu reforçar até aqui. Os debates envolvendo os conselhos mostraram, também, a partir da ênfase na tensão representação x participação, a cautela que havia sobre o formato que poderiam assumir e sobre como a adoção dos conselhos poderia modificar a percepção da legitimidade representativa.

O estudo das Atas da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Ambiente, foram também analisadas sob os critérios da representação, da participação e da lógica municipal. Dois assuntos principais são dignos de destaque dentro dos objetivos da tese: o primeiro diz respeito ao impacto da 8ª Conferência Nacional de Saúde nos debates constituintes (para o quesito participação) e o segundo diz respeito, a partir das tensões entre participar e representar, da legitimidade de participação na VIII Conferência como critério de estruturação da representação e consequente participação social na ANC.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é destacada pela bibliografia como momento de convergência e ápice de definição da Reforma Sanitária e do Movimento Popular em Saúde. A proposta da medicina comunitária e do Sistema Nacional de Saúde foram produtos da reformulação e discussão crítica das condições de saúde das populações marginais nas grandes metrópoles<sup>172</sup>.

<sup>171</sup> ANC, 1988, SUB II-C, p.136-137 – “Carta de Brasília”.

<sup>172</sup> Houve influência marcante das comunidades eclesiais de base (experiências de organização popular desenvolvidas pela Igreja com as populações carentes, como exemplo de ilustração é possível citar a Emenda Popular N-11, de 1987, que sugere normas relativas ao direito à vida, à organização familiar e à proteção à criança, EP 1988, p. 14) e pelas experiências de

O constituinte Eduardo Jorge ressalta como a experiência da participação popular na Conferência trazia legitimidade nas pautas propostas para o posterior momento Constituinte:

Eu estava olhando aqui um documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e um dos expositores comparou como uma espécie de Constituinte, na área da saúde. [...]. Eu, evidentemente, sou de um Partido Socialista e gostaríamos que não só essa área fosse socializada. Mas a questão não é essa. Mesmo no sistema capitalista como o nosso, do Brasil, e esta Constituinte não vai mudar essa questão, eu acredito, tenho plena convicção de que essa área, a questão da saúde deve ficar como uma área socializada. [...]. Então, para concluir a sexta questão, deveremos manter o espírito da chamada Constituinte na área da saúde, que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e avançar numa definição mais precisa em relação a essa questão, que é a questão da socialização do serviço na área da saúde. Acho, inclusive, que do ponto de vista capitalista, do ponto de vista de outros setores do capital, isso inclusive iria viabilizar uma revolução da força de trabalho com muito maior eficácia. Então, apesar de eu ser um socialista e defender um regime socialista para o Brasil, acho que para os próprios capitalistas no Brasil, a socialização do sistema de saúde seria um grande estímulo ao desenvolvimento global do País<sup>173</sup>.

Na 9ª reunião ordinária, novamente o constituinte reforça a sua posição de preocupação em relação ao planejamento na área de saúde ser pautado prioritariamente pelo mercado. A perspectiva de universalização dos serviços deveria ser adotada do ponto de vista do direito à saúde.

A minha consideração e a minha preocupação é que na formulação do Presidente da Fenaes, S. Sª não aceita o planejamento, e não aceitar o planejamento na área da saúde, a não ser por indução do mercado, levou a esse caos que nós estamos vivendo, porque a concepção predominante durante a ditadura militar, inclusive, quem estava na direção do Inamps, do Inps e de órgãos correlatos eram pessoas da iniciativa privada, foi a de que o livre jogo no mercado levaria à universalização, à melhoria da qualidade e isto não aconteceu. A minha preocupação em relação à formulação do Presidente da Fenaes é esta. O resultado global está se tentando reverter, de alguns anos para cá e, inclusive, na própria época da ditadura militar começou um processo de reversão, a tentativa do PREVSaúde, a tentativa do Apoio Integral de Saúde. E por quê? Porque estava comprometendo a própria reprodução da força de trabalho, interferindo na acumulação de capital em outros setores. Na própria ditadura militar começou um processo de tentar reverter este livre jogo do mercado, na área da saúde, porque já estava prejudicando outros setores produtivos. Outros setores, produtivos e não produtivos estavam reclamando, também. Lembra-se, da reclamação do Estado Maior das Forças Armadas contra a situação de saúde dos brasileiros que iam servir na tropa? Então, houve um começo de reorientação, que foi a tentativa do PREV-Saúde, das ações integradas

---

medicina comunitária, como política alternativa ao sistema de saúde do regime autoritário (Gerschman, 2011, p. 255).

<sup>173</sup> ANC, 1988, SUB VII-B, p. 61

de saúde, que vem numa tentativa de reversão deste quadro, que predominou durante todo este período<sup>174</sup>.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde também seria mencionada no depoimento do representante da Federação Nacional dos Médicos. Segundo observado por Gerschman (2011), o Movimento Médico caracterizou-se por forte resistência às políticas de saúde do regime militar e pela disputa de um papel central na elaboração, junto a outros integrantes do Movimento Social em Saúde, de uma proposta de reformulação do sistema:

O Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos submetem à apreciação da Assembleia Nacional Constituinte sua proposta para o capítulo referente à saúde do próximo texto constitucional. O documento-proposta do Conselho Federal de Medicina e da Federação Nacional dos Médicos à Constituinte tem como base às conclusões da VIII Conferência de Saúde, realizada em março de 86, aqui em Brasília, e de outras formas de debate e análise das questões de saúde realizados nos últimos anos por instituições políticas de ensino e de pesquisa social, de representação profissional, dentre as quais se incluem as entidades médicas regionais e nacionais. As entidades médicas signatárias desse documento participaram ativamente da VIII Conferência Nacional de Saúde e das conferências posteriores sobre temas específicos, podendo afirmar que o evento teve todas as características de um debate democrático, com participação ampla e nacional de todos os segmentos da sociedade tais como: as associações de moradores, centrais CUT, CONTAG, CGT, Partidos Políticos, Sindicatos, Conselhos, Associações dos Profissionais de Saúde e de Enfermagem e representações de minorias, dos índios etc.<sup>175</sup>.

Para o interesse da tese, vale ressaltar que, o 2º e o 3º artigos do documento proposto pela Federação, aparece a proposta de institucionalização da participação dos vários segmentos sociais na formulação e controle das políticas públicas de saúde.

As réplicas conservadoras e que visavam defender o avanço da mercantilização da saúde encontraram em membros do Conselho Federal de Medicina pronta resposta, como a do representante, Francisco Álvaro Barbosa Costa:

Basicamente demonstrou-se que, da parte do Estado, não havia prioridade pelo social, demonstrou-se a acentuada influência no setor saúde, dos grupos mercantilistas. A não participação popular no processo de formulação e controle das políticas de saúde, a falta de transparência na aplicação dos recursos e a

<sup>174</sup> ANC, 1988, SUB VII-B, p. 104

<sup>175</sup> ANC, 1988, SUB VII-B, p. 105.



inadequada formação de recursos humanos, além da baixa remuneração dos profissionais do setor e do controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais. O processo de compreensão da falência do setor de saúde brasileira, de suas causas e a formulação de propostas de mudanças, passou a ser encaminhado por entidades populares, por entidades sindicais, pelas entidades do setor saúde e, principalmente, à medida que os antigos dirigentes, comprometidos com o regime autoritário, passaram a ser derrotados por lideranças progressistas. Porque anteriormente era isso o que acontecia, Srs. Constituintes, e é por isso que digo que, historicamente, a nossa intenção e o discurso quase todo semelhante das entidades que hoje aqui e em todos esses dias têm comparecido, demonstra que a sociedade resgatou a sua organização social para inseri-la no contexto do interesse de toda a sociedade. **Não mais temos visões corporativas**<sup>176</sup> nas entidades que buscam, realmente avançar. As entidades médicas viveram intensamente esse processo<sup>177</sup>.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aparece descrita como fundamental à democratização, momento no qual havia sido pactuado o comprometimento com as mudanças. A participação de forma organizada tinha ocorrido em inúmeros fóruns, conferências e simpósios que culminaram, em março de 1986. Nela estiveram presentes mais de 4 mil pessoas representativas de todos os setores da sociedade, exceto os empresários do setor privado lucrativo, que, segundo o representante teria se “auto-excluído”, e resolvido fazer uma conferência própria, excluindo-se da discussão com o conjunto da sociedade. Como já observado em outros discursos:

A 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi precedida de pré-conferências regionais – e o autor de uma delas está aqui presente – em todo o País, em seguida de conferências específicas, constituiu-se, portanto, um fórum representativo e amplamente democrático, configurando uma verdadeira pré-constituinte da saúde. Não é, pois, por acaso, que os documentos trazem formulações semelhantes. Ficou patente a preocupação, nesta Conferência dos setores populares, representados por entidades de moradores de bairros, sindicais e de técnicos, em criticar, analisar, mas, sobretudo, em apontar caminhos, soluções para a implementação de uma verdadeira reforma sanitária<sup>178</sup>.

Discutir a Reforma Sanitária, se observado o contexto a partir da tensão entre participar e representar significava enfrentar a crítica da situação alarmante na saúde que a Conferência sugeria alterar. Isso significava também gerar

<sup>176</sup> Cabe a ressalva feita por Gerschman de que o movimento médico sofreu uma fragmentação na medida em que as diferenças de inserção dos médicos no mercado de trabalho se aprofundaram. O avanço do setor privado na saúde provocaria uma cisão entre o CREMERJ e o SinMed, que prejudicou a mobilização política a partir de então. (Gerschman, 2011, p. 174)

<sup>177</sup> Ibid, p. 119.

<sup>178</sup> ANC, 1988, SUB VII-B, p. 120.

consenso de que a lógica privada e dos planos de saúde, tinham contribuído até o momento no sentido de acirrar as dificuldades:

Por último, gostaria de fazer uma observação sobre certas afirmações feitas pelo Sr. Representante da Medicina de Grupo, e por defensores da assim chamada excelência do setor privado, em que no dia em que assistíamos a essas colocações não podíamos contestar. Não é verdade que a Medicina de Grupo pague melhor aos médicos brasileiros. O próprio jornal da Associação Médica Brasileira traz agora – e só estou destacando essa questão particular porque foi dito aqui, com todas as letras, quando um Constituinte exigiu seriedade no trato dos números – e faremos chegar às mãos dos Srs. Constituintes documentos que provem que não é verdade que ela pague melhor os profissionais de saúde. Gostaria de lembrar que os principais hospitais deste País são hospitais públicos. O Incor, o Hospital das Clínicas de São Paulo, os hospitais de clínicas de todo o País, os hospitais da Previdência do Rio de Janeiro, da Lagoa, Bonsucesso, Jacarepaguá; os hospitais da Previdência de São Paulo, os hospitais de câncer, os hospitais que têm que gastar muito dinheiro pela tecnologia necessária ao atendimento a que se destinam; os hospitais que tratam aidéticos, os hospitais que tratam de pacientes com doenças contagiosas; os hospitais que tratam de doenças que requerem alto investimento e alta tecnologia, são todos públicos<sup>179</sup>.

Se analisada sob o eixo participar e representar, – a questão saúde como direito *versus* saúde como mercadoria – é uma tensão que possui consequências sociais perversas. Havia uma estratégia política de ação para lidar com ela em favor dos mais pobres, e tal estratégia se desdobrava na discussão sobre a descentralização e maior participação social:

A lógica do lucro, a saúde como mercadoria, o atendimento hospitalar como negócio não pode permitir o compromisso com esse tipo de patologia, com as doenças crônicas e degenerativas, com os prontos-socorros. Qual é o grande pronto-socorro privado? E não poderia ser um pronto-socorro privado para doentes queimados. Para grandes acidentes, grandes fraturas, para os acidentes vasculares, têm que ser público e têm que ser bom, excepcionais. porque são para atender urgência. E todos eles são públicos! Então, não é verdade que o setor privado seja melhor que o público, e é menos verdade ainda dizer que ele contribua para formação de recursos humanos. Nenhum hospital privado, salvo raríssimas exceções, contribui para formação de recursos humanos; pelo contrário, nos hospitais privados o que se encontra é um baixo contingente de enfermagem de nível superior, é a profissionalização do homem da lavanderia como atendente, é a mão-de-obra de baixo padrão e mal paga. Isso é o que se encontra, por isso é mais barato, além da má administração do próprio público. O Estado hoje, como está constituído e como contempla a questão saúde, faz até questão, porque os representantes do setor privado é que dirigiam a coisa pública; assim como o Presidente do IBC sempre foi um produtor de café; assim como o Ministro da Agricultura sempre esteve ligado aos interesses dos latifundiários, assim os interessados na privatização do setor saúde também dirigiam durante algum tempo

<sup>179</sup> ANC, 1988, SUB VII-B, p. 121.

o setor saúde. O múltiplo vínculo, o mau pagamento no setor público, serve à lógica do capital privado, mercantil, dependente do Estado, que é o caso do setor saúde<sup>180</sup>.

A tensão entre representar e participar permitiu destacar como em muitos municípios e molecularmente, a discussão crítica sobre a questão da saúde integrou uma mais ampla acerca da retomada da relação entre o Estado e a sociedade bem como a lenta democratização desta no país.

A partir de 1988, a prestação do serviço público de saúde não seria mais restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. O Sistema Único de Saúde foi instituído no artigo 198 da Constituição: “*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único*”.

Enquanto um sistema descentralizado tem como objetivo consolidar “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*”, há, aqui, um claro compromisso com o Estado de bem-estar social, individualizando-se no cenário do constitucionalismo internacional por positivar o direito à saúde, como também o sistema incumbido de sua garantia em termos os mais abrangentes<sup>181</sup>.

Do ponto de vista federativo, a Constituição atribuiu competência para legislar sobre a proteção e defesa da saúde – concorrentemente – à União, aos estados e aos municípios<sup>182</sup>. Se à União cabe o estabelecimento de normas gerais<sup>183</sup>; passa a caber aos estados, suplementar a legislação federal<sup>184</sup>. Aos municípios é dada a faculdade de legislar sobre os assuntos de interesse local, podendo igualmente suplementar a legislação federal e a estadual, no que couber<sup>185</sup>. Foi exatamente no que tange ao aspecto administrativo, e à possibilidade de formular e executar políticas públicas de saúde, que será aplicada posteriormente a Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080/90) que será discutida no Capítulo referente aos Conselhos de Saúde.

<sup>180</sup> ANC, 1988, SUB VII-B, p. 122.

<sup>181</sup> BARROSO, 2008, p. 21.

<sup>182</sup> CF, 1988, art. 24, XII, e 30, II

<sup>183</sup> CF, 1988, art. 24, § 1º

<sup>184</sup> CF, 1988, art. 24, § 2º

<sup>185</sup> CF, 1988 art. 30, I e II

A análise das discussões a partir da tensão entre representação e participação, permite algumas observações sobre as formas de participação política nos Conselhos e na Conferência Nacional. O processo de pluralização da representação, que incluiu a possibilidade de novas formas de participação nas políticas públicas, contou com o apoio de atores individuais e coletivos os quais, seja do ponto de análise política, seja do ponto da ação política, consideravam a conexão da política (e do Estado) com o mundo popular, uma estratégia de avanço no processo de democratização.

O grau de ausculta que esses representantes obtiveram no processo constituinte esteve diretamente ligado à possibilidade prevista de participação popular assegurada no Regimento Interno (RIANC). O fato de ter participado nos mais diferentes ambientes de participação e mobilização política à época, trazia legitimidade às propostas endereçadas.

Ao investigar como a participação política foi discutida nesses momentos da Constituinte, buscou-se prover indícios sobre a legitimidade da ANC e a vinculação da Nova Carta à possibilidade de inserção maior da população à esfera política. Quando a nova articulação proposta entre os poderes Executivo, Legislativo<sup>186</sup> e Judiciário<sup>187</sup> aconteceu, ela tinha por justificativa, naquele momento, o perfil autoritário histórico de atuação do Poder Executivo no país. Aos objetivos da tese importa destacar que, dentro da nova arquitetura dos três poderes, está prevista a possibilidade de organização e implementação dos conselhos de saúde que, como veremos a seguir, encontrará no Legislativo e no Ministério Público da Capital, aliados para a sua lenta e progressiva implementação.

---

<sup>186</sup> Excede ao objetivo da tese a análise das discussões sobre o Legislativo. É possível constatar, contudo, que o princípio da descentralização, com maior participação na esfera de decisão, também pode ser destacado quanto à temática do Poder Legislativo. Conforme discutido por Limongi (2008) os constituintes se preocuparam com a reformulação do Poder Legislativo, no tocante à descentralização (e valorização das Comissões) e da agilidade. O modelo pretendido pelos constituintes, baseado na valorização das comissões, contudo, não vingou. Limongi, 2008, p.439, 1999. O resultado foi o controle pelo Executivo da agenda legislativa do país. Ainda que precise do apoio da maioria dos membros do Congresso Nacional para aprovar leis, segundo Limongi, (2008) a dominância é uma consequência direta da estrutura institucional adotada.

<sup>187</sup> Discutir o Judiciário também excederia, em muito, os objetivos desse trabalho. Basta marcar aqui, que a jurisdição dos direitos sociais, no ambiente das políticas públicas (inclusive o direito de participação), trouxe para a sociedade a possibilidade de provocar o Judiciário, mediante novos institutos criados pela Constituição. Sobre o assunto ver Werneck Vianna, Carvalho, Palácios e Burgos(1999) e Werneck Vianna (org) 2002, Cittadino (2009).

## 4

### O Ministério Público e a ANC

*A irrupção do direito em um país que não o privilegia tanto assim choca-se a três obstáculos: ele transforma as elites, confunde a posição de cada um no tabuleiro político e desorienta o discurso político que não consegue adaptar-se à nova linguagem da democracia.*

Garapond, 1999, p. 266.

Para tratar do Ministério Público a partir do momento constituinte, a pesquisa analisou as atas disponíveis dos seus trabalhos iniciados em 1987. Foi curioso perceber que, nos arquivos digitais, estava a nomenclatura descrita pela literatura como a “Subcomissão do Judiciário”, mas a análise do texto permitiu observar o nome da subcomissão como “Comissão do Judiciário e do Ministério Público”, conforme as atas consultadas<sup>188</sup> pela pesquisa.

O estudo do texto considerada a temática do Ministério Público, permitiu a observação de como para muitos, como o constituinte Jairo Carneiro, o Ministério Público deveria ser dotado das mesmas prerrogativas, direitos, garantias e impedimentos do Poder Judiciário<sup>189</sup>. Nesse sentido, a perspectiva sobre uma Constituição Democrática e Progressista significava, nos debates, a possibilidade de discussão de um novo desenho e um novo quadro, tanto para o Ministério Público quanto para o Poder Judiciário, necessário, segundo Carneiro, “para que honremos (os constituintes) o compromisso que assumimos nas praças públicas”<sup>190</sup>.

A leitura das atas reafirma o consenso da literatura, acerca da influência de Mário Covas na escolha dos que seriam os presidentes de cada subcomissão. O constituinte José Costa menciona ter recebido do primeiro a sugestão da disputa da presidência da SCJMP, e se apresentou como “um advogado militante há mais

---

<sup>188</sup> ANC, 1988d, ATAS da Subcomissão do Judiciário e Ministério Público (SCJMP)p. 1-297.

<sup>189</sup> Atas SCJMP, p. 2.

<sup>190</sup> Ibid.

de 25 anos”, ao que pedia o “apoio dos eminentes companheiros” à sua candidatura ao cargo<sup>191</sup>. Uma vez eleito, seus agradecimentos especiais permitem sugerir a relação anterior com alguns membros da comissão. Foi o caso da menção particular a alguns pelo apoio, ao deputado Paes Landim, ao senador Maurício Corrêa, ao constituinte Francisco Amaral; em que se pese, inclusive, o agradecimento ao deputado Plínio Arruda Sampaio (PT), que foi aplaudido e indicado ao posto de relator da SCJMP<sup>192</sup>.

A importância da auscultação à sociedade civil aparece como um dos valores destacados e entrelaçados aos interesses de combate ao corporativismo. Em um dos primeiros discursos de Plínio Sampaio, o deputado menciona: “Primeiro, porque temos uma obrigação regimental de dedicar de cinco a oito sessões a ouvir representação da sociedade civil... Esta não é uma comissão corporativista que vai cuidar dos interesses dos serventários da Justiça; ela vai cuidar dos interesses da Justiça do País.”<sup>193</sup> Ou, nos dizeres do constituinte Silvio Abreu:

E, para ser justa, a Justiça não pode efetivamente atender como a atual Justiça atende, apenas aos fortes, aos poderosos, àqueles capazes de movimentar a máquina do Judiciário, com os seus próprios recursos. Uma Justiça, para ser justa, é preciso que se encontre também facultada aos carentes, aos marginalizados, aos pobres, aos miseráveis<sup>194</sup>.

A ideia de que seria necessário garantir, do ponto de vista jurídico, a atenção aos carentes e marginalizados surge sob a referência ao sistema já adotado em alguns estados à época. Guilherme O’Donnell (1993) valeu-se do termo “cidadania de baixa intensidade” para avaliar democracias onde os Estados se mostram incapazes de tornar efetivas suas próprias regulações. O problema da garantia dos direitos às camadas populares e outros setores estigmatizados seriam corroborados por aspectos como a violência policial e a impossibilidade, ou dificuldade de acesso aos tribunais. Nesse sentido, a perspectiva de atuação da Defensoria Pública e a ideia de um “novo” Ministério Público aparecem em tensão sob a perspectiva de representar/defender os interesses da sociedade e representar/defender os interesses dos mais pobres frente ao Estado:

---

<sup>191</sup> Ibidem.

<sup>192</sup> Atas SCJMP, p.4.

<sup>193</sup> Atas SCJMP, p.5.

<sup>194</sup> Atas SCJMP, p.7.

A assistência judiciária pela Constituição atual é assegurada de forma até desprezível. Em poucas letras e num único parágrafo fica declarado que serão asseguradas as assistências judiciárias aos carentes. Alguns Estados deste País, como as minhas Minas Gerais, já avançaram e evoluíram sob esse aspecto, porque contam com um grande instrumental que se denomina Defensoria Pública. A razão da Defensoria Pública se fortalece a partir do momento em que passamos a examinar o instrumental da própria Justiça, que se constitui por um Juiz que preside, que questiona, que analisa, que ao final decide, ou por um representante do Ministério Público, que se encarrega de defender os postulados da sociedade, e agora, em alguns Estados, como já disse, por uma Defensoria Pública, igualada e niveladas ao próprio Ministério Público, porque, se este se encarrega de defender os postulados de uma sociedade, aquela se encarrega de defender os direitos dos réus pobres ou das partes carentes de recursos financeiros, envolvidas nos autos ou no processo<sup>195</sup>.

O texto constitucional que seria aprovado traria em seu artigo 127 que o Ministério Público é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, a quem corresponde a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Suas funções específicas seriam: 1) promover a ação penal pública; 2) zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços e direitos assegurados na constituição; 3) a promoção do inquérito civil público para proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos; 4) promover ação de inconstitucionalidade ou representação para fins de intervenção da União e dos Estados; 5) defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas; 6) expedir notificações nos procedimentos administrativos de sua competência (requisitando informações e documentos para instruí-los); 7) exercer o controle externo da atividade policial; 8) requisitar diligências investigatórias e instauração de inquérito policial; 9) exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade, sendo vedada a representação judicial e a consultoria jurídica de entidades públicas.

São poderes amplos que vão desde uma postura mais tradicional (a ação penal), até a defesa de variados direitos sociais. Segundo observa Sadek (2008), esses direitos que passam a fazer parte da defesa da sociedade se classificam em difusos (transindividuais de natureza indivisível, com titularidade indeterminada); coletivos (transindividuais de natureza indivisível, de titularidade determinável) e individuais homogêneos (decorrentes de origem comum).

---

<sup>195</sup> Atas SCJMP, p.7.

#### 4.1. A representação como defesa

A perspectiva de *representação como defesa* sugere-se aqui, é um traço observável a partir da tensão entre participar e representar. Pode-se sugerir que ela é reforçada pela ideia de participação, na medida em que se qualifica pela proposta de se estar em nome da sociedade e dos marginalizados. Quando mencionada a presença do representante da associação de classe, a participação do representante qualificado para a representação funcional do MP enumeraria os traços da *representação como defesa* da sociedade. Veja-se a declaração do presidente da subcomissão sobre – a “representação presente” – da Associação Nacional do Ministério Público:

Quero, inclusive, registrar a presença dos representantes da Confederação Nacional do Ministério Público nos nossos trabalhos e dizer que a Presidência – creio que estou falando em nome da Subcomissão – se sente muito feliz com essa presença e essa participação<sup>196</sup>.

Porque sugerir a *representação como defesa*? Dentro da perspectiva de soberania complexa, como discutida por Rosanvallon (2000) pode ser destacada, como já feito pela literatura (Werneck Vianna, 2002), a noção de pluralização da representação. Nas sociedades atuais, a soberania complexa se faz presente e permite análises a partir do fenômeno da pluralidade das formas expressivas de soberania, como atestam os processos de atuação de controle de constitucionalidade das leis, emendas populares, audiências públicas, participação semidireta na discussão das políticas públicas e a participação dos representantes da sociedade civil. Ou seja, ao lado da cidadania política formalmente vinculada aos ritos eleitorais, é possível analisar formas em que a sociedade se organiza e, paralelamente, a pluralização da soberania tem coincidido com a ampliação dos segmentos e modos de representação.

A classificação em geral da soberania complexa prevê formais plurais de representação. Ela propõe a classificação da representação funcional (derivada das leis) e procedimental (derivada diretamente do corpo eleitoral). Na análise aqui realizada da soberania em geral, e da pluralização da representação, partiu-se da metáfora de uma rede de modos de ação que passam a interagir em tensão. Assim,

---

<sup>196</sup> Atas SCJMP, p.13.



a renovação da representação funcional que se observa a partir da ANC, em linhas gerais, seja no modo de controle de constitucionalidade das leis, seja no processo de institucionalização do MP enquanto intérprete, tem na *representação como defesa* uma das formas de ação que passam a qualificar o processo de institucionalização e avanço de sua atuação e qualificação na garantia de direitos difusos.

O desenvolvimento das convenções e das ficções jurídicas (por exemplo, que possa ser alcançada igualdade com a defesa da sociedade e dos pobres perante o Estado), está ligado à preocupação de garantir uma igualdade de tratamento em relações assimétricas econômica, social e politicamente além de instituir um espaço comum entre homens e mulheres desiguais. A ficção (*todos iguais*) é, nesse sentido, uma condição de integração social em uma sociedade que valoriza a liberdade.

O desenvolvimento de um Estado de Direito Democrático pressupõe a generalização do social, sua abstração, a fim de torná-lo governável por regras universais. Alinha-se à tradição democrática<sup>197</sup> no sentido em que agrupa o indivíduo moderno a outros indivíduos semelhantes a ele, que tem atenção para com seus semelhantes, para que da sua união à sociedade venha a se recompor não como um todo orgânico, mas como uma associação de cidadãos e cidadãos que se desejam livres e produzem sociabilidades normatizáveis.

Se a tradição liberal reivindica a liberdade do indivíduo em relação à sociedade, a tradição democrática reconcilia o cidadão com a sociedade e faz da sociedade o resultado de um livre acordo entre aqueles que tomam parte dela. A tradição democrática compreende a liberdade no sentido de ampliação da autodeterminação coletiva. Nesse sentido, a perspectiva de que, até onde for possível, é facultado ao cidadão decidir sozinho e, aonde se faça necessária uma decisão coletiva, que seja possível aos cidadãos participar e que seja restringida ao mínimo a regulamentação do tipo heteronômico:

As sugestões que traz a Confederação Nacional do Ministério Público são o resultado de uma longa caminhada, encontros, seminários, pesquisas, congressos nacionais e até mesmo de um questionário distribuído, pesquisas, entre todos os promotores do Brasil. A vida, a liberdade, o meio ambiente, são valores que, inegavelmente, contêm um conteúdo social que configura o interesse de toda a

---

<sup>197</sup> Ver sobre o assunto a discussão feita por Bobbio, 2000, Capítulos 2 e 7.

sociedade, um interesse público, que é muito diferente, em sua natureza e conteúdo, daqueles outros interesses chamados meramente individuais. E esta diferença, sem dúvida alguma, observa-se principalmente na forma pela qual o ordenamento jurídico preocupa-se com a defesa e a preservação desses valores. É que o ordenamento jurídico acaba deixando à iniciativa do particular a defesa dos chamados interesses individuais. Mas este mesmo ordenamento jurídico já não confia mais na atividade do particular para a defesa dos outros valores chamados fundamentais ou essenciais. E o Ministério Público se coloca justamente como uma das instituições que o ordenamento jurídico cria para a defesa e a preservação destes valores fundamentais. Desta colocação singela e rápida já extraímos uma consequência extremamente importante, a de que, ao defender o interesse público, o Ministério Público defende o interesse de seu titular, que é a sociedade. O interesse público envolve os valores fundamentais da sociedade. Portanto, o Ministério Público, ao agir, representa a sociedade e não o Estado, enquanto pessoa jurídica de Direito Público<sup>198</sup>.

Essa perspectiva se alinha ao estudo de Ronald Dworkin (2011), na medida em que o autor discute a tensão entre a) direitos políticos particulares; b) ideia do bem estar coletivo; e c) ideia de que eles funcionam como antagonistas no nível do debate político e são consequências do ideal fundamental de uma comunidade política enquanto uma comunidade de iguais. As posições políticas mais populares só poderão ser reconhecidas se percebido que cada uma delas “representa uma concepção diferente da exigência abstrata de igualdade”<sup>199</sup>. Elas envolvem, portanto, esquemas diferentes de distribuição econômica, que as fazem competir entre si.

A perspectiva de defesa da sociedade e dos marginalizados possuem em comum a perspectiva da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito. Tal princípio operou como valor preponderante e rizomático à Constituição,<sup>200</sup> perspectiva que inseriu o país na tradição das Declarações dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789)<sup>201</sup>. A formalização dos direitos, é preciso ressaltar, constitui um tipo de princípio positivo de construção social na democracia. Contudo, tal movimento trouxe, ao mesmo tempo, uma

<sup>198</sup> Da proposta submetida pelo MP, discurso de Antonio Araldo Ferraz dal Pozzo, (Presidente da Associação Paulista do Ministério Público e Secretário- Geral da Confederação Nacional do Ministério Público -Conamp). Atas SCJMP, p. 19-20.

<sup>199</sup> DWORKIN, 2011, p. 563-564.

<sup>200</sup> Ver: LESSA, 2008, p. 21.

<sup>201</sup> Não obstante, segundo Cittadino (2009), o momento constituinte operou a conversão de todos os direitos da Declaração da ONU em direitos legais no Brasil. A Constituição enumerou uma série de direitos e no parágrafo 2º, art. 5º refere: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos trata os internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”, Ver CITTADINO (2009), p. 12.

incerteza maior na constituição de uma coletividade sensível. O recurso positivo à abstração desenvolve outra problemática singular, pois torna-se cada vez mais forte a tensão entre sua utilidade jurídica e sua artificialidade sociológica. A abstração pressupõe, sempre, unidade e igualdade, e radicaliza esses princípios enquanto a realidade é mais complexa: a ordem política não é igual à ordem jurídica porque ela não é apenas um simples pragmatismo.

A política, à diferença do direito, traz engajado, sempre, um trabalho de imaginação<sup>202</sup>, da projeção de si mesmo sobre os outros. Segundo destaca Bobbio (2000), Carl Schmitt definiu que representar significa também “tornar visível(...)um ser invisível por meio de um ser que está presente publicamente.” Buscou-se agrupar fragmentos dos debates no sentido de recompor a forma como ocorreu a representação do laço social, ou da solidariedade que permitiu avançar na representação como defesa dos direitos difusos da população no país.

O processo de representação como defesa da sociedade, e como defesa dos marginalizados encontra-se, assim, submetido a uma dupla exigência contraditória: ele implica, ao mesmo tempo, reforçar a importância da defesa da sociedade, ao propor o Ministério Público, enquanto artífice histórico de tal proposta, e, simultaneamente, reforçar que se a sociedade necessita de garantias para sua democratização. Há setores marginalizados que, historicamente, são defendidos pela Defensoria Pública. Ao longo dos debates, é possível perceber o esforço de identificação sensível com a situação dos que se considera necessário apoiar e defender do ponto de vista jurídico:

Para a defesa desses valores, organizado em milhares e milhares de comarcas, por todo o território nacional, o Ministério Público atua, basicamente, de três formas diferentes: fora do processo, na investigação e dentro do processo. Fora do processo, o Ministério Público desenvolve uma atividade preventiva e conciliatória. O povo conhece o Ministério Público nele confia, e o procura em seus gabinetes de trabalho. Os promotores de justiça vêm cumprindo, silenciosamente, há muitos anos, o papel do ouvidor do povo, do **Ombudsman**. Se mais não fazem é porque não dispõem da mínima condição de trabalho. Talvez não exista, no Brasil, repartição pública mais pobre do que uma Promotoria de Justiça. Se entrarmos em qualquer repartição encontraremos, no mínimo, um atendente. O Ministério Público é um homem ainda só, com seus livros e a sua máquina de escrever. E ainda não dispõe de mecanismos legais e eficientes para atender a essa

---

<sup>202</sup> Conforme BOBBIO, Norberto. Teoria Geral da Política. A filosofia e as lições dos Clássicos. Org. Michelangelo Bovero; trad. Daniela Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000, p.409. A referência a Carl Schmitt é SCHMITT, Carl. Verfassungslehre, Duncker u. Humblot, Berlim, 1928 (trad. A. Caracciolo, Dottrina della costituzione, Giuffrè, Milão, 1984, p. 275-277.

demanda do povo. E a fiscalização dos estabelecimentos carcerários; é a fiscalização das fundações; é o atendimento aos cônjuges, que brigaram e trazem ao gabinete do Ministério Público seus problemas; é o pai que não consegue mais controlar o filho; são as questões alimentares, que se resolvem milhares de vezes dentro do gabinete do promotor, são questões de vizinhos, por uma árvore que atrapalha, por uma horta destruída, por um animal que fugiu. É o Ministério Público intercedendo junto ao INPS para concessão de uma pensão; junto à Prefeitura, para lavrar uma certidão; junto ao posto de saúde, para conseguir uma ambulância. É o Ministério Público obtendo uma escritura. E tão importante é esse papel de evitar os litígios que a Lei do Juizado de Pequenas Causas confere força de título executivo extrajudicial ao acordo referendado pelo Ministério Público. Sua função tradicional, que é a de promotor criminal, encontra-se com pouquíssimos meios legais para proceder a uma investigação<sup>203</sup>.

A função tradicional do promotor criminal se opõe a moderna perspectiva de atuação como ombudsman<sup>204</sup>. A ideia de proximidade e ausculta, prevista a participação popular junto à instituição se apresenta.

O Ministério Público pode ser analisado como um parâmetro sobre a evolução da Justiça. Garapon (1999) chama a atenção para a importância das experiências locais nesse processo. Se a competência tradicional do MP é o “fazer respeitar a lei”, essa pode ser completada por “ter os pés na terra”, ou seja, pragmatismo e ambiência ao seu lugar de atuação.

No caso francês, desconcentrar a Justiça no nível local, via a ação do Ministério Público, seria uma estratégia para sair da lógica repressiva apenas no sentido de dar respostas efetivas, porque possibilitaria maior celeridade aos processos e contato direto com a sociedade. A atuação do MP colabora para subverter a lógica tecnocrática e verticalizada da justiça e combate a perspectiva de morosidade típica dos processos judiciais.

Sobre os meios disponíveis para a investigação, seria mantida a perspectiva da Ação Civil Pública. Em referência a esta, sabe-se que a Lei 7.347 antecedeu a Constituição, tendo sido promulgada em 1985. Ela constitui, como observa Sadek (2008), o principal instrumento de defesa dos interesses sociais. Embora outros

<sup>203</sup> Atas SCJMP, p. 20.

<sup>204</sup> A ideia do Ombudsman foi debatida na época por influência do artigo de CAPPELLETTI, Mauro. “Formações Sociais e interesses coletivos diante da Justiça Civil”. Revista de Processo, São Paulo, 5, jan/mar. 1977. No artigo o autor menciona a criação em 1970 na Suécia do “ombudsman dos consumidores”. Conselho composto de 25 membros, semelhante ao Parquet, com uma equipe de juristas, economistas, etc. Todavia, no mesmo artigo o autor aponta que até mesmo essas instituições especializadas tendem a assumir uma psicologia burocrática e uma estrutura hierarquizada, perdendo a flexibilidade(p.a 142). Cappelletti observa que o papel intermediário das associações é fundamental segundo as experiências internacionais, que predicam a junção e integração do controle dos organismos governamentais com a iniciativa dos indivíduos e grupos privados direta ou indiretamente interessados.

órgãos públicos e associações civis possam fazer uso de tal instrumento jurídico, o MP possui prerrogativas mais favoráveis à sua utilização. Como observado por Fabio Kerche (2002), União, Estados, municípios, autarquias, empresas públicas, fundações, sociedades de economia mista e associações existentes há pelo menos um ano, com objetivos de defesa do meio ambiente, do consumidor ou do patrimônio histórico e cultural, e Ministério Público podem lançar mão de tal mecanismo. Por tal motivo, mesmo que a ação civil esteja prevista constitucionalmente na seção destinada ao Ministério Público, ela não é monopólio da instituição, embora responda por 90% das ações, segundo Ada Pelegrini Grinover<sup>205</sup>.

Arantes (2002) chama a atenção ao processo que antecedeu a Constituinte sobre as prerrogativas de atuação do MP. Ele não seria exatamente um “novo” MP, porque seminários e debates anteriores teriam consolidado tal conquista. Situando a análise do MP em perspectiva comparada com a Reforma Sanitária, como visto na seção anterior, cabe problematizar essa afirmação. A consolidação da atuação do Ministério Público na Constituinte guarda semelhanças no sentido da movimentação da sociedade e dos setores profissionais envolvidos em seu processo no momento imediatamente anterior à Constituinte. Se a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um momento de ápice da consolidação da proposta do SUS, os seminários apontados por Arantes também legitimavam a proposta do MP que chegou ao momento constituinte. Sobre o assunto, a ACP era mencionada enquanto uma área que qualificava o moderno na atuação do MP:

Já nas áreas mais modernas de atuação, como no caso da aplicação da lei da ação civil pública, o legislador entendeu que o Ministério Público deveria ter à sua disposição o chamado inquérito civil, para instituir as ações de defesa do meio ambiente, de defesa do consumidor, de defesa do patrimônio histórico, estético, paisagístico e artístico. A atuação dentro do processo é a mais conhecida do Ministério Público. Ele faz isso ora propondo ações, ora intervindo em processos iniciados por outras pessoas, como no crime, como no cível, em inúmeras situações. Só para recordar algumas: a representação por inconstitucionalidade, nulidade de casamento, intervenção em mandato de segurança, ação civil para a defesa do meio ambiente. Fiz um levantamento, em São Paulo, sobre as ações para a proteção do meio ambiente. A lei é de 1985 já pusemos setenta e cinco ações, sendo que seis foram julgadas e ganhas pelo Ministério Público.[...] Pretendemos também avançar – e o incluímos nas sugestões – para que o Ministério Público seja uma das instituições responsáveis pela defesa do regime democrático. [...] O Ministério Público, Srs. Constituintes, tem plena convicção de que V. Ex.as., com

<sup>205</sup> SADEK, 1997 apud KERCHE, 2007, p. 273.

sensibilidade política e parlamentar, o elevarão ao seu real papel de defensor dos interesses da sociedade. Acreditamos, sinceramente, que a ordem democrática, o estado de direito, somente existirá quando o mais singelo dos direitos puder obter pronta reparação no sistema de distribuição de justiça<sup>206</sup>.

O problema do distanciamento da Justiça em relação ao cidadão comum também é mencionado. A proximidade seria um traço característico importante ao papel similar ao ombudsman almejado, sendo a cidade grande o ambiente da burocratização do trabalho do MP. À perspectiva produtivista, na contramão, a resposta possível seria a ampliação no sentido das pequenas comarcas, algo que a cidade grande deveria incorporar do interior do Brasil:

Penso que não há outra solução senão a adoção das pequenas comarcas do interior. Quem exerce a profissão sabe que nos sentimos promotor nas pequenas cidades; nas grandes cidades somos burocratas do Direito, destruindo pilhas e pilhas de autos, somos meros tarefeiros do Direito. Seria preciso – e raciocino, perdoem-me, considerando São Paulo, onde o problema me parece mais grave – que, numa cidade assim, toda ela fosse dividida em centenas de pequenas comarcas, com centenas de delegacias de polícia no mesmo edifício onde atuam o promotor e o juiz de direito, como ocorre no interior, para que o povo conhecesse sua autoridade naquela circunscrição territorial. Quem percorre a periferia de São Paulo sabe que a representação da Justiça, para um menino de doze anos, é de uma viatura policial, quiçá disparando suas armas. Esta é a representação da Justiça. Simplesmente, porque ela não existe<sup>207</sup>.

O problema das grandes cidades quanto à atuação do Ministério Público já se configurava naquele momento. Nesse sentido, Garapon (1999) também atribui alguma especificidade nas possibilidades de ação do MP. Quando há um funcionamento por objetivos, há uma maior latitude para mobilizar os meios locais adequados, dentro da lógica horizontal e de abertura ao tecido social. A descentralização do Ministério Público, observada por Garapon na França, foi feita na direção dos bairros e da criação de casas de justiça que promoveriam a interação entre Ministério Público, guarda civil e unidades de polícia<sup>208</sup>. A possibilidade de interação com autoridades locais, conselhos comunitários e associações seria o que poderia conferir e potencializar a legitimidade na atuação do MP.

---

<sup>206</sup> Atas SCJMP, p. 21.

<sup>207</sup> Atas SCJMP, p. 23.

<sup>208</sup> Segundo Circular do Ministério da Justiça francês de 2 de outubro de 1992, apud Garapon, 1999, p. 235.

A legitimidade da atuação democrática do MP passa a se estabelecer pelas parcerias diretas instituídas, inclusive com a população. Nesse sentido a atenção às vítimas é fundamental, e o Ministério Público se posiciona em uma interface mais próxima à política pública do que o juiz. Há um maior espaço previsto para a deliberação associada e a negociação coletiva entre as partes. Se não é possível considerar que a lei pragmaticamente estabeleça tais atuações por parte da instituição, a latência de tais perspectivas deve ser levada em consideração.

#### **4.2. Conflitos internos ao Ministério Público**

A partir das tensões entre representar e participar é possível destacar, também, um momento de conflito interno dentro do próprio MP. Como observado por Sadek (2008), no que se refere aos vínculos com o poder político, o MP federal e o MP dos estados tem uma importante diferença. O Procurador-Geral da República, cargo máximo no MP da União é nomeado pelo Presidente da República, após aprovação por maioria absoluta dos membros do Senado Federal. Nas instituições estaduais essa influência é atenuada, pois o Procurador-Geral de Justiça (cargo máximo do MP dos Estados) é indicado, hoje em dia, pelo governador, com base em uma lista tríplice eleita pelos integrantes da instituição. É sabido que o MP possui especificidades na atuação destes, pois nele não há uma hierarquia baseada em critérios estritos de mando e obediência.

Mais uma vez a análise de Garapon pode trazer alguma ênfase à tensão entre autonomia e corporativismo. A perspectiva de independência total do Ministério Público na França, segundo o autor, poderia reforçar o corporativismo e favorecer os arranjos ocultos em questões sensíveis. Por outro lado, uma separação muito rígida pode levar o Poder Executivo a procurar meios de influência mais discretos. O autor propõe assumir a ligação necessária, mas manter os corpos distintos e independentes. Tal solução pareceria mais adequada às expectativas do tempo democrático (GARAPON, 1999, p. 250).

Nesse sentido, as nuances de posicionamento político são de especial interesse para esta análise. Foi possível destacar uma tendência progressista e de apoio à renovação da representação funcional no sentido da representação como

defesa da sociedade, em especial no MP dos Estados. Como observado no trecho abaixo:

Isto por que o Ministério Público estadual não quer – e, aqui, declara enfaticamente – ser representante de nenhuma pessoa jurídica de direito público. Ou seja: o Ministério Público estadual, conforme está escrito aqui, quer, única e exclusivamente, representar os interesses da sociedade [...] Aqui se pretende cortar esse cordão, que nos liga a uma história do Ministério Público nascido exatamente para defender em juízo os interesses privados do rei – **legens du roi**. De lá para cá, o Ministério Público tem cumprido uma trajetória histórica, que se distancia cada vez mais das suas origens. Pretendemos, realmente, conduzi-lo a outra direção, para que seja tão somente representante do interesse da sociedade, para que defenda o regime democrático, a ordem jurídica e a Constituição. No entanto, a parte relativa ao Ministério Público da União retrata o pensamento médio do **Parquet** federal de hoje. É por isso que encontramos, nesse anteprojeto, a dicotomia de um Ministério Público estadual, que não representa a União nem a Fazenda do Estado, e o Ministério Público da União, que conserva, aqui, nestas sugestões a representação judicial da União. Evidentemente, o descortino político, parlamentar, a vivência dos Constituintes conduzirão o Ministério Público a uma ou outra direção. Esperamos que seja na direção do Ministério Público dos Estados, que é a que defendemos<sup>209</sup>.

Sendo assim, setores do Ministério Público Federal teriam uma maior tendência a apoiar a defesa de interesses da união, em lugar da perspectiva de defesa de interesses da sociedade. A perspectiva de defesa de interesses da sociedade se mescla à atuação enquanto ombudsman à sua ligação ao regime democrático e à promoção do ordenamento jurídico.

O passado do MP como órgão de interesses privados do rei e do Poder Executivo era algo que se desejava suplantado pela ligação à perspectiva de solidariedade social. A fala do constituinte Ivo Mainardi esclarece:

A grande proposta do Ministério Público é no sentido de que ele seja normatizado constitucionalmente. A Constituição de 1924 sequer cuidou do Ministério Público a de 1891 dispensou-lhe apenas um único parágrafo e a de 1937 dele não tratou sistematicamente. Apenas as de 1934, 1946, 1967 e 1969 inseriram o Ministério Público nos capítulos "Do Poder Judiciário" e "Do Poder Executivo".

Ou seja, se a ANC iria conceber o Ministério Público como uma instituição independente, isso seria uma inovação visto que foram adotadas garantias de autonomia administrativa e funcional. A primeira Constituição a

<sup>209</sup> Antonio Araldo Ferraz dal Pozzo, (Presidente da Associação Paulista do Ministério Público e Secretário- Geral da Confederação Nacional do Ministério Público -Conamp). Atas SCJMP, p.25.



instituir o Ministério Público havia sido a de 1934, e outras sequer o mencionaram, conforme Quadro 2, a seguir:

### Quadro 2 – Constituições e o MP

Constituição	Poder ao qual o MP era vinculado
1824	Não havia menção
1891	Não havia menção* <sup>210</sup>
1934	Órgão de cooperação das Atividades Governamentais, junto ao Tribunal de Contas e Conselhos Técnicos
1937	Não havia menção
1946	Título próprio, desvinculado dos demais poderes
1967	Poder Judiciário
1969	Poder Executivo
1988	Autônomo administrativa e funcionalmente

Elaboração própria da pesquisa a partir das Atas da ANC. Atas SCJMP, p.25.

A passagem de membro representante funcional do Estado para a representação como defesa da sociedade era discutida com menções à atuação de “braços” do Estado. É importante destacar aqui a metáfora elaborada, pois ela também será recuperada na discussão sobre a cidade do Rio de Janeiro nos capítulos seguintes. De braço do poder, a perspectiva é a transição para braços da sociedade a controlar a atuação do Estado. Veja-se o depoimento do então constituinte Nelson Jobim:

Partiria da constatação, que demonstra com absoluta clareza a intenção da Confederação Nacional do Ministério Público, expressa no art. 1º de sua proposta de sugestão, de produzir uma inversão, de tal forma que órgãos como o Ministério Público não sejam vistos como o braço do Poder sobre o Estado e a população e, sim, como braços da população no controle do Estado. É de se observar que a Constituição de 1969, ao ter colocado o Ministério Público no capítulo "Do Poder Executivo," estava colocando o braço do Poder sobre o cidadão. Na medida em que esta Associação e esta Confederação atribuem ao Ministério Público, a responsabilidade da defesa do regime democrático e do interesse público, velando pela observação da Constituição e da ordem jurídica, estão mostrando a modernidade dessa posição, a fim de que o Estado sirva ao cidadão. E o Estado fornecerá, através de seus órgãos, os braços para que o cidadão o domine. Esta observação impõe-se<sup>211</sup>.

E se havia a proposta de desempenhar a representação do “braço da sociedade”, foi do Rio de Janeiro que surgiu a demanda relativa a uma ouvidoria.

<sup>210</sup> A não ser breve menção no artigo 58 à figura do Procurador-Geral da República como observou Sadek, 2008, p. 112.

<sup>211</sup> Atas SCJMP, p.27.

A discussão sobre como a sociedade poderia posteriormente reclamar da atuação dos seus representantes, nas palavras do constituinte Vivaldo Barbosa:

Também gostaria de ouvir um pouco sobre a questão da resistência do Ministério Público ao ouvidor-geral. Digo isso com certa tranquilidade, porque esta expressão foi muito debatida no Rio de Janeiro. Está aí o Procurador Leônicio Vasconcelos juntamente com Sérgio Andréa Ferreira. Nós, no Rio de Janeiro, na Secretaria de Justiça daquele Estado, junto ao Ministério Público, no Governo Leonel Brizola, desde o início debatemos essa questão, formulamos ideias e forjamos muito essa lembrança do ouvidor geral. Creio que ainda há espaço para isso, sem ferir o espaço do Ministério Público. Mas, se conseguirmos imaginar um espaço para que a sociedade tenha um canal de defesa de interesses individuais ou interesses específicos, mesmo que coletivos, que se chocam com o interesse da sociedade como um todo, que se chocam com interesses, às vezes interpretados como interesses gerais, haverá ainda uma margem, sem tocar, sem arranhar a esfera de competência do Ministério Público, para uma ouvidoria-geral para que a sociedade, o cidadão, em geral, tenha um canal por onde reclamar e protestar?

O representante do CONAMP não se opôs frontalmente à proposta de Ouvidoria. A iniciativa da Ouvidoria no MP do Rio de Janeiro é recente e fez parte do período analisado na tese. Com essa menção final ao controle futuro da representação como defesa da sociedade, encerra-se aqui a análise da Constituinte.

Conforme discutido no item Constituinte aberta à experimentação, os direitos fundamentais que faziam parte da CF, dentre eles a saúde, enquanto direitos positivados, são metas e objetivos a serem alcançados pelo Estado de Direito. Nesse sentido, a interpretação comunitária que prevaleceu na ANC, conforme discutido por Cittadino (2009), propunha a participação político-jurídica como parte da perspectiva de uma consciência ético-jurídica de uma determinada comunidade histórica.

A proposta de alargamento do círculo de intérpretes da constituição trata exatamente da aproximação entre democracia participativa e direitos fundamentais. Neste trabalho, buscou-se examinar os debates nos quais a renovação da representação funcional desenvolveu-se no sentido de uma representação como defesa da sociedade. Se a agenda progressista, a partir de então, se baseia em tentativas de aumentar a dimensão estratégica da interpretação, a agenda conservadora irá se centrar em reduzir o âmbito dos intérpretes.

Se tomada a tensão entre participação e representação na análise da garantia da saúde enquanto direito constitucional e seu processo de municipalização, cabe

destacar a constituição nova do Ministério Público e sua interface com os direitos constitucionais que passavam a vigorar. A possibilidade de juridificação dos direitos aparece ao lado da formulação dos direitos fundamentais como de aplicabilidade imediata, oferecendo mecanismos como a Ação Direta de Inconstitucionalidade. No campo da saúde, surge também a possibilidade de participação e controle no SUS. Com as dificuldades encontradas perante a atuação do Judiciário, ganharam força outras inovações da CF que não as emendas populares de lei, pois a manifestação do Poder Judiciário foi no sentido de desencorajar as aberturas propostas para intervenção da sociedade. Esse movimento trouxe relevância ao processo de redefinição das atribuições do Ministério Público, e da criação da Defensoria Pública e dos Juizados de Pequenas Causas<sup>212</sup>.

Se a ANC tinha como desafio a desigualdade econômica, social e política, a opção histórica da Constituição de 1988 permitiu, ao invés de manter um monopólio na representação eleitoral enquanto forma de expressão da soberania, abrir espaço para instituições semiparticipativas e tipos plurais de representação. A possibilidade de participação nas áreas de saúde, política urbana, assistência social, proteção do ambiente, habitação dentre outras são exemplos de segmentos onde há possibilidade de abertura nas cidades à participação popular. Será exatamente no contexto municipal da cidade do Rio de Janeiro, que a tese passará, em sua Segunda Parte, a seguir, a examinar o processo de institucionalização da participação social e das novas formas previstas de representação plural.

---

<sup>212</sup> Werneck Vianna, 2008, p. 100.

## SEGUNDA PARTE – OS CONSELHOS DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

*Entre todas as liberdades, a das comunas, que se estabelece com tantas dificuldades, também é a mais exposta às invasões do poder. Entregues a si mesmas, as instituições comunais quase não saberiam lutar contra um governo empreendedor e forte; para defender-se com êxito, é preciso que tenham tomado todos os seus desenvolvimentos e que se tenham misturado às ideias e aos hábitos nacionais. Assim, enquanto a liberdade comunal não se tenha introduzido nos costumes, é fácil destruí-la e ela pode introduzir-se nos costumes somente depois de ter, por muito tempo, subsistido nas leis.*

Tocqueville, A democracia na América, p.53.

## 5

### **O marco legal municipal – Leis Orgânicas, Fundo Municipal, Secretaria Municipal de Saúde e a estruturação dos Conselhos de Saúde no Rio de Janeiro**

*As necessidades básicas do homem estão nos Estados e nos Municípios. Neles deve estar o dinheiro para atendê-las.*

Ulysses Guimarães

Como visto anteriormente, os Conselhos de Saúde surgem enquanto formas de institucionalização da participação social nas arenas de processo decisório de políticas sociais consolidadas a partir da Constituição de 1988. Eles não foram os únicos: sua progressão ocorreu concomitantemente à instauração de vários conselhos de políticas públicas, dentre eles os temáticos da habitação, educação, assistência social e segurança pública. Do ponto de vista da federação, a competência de legislar sobre a proteção e defesa da saúde foi conferida de forma concorrente às três esferas: União, estados e municípios<sup>213</sup>.

Consoante ao discutido no Capítulo 3, ao tornar os municípios entes federados dotados de Constituições próprias, capacidade de legislação das Leis Orgânicas e relativa autonomia político-jurídica, a CF resgatou o papel do município no cenário político do país. A competência comum aos entes federativos para formular e executar políticas de saúde, contudo, não significou a superposição entre a atuação dos entes federados<sup>214</sup>.

Assim, os artigos 195, 196, 197, 198, 199 e 200 da CF trariam as bases para posterior regulação do SUS. Avaliado o seu conteúdo, ilustra-se os termos de sustentação legal de atuação do mesmo e os vértices das Leis Orgânicas posteriores. Nesse sentido, o art. 195 trata da seguridade social como financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta, a ser sustentada por recursos provenientes dos orçamentos dos entes federados.

---

<sup>213</sup> CF 1988, art. 24, XII, e art. 30, II.

<sup>214</sup> Ver BARROSO, 2008, DALLARI, 1989.

O art. 196 da Seção II descreve a saúde como direito e dever do Estado a ser garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A relevância pública do serviço de saúde, como prescreve o art. 197, reserva ao poder público a disposição nos termos da lei da regulamentação, controle e fiscalização dos serviços de saúde. No tocante à execução, afirma que ela pode ser feita pelo próprio ou através de terceiros, seja pessoa física ou jurídica de direito privado. É no art. 198 que a rede regionalizada e hierarquizada do SUS aparece normatizada. Seus principais incisos destacam:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade.

Por fim, o art. 199 assevera que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e o art. 200 prevê para o SUS o controle e fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde, bem como a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos (art. 200, I), hemoderivados e outros insumos, especificados nos itens II-VIII do mesmo artigo.

Se a saúde pública foi definida como direito de todos e dever do Estado no art. 196, conforme visto, as características marcantes do sistema público de saúde incluem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, sua consequente regionalização e hierarquização. A descentralização vai do plano nacional ao municipal com direção única em cada esfera do governo. Será nesses âmbitos em que estarão distribuídos os critérios de participação social, e as atividades preventivas.

## **5.1.**

### **Das Leis Orgânicas e sua concretização no município do Rio de Janeiro**

A estruturação do SUS desencadeou um movimento de descentralização da política pública na direção dos municípios, o que tornou, ao longo dos anos, cada

vez mais relevante a participação dos municípios, enquanto entes federativos, na organização e possível efetivação do sistema de saúde pública no país. No âmbito da União, a direção do SUS fica sob a responsabilidade do Ministério da Saúde nos Estados e no Distrito Federal ela cabe às Secretarias de Saúde ou equivalentes e, na esfera municipal, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente.

Se observado o panorama político nacional, do ponto de vista institucional em relação à organização da saúde em 2011, conforme a Tabela 1, é possível destacar uma tendência nacional de tratamento diferenciado na política urbana para a saúde. Dos 5.565 municípios, 5.560 possuem estrutura própria na área de saúde e 4.772 tinham uma Secretaria Municipal de Saúde exclusiva em 2011. Isto quer dizer que 85,8% dos municípios brasileiros tinham secretarias municipais exclusivas como órgão gestor da saúde. A análise, em perspectiva comparada, mostra que tal tendência observou alta de 3,3% em relação a 2009<sup>215</sup>, quando 4.593 municípios, àquela época, já possuíam secretaria municipal exclusiva para a saúde.

Se observado o estado do Rio de Janeiro, em especial, dos 92 municípios, 85 já possuíam Secretaria Municipal de Saúde exclusiva em 2009, número que curiosamente diminuiu para 81 (em tendência inversa à nacional), como também pode ser observado na Tabela 1 a seguir. O número no Estado se distribuiu na direção da aglutinação com outras secretarias (7 municípios), ou em órgão de administração indireta (4 municípios). O perfil mais comum para não haver secretaria municipal exclusiva para a saúde ocorre nos municípios até 5.000 habitantes<sup>216</sup>. Cabe ressaltar, inclusive, que Estados como São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, apresentavam respectivamente, 534, 742 e 304 secretarias exclusivas para a saúde nos municípios em 2011, com aumento nos números absolutos de 2009, que eram de 500 (SP), 684 (MG) e 259(RS)<sup>217</sup>.

---

<sup>215</sup> Ver IBGE(2009), MUNIC, p. 315.

<sup>216</sup> IBGE, MUNIC, 2011, p. 62.

<sup>217</sup> IBGE, MUNIC(2009), p. 315.

**Tabela 1 – Municípios MUNIC 2011**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Municípios							
	Total	Com estrutura na área de saúde						Não possui estrutura específica
		Total	Caracterização do órgão gestor					
			Secretaria municipal exclusiva	Secretaria municipal em conjunto com outras políticas	Setor subordinado à outra secretaria	Setor subordinado diretamente à chefia do executivo	Órgão da administração indireta	
<b>Brasil</b>	<b>5 565</b>	<b>5 560</b>	<b>4 772</b>	<b>621</b>	<b>9</b>	<b>141</b>	<b>17</b>	<b>4</b>
<b>Norte</b>	<b>449</b>	<b>449</b>	<b>392</b>	<b>56</b>	-	-	<b>1</b>	-
Rondônia	52	52	48	3	-	-	1	-
Acre	22	22	15	7	-	-	-	-
Amazonas	62	62	62	-	-	-	-	-
Roraima	15	15	15	-	-	-	-	-
Pará	143	143	131	12	-	-	-	-
Amapá	16	16	16	-	-	-	-	-
Tocantins	139	139	105	34	-	-	-	-
<b>Nordeste</b>	<b>1 794</b>	<b>1 792</b>	<b>1 680</b>	<b>104</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Maranhão	217	217	191	26	-	-	-	-
Piauí	224	224	190	33	-	-	1	-
Ceará	184	184	179	5	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	167	167	152	14	1	-	-	-
Paraíba	223	223	206	13	1	2	1	-
Pernambuco	185	184	179	4	1	-	-	1
Alagoas	102	102	102	-	=	-	-	-
Sergipe	75	75	70	5	-	-	-	-
Bahia	417	416	411	4	1	-	-	-
<b>Sudeste</b>	<b>1 668</b>	<b>1 665</b>	<b>1 431</b>	<b>117</b>	<b>1</b>	<b>107</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
Minas Gerais	853	853	742	80	-	29	2	-
Espírito Santo	78	78	74	4	-	-	-	-
Rio de Janeiro	92	92	81	7	-	-	4	-
São Paulo	645	642	534	26	1	78	3	3
<b>Sul</b>	<b>1 188</b>	<b>1 188</b>	<b>851</b>	<b>299</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	-
Paraná	399	399	346	18	1	30	4	-
Santa Catarina	293	293	201	92	2	-	-	-
Rio Grande do Sul	496	496	304	189	-	-	1	-
<b>Centro-Oeste</b>	<b>466</b>	<b>466</b>	<b>418</b>	<b>45</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	-	-
Mato Grosso do Sul	78	78	71	7	-	-	-	-
Mato Grosso	141	141	124	14	1	2	-	-
Goiás	246	246	222	24	-	-	-	-
Distrito Federal	1	1	1	-	-	-	-	-

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2011.

Cabe destacar, também, que a área de saúde foi a que apresentou o maior percentual de municípios com consórcio público intermunicipal na pesquisa



MUNIC 2011. Em torno de 78,8% dos municípios declararam participar de consórcio intermunicipal na área de saúde, consórcios estes que lideravam disparadamente em relação às demais áreas como meio ambiente (24,3%), turismo (15,7%), educação (9,6%), habitação (8,3%), entre outros. A cidade do Rio de Janeiro foi um dos municípios que declararam fazer parte de consórcio intermunicipal na área de saúde.

A perspectiva municipal de administração indireta para a saúde é uma tendência ainda minoritária se tomada a base nacional: são 17 municípios apenas, o que é algo em torno de 0,3% do total de municípios do Brasil. Ela é uma tendência, todavia, predominante na região sudeste, onde se localizam geograficamente 9 entre os 17 casos, sendo seguida pela região Sul (5 casos), Nordeste (2), Norte (1). Os estados do Rio de Janeiro e do Paraná são aqueles que apresentam o maior número de municípios com órgão de administração indireta da política municipal de saúde. Nesse caso está inclusa a recente polêmica na cidade do Rio de Janeiro, em relação à proposta da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – Rio Saúde (proposta pelo prefeito em 2013), caso este que será discutido mais à frente.

É exatamente a partir das tensões entre participação e representação, que é possível nuançar os sentidos da política na cidade conforme um contraponto ou, pelo contrário, alinhamento à dinâmica nacional de administração da saúde. No tocante à ênfase em saúde, o Rio de Janeiro apresenta uma dinâmica peculiar. Se a proposta principal do prefeito Eduardo Paes durante a campanha de 2008 era alinhar suas forças ao governo estadual de Sérgio Cabral e, no plano federal, celebrar parcerias estratégicas com o governo Lula, na política de saúde os percalços dessa retórica se evidenciam. No primeiro mês da gestão 2009-2012 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro foi publicado o Decreto nº 30.433 de 28 de janeiro de 2009, o qual alterou a estrutura organizacional da antiga SMS e passou a incorporar seis subsecretarias de saúde. Anteriormente, a antiga Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS) acumulava as funções de todos os níveis de atenção. Na nova estrutura, a atenção hospitalar passou a ser de competência de uma nova subsecretaria (Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE). A própria SMS incorporou a Subsecretaria de Defesa Civil e passou a se chamar SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Essa mudança inesperada, de um caráter

exclusivo para a aglutinação com outra Secretaria ajuda a ilustrar os percalços da ênfase institucional conferida pela prefeitura ao assunto na cidade. Nada menos que 85,8% de todos os municípios do país possuíam institucionalmente uma Secretaria exclusiva para atenção à saúde, e o Rio de Janeiro, curiosamente, passou a encontrar-se fora desse percentual e na contramão do perfil nacional.

Uma provável justificativa para essa reversão era a necessidade política de marcar um contraponto em relação à gestão anterior, do prefeito César Maia. O “novo”, o “moderno” na saúde se apresentou então, pelo estabelecimento de ação inversa à estratégia nacionalmente incorporada. Obviamente que a experiência não se alongou e esse caminho foi desfeito, em 2013, a partir do Decreto 36.796 de 25 de fevereiro de 2013, que é mostrado no ANEXO 2. O Rio de Janeiro voltaria, então, a possuir novamente uma SMS exclusiva, movimento em ziguezague que ilustra o caráter experimental do modo em que a representação política formal (através da prefeitura, neste exemplo), empreende muitas de suas ações na cidade.

Essa perspectiva, de alinhar a cidade à política de saúde do país, é um argumento constante da disputa política na cidade, vinculada à proposta de mudanças. As mudanças estruturais do ponto de vista da organização da política pública de saúde na cidade trazem frequentemente consigo a marca de alinhamento às esferas estadual e federal no período estudado (2009-2013), o que buscar-se-á problematizar do ponto de vista das resistências da população e de grupos políticos de apoio e refração a certas ações e tentativas de mudanças empreendidas ao longo do período estudado. Mais à frente, voltar-se-á a esse ponto.

O contexto de atuação das Secretarias Municipais de Saúde, e sua interface com os Conselhos Municipais de Saúde se justifica no esteio da Lei Orgânica de Saúde – Lei nº 8.080/90. A Lei definiu as atribuições do SUS nos três níveis de governo e regulamentou a estrutura e modelo operacional, bem como sua organização e funcionamento. Conforme já mencionado, o SUS foi concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, seja da administração direta ou indireta. A iniciativa privada pode participar do SUS, porém, em caráter “complementar”.

Passou a caber aos municípios ações que vão desde o planejamento do sistema à execução dos serviços de saúde de diversas naturezas, incluídas as perspectivas assistencial, sanitária, epidemiológica, de medicamentos, dentre outras. Podem os municípios formar consórcios intermunicipais entre si e lhes cabe também fiscalizar os serviços privados de saúde, com autonomia para normatizar, de modo complementar, as ações e serviços públicos de saúde, desde que no seu âmbito de atuação e jurisdição.

Se a Lei 8.080/90 estrutura e fixa atribuições ao SUS, cabe destacar a subsidiariedade e a municipalização de suas ações. Sobre a subsidiariedade, Abrúcio e Couto (1996) observam que aumentaram as transferências da União para os estados e municípios. Incluindo o Fundo de Participação dos Municípios e a participação destes na receita da hoje extinta CPMF, as transferências municipais chegaram a 21,20 bilhões de reais em 1995. Os autores observam, contudo, que o processo de aumento de capacidade fiscal e de gastos na área social pelos municípios não ocorreu de forma homogênea, o que pode contribuir para reproduzir a desigualdade social existente.

Os Fundos Municipais de Saúde – FMS – são os instrumentos de gestão dos recursos específicos da área, sejam eles transferidos ou conveniados com a União ou com o estado ou ainda provenientes de arrecadação própria do município para o financiamento da saúde. Trata-se de instrumento legal, de natureza contábil, orçamentária e financeira, cujo objetivo é “gerir centralizadamente, com racionalidade e transparência a totalidade de recursos da saúde do município”<sup>218</sup>.

A participação dos entes federativos no financiamento do SUS é normatizada pelo Ministério da Saúde e por órgãos colegiados existentes. Os recursos podem ser utilizados desde que o município esteja em condições para a gestão da saúde, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS.<sup>219</sup> Os municípios são obrigados por lei, desde 2004 a investir 15% de suas receitas orçamentárias no financiamento do SUS<sup>220</sup>. Em consonância às diretrizes do SUS cabe à sociedade civil organizada, representada pelos Conselhos de Saúde

---

<sup>218</sup> IBGE, MUNIC, 2011, p. 65.

<sup>219</sup> NOAS – SUS – 01/2002. Portaria MS/GM n. 373, fev. 2002. Para discussão recente sobre o tema ver Câmara dos Deputados, 2012, NOTA TÉCNICA n. 14 de 2012 – CONOF/CD sobre a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 de 2000, e sobre as principais inovações trazidas pela Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que regulou a EC – 29, tratando de transferências fundo a fundo, PIBs a serem utilizados na apuração de repasses federais e identificação de gastos afeitos à EC 29.

<sup>220</sup> De acordo com a portaria 2.047 de novembro de 2002.

Municipais, a fiscalização dos recursos que se destinam ao financiamento de ações e serviços que compõem o Fundo Municipal de Saúde no município. Segundo os dados obtidos pela MUNIC 2011, 81,3% dos municípios do Brasil possuem a SMS como órgão responsável pela gestão do FMS. Em 13,5% dos municípios a gestão é feita diretamente pelo “Gabinete do Prefeito”<sup>221</sup>, 2,3% possuem o “FMS Autônomo”, 1,6% possuem “outra estrutura administrativa” e 1,1% possuem como órgão gestor “outra secretaria”. A cidade do Rio de Janeiro, com a alteração feita pela prefeitura em 2009, se reposicionava exatamente neste 1,1%.

Para entender a progressão e grandeza de valores desses repasses no tempo, se tomado o Estado do Rio de Janeiro, é possível observar que, em 2013, foram repassados em transferências totais da União mais de 13,5 bilhões de reais apenas aos municípios fluminenses. Os valores abaixo são valores recebidos para o exercício de 2013, se considerada a transferência de recursos por estado/município, dados disponíveis no portal de Transparência do Governo Federal:

**Tabela 2 – Repasses da União aos municípios do Rio de Janeiro – Exercício 2013**

Ente Federado	Fundos Repassados da União
Total destinado ao estado:	R\$ 24.032.556.991,31
Total destinado ao Governo do Estado:	R\$ 10.494.248.586,58
Total destinado aos municípios do estado:	R\$ 13.538.308.404,73
Total destinado ao município do Rio de Janeiro:	R\$ 4.151.933.975,29

Fonte: Elaborado a partir dos dados consultados em: [www.portaldatransparencia.gov.br](http://www.portaldatransparencia.gov.br)<sup>222</sup>

Os repasses em geral para a cidade perfizeram mais de 4 bilhões de reais apenas no exercício de 2013. Neles estão inclusos os recursos da seguridade, além de outros, como assistência social, educação, segurança pública, ciência e tecnologia, dentre outros. Os repasses para a saúde são transferidos inicialmente ao Fundo Nacional da Saúde, e posteriormente aos fundos locais, conforme art. 34 e 35 da Lei 8.080/90. Tais recursos devem ser depositados nos fundos de saúde de cada esfera de governo, e sua movimentação e fiscalização prevê a atuação dos Conselhos de Saúde.

<sup>221</sup> A destacar que a região Sudeste foi a região que manteve o maior percentual de municípios sob a chefia direta do Prefeito, em 21,6% dos municípios.

<sup>222</sup> Consultar o endereço do Governo Federal:

<http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaAcoes.asp?Exercicio=2013&SelecaoUF=1&SiglaUF=RJ&NomeUF=RIO%20DE%20JANEIRO&CodMun=6001&NomeMun=RIO%20DE%20JANEIRO&ValorMun=4.151.933.975.29>, consulta em 10 de janeiro de 2014.

A atribuição prioritária da responsabilidade pela execução das políticas públicas de saúde para os municípios, inclusa a distribuição de medicamentos, é o traço principal desse processo de municipalização da saúde pós-1988<sup>223</sup>. A direção municipal de saúde do SUS passou a ter a incumbência de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde, de acordo com o art.18, incisos I e III da Lei 8.080/90.

A direção nacional do SUS, nesse sentido, coopera técnica e financeiramente com as unidades federadas e deve, inclusive, promover a descentralização, tanto para as unidades federadas quanto para os municípios, conforme explicita o art. 16. A literatura sobre o tema destaca, no sentido legal, que tanto os estados quanto a União somente devem executar diretamente políticas sanitárias de modo supletivo, suprimindo eventuais ausências dos municípios<sup>224</sup>. O problema é que o fato do ente municipal ser o responsável perante a população pelo fornecimento da saúde, não significa que lhe cabe o custeio isolado da mesma. Tais discussão e articulação são os desafios da ação coordenada da federação<sup>225</sup>.

<sup>223</sup> Conforme art. 7, I e IX da Lei 8080/90. Ver GOUVEA, 2004 e BARROSO, 2008.

<sup>224</sup> Ver Barroso, 2008, p.17.

<sup>225</sup> Há vasta regulamentação a partir da Lei n. 8080/90 no sentido de articular essas interações, que ultrapassam os objetivos da tese. É possível citar a portaria 2203/96 que instituiu a Norma Operacional Básica do SUS (NOB), e trata da operacionalização do sistema. As NOBs, segundo observa Barroso(2008), são produtos observáveis da necessidade de articulação e cooperação entre os gestores, para promover a descentralização do SUS. As NOBs disponíveis são 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. Conforme observado em pesquisa recente sobre o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, DURAN (2013) ressalta que ao lado dos CS, há também dois outros colegiados de participação: as Comissões Intergestores. As duas funcionam como colegiados onde somente os gestores têm assento, e por isso, funcionam como núcleo de decisão política no âmbito federal e no âmbito estadual. Cumprem função de articulação e pactuação política na implementação de políticas de saúde e são comissões paritárias. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) funciona a nível federal e agrega gestores das três esferas da federação: cinco membros do Ministério da Saúde (MS), cinco do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e cinco do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) funciona a nível estadual e conta com membros escolhidos pelos secretários estaduais de saúde e pelos secretários municipais de saúde. Segundo alguns pesquisadores, criadas juntamente com os colegiados de participação social (Conselhos de Saúde), nos anos 1990, as Comissões Intergestores acabaram tornando-se espaços privilegiados de tomada de decisão no âmbito do Estado, secundarizando o papel político e deliberativo dos CS (CÔRTEZ, 2009a, 2009b; SILVA, 2000; SILVA e LABRA, 2001). De qualquer forma, como ressalta a literatura (CÔRTEZ, 2009b; SILVA, 2000; SILVA e LABRA, 2000; GERSCHMAN, 2004a, 2004b). Ver DURAN, P.R.F. **Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ)**. Rio de Janeiro, 2013. 210 f. Tese [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. AS CIT e CIB não foram objeto de análise da tese, mas será abordada a perspectiva de distanciamento dos gestores em relação aos conselhos, mais adiante.

Se tomado o contexto municipal, a partir da tensão entre participar e representar, alguns princípios podem ser destacados. O princípio da representação política e da liberdade para eleger representantes em eleições diretas e livres, por exemplo, concorreu diretamente com o princípio latente de progressiva institucionalização da participação na gestão das coisas da cidade, seja na progressiva institucionalização do SUS, seja no Estatuto da cidade<sup>226</sup> e nas possibilidades de criação de novos conselhos de políticas públicas nos municípios<sup>227</sup>.

A estruturação dos Conselhos de Saúde e das Conferências, por sua vez, foi feita por meio da Lei 8.142/90, seja nos âmbitos federal, estadual ou municipal. Essa iniciativa inaugurou historicamente novas possibilidades nas relações entre Estado e sociedade. A observação da dinâmica municipal a partir da tensão entre representação e participação avalia o conselho de políticas públicas na atual democracia representativa, a partir dos conflitos provocados pela negociação sobre a aprovação do orçamento da saúde e pela decisão da alocação dos escassos recursos das cidades.

A perspectiva da tensão entre participação e representação, em contexto democrático, foi tomada como instrumento de análise para o processo histórico de institucionalização dos conselhos. A forma de avaliar a institucionalidade política formal produz implicações em qualquer estudo sobre a participação social em outras esferas. Muitos estudos sobre participação política partem da premissa de que, para haver mecanismos de participação política que existam concomitantemente à representação baseada no sufrágio universal, necessariamente, a representação política partidária deve estar enfraquecida. A

---

<sup>226</sup>À semelhança das lutas sociais em saúde e da Reforma Sanitária, da lenta e progressiva implantação do SUS, em 2001, foi promulgada a Lei Federal nº 10.257, conhecida como Estatuto da Cidade, que regulamenta o capítulo da política urbana da Constituição de 1988. O Estatuto da Cidade provê suporte legal consistente para aquelas municipalidades comprometidas com o enfrentamento dos problemas sociais e urbanos que afetam diariamente as condições de vida dos habitantes das cidades. São princípios que o norteiam: a função social da propriedade e a gestão democrática das cidades. A lei, que tramitou por mais de dez anos no Congresso Nacional, pode ser vista como uma conquista de um movimento multissetorial de escopo nacional que vem lutando há décadas pela causa da reforma urbana e pela criação de um marco regulatório federal para a política urbana. Sobre o assunto ver pesquisa recente CARVALHO, Ana Paula Soares. *Estatuto da Cidade e juridificação da reforma urbana no Brasil*, 2012. 213 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

<sup>227</sup>Do ponto de vista municipal, Lavalle e Isunza, 2011 chamam a atenção para o fato de que levantamentos exaustivos no nível local revelam que, no caso de municípios como São Paulo e Guarulhos, por exemplo, há mais de trinta conselhos em Operação. Ver também Tatagiba, 2010.

reconfiguração da representação ensejou vários trabalhos recentes que avaliam suas condições de ampliação no mundo moderno, suas especificidades históricas e seus dilemas de legitimidade no âmbito do governo representativo<sup>228</sup>. Discutir a pluralização da representação significa lidar com um terreno de possibilidades para a representação nas sociedades contemporâneas que não usurpam o governo representativo nem conflitam de modo irreconciliável com ele. Não se pretende afirmar que a participação enfraquece a representação. Do ponto de vista normativo, sua coexistência pode gerar ganhos ao permear a movimentação de espaços de conflito político entre as partes envolvidas, complexificando o processo decisório das políticas públicas. O que se pretende aqui é delimitar como esses conflitos permitem avanços no sentido de ampliar a garantia efetiva de direitos na cidade.

A participação social nos Conselhos de Saúde consubstanciou-se no princípio da paridade entre as cadeiras ocupadas pelos usuários dos serviços de saúde em relação aos demais segmentos partícipes. Ou seja, 50% para representantes dos usuários do SUS; 25% para profissionais de saúde e 25% para representantes dos gestores, dos prestadores de serviços público, privado e filantrópico. Esse princípio constitutivo da paridade representativa – contido na Lei 8.142/90 e nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (333/03 e 453/12<sup>229</sup>) – espelha o eixo da igualdade formal entre os atores partícipes dessas arenas deliberativas. É possível destacar, contudo, a persistência de inúmeros dilemas no que se refere à legitimidade e ao reconhecimento do papel efetivo dos representantes da sociedade, em especial do segmento dos usuários.

Conforme observado por Luchmann (2011) para assegurar que os representantes do Estado não dominassem os conselhos de saúde, a garantia de paridade foi inserida na lei. Os representantes do Estado e grupos cívicos dividiriam o poder nos conselhos. A legitimidade, tanto de tradicionais organizações de bairro como de novas ONGs profissionais, derivava da sua presumida ligação com movimentos de base<sup>230</sup>. Diferentemente de outros espaços e políticas participativas, na maioria desses conselhos, a participação institucional

---

<sup>228</sup> Rosanvallon, 1998, 2000; Saward, 2010; Ankersmit, 2002; Vieira e Runciman, 2008, Lavallo e Isunza 2011.

<sup>229</sup> As Resoluções 333 e 453 dispõem, no geral, sobre *as diretrizes para criação/instituição, definição, reformulação, (re)estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde* (BRASIL, 2003, 2012).

<sup>230</sup> Abers e Keck (2008, pp.102-103), apud Luchmann, 2011, p. 142.

ocorre sob prerrogativas legais, as quais determinam a representação por meio de associações, organizações ou “entidades sociais”, fundamentalmente aquelas que atuam ou que contam com algum reconhecimento nas respectivas áreas de intervenção governamental. Fruto de intenso debate, reivindicação e atuação de diferentes atores políticos e sociais, a institucionalização desses espaços amplia e torna mais complexo o conjunto de modalidades, ou repertórios, de ação política das associações e dos movimentos sociais.

Se observada a Tabela 3, segundo a MUNIC 2011, apenas 311 municípios no Brasil informaram que seus CMS não são paritários como determina a Lei Orgânica mencionada. Dentre eles, 235 tinham maior representação da sociedade civil (algo que também foi levantado em alguns conselhos distritais do Rio de Janeiro pela pesquisa e será tratado mais adiante). Apenas 76 municípios afirmaram que seria maior a representação governamental e 12 municípios, em 5.565, não informaram a existência de CMS na cidade.

Isso significa afirmar, com tranquilidade, que a maioria absoluta dos municípios no Brasil segue o que está preconizado na lei, no que diz respeito à paridade entre os representantes dos usuários de serviços de saúde e a soma dos demais segmentos componentes do conselho. Em 2011, nada menos do que 5.242 municípios se enquadravam nessa situação. Há que ressaltar, contudo, que os dados coletados pela MUNIC são informados pelas administrações municipais.

Nesse sentido, a análise das atribuições do caráter do Conselho, com as características deliberativa, fiscalizadora, normativa e consultiva é o espaço de atuação aonde é possível destacar, ainda resta travar sua consolidação. A disputa política e a resistência das prefeituras à atuação dos conselhos residem exatamente no conflito frente à *representação do controle social* enquanto fiscalização, consulta e normatização da implementação das políticas públicas de saúde, conforme se sugere aqui. Isso ocorre porque, do ponto de vista da administração municipal, apenas 1.900 CMS foram identificados pelas prefeituras como reunindo, em conjunto, todas essas atribuições.

No caso do perfil informado pelo conjunto das administrações municipais do Estado do Rio de Janeiro, a maioria informou como característica da representação do controle social a função deliberativa (80), em segundo lugar a função fiscalizadora (66), em terceiro lugar a função consultiva (42) e a menos



informada foi a função normativa (28). Tal perfil de representação do controle social se alinha ao informado nacionalmente.

No caso específico do Rio de Janeiro, a abertura do banco de dados da pesquisa MUNIC2011 para a cidade permitiu observar as seguintes informações sobre o caráter funcional do Conselho, atribuídas pela prefeitura: foi informado que houve reuniões nos últimos 12 meses e que o CMS-RJ observa a paridade e possui função deliberativa apenas. Ou seja, o CMS-RJ não possui as funções normativa, nem consultiva, nem fiscalizadora. Desse modo, de acordo com o levantamento da MUNIC, a cidade do Rio de Janeiro faz parte, junto com outros 839 municípios brasileiros, da percepção do gestor de que a função do CMS é apenas deliberar. Isso implica afirmar que a representação do controle social, ativada pela participação de membros organizados da sociedade civil, é uma representação interpretada pelo gestor enquanto atividade de deliberação.

Se essa perspectiva é ainda limitada, é possível lembrar dos primeiros capítulos, onde o objetivo que prevaleceu na ANC foi possibilitar inúmeras vias de implementação das políticas sociais (consagração dos direitos sociais), as quais foram postas em dinâmica pelo Estado. No setor da saúde, lembrando o Movimento Sanitário brasileiro, democratizar a saúde significava, em alguma medida, democratizar, também, a sociedade.

A perspectiva central para a democratização da saúde foi, em alguma medida, atingida, dada a inclusão da participação da sociedade nas arenas de deliberação política, ainda que o mundo da vida lembre, e também os dados do IBGE, que muitos prefeitos consideram a deliberação como a única função dos conselhos, sem que isso se desdobre na necessária fiscalização, normatização e consulta à sociedade que estariam previstas na perspectiva de controle social.

A perspectiva ampliada da saúde, em princípio, prescreve não apenas o atendimento biomédico. A saúde da população estaria matizada por outros fatores como o acesso à escola, ao mercado de trabalho, a condições de usufruir práticas de lazer, a condições de participação nos processos democráticos, entre outras condições fundamentais do direito à saúde. A ênfase na participação social seria uma das vias principais para a construção de um espaço da sociedade no estado e o consequente estabelecimento de práticas concernentes ao controle social.

Muito embora a institucionalização dos Conselhos de Saúde represente avanço significativo da democracia brasileira, depois de duas décadas de

enraizamento na realidade sociopolítica de estados e municípios, ainda persistem intensos dilemas quanto à legitimidade dos atores que efetivam alguns dos modos de representação nesses espaços ou arenas políticas de deliberação. Além de uma indefinição (ou falta de clareza) quanto ao próprio papel do conselheiro de saúde, os desafios de afirmação do controle social sobre as ações do Estado são dilemas vivenciados pelos representantes da sociedade e profissionais de saúde <sup>231</sup>.

Por meio dos resultados de pesquisa sobre os Conselhos Municipais e Distritais de Saúde do Rio de Janeiro, a tese objetivou demonstrar como, apesar do eixo da igualdade formal ser uma conquista enquanto deliberação no espaço participativo aberto à representantes da sociedade civil organizada, há um processo lento e paulatino de extensão das demais prerrogativas legais dos conselhos (normatização, consulta, fiscalização). A comparação metodológica entre a perspectiva municipal e distrital da participação na cidade e dos modos de representação do controle social visa pontuar como os atores dessas arenas interagem discursivamente e, com isso, conflagram um espaço de disputas políticas, desafiado pela marca da mediação dos gestores municipais na dinâmica de participação em processo de consolidação. Visa, também, destacar especificidades das lutas de base pela política de saúde da cidade, da latência do conflito de interesses no distrito e das dificuldades interpostas no eixo distrito – município; o que permite também destacar distinções entre os diferentes lócus de participação e representação social.

---

<sup>231</sup> De acordo com Durán, 2013, diversas pesquisas vêm apontando que os Conselhos de Saúde poderiam ter efetivado um *papel político* na agenda política da saúde, mas suas ações estão amalgamadas com as escolhas dos gestores de governo. Ou seja, a falta de uma autonomia política dos conselheiros instituiria uma relação de dependência (ou de aliança) com as escolhas políticas do próprio Estado; deixariam, portanto, de espelhar a própria autonomia das demandas societárias perante os decisores de políticas (*policy makers*).

**Tabela 3 – Municípios e Conselhos no Brasil – Total com Conselho Municipal de Saúde, por algumas características do conselho, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2011**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Municípios									
	Com Conselho Municipal de Saúde									
	Total	Algumas características do conselho								Realizou reunião nos últimos 12 meses
		Total	Paritário	Tem maior representação governamental	Tem maior representação da sociedade civil	Caráter do conselho				
					Con-sultivo	Delibe-rativo	Normativo	Fiscali-zador		
<b>Brasil</b>	<b>5 565</b>	<b>5 553</b>	<b>5 242</b>	<b>76</b>	<b>235</b>	<b>3 123</b>	<b>4 958</b>	<b>2 415</b>	<b>4 284</b>	<b>5 507</b>
<b>Norte</b>	<b>449</b>	<b>446</b>	<b>413</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>261</b>	<b>379</b>	<b>214</b>	<b>365</b>	<b>444</b>
Rondônia	52	51	46	2	3	32	44	30	41	51
Acre	22	22	17	1	4	4	20	5	17	22
Amazonas	62	62	50	5	7	31	51	23	42	62
Roraima	15	15	13	-	2	4	10	9	12	14
Pará	143	142	135	1	6	84	119	60	116	142
Amapá	16	15	15	-	-	15	15	15	15	15
Tocantins	139	139	137	1	1	91	120	72	122	138
<b>Nordeste</b>	<b>1 794</b>	<b>1 788</b>	<b>1 708</b>	<b>13</b>	<b>67</b>	<b>1 098</b>	<b>1 618</b>	<b>910</b>	<b>1 475</b>	<b>1 775</b>
Maranhão	217	216	203	3	10	113	187	90	166	212
Piauí	224	223	222	1	-	137	200	115	204	221
Ceará	184	184	179	-	5	105	169	90	132	183
Rio Grande do Norte	167	167	162	1	4	111	156	90	144	167
Paraíba	223	223	212	-	11	160	209	120	193	222
Pernambuco	185	184	171	2	11	99	161	85	139	183
Alagoas	102	102	94	1	7	54	83	42	83	102
Sergipe	75	75	72	1	2	42	65	31	60	74
Bahia	417	414	393	4	17	277	388	247	354	411
<b>Sudeste</b>	<b>1 668</b>	<b>1 667</b>	<b>1 578</b>	<b>27</b>	<b>62</b>	<b>910</b>	<b>1 503</b>	<b>633</b>	<b>1 207</b>	<b>1 650</b>
Minas Gerais	853	853	802	17	34	457	769	319	615	841
Espírito Santo	78	77	75	2	-	42	71	25	53	76
Rio de Janeiro	92	92	83	-	9	42	80	28	66	91
São Paulo	645	645	618	8	19	369	583	261	473	642
<b>Sul</b>	<b>1 188</b>	<b>1 187</b>	<b>1 121</b>	<b>14</b>	<b>52</b>	<b>593</b>	<b>1 053</b>	<b>450</b>	<b>857</b>	<b>1 176</b>
Paraná	399	398	379	3	16	202	343	150	291	390
Santa Catarina	293	293	278	4	11	144	273	127	196	292
Rio Grande do Sul	496	496	464	7	25	247	437	173	370	494
<b>Centro-Oeste</b>	<b>466</b>	<b>465</b>	<b>422</b>	<b>12</b>	<b>31</b>	<b>261</b>	<b>405</b>	<b>208</b>	<b>380</b>	<b>462</b>
Mato Grosso do Sul	78	78	70	1	7	30	74	26	51	78
Mato Grosso	141	140	126	3	11	70	123	55	108	140
Goiás	246	246	226	7	13	161	208	127	221	243
Distrito Federal	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2011.

## 5.2.

### A representação formal refratária à municipalização e forças políticas resistentes na cidade em perspectiva histórica

*Toute ville peut devenir une jungle*

Bertolt Brecht, 1987

Guardadas as diferenças e especificidades, vários estudos históricos sobre o Rio de Janeiro e a memória política carioca apontam sobre os problemas da presença política nacional na história da cidade<sup>232</sup>. Basta lembrar as representações da cidade enquanto centro nervoso do país e elementos de legitimação dos partidários de Leonel Brizola, como descrito por Sento Sé (2000). A transferência da capital do Rio para Brasília era descrita por muitos brizolistas como estratégia política das elites para se distanciar das vanguardas dos movimentos populares. Nas palavras de Sento Sé, para os partidários de Brizola:

Falar do Rio de Janeiro é o mesmo que abordar metonimicamente as principais questões nacionais. Sendo assim, a vocação para olhar de frente os principais problemas da cidade e do estado é o dado garantidor dos compromissos do líder para com as grandes questões nacionais<sup>233</sup>.

Não é novidade que a história eleitoral do estado do Rio de Janeiro apresenta traços de inequívoca especificidade. A derrota do PMDB em 1982 não fez surgir um novo ciclo de hegemonia partidária. Na cidade, não houve, pelo menos na década de 80, sucessivos governos peemedebistas como em São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Espírito Santo<sup>234</sup>.

Se o PDT esteve próximo de construir uma dinâmica diferenciada, época inclusive de apoio à institucionalização dos conselhos (como será descrito na próxima seção), a vida política do Estado ficou marcada pelo conflito político entre o partido de Leonel Brizola e demais forças conservadoras, tendo suas fases determinadas pela coesão das forças políticas à direita do PDT no espectro

<sup>232</sup> FERREIRA, Marieta de Moraes.(org) Rio de Janeiro: uma cidade na história. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

<sup>233</sup> SENTO-SÉ, João Trajano. A política retorna à praça: notas sobre a Brizolândia. In: FERREIRA, op.cit. (2000), p. 165.

<sup>234</sup> DIAS, José Luciano. Partidos e eleições no Rio de Janeiro. . In: FERREIRA, op.cit. (2000), p. 181.

político e pelas sucessivas divisões do principal partido de esquerda (DIAS, 2000).

Se as coalizações conservadoras estavam presentes no interior do próprio PDT, a partir de 1992, os prefeitos eleitos sempre estiveram ao lado das forças mais conservadoras na cidade. Se observado o Quadro 3 abaixo, entre 1985 e 2013, o Rio de Janeiro teve 8 prefeitos, representantes formais<sup>235</sup> do Poder Executivo, eleitos diretamente pela população:

**Quadro 3 – Prefeitos do Rio de Janeiro**

Prefeito eleito	Partido	Ano
Saturnino Braga	PDT	1985
Marcelo Alencar	PDT	1988
César Maia	PMDB	1992
Luiz Paulo Conde	PFL	1996
César Maia	PTB	2000
César Maia	DEM	2004
Eduardo Paes	PMDB	2008/2012

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do TSE.

De acordo com o observado por Freire e Sarmento (1999), o cenário político carioca de tempos em tempos reatualiza uma perspectiva do “caráter brasileiro” da cidade<sup>236</sup>. Os autores relembram editorial do Jornal do Brasil, cuja respectiva memória era atualizada na imprensa quando da primeira eleição do prefeito César Maia. Em editorial intitulado "Vocação confirmada", o jornal assinala que nem a mudança da capital e nem mesmo a fusão com o antigo estado do Rio de Janeiro, promovidas pelo governo federal em um espaço de tempo de 15 anos, tinham sido capazes de alterar o *ethos* político da cidade, marcadamente cosmopolita e atípico

<sup>235</sup> Segundo o modelo de Pitkin, 1967, como já discutido.

<sup>236</sup> A sociologia no Rio de Janeiro também esteve marcada pelos processos nacionais. Nas palavras de Arruda, Maria Arminda, 2001, p. 208: “o Rio de Janeiro, dada a sua condição de sede do governo, impunha-se-lhe a necessidade de “passar a imagem civilizada do país” o que, segundo Carvalho, José Murilo (1988), p. 20, fez com que seus intelectuais tivessem grande dificuldade em chegar a termos com a realidade do seu país e de sua própria cidade. Conforme observado por Miceli (2001, p. 111), “no Rio de Janeiro, como bem demonstra o texto de Almeida (1987a), as ciências e os cientistas sociais se desenvolvem em intimidade social e institucional com a política, ora sendo as instituições de abrigo órgãos da máquina governamental, ora constituindo as frentes de combate doutrinário a serviço de lideranças disputando espaço na arena política.”. Finalmente, como observado por Almeida (2001, p. 254), para alguns como os criadores do IBESP-ISEB, a Sociologia havia de ser a autoconsciência da nação, por meio da qual fosse possível, como nas palavras de Guerreiro Ramos, decifrar objetivamente os próprios problemas. A vitalidade sociológica era marcada pela tensão criadora do momento anterior à repressão, o que fez com que a relação entre o conhecimento produzido se relacionasse intimamente com o que era percebido enquanto agenda de problemas da nação.

em comparação com a "marca regional das capitais dos grandes estados". A melhor prova disso, segundo o editorial, se deu quando, ultrapassado o regime militar e superadas as eleições indiretas, a cidade teve condições de expressar pelo voto sua vocação "ao sufragar o nome de políticos de projeção nacional como Marcelo Alencar e César Maia"<sup>237</sup>. Autores como Dias (2000) chamam esses episódios de "surto" de nacionalização<sup>238</sup>. Para a pesquisa, rever tais relatos reforça o perfil lacerdista que as gestões de César Maia lembravam na cidade.

Como observado por Ferreira (2000) se a política nacional na história da cidade foi um fato real, que teve como efeito a neutralização e fragmentação de forças locais, essa não é uma razão que justifique considerar que a articulação dos grupos locais deve ser incipiente. É plausível não negligenciar os pontos de convergência que cimentam solidariedade e ação política entre os que se opõem ao governo, ainda que vencidos, e suas conquistas, mesmo que pontuais.

A memória da época de ascensão de César Maia na cidade pelos profissionais de saúde faz parte de documentos recentes dos Conselhos:

Aqui no Rio de Janeiro, não dá para esquecer a "varredura" promovida pelos insensíveis (des) governos Marcelo Alencar/César Maia (PFL/DEMO/PSDB). Juntos demitiram cerca de 100 mil profissionais de saúde que acumulavam duas matrículas, em especial os da enfermagem, sobretudo nos anos noventa<sup>239</sup>.

A gestão na saúde durante os mandatos de César Maia ficou marcada por três grandes crises: duas epidemias de dengue (uma em 2002 e outra em 2004) e a intervenção federal na saúde municipal em 2005, quando o sistema entrou em colapso depois da disputa pela administração de hospitais entre a prefeitura e a União. O ano de 2014 foi o ano de aprovação da já mencionada exigência de 15% de repasse de receita para a saúde, obrigatoriamente. Naquele ano o SUS completava 15 anos de existência, e houve episódio de "intervenção" federal no

<sup>237</sup> Jornal do Brasil, 14/12/1992. Apud Freire, Americo & Sarmiento, Eduardo. Três Faces da Cidade: um Estudo sobre a Institucionalização e a Dinâmica do Campo Político Carioca (1889-1969). **Estudos históricos**, 24, 1999, p. 296.

<sup>238</sup> Vale mencionar aqui o estudo de Marly Motta sobre a "capitalidade" como componente básico do Lacerdismo na época da Guanabara. Ele reforçava a perspectiva de crise de identidade política da cidade para a autora. MOTTA, Marly. "Guanabara, o estado-capital" In: FERREIRA, op.cit. (2000), p. 116.

<sup>239</sup> Carta aos Profissionais de Enfermagem do Rio de Janeiro. Abisáí Leite - Secretário Executivo do CDS AP 5.2 30 de junho de 2012.

Disponível em: <http://conselhosaudeap52.blogspot.com.br/search?updated-min=2012-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2013-01-01T00:00:00-08:00&max-results=1>

sistema de saúde da cidade do Rio de Janeiro<sup>240</sup>, mergulhado no caos. A presidência da República declarou estado de calamidade pública e determinou ações federais em seis dos mais importantes hospitais da cidade: Lagoa, Ipanema, Andaraí, Cardoso Fontes, Miguel Couto e Souza Aguiar (os quatro primeiros há época eram hospitais federais municipalizados, os dois últimos pertenciam à rede municipal). A administração dos demais hospitais passou à Secretaria Estadual de Saúde, perdendo a Prefeitura do Rio de Janeiro, por decisão apoiada inclusive pelo Conselho Municipal de Saúde, o status de gestora plena do SUS.

O prefeito, através de seu partido à época, o PFL, usou da Ação Direta de Inconstitucionalidade<sup>241</sup> para solicitar que os hospitais Miguel Couto e Souza Aguiar fossem devolvidos à prefeitura. Aspectos sobre a atuação do Ministério Público nas questões de saúde na cidade serão abordados com maior detalhe na Parte II da tese.

Comentando brevemente a decisão do Supremo Tribunal Federal sobre o assunto, este determinou que a prefeitura do Rio de Janeiro retomasse a administração dos hospitais Souza Aguiar e Miguel Couto. A União ficou proibida de usar servidores municipais nos quatro hospitais federais que continuou a administrar na cidade. A prefeitura do Rio de Janeiro havia pedido, justamente, que os dois hospitais municipais voltassem para o seu comando, e o pedido foi totalmente atendido. A observação do texto do Mandado de Segurança permite ressaltar a ênfase dada pelo STF no sentido de preservar a autonomia municipal, segundo afirma o voto do Ministro Celso de Mello:

---

<sup>240</sup> PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, Decreto nº 5.392, DOU 10 de março de 2005. Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências.

<sup>241</sup> Conforme veiculado à época em Jornal do Brasil, 31/03/2005, Rio, p. A21, “Título: **PFL vai à Justiça contra intervenção**”. O PFL, partido do prefeito Cesar Maia, entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) no Supremo Tribunal Federal, na tentativa de derrubar a intervenção decretada pelo governo federal nos hospitais da rede municipal do Rio. A ação judicial do partido alegava que a intervenção não tem base legal “porque a lei que a amparou não se aplica a bens públicos”. De acordo com a ação proposta pelo partido, além de inconstitucional, a intervenção feita no Rio feria o princípio federativo e representava ameaça à autonomia de todos os demais estados e municípios. Por meio do senador Marco Maciel (PE), o PFL apresentou no plenário do Senado projeto de decreto legislativo para sustar os efeitos do decreto do presidente Luís Inácio Lula da Silva que determinou a intervenção. A batalha judicial também teve lances pelo lado do governo federal: o Ministério da Saúde entrou na Justiça com uma petição para impedir que o prefeito Cesar Maia suspendesse o pagamento de parte dos salários de março de médicos, enfermeiros e auxiliares que trabalham nos seis hospitais sob intervenção federal no Rio.

a autonomia municipal erige-se à condição de princípio estruturante da organização institucional do Estado brasileiro, qualificando-se como prerrogativa política, que, outorgada ao Município pela própria Constituição da República, somente por esta pode ser validamente limitada, consoante observa HELY LOPES MEIRELLES, em obra clássica de nossa literatura jurídica (“Direito Municipal Brasileiro”, p. 80/82, 6ª ed./3ª tir., 1993, Malheiros)<sup>242</sup>.

O momento de crise do ponto de vista da saúde na cidade, conforme sugere a pesquisa, era agravado e tomava proporções dramáticas exatamente pela postura de resistência do poder executivo na cidade (da representação formal), ao processo de municipalização da saúde que havia sido regulamentado pelas Leis Orgânicas como visto anteriormente. O curioso é que o principal problema estava exatamente na forma incompleta que o processo de municipalização das ações de saúde aconteceu historicamente na cidade. E, se César Maia acionava a perspectiva de autonomia municipal para pleitear liberdade executiva junto ao STF, o que fazia a nível municipal era exatamente não se adequar às normas vigentes para o repasse de recursos para a saúde, e por conta disso, deixar de recebê-los integralmente por longos períodos.

Vale lembrar que o sistema municipal de saúde na cidade estava centrado nos hospitais, aonde predominava falta de pessoal, de remédios e de equipamentos, excesso de filas e péssimas condições de higiene. Os fornecedores não eram pagos, o salário do pessoal terceirizado tinha meses de atraso, setores de emergência e centros cirúrgicos haviam sido desativados em várias unidades. Segundo relato do Ministro da Saúde<sup>243</sup> à época, o problema maior encontrava-se na falta de organização da Atenção Básica, ou seja, da ausência de ações nos postos de saúde, levando à superlotação dos hospitais, que deveriam oferecer apenas serviços de média e alta complexidade, como exames e cirurgias. O atendimento de baixa complexidade é tarefa dos postos de saúde e esse ponto passa exatamente pela proposta de descentralização de recursos proposta pelas leis orgânicas do SUS, como já visto.

A prefeitura do Rio de Janeiro não se adequava e resistia politicamente à prestação de contas requerida pelo governo federal para o repasse de recursos. Ou seja, dos cerca de R\$ 23 milhões que estavam programados à época para execução

---

<sup>242</sup> STF. SUS. Descentralização. Intervenção Federal na saúde Municipal: MS 25.295-2. 20/04/2005.

<sup>243</sup> RADIS. Comunicação em Saúde ,n. 33,,” Crise na Saúde acende alerta no SUS”. Rio de Janeiro, MAI/2005 p. 8-18.



do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf)<sup>244</sup>, do Ministério da Saúde, o Rio de Janeiro havia solicitado pouco mais de R\$ 2 milhões. Das 651 equipes de Saúde da Família que a prefeitura havia se comprometido a implantar em 2004, apenas 57 estavam em funcionamento em 2005, ou seja, 9% da meta, e cobertura de apenas 3,3%. Assim, a prefeitura havia recebido em torno de R\$ 2 milhões em repasses quando poderia ter recebido até R\$ 35 milhões do governo federal.

O passado de capital federal se fez presente mais uma vez, na retórica das justificativas dos problemas enfrentados. Havia na cidade um grande número de unidades federais, por conta de seu tempo de capital do país, assumidas em grande parte pela prefeitura. Se o acordo era fundamental para seguir adiante, a proposta do governo federal para a prefeitura estava condicionada a algumas ações. O Ministério da Saúde negociou com o secretário de Saúde, naquele momento, Ronaldo Cezar Coelho do PSDB. A prefeitura teria que se comprometer com a expansão e qualificação da Atenção Básica, com a estruturação de um sistema de regulação de leitos, implantação do Samu<sup>245</sup>, a aplicação de recursos de comum acordo tanto na rede municipalizada quanto no pronto-atendimento. A frisar novamente, à época, o Rio de Janeiro era a capital com a menor cobertura de Atenção Básica do país, o que perdurou até 2008<sup>246</sup>.

Para a conselheira Solange Belchior, representante do segmento dos trabalhadores de saúde no Conselho Nacional de Saúde pela Federação Nacional dos Enfermeiros à época e ex-conselheira do CMS-RJ, o problema não estava apenas no dinheiro que a prefeitura deixou de receber. Importava analisar a forma como ela usou os recursos que recebeu:

---

<sup>244</sup> O Programa Saúde da Família (PSF) é uma das principais estratégias da Atenção Básica. Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde mais perto da família. Prioriza a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou em domicílio pelas equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde).

<sup>245</sup> O Sistema Samu (192) prevê o socorro à população em casos de emergência. O serviço deve funcionar 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas) que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

<sup>246</sup> A cidade do Rio de Janeiro até dezembro de 2008 era a capital do País com a mais baixa cobertura de equipes de Saúde da Família, apenas 3,5% dos moradores contavam com essas equipes. Ver PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, SMSDC-RIO, 2009.

O prefeito, por aprovação da Câmara Municipal, tem a prerrogativa de remanejar até 25% de todo o montante do dinheiro da prefeitura para aplicar em esporte e lazer, urbanização, entre outros serviços... Sendo a saúde o segundo maior orçamento, no qual 65% do dinheiro são custeados pelo governo federal e os outros 35% pelo próprio município, um montante considerável, que deveria ser da saúde, está sendo aplicado em outros fins<sup>247</sup>.

Se havia notoriedade do caos no atendimento, da falta de pessoal, de remédios e equipamentos, da presença de lixo, insetos e até gatos em hospitais, o discurso de César Maia culpava o governo federal por não repassar verbas suficientes para encobrir o fato de que redirecionava os recursos da saúde para outras destinações. É possível perceber pela tensão entre representação e participação, por meio do relato da representação do controle social, nas palavras da conselheira, que esta destacava o ponto nevrálgico da situação. Se à primeira vista a tensão parece estar entre representação federal e municipal, pode-se sugerir que essa era uma estratégia para deixar de lado a ênfase concreta do problema reforçada pela representação do controle social. As verbas não alcançavam o destino previsto, custeavam outras políticas da prefeitura. Por sua vez, a prefeitura não aceitava a proposta de municipalização da saúde, ou melhor, entendia que a municipalização significava autonomia para aplicar os recursos como melhor lhe aprouvesse. A crise na área de saúde que atingiu a cidade foi uma das principais responsáveis pelos altos índices de rejeição de Cesar Maia, que teve o índice de reprovação de 43% segundo o instituto Datafolha, em 2008<sup>248</sup>.

A convivência atribulada que o prefeito mantinha com os conselhos, pode ser analisada a partir de depoimentos da época, como o que se segue:

Ontem, o representante do ministro (o secretário de Atenção à Saúde do ministério, Jorge Solla) esteve com sindicatos, conselhos. Ele pôde ver aquele grupo todo aparelhado. Que eles não querem resolver nada. Ele pensou que encontraria as pessoas do seu time. Mas o que encontrou foi uma tribo de selvagens. E o representante acabou discordando (das deliberações do conselho)", salientou Cesar Maia<sup>249</sup>.

<sup>247</sup> RADIS. Comunicação em Saúde, n. 33, "Crise na Saúde acende alerta no SUS". Rio de Janeiro, MAI/2005 p. 8-18.

<sup>248</sup> FOLHA, 31/03/2008. Reprovação a Cesar Maia. São Paulo: Opinião Pública. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2008/03/1223600-reprovacao-a-cesar-maia-chega-a-43.shtml>

<sup>249</sup> Agência Brasil, "César Maia diz que acordo entre prefeitura e ministério da Saúde pode estar próximo", - 04 de Março de 2005. Disponível em: <http://www.reporternews.com.br/noticia/355096/visualizar/>

Se, por um lado, do ponto de vista histórico, o discurso político de conflito ou articulação com a política nacional teve efeitos neutralizadores e fragmentadores da força política no município, aqui se partilha a visão de que as forças e grupos municipais de oposição merecem atenção. As articulações e conjunturas locais de oposição que lidam com a fragmentação política característica da cidade ajudam a problematizar o quadro de forças mais geral. Auxilia, também, a recomposição das articulações e redes de solidariedade existentes entre os segmentos populares que participam nos conselhos de saúde da cidade.

Se observado o período histórico de especial interesse da pesquisa, 2009-2013, pode-se considerar que, do ponto de vista do resultado final das eleições, da representação formal, há uma hegemonia do PMDB na cidade. Essa perspectiva, de alinhar a cidade à política de saúde do país, já mencionado anteriormente, é um argumento constante da disputa política na cidade, vinculada à proposta de mudanças. As mudanças estruturais do ponto de vista da organização da política pública de saúde na cidade trazem frequentemente consigo a marca de alinhamento às esferas estadual e federal no período estudado (2009-2013), o que objetiva-se problematizar do ponto de vista das resistências da população, e de grupos políticos de apoio e refração a certas ações e tentativas de mudanças empreendidas ao longo do período estudado.

Essa proposta de articulação, contudo, não é uma novidade no cenário político do Rio de Janeiro. Em contexto histórico anterior, guardadas as diferenças, o estudo clássico de Eli Diniz fornece alguns argumentos para problematizar a perspectiva de coordenação política na cidade. Ao estudar as 24 regiões administrativas da cidade na década de 70 e a articulação chaguista, Diniz pontuava como a prática de critérios de nomeação político-partidária naquele momento eram observáveis de forma predominante em todas as regiões:

A funcionalidade desse critério ( de nomeação), bem como da representação de cada área nas três instâncias legislativas, Câmara Municipal, Assembleia Legislativa e Congresso, seria associada por vários deputados por nós entrevistados à meta de alcançar um grau maior de articulação política entre os vários poderes, legislativo e executivo, propiciando uma ação conjugada, em benefício de cada localidade. O pertencimento a um mesmo esquema político, baseado em relações

de confiança pessoal, seria percebido como condição para a consecução da almejada integração político-administrativa<sup>250</sup>.

Obviamente esse esquema de nomeações foi característico de uma determinada conjuntura política específica da cidade, que não se pretende afirmar que tenha perdurado no processo de democratização. É desejável frisar, por outro lado, que o argumento de articulação possível entre as diferentes esferas de poder era interpretado, proposto e praticado enquanto uma forma de potencializar os benefícios locais.

Ou seja, a perspectiva de conjugação de forças, retomada por Eduardo Paes, Sérgio Cabral e o governo federal<sup>251</sup>, proposta no século XXI enquanto uma potencialização de benefícios para a cidade, de ação articulada – de somar forças –, não é exatamente uma novidade em termos de imaginário político. Apenas como alguns exemplos simbólicos desse discurso o programa estadual “SOMANDO FORÇAS”<sup>252</sup>, para repasse de recursos e realização de obras de infraestrutura nos municípios, parceria proposta do governo estadual com as prefeituras municipais. Outro exemplo foi o mote de campanha da reeleição de 2012 – “SOMOS UM RIO”, de Eduardo Paes<sup>253</sup>. Figura entre um dos princípios norteadores da campanha “estabelecer uma perfeita integração entre as políticas públicas municipais, estaduais e federais”, dado o pertencimento do prefeito ao mesmo partido do governador e à Coligação “Somos um Rio”<sup>254</sup>. Tal coligação foi formada por nada menos que 20 partidos, o que ilustra as dificuldades de fazer parte da oposição na cidade.

Contudo, se observadas as forças de oposição na cidade e a representação do controle social, vale destacar que o segundo turno das eleições para a prefeitura do Rio de Janeiro em 2008 foram os mais disputados da história eleitoral da cidade.

<sup>250</sup> Diniz, 1982, Voto e Máquina Política, p.111.

<sup>251</sup> De acordo com levantamento feito por Matioli (2011), a parceria com Sérgio Cabral e Lula foi um tema muito explorado pelo candidato eleito, fazendo ressonância com outros acontecimentos midiáticos como conflitos políticos entre prefeitos, governadores e residentes que prejudicavam a cidade do Rio de Janeiro há anos. Destaque em todos os órgãos pesquisados, se não a título de notícia como em O DIA ou no Jornal do Brasil online, ela apareceu nas citações de falas de Eduardo Paes exaltando a importância da parceria com os governos estadual e federal.

<sup>252</sup> Ver site oficial do Governo do Estado do Rio de Janeiro:

<http://www.rj.gov.br/web/seobras/exibeconteudo?article-id=270324>

<sup>253</sup> COLIGAÇÃO SOMOS UM RIO. Prefeito Eduardo Paes 15. Plano de Governo: 2013 – 2016, 87 pp.

<sup>254</sup> A Coligação é formada pelos seguintes partidos PMDB - PT - PP - PDT - PTB - PSB - PPS - PSC - PCdoB - PRB - PRP - PMN - PSL - PTC - PSDC - PTdoB - PHS - PSD - PTN – PRTB.

Eduardo Paes (PMDB) venceu Fernando Gabeira<sup>255</sup> (PV), por uma diferença de apenas 55.521 votos (1,6 ponto percentual). Mas além desta vantagem mínima, outro resultado das eleições de 2008 chamou atenção: a perspectiva de divisão social da cidade. A margem de vitória de Eduardo Paes sobre Fernando Gabeira na Zona Oeste da cidade foi pequena e, ainda que a vitória do candidato verde na Zona Sul tenha sido mais contundente, ela concedeu ao prefeito eleito, 30% do eleitorado.

De acordo com levantamento feito por Matioli (2011), na cobertura do resultado eleitoral, houve o reforço e a comprovação de estereótipos que já vigoravam sobre a cidade, em que se destaca a divisão da cidade. Quatro notícias ganharam destaque nas páginas dos jornais: a disputa acirrada, as parcerias do candidato eleito com o governador do estado e o presidente, o índice de abstenção e o *racha* na cidade, pondo de um lado pobres e de outro ricos. A imaginação e potencial simbólico da coligação município-estado-união estão dentre os temas que tiveram tratamento superficial pelos veículos de comunicação, sem nenhum questionamento ou aprofundamento sobre.

A disputa acirrada ganhou contornos de um fato histórico, uma curiosidade da eleição mais disputada do país em 2008 e da história do Rio de Janeiro. As parcerias, principalmente aquela com o governador do estado, Sérgio Cabral, pareceram aos grandes jornais não acarretar em nenhum momento na possibilidade de uso da máquina pública pelo candidato a prefeito e nem chamou atenção para o alinhamento de discursos. O tema da abstenção também foi tratado como atualidade, por meio da qual não se questionou o possível uso da máquina pública na mudança de um feriado em prol de um candidato<sup>256</sup>.

Se a vitória de Eduardo Paes sobre Gabeira havia sido por pequena margem na zona oeste em 2008, a estratégia de campanha para a reeleição mostra como tal tendência foi combatida. No plano estratégico, a análise das propostas do candidato reeleito constava como tópico relevante que os investimentos totais da prefeitura teriam “prioridade para as regiões que sempre foram esquecidas” e

---

<sup>255</sup> A ideia vinculada à modernidade nas práticas político-eleitorais do candidato envolvia adesão dos jovens, uso da internet, campanha ecologicamente correta e sem agressões ao seu adversário. Matioli, 2011.

<sup>256</sup> Sobre a abstenção ver também Terron, Sonia & Nicolau, Jairo. (2012) Uma cidade partida? As eleições para prefeito do Rio de Janeiro em 2008. Trabalho apresentado na Area Temática Eleições e Representação Política. 8º Encontro da ABCP, Gramado, 1 a 4 de agosto de 2012, 24p.

seriam destinados, como promessa de campanha “2/3 de todos os recursos da prefeitura para dar continuidade ao plano de desenvolvimento das zonas norte e oeste”,<sup>257</sup>.

Considerada a segunda vitória de Eduardo Paes na cidade, nesse caso ainda no primeiro turno da eleição de 2012, ela foi uma das mais expressivas vitórias nacionais do PMDB a nível municipal. Novamente a perspectiva de tensão entre representação e participação e a ênfase para a dinâmica de oposição social na cidade pode ser sugerida do ponto de vista analítico enquanto estratégia para nuançar as forças em conflito.

O candidato Marcelo Freixo (PSOL), fez uma candidatura diferenciada e promissora; surgiu na conjuntura de forças enquanto uma nova possibilidade a ser potencializada pelas forças progressistas na cidade. De acordo com os levantamentos da pesquisa, se no passado o PDT foi o partido de apoio à participação social na cidade, a partir de 2009, é possível destacar plena atuação de distintos membros do PSOL enquanto aliados dos representantes do controle social na cidade.

---

<sup>257</sup> COLIGAÇÃO SOMOS UM RIO. Prefeito Eduardo Paes 15. Plano de Governo: 2013 – 2016, p. 5.

## A dinâmica específica da cidade Rio de Janeiro – a participação municipal e distrital em questão – momentos de institucionalização

*Les nouvelles pratiques participatives, compris de cette façon, ne conduisent donc pas à accroître institutionnellement le pouvoir citoyen... Tout se passe plutôt comme s'il s'agissait d'accompagner le système représentative, de le rendre interactif, de l'obliger à être plus transparent, à rendre plus spontanément de comptes.*

Rosanvallon, La légitimité démocratique, 2008, p.324.

Ao mencionar o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ) e os Conselhos Distritais de Saúde (CODS-RJ) é necessário um resgate histórico de como surgiu o controle social no município, se considerado que essa conquista, tal qual muitas garantidas na Constituição de 1988, é oriunda de processos de luta e mobilização dos movimentos sociais articulados ao Movimento Sanitário.

No processo de redemocratização do País, em meados dos anos 1970, algumas associações de moradores promoviam atividades que tinham por objetivo a luta por melhores condições de saúde. Nessa conjuntura, destaca-se como marco o Primeiro Encontro Popular pela Saúde, que se realizou na Cidade de Deus, em setembro de 1980, e reuniu em torno de 3.000 participantes oriundos de 100 comunidades<sup>258</sup>. Houve também a participação das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, Pastoral da Saúde, entidades estudantis, partidos políticos, entre outros. Esse encontro foi promovido pela Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)<sup>259</sup> em articulação com o

<sup>258</sup> Conforme consta em Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

<sup>259</sup> A Famerj, que apareceu no primeiro Capítulo deste trabalho como partícipe dos Encontros de Conjuntura do Iuperj em 1986, reaparece na história da cidade, e dos conselhos aqui tratada. Segundo Gerschmann (2004, p. 107), além de contar com mais de 1200 entidades filiadas em 1989, 82% pertenciam a associações de moradores de bairros de classe baixa e 18% a

Sindicato dos Médicos e outras entidades de saúde, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)<sup>260</sup>.

O Movimento Popular em Saúde teve sua progressão no tempo intimamente ligada à discussão sobre a medicina comunitária<sup>261</sup>. Suas origens remetem às experiências da comunidade de base da Igreja, com localização nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Como observa Gerschmann (2004) o MOP era composto por médicos-sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos e das populações menos favorecidas ao redor das sociedades vicinais e de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas e favelas. As universidades e os setores de medicina preventiva também tiveram importante influência. No Rio de Janeiro, as suas principais entidades eram a FAMERJ e a Federação de Moradores de Nova Iguaçu (MAB), e seus grupos aliados contavam com os partidos PCB, PT, PDT, PC do B e PSDB<sup>262</sup>, o Movimento Sanitário, o SinMed, a Cremerj e sindicatos não-médicos.

Como desdobramento da realização desse primeiro encontro em 1980, aconteceu o Segundo Encontro Popular pela Saúde, em 1982. Nesse período surge e é fortalecida a ideia da participação popular na formulação, fiscalização e na gestão de políticas de saúde. A proposta de criação dos conselhos comunitários de saúde no município do Rio de Janeiro surge como uma conquista dessas mobilizações sociais. Esses conselhos não eram institucionais e cumpriam um papel fiscalizador. A força desse momento especial, ainda é viva dentre conselheiros distritais mais antigos, conforme o relato do presidente de um distrital “A criação das associações dos moradores, conselhos, dividiu e enfraqueceu muito. Antigamente anotavam numa folha de papel as reivindicações e encaminhavam aos políticos. A população perdeu com esta divisão toda”<sup>263</sup>.

---

associações de moradores de classes médias e altas. Ela havia surgido em 1978, para se tornar a maior associação de bairros do país segundo Mainwaring, 1988.

<sup>260</sup> Segundo Gerschmann 2004, o Movimento Sanitário era constituído, entre outros, pelo CEBES, Abrasco, academia e médicos.

<sup>261</sup> A perspectiva de políticas alternativas de saúde, por meio de experiências comunitárias tinha como princípio a simplificação dos cuidados de saúde, de maneira que estivessem ao alcance da comunidade primária, sem instrumental de alta complexidade e com a participação de agentes da própria comunidade, além da supervisão e treinamento dos profissionais envolvidos. (GERSCHMANN, 2004, p. 95)

<sup>262</sup> Conforme entrevista realizada por Gerschmann (2004, p. 109) com Dilceia Nahon, presidente do MAB, 1989. Cabe destacar que chamou atenção a menção ao PSDB, incomum, mas que foi mantida aqui, pois foi relatada na entrevista mencionada.

<sup>263</sup> Depoimento colhido do documento de Reunião de participação da comunidade do COD 3.3 de 30/09/2010, conforme banco de dados da pesquisa desta tese.



A primeira forma institucional do controle social no município, ocorreu no ano de 1984 e o seu funcionamento se dava na forma de estrutura descentralizada, que tinha como fim administrar o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Essas estruturas eram compostas por diretores de hospitais e representantes de associações de moradores da região e foram denominadas Grupos Executivos Locais (GELs). Os GELs marcaram a participação popular nos espaços institucionais de decisão.

Assim foi iniciada a construção de uma gestão democrática na saúde, caracterizada pelo estabelecimento de novas bases de relação entre estado e sociedade. A partir dos anos 1990, com todo o processo de regulamentação da Constituição de 1988, conforme visto nos Capítulos 2 e 3 sobre a ANC e com as já mencionadas Leis n.º 8.080 e 8.142, de 1990, no Capítulo 5, alguns mecanismos são implementados, dentre eles os Conselhos e Conferências de Saúde.

## 6.1.

### **O momento de institucionalização municipal – a Lei Orgânica 1.746/91**

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-Rio) foi criado pela Lei Municipal n.º 1.746, de 23 de julho de 1991, de autoria dos vereadores Fernando William Lira<sup>264</sup>, Laura Carneiro e Ludmila Mayrink, fruto do processo histórico já mencionado. Em 1991, eram tempos de Leonel Brizola governador e Marcello Alencar na prefeitura da cidade. Fernando Willian Lira, de acordo com o

<sup>264</sup> . Fonte: em Documento produzido em 01/05/2013 11:09:09 (SILEG – Módulo Deputados)  
[www.camara.gov.br/Internet/Deputado/DepNovos\\_Detalhe.asp?nome=FERNANDO+WILLIAM&leg=52](http://www.camara.gov.br/Internet/Deputado/DepNovos_Detalhe.asp?nome=FERNANDO+WILLIAM&leg=52)

Fernando William foi filiado ao PDT entre 1983-2000; médico formado pela UFRJ em 1978, com passagem pelo Hospital Geral de Bonsucesso como residente. Há informação de que foi Presidente da Associação de Moradores da Penha e da Federação das Associações de Moradores do Rio de Janeiro - FAMERJ. Registram-se tais informações para reforçar os contatos da base dos movimentos populares da cidade e a instância legislativa municipal, bem como o que a literatura de movimentos sociais chama de estrutura de oportunidade para a ação (TARROW, 2009), no caso a institucionalização dos conselhos de saúde. A perspectiva de conjuntura problematiza a noção de estrutura. Charles Tilly foi o responsável pela introdução da noção de conjuntura e a consequente relação entre conjuntura e história. Essa percepção problematiza a questão da estrutura de oportunidades, ao utilizar histórias comparativas de regimes democráticos para demonstrar a interdependência entre democratização e lutas populares (TILLY, 2004, 2006) e analisar a mudança e variação nas conexões entre as redes de confiança e os regimes políticos e seus repertórios de ação (Tilly, 2005, 2013).

Diário Oficial da Câmara<sup>265</sup>, era o líder do PDT na Câmara, e foi ele o responsável seja pela legislação, seja pelo apoio político subsequente a uma série de legislações para regulamentação dos conselhos de saúde naquela década.

Em entrevista concedida pelo vereador Paulo Pinheiro<sup>266</sup> para a pesquisa, além de mencionar a influência de Sérgio Arouca na sua entrada para a política pelo PPS, o vereador relembra as tradições, os repertórios e redes de confiança que cimentavam as relações entre as lutas populares e o plano político. Elas propiciaram o avanço da participação política e da representação como controle social na cidade:

O Fernando Willian era diretor de posto de saúde e a Laura Carneiro, ah, era outra Laura Carneiro na época, não era a atual... Não foi da Câmara a proposta de lei, Fernando William era ligado, tinha um grupo de pessoas que trabalhava na secretaria do antigo partido comunista do Brasil, esse grupo se chamava reconstrução do partido comunista. Era uma série de gestores que tentavam levar a municipalização do SUS para a cidade. Um grupo de pessoas que eram intelectuais da saúde, que deram organização jurídica, tendo espaço no governo do PDT, lembro-me de Hugo Tomasini na SMS. O governo abriu espaço para o controle social, um governo de esquerda. O governo abriu espaço e a sociedade começou a ver que tinha espaço. Eu fui descobrindo o meu espaço aí também como parlamentar<sup>267</sup>.

<sup>265</sup> DCM ANO XVI, N.º 182, QUARTA-FEIRA, 30 DE SETEMBRO DE 1992.

<sup>266</sup> De acordo com entrevista prestada para a pesquisa, o vereador Paulo Pinheiro, filho de comerciante português e primeiro médico da família, da região de São Cristóvão, foi eleito pela primeira vez vereador pelo Partido Popular Socialista (PPS). Cumpriu dois mandatos como deputado estadual (1998/2002). Em 2001, o então deputado foi eleito líder do Partido dos Trabalhadores (PT) na Câmara, partido ao qual se filiou em 2000. Em 2006, voltou a atuar como médico na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz. Durante esse período, desenvolveu um trabalho com os Conselhos de Saúde do Município do Rio de Janeiro, em convênio com o Tribunal de Contas do Município, visando à capacitação dos conselheiros de saúde na fiscalização dos recursos públicos. Em 2008, foi novamente eleito para a Câmara, pelo PPS. Segundo o vereador “Saí do governo Garotinho e fiquei mal no PT porque ele já não cumpria o que dizia.” Ao voltar ao PPS, participou da elaboração do programa de saúde do candidato Gabeira, para prefeitura e para o Estado. Quando o PPS resolveu apoiar o governo Cabral, ele rompeu com o partido e viria a se filiar ao PSOL. “Quando sai da primeira vez do PT fui chamado para o PSOL. Milton Temer me procurou na época, mas o considerava muito radical.” Correu o risco de perder o mandato para o partido, ao ir para o PSOL. O PPS entrou na Justiça Eleitoral e foi derrotado na Justiça Eleitoral e perante o STF. Segundo Pinheiro: “Minha defesa foi que a tese da infidelidade é bilateral, quem mudou de posição foi o partido e não o vereador. Meu mandato sempre foi contrário ao Eduardo Paes.” Pinheiro ficou um mês sem partido e, em abril de 2012, se filiou ao PSOL. É possível destacar que a proximidade com os conselheiros, pode ser considerada enquanto fator relevante nas propostas de leis sobre a regulamentação dos conselhos, bem como um perfil de vereança que tende à promoção da representação como fiscalização, tendo como objetivo garantir meios da população controlar as ações do governo.

<sup>267</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do Vereador Paulo Pinheiro, em 18/02/2013. Vale lembrar a pontuação de Avritzer de que o Partido Comunista Brasileiro teve uma presença forte nos sindicatos ligados à saúde, como os de enfermeiros, residentes e até mesmo médicos. O Rio de Janeiro é um exemplo em potencial desta relação. Ver Avritzer (2009); Stotz (2003) e Fleury (1997).

No período, houve a convocação da IX Conferência Nacional de Saúde e o objetivo político era cumprir as etapas municipais e a etapa estadual. O Conselho Municipal de Saúde foi resultado da iniciativa do Legislativo e do interesse dos movimentos sociais da área de Saúde. Em 1991, realizou-se a I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estratégia fundante desse órgão deliberativo, garantindo-lhe maior legitimidade. De acordo com os relatos de Paulo Pinheiro, as conferências na época eram muito cheias e mais frequentadas por intelectuais da saúde.

O projeto de Lei 898/90A que deu origem a Lei 1.746/91, foi sancionado em 23/07/1991, num processo de 411 dias de tempo de tramitação na Câmara, em razão de veto parcial sofrido<sup>268</sup>. A cláusula de que o presidente do conselho seria o Secretário de Saúde Municipal (enquanto membro nato) seria incluída nesse processo, enquanto Parágrafo 3º do Art. 9º : “§ 3º - O Secretário Municipal de Saúde será o Presidente nato do Conselho.”

As competências do CMS, segundo a Lei Orgânica Municipal 1746/91 eram participar da análise, da elaboração e da atualização das políticas do SUS, fiscalizando sua aplicação e atuando, à semelhança do estadual, mas na esfera municipal:

- a) na formulação de estratégias de controle do SUS;
- b) na proposição de diretrizes para elaboração de Plano de Saúde do Município e dos Planos de Saúde das Áreas de Planejamento do Município;
- c) na fiscalização das aplicações de recursos financeiros do SUS; na proposição de metas na assistência da saúde da população do município;
- d) no acompanhamento do processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos, compatíveis com o desenvolvimento sociocultural da época;

---

<sup>268</sup> De acordo com DCM em 25/07/1991(pág. 1 a 4), Publicado no D.O.RIO em 26/07/1991 pág. 4/5.

- e) no levantamento de dados relativos à saúde da população do município; na convocação, junto à Secretaria Municipal de Saúde, de dois em dois anos, da Conferência Municipal de Saúde;
- f) na realização da campanha de educação para a saúde da população do município;
- g) na fiscalização dos recursos aplicados pelo Fundo Municipal de Saúde.

Segundo o artigo 5º passavam a ser submetidos à prévia aprovação do Conselho Municipal de Saúde os convênios e contratos do SUS, que viessem a ser firmados com pessoas jurídicas de direito privado, e o CMS poderia examinar os contratos e convênios em vigor na data da publicação da lei, bem como propor a sua revisão ou rescisão, se os considerasse inconvenientes para o SUS.

Mais uma vez destaca-se o fato histórico, oriundo de veto no processo de tramitação legal da aprovação da lei, de que o secretário de saúde era, a partir do princípio regulador inicial, considerado enquanto presidente-nato do CMS (Lei Orgânica Municipal 1746/91, Art. 9º). O CMS era constituído, então, por 24 membros, divididos segundo os critérios paritários abaixo discriminados, segundo os termos constantes do art. 8º da Lei 1746/91:

- A. 12 membros: indicados pelas entidades de representação dos usuários do SUS; (dois deles indicados pela Federação das Associações de Moradores e Entidades Afins do Estado do Rio de Janeiro; dois membros indicados pela Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro; dois membros indicados por entidades de representação das pessoas portadoras de deficiência física, no âmbito do respectivo Conselho Municipal);
- B. 6 membros: indicados pelas entidades de representação dos profissionais de saúde;
- C. 6 membros: indicados pelos prestadores de serviço do SUS. Dentre esses seis, três membros serão indicados pelo setor público, através do Secretário Municipal de Saúde Pública. Os outros três membros deveriam ser indicados, um por cada instituição ou entidade representativa:

- a) dos prestadores de serviço de saúde privados contratados do SUS;
- b) dos prestadores de serviços de saúde filantrópicos conveniados com o SUS;
- c) pelas universidades que possuam curso de graduação de Medicina e hospitalar de ensino.

Se o CMS teve seu marco legal em 1991, a pesquisa, no estudo das leis aprovadas na última legislatura (2009-2012) sobre a participação popular na cidade levou a uma inflexão para fora da Câmara, na direção dos Conselhos em questão. O CMS foi criado em 1991, mas foi possível observar uma rede de atores políticos em disputa pela participação popular na cidade. Das leis aprovadas às entrevistas, a atenção dos vereadores aos conselhos apontava indícios do lugar desses enquanto espaço de disputa política na cidade, inclusive no relativo à parcial reconfiguração de procedimentos internos do conselho. De um único CMS desdobravam-se dez outros conselhos distritais, e subseqüentes comissões executivas, plenárias, blogs, conselheiros, atas, audiências públicas e todo tipo de reclamações.

A questão latente era: como surgiu a organização distrital? Enquanto proposta epistemológica da tese, a observação da dinâmica municipal, a partir da tensão entre representação e participação, permitiu destacar que o CMS e o campo de disputas envolvendo as políticas públicas de saúde, tiveram algumas restrições específicas. Já em contexto de democracia representativa, os conflitos concernentes ao processo de negociação sobre a aprovação da lei no município, determinaram que a presidência nata do CMS devesse estar vinculada à representação formal, ao membro do executivo municipal. Sendo assim, a última palavra do conselho seja sobre o orçamento da saúde, ou a alocação dos recursos escassos na cidade, passava pelo filtro<sup>269</sup> da representação formal.

---

<sup>269</sup> Pensar a representação como um filtro remete o pensamento aos federalistas. James Madison aceitava implicitamente que os representantes não podiam se assemelhar aos representados. Era esperado que os eleitos fossem diferentes e distintos dos eleitores, porque o governo republicano exigiria, como qualquer outro regime, que o poder político fosse atribuído àqueles detentores da maior “sabedoria e virtude”. Segue uma ilustração: “Num tal governo (a república) é mais possível que a vontade pública, expressa pelos representantes do povo, esteja em harmonia com o interesse público do que no caso de ser ela expressa pelo povo mesmo, reunido para esse fim.” (MADISON IN: HAMILTON, Alexander; MADISON, James; JAY, John. *The Federalist Papers*. 2ª. ed. New York: Bantam Classic, jul. 2003, p. 98).

A proximidade que o levantamento de informações sobre os conselhos permitiu destacar dentre os movimentos de base e vereadores como Fernando William e Milton Nahon (que será mencionado na próxima seção), foi retratada por Paulo Pinheiro como uma estratégia de atuação política da representação entendida enquanto fiscalização da atuação do Poder Executivo na cidade:

Os anseios e desejos da comunidade do Leblon, de Ipanema, de Copacabana eram uns, os da Rocinha, Vidigal etc., eram outros. E isso tudo no mesmo saco é uma confusão. E depois o que eu vi, era algo importante,(...) porque com os conselhos, a cidade do Rio ela é uma das poucas que tem isso, ela tem o conselho municipal e, como é grande, tem dez conselhos distritais, então a realidade de Santa Cruz não é a realidade da AP1 do Centro ou da AP2.1 que é Zona Sul, a AP5 é uma coisa completamente diferente<sup>270</sup>.

Paulo Pinheiro pontuou que sua presença nas reuniões mensais nos conselhos, ao longo do tempo, era uma estratégia de acompanhamento dos principais problemas de saúde da população. Segundo o vereador, a relação junto aos conselhos permitiu conhecer melhor os problemas da cidade.

## 6.2.

### O Momento de institucionalização distrital – a Lei 2011/1993

Os Conselhos Distritais de Saúde são órgãos colegiados, consultivos e deliberativos e a sua origem também esteve ligada aos já mencionados Grupos Executivos Locais (GELs). Estes foram criados no convênio das Ações Integradas de Saúde com o Inamps, em 1984, enquanto uma estrutura descentralizada, com o objetivo de administrar o convênio com um caráter mais fiscalizador. Eram compostos por diretores e representantes das associações de moradores da região. Nesse sentido, os Conselhos Distritais de Saúde herdaram dos GELs a tradição de participação popular reivindicativa, que foi acrescida de uma característica propositiva.

A Lei 2011/93, novamente de autoria de um vereador com perspectiva progressista, o vereador Milton Nahon<sup>271</sup> instituiu os Conselhos Distritais de

<sup>270</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do Vereador Paulo Pinheiro, em 18/02/2013.

<sup>271</sup> Há documentos que informam que, além da vinculação política ao PCB, o vereador Milton Nahon, médico, foi diretamente ligado ao médico Almir Dutton Ferreira, da Vanguarda Popular Revolucionária (VPR), na militância pela democratização política. Conforme notícia

Saúde, em agosto de 1993, e determinava que a composição devesse ser paritária e que as entidades componentes desses conselhos deveriam ser eleitas em Conferência Distrital de Saúde e nomeadas pelo secretário municipal de saúde para cumprir um mandato de dois anos (de forma análoga ao municipal e estadual). Com relação à Comissão Executiva, essa deveria ser eleita em reunião do conselho.

Para o funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde, seria destinada uma verba anual, aprovada pela Câmara dos Vereadores, para a compra de material de consumo e equipamentos. Seria também destinada uma verba mensal controlada pela coordenação de área para gastos com material de consumo e contratação de serviços. A pesquisa observou, entretanto, que, em especial a infraestrutura para o funcionamento dos CODS, ainda tem tido dificuldade de ser operacionalizada, devido, em grande medida, à sua capilaridade com os usuários do SUS, a sua localização em postos de saúde e centros comunitários de saúde em bairros distantes, ao seu caráter constante de oposição e crítica aos gestores municipais e estaduais. Esse dado difere dos Conselhos Municipal e Estadual, que recebem infraestrutura e apoio organizacional constante, sendo a sede do CMS inclusive no próprio prédio da prefeitura, na Cidade Nova.

A referida Lei 2.011 foi promulgada pela Câmara dos Vereadores em 31 de agosto de 1993, após ter sido integralmente vetada pelo Poder Executivo. O veto foi rejeitado pelos vereadores por 33 votos. A lei foi originária do Projeto de Lei nº 1912-A, apresentado em 1992 pelo vereador Milton Nahon. Esse projeto surgiu como um substitutivo ao Projeto de Lei inicial 896/90, da vereadora Laura Carneiro. Tal projeto previa, primeiro, a instituição dos distritos sanitários no município para, então, incluir a possibilidade de funcionamento de conselhos distritais, nos termos de lei a ser posteriormente aprovada, o que acabou não acontecendo<sup>272</sup>.

Dessa forma, historicamente, os conselhos distritais foram implementados antes que fossem criados os próprios distritos. A lógica dos distritos no Rio de Janeiro foi instituída a partir da divisão administrativa em Coordenações das

---

disponível em [montedo.blogspot.com.br/2011/12/documentos-secretos-da-marinha-relatam.html](http://montedo.blogspot.com.br/2011/12/documentos-secretos-da-marinha-relatam.html) (Acesso 14 de fevereiro de 2013).

<sup>272</sup> Carvalho, H., 1996, p.27.

Áreas de Planejamento (CAP)<sup>273</sup>. Elas configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, dessas com a população usuária desses serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área. As CAP enfrentam diversas dificuldades de ordem financeira, técnico-administrativa e política, as quais obstaculizam e limitam suas ações, tornando-as, grande parte das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergenciais.

Aqui é possível relembrar alguns apontamentos teóricos úteis para tratar a questão da organização espacial da cidade. Anthony Giddens pontuou que a ideia de “lugar” seria melhor conceitualizada no sentido de localidade por se referir ao cenário físico de atividade social como situado geograficamente. A separação entre as perspectivas de tempo-espaço caracteriza e potencializa a organização racionalizada tipicamente moderna. Conforme destacado por David Harvey, o distanciamento descrito por Giddens é apenas uma medida do grau até o qual a fricção do espaço foi superada para acomodar a interação social. Segundo o autor, o domínio do espaço reflete o modo como indivíduos e grupos poderosos dominam a organização e a produção do espaço mediante recursos legais e, que podem também possuir caráter extralegal<sup>274</sup>. Isso se dá no intuito de exercer maior controle, seja sobre a distância entre espaços (acessibilidade e distanciamento – “fricção da distância” – Harvey, 2005, p. 202), ou sobre a forma pela qual o espaço é apropriado por eles mesmos ou por outros.

Por outro lado, a apropriação sistematizada e institucionalizada pode envolver a produção de formas territorialmente determinadas de solidariedade social, seja na ocupação do espaço por objetos, como casas, fábricas ou ruas, seja nas atividades (como o uso da terra), ou por indivíduos, classes ou outros grupos sociais. Harvey dialoga, e critica a perspectiva de Foucault e a proposta de pensar os espaços enquanto um sistema de “containers” do poder social (e concentrar a análise apenas nos espaços exclusivos de repressão organizada). Seu argumento

---

<sup>273</sup> Conforme BRASIL, 2005, p. 60.

<sup>274</sup> É possível recordar aqui a crítica feita por Michel Foucault: “La souveraineté dans le droit publique, du Moyen Âge au XVIe siècle, ne s’exerce pas sur les choses, elle s’exerce d’abord sur un territoire et, par conséquent, sur les sujets qui y habitent. En ce sens, on peut dire que le territoire est bien l’élément fondamental et de la principauté de Machiavel et de la souveraineté juridique du souverain telle que la définissent les philosophes ou les théoriciens du droit.” (FOUCAULT, 2004, p. 99).



pondera que toda luta para reconstituir relações de poder envolve uma batalha para reorganizar as bases espaciais. Nesse sentido, o capitalismo desterritorializa com uma mão e reterritorializa com a outra, ou seja:

Toda a história da organização territorial, da colonização e do imperialismo, do desenvolvimento geográfico desigual, das contradições urbano-rurais, assim como do conflito geopolítico, comprova a importância dessas lutas na história do capitalismo<sup>275</sup>.

Nesse sentido, a reterritorialização da cidade, enquanto distritos, a partir das Áreas de Planejamento (AP), esteve longe de constituí-las enquanto Distritos Sanitários, segundo a concepção proposta na VIII Conferência Nacional de Saúde. O que não quer dizer, necessariamente, que resistências sociais não possam se tornar movimentos sociais que busquem liberar o espaço e o tempo das suas materializações vigentes na cidade. Como observado por Harvey, movimentos de espécies variadas, desde religiosos, comunitários, humanitários e até mesmo místicos, “se definem diretamente em termos de um antagonismo ao poder do dinheiro e das concepções racionalizadas do espaço e do tempo sobre a vida cotidiana”<sup>276</sup>.

Portanto, a Lei Orgânica municipal 2.011/93 instituiu “em cada Distrito de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde”, e os conselhos distritais foram implementados antes que fossem criados os próprios distritos, que passaram a ser reconhecidos pela divisão administrativa do município em Áreas de Planejamento<sup>277</sup>. Tais áreas programáticas não representavam a ideia original dos distritos sanitários do SUS, baseados em critérios populacionais e sanitários. Existem diferenças, ainda hoje, que apontam não só disparidades populacionais, mas também, e, sobretudo, diferenças no que tange à oferta de serviços públicos nas áreas programáticas.

O distrito sanitário deveria propiciar a mudança das práticas sanitárias tendo como base um território. Ele seria a menor unidade territorial com autonomia para definir, planejar, organizar, gerir e executar as ações de saúde dirigidas à população desse território. Nessa concepção, o território é visto como um espaço

<sup>275</sup> Harvey, 2005, p. 216.

<sup>276</sup> Harvey, 2005, p. 217.

<sup>277</sup> Ver Anexo III- Resolução SMS-RJ no. 431, de 14 de abril de 1993.

dinâmico, em permanente construção, fruto de relações políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. A situação de saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais também seria considerada dinâmica e resultado das inter-relações entre os condicionantes históricos, culturais, sociais, epidemiológicos, políticos e econômicos, presentes em determinado território<sup>278</sup>. Organizar o sistema de saúde, os serviços de assistência e a Atenção à Saúde como um todo, na lógica da responsabilidade sanitária, pressupõe o conhecimento da realidade local, o envolvimento das pessoas, dos profissionais e das instituições componentes do setor Saúde, e o compromisso dos gestores atuantes em determinado território, em especial os gestores públicos.

Sendo assim, os distritos sanitários surgiram como uma unidade operacional básica mínima do SUS. Eles recuperavam as propostas teórico-metodológicas dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), entendidos como um processo social e político de transformação de práticas e uma estratégia, apoiada pela OMS-OPAS – Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde, para melhoria das condições de saúde das populações dos países em desenvolvimento, especificamente na América Latina, perspectiva que segundo a literatura teria perdido, progressivamente, sua força e visibilidade.

Foi dessa época o surgimento de diversas experiências exitosas no país, a partir de uma cooperação técnica Brasil-Itália, onde vários municípios brasileiros (Pau da Lima-BA, Natal-RN, Cachoeira de Macacu-RJ, entre outros) desencadearam a estruturação de distritos sanitários tendo como diretriz a definição de território, de áreas de abrangência de unidades de saúde e grau de acesso da população aos serviços de saúde<sup>279</sup>.

O distrito sanitário como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Nessa proposta, o distrito poderia coincidir com o território do município, ser parte dele ou, ainda, constituir-se como um consórcio de municípios. Nessa última modalidade, deveria ser escolhido dentre os municípios consorciados aquele com maior capacidade

---

<sup>278</sup> Mendes (1993).

<sup>279</sup> Paim (1993, 1994); Mendes (1994); Teixeira (1994); Silva Junior (1986); Vilasboas (1998).

tecnológica e resolutiva para ser a sede do distrito sanitário. De acordo com o observado por Gondim, Monken, Rojas et al (2008):

De fato, o que se tem hoje no Sistema Único de Saúde é que os “Sistemas Locais de Saúde” podem ser concebidos, tanto no nível da unidade de saúde, como do distrito, do município ou da microrregião. Não há consenso sobre a teoria que consubstancia esta proposição, nem reflexão sobre as práticas que ela informa para os diferentes níveis de organização dos serviços. Fica a critério de cada profissional, instituição ou gestor de saúde o entendimento e a apropriação dessas concepções e o seu reatamento na organização dos serviços e na estruturação das práticas sanitárias<sup>280</sup>.

Ou seja, há uma relação de forças e resistências na possibilidade de existência e efetivação do distrito sanitário, que mostra um panorama do estado geral em que se encontra na cidade. A interpretação oferecida é uma dentre as possíveis, e não pretendeu exaurir o tema. Conforme ensina Bourdieu:

A ciência que pretende propor os critérios mais bem alicerçados na realidade não deve esquecer que se limita a registrar um estado da luta de classificações, quer dizer, um estado da relação de forças materiais ou simbólicas entre os que têm interesse num ou outro modo de classificação e que, como ela, invocam frequentemente a autoridade científica para fundamentarem na realidade e na razão a divisão arbitrária que querem impor<sup>281</sup>.

O processo histórico que instituiu a possibilidade de controle social no município instituiu os Conselhos Distritais de Saúde (CODS) nas respectivas APs, compreendendo um total de dez Conselhos Distritais de Saúde (AP 1, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3). Eles se institucionalizam com o desafio de auxiliar a administração pública e o CMS na análise, no planejamento, na formulação e na supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência<sup>282</sup>.

A mencionada lei determinava que os CODS seriam presididos pelos coordenadores técnicos dos distritos, no caso, as áreas de planejamento (APs). No entanto, conforme pesquisa de Carvalho (1996), sobre o caso da institucionalização do Conselho Distrital – CODS AP 3.1 –, depois de sua constituição o CODS elegeu sua comissão executiva em 12 de março de 1994, e,

<sup>280</sup> Gondim; Monken; Rojas et al (2008, p. 243).

<sup>281</sup> Bourdieu (1989, p.115).

<sup>282</sup> Rio de Janeiro, Lei Ordinária 2011/1993, 1.º parágrafo.

para presidente, foi eleito um usuário. A primeira gestão, 94/95 tinha o total de 92 membros titulares, “foi composta de 24 representantes dos prestadores de serviços do SUS, (...) 20 representantes dos funcionários e 48 representantes do segmento usuários”<sup>283</sup>. O corpo de 48 usuários se dividiu entre 14 representantes de entidades da sociedade civil e 34 representantes definidos dentre 83 entidades de moradores existentes à época na AP 3.1. A região compreendia 19 associações de moradores da Ilha do Governador e 64 entidades de moradores na Leopoldina<sup>284</sup>.

A iniciativa tomada pelo CODS 3.1, de eleger seu próprio presidente foi proposta em perspectiva análoga aos procedimentos que ocorreram na II Conferência Distrital e IX Conferência Nacional de Saúde. O fato de ter sido feita eleição interna, e do resultado ter como representante a frente da presidência do CODS e do controle social um usuário, gerou uma série de tensões. A ênfase a partir da tensão entre representação e participação aparece novamente como uma possibilidade de problematização da análise. O fato da presidência de um distrital se vincular à participação social, e efetivar um usuário politicamente causou desentendimentos com a SMS e com o próprio CMS<sup>285</sup>. Havia outra disposição do CODS 3.1 no Regimento Interno aprovado, que seria a indicação de lista tríplice para o cargo de Coordenador Técnico da Área, o que, pela lei em vigor, deveria ocorrer enquanto nomeação de cargo em confiança do secretário de saúde.

Obviamente, esse processo encontrou resistências. O Regimento Interno proposto e a lista de integrantes eleitos do conselho demorou um ano (até fevereiro de 1995) para ser publicada no Diário Oficial do Município, após ter sido encaminhada para o CMS. O CODS 3.1 teve que voltar atrás em relação à lista tríplice, pois a prefeitura sinalizou que entraria com Ação de Inconstitucionalidade por vício do Poder Legislativo, caso a Câmara, em apoio ao Conselho Distrital, aprovasse a medida.

O processo que se seguiu torna bastante plausível afirmar que a relação com o Poder Legislativo contribuiu decisivamente para a institucionalização da eleição nos CODS em toda a cidade do Rio de Janeiro. Embora fosse antiga a relação de alguns conselheiros com os vereadores que, na Câmara, apoiaram a tramitação da legislação de interesse dos conselhos distritais, a presença do Presidente da

---

<sup>283</sup> Teixeira (1996, p. 26).

<sup>284</sup> Dados disponíveis a partir do Cadastro da FAF-Rio, Federação das Associações de Moradores de Favelas do Rio de Janeiro, apud Teixeira (1996, p. 26).

<sup>285</sup> Carvalho (1996, p. 33).

Comissão de Saúde da Câmara Municipal nas reuniões distritais tornou possível o encaminhamento legislativo de algumas posições assumidas pelo Conselho Distrital da AP 3.1. A mais importante delas foi a alteração da Lei 2.011 pela Lei 2.289 de 9 de janeiro de 1995, proposta pelo vereador Milton Nahon depois de participar de debate no Conselho da AP 3.1<sup>286</sup>.

Ou seja, o padrão de proximidade municipal ao Poder Legislativo, a vinculação ao partido de esquerda e o histórico de trajetória pessoal de militância pela saúde mais uma vez pode ser observado nos atores políticos que lutaram historicamente pela saúde na cidade, reivindicando demandas das bases sociais organizadas. A nova Lei 2.289 formalizou a eleição do presidente pelos próprios conselheiros distritais e estendeu a prática do CODS 3.1 aos demais distritais. O CODS 3.1 foi pioneiro no reconhecimento legal enquanto instância de participação. A proposta inédita na cidade de seu Regimento Interno, com eleições próprias para a presidência do Conselho, concretizaria um novo dispositivo legal. Tal processo propiciou o avanço histórico da prática política na cidade de autonomia dos conselhos distritais vinculada à faculdade de eleger usuários como presidentes.

O que é possível sugerir a partir dessa tradição verificada de eleição interna para a presidência dos CODS, diferentemente do CMS? É um problema para o analista tratar os sentidos atribuídos ao passado na sociedade, e localizar mudanças e transformações. Nesse sentido, a avaliação da experiência de institucionalização da eleição e a luta política do CODS 3.1 permite contextualizar dimensões do terreno das expectativas políticas em relação a esses espaços. Isso permite alguma problematização dos sentidos que a participação institucional assume, para os atores estatais e societários, no complexo processo de luta pela afirmação e defesa dos seus interesses<sup>287</sup>.

No plano mais geral, essa discussão traz indícios para a importante dinâmica da combinação possível e desejável entre democracia representativa e participativa, em diferentes projetos de reforma do estado. Se tomado o nível micro, o que está em jogo é a compreensão dos resultados esperados da participação institucional e até que ponto ela se combina, na perspectiva dos agentes, “com estratégias mais tradicionais de encaminhamentos de demandas, via

---

<sup>286</sup> Teixeira (1996, p. 95-96).

<sup>287</sup> Em consonância com observações de Tatagiba e Teixeira (2006)

sistema representativo e mobilização de redes pessoais”<sup>288</sup>. A participação modifica a representação e se combina com ela, ao adicionar práticas de representação coexistindo de forma tensa nos espaços participativos.

A atuação de vereadores identificados com a perspectiva de participação social junto aos movimentos sociais de base foi observada no processo de institucionalização do CMS e dos CODS. A mais ampla participação social observada no âmbito distrital fez surgir a possibilidade de eleição para presidência nos conselhos distritais. Tal tendência se observa a partir do espaço participativo e de deliberação das conferências – no distrito e nacional. A eleição interna da presidência dos CODS antecedeu, seja na prática, seja do ponto de vista legal, em pelo menos 15 anos, a primeira eleição para o mesmo cargo no CMS. Mais do que permitir a rotatividade de cargos, a eleição para a presidência dos conselhos, é plausível afirmar a partir dos dados obtidos pela pesquisa, abriu espaço para o empoderamento, ao menos a nível distrital, do segmento usuários. As informações coletadas em campo serão discutidas a seguir. A análise do perfil dos conselheiros marca também o escopo de algumas distinções possíveis quanto às esferas municipal e distrital.

De acordo com a literatura, um dos maiores desafios para a gestão pública local se trava na democratização dos processos decisórios na formulação de políticas públicas no sentido de torna-las mais efetivas. Se isso não pode ser considerado enquanto um resultado de um “localismo mágico”<sup>289</sup>, a instituição de eleições internas aos CODS certamente é uma característica institucional que dinamiza os espaços de participação, e permite uma maior objetividade na formulação das demandas e críticas.

---

<sup>288</sup> Tatagiba e Teixeira (2006, p. 224).

<sup>289</sup> Milani (2008, p. 576).

## 7

### **“Quem conhece o SUS?” A dinâmica específica da cidade do Rio de Janeiro, a participação municipal e distrital em questão e a reconfiguração no momento 2009-2013**

*O verdadeiro papel do conselheiro é fiscalizar, é ser o grande observador da prática governamental*

Conselheira distrital da cidade do Rio de Janeiro, fevereiro de 2013.

Passados 14 anos da aprovação legal da eleição para presidência dos CODs, o momento em que se concentrou o levantamento de dados aqui apresentado se inicia em 2009. As atas, entrevistas e leis discutidas envolveram a observação participante em diferentes momentos nas sessões do plenário da Câmara Municipal, Reuniões Ordinárias do CMS, audiências públicas sobre a saúde, documentos oficiais do Programa Fala Conselho cedidos pelo Ministério Público, entrevistas às conselheiras<sup>290</sup> e aos conselheiros municipais e distritais em diferentes contextos, acompanhamento de informações públicas dos blogs dos CODs<sup>291</sup> e no site oficial da prefeitura e exame de atas. A pesquisa conta com um acervo de em torno de 600 cópias de documentos oficiais catalogados, dentre os quais alguns selecionados e trazidos como anexo.

Em distintos momentos entre os anos de 2009-2013 ficou claro que os conselhos de saúde na cidade eram ambientes de disputa política e tensão envolvendo os espaços de participação social. A proposta epistemológica da tese foi exercitada pela observação da dinâmica municipal a partir da tensão entre representação e participação, enquanto avaliados o CMS e CODs. Foram analisados os conflitos na negociação sobre a aprovação da Lei 5.104/2009, que

---

<sup>290</sup> Agradeço aqui o inestimável apoio de minha querida amiga Vera Lúcia Marques da Silva pela parceria de trabalho e investigação dos Movimentos de Mulheres, LGBT e de Direitos Humanos junto ao Grupo Direitos Humanos e Saúde da ENSP (Dihs/ENSP), bem como pela interface e apoio para as entrevistas com conselheiras de distintos segmentos da cidade do Rio de Janeiro.

<sup>291</sup> A pesquisadora agradece especialmente às conselheiras e conselheiros anônimos, cuja identidade não será revelada por motivos éticos. Além disso, apesar de solicitada a gravação das entrevistas, sempre era assegurado o anonimato as(aos) entrevistada (o)s. Ou seja, sempre foi reiterado o compromisso da pesquisa com a não maleficência dos dados coletados.

propunha a revogação da presidência nata do CMS, até então conferida legalmente ao secretário de saúde. O desdobramento histórico de aprovação da lei; em que pese a pressão dos CODS, o apoio do vereador Paulo Pinheiro, o processo de convencimento sobre a aprovação da lei junto ao executivo, e o próprio acompanhamento do Ministério Público foram tratados. Esse processo, porém, foi contraditório, e enquanto parte do mundo da vida, pleno de contingências e paradoxos observáveis.

É nesse momento que entra em cena também o Ministério Público (Anexo 4), através de documentos obtidos junto à 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital (PJTCSCAP), que foram imprescindíveis para traçar uma análise mais ampla das tensões existentes. A atuação da promotoria na cidade será discutida no Capítulo 9, mas o trajeto que levou a pesquisa ao MP foi algo que aconteceu no próprio trabalho de campo no CMS. Em uma das primeiras visitas realizadas ao CMS, foi notado que havia uma lista de presença que todos deveriam assinar. A pessoa que recebia as assinaturas lembrava aos conselheiros e conselheiras: “não deixem de assinar, precisamos informar o número de conselheiros presentes ao Ministério Público”.

Se analisado o Anexo 5, ele era datado de 07/01/2009, e versava sobre uma Nota à Imprensa do MP sobre a “Terceirização de mão-de-obra na Rede Pública de Saúde do Rio de Janeiro”. O documento relata que havia centenas de procedimentos em tramitação naquela promotoria acerca da terceirização de mão-de-obra do SUS e a subsequente atuação de ONGs, OS e outras entidades de personalidade jurídica de direito privado naquele sistema.

O documento também traz a perspectiva das controvérsias jurídicas. Até hoje, o STF não terminou o julgamento da Adin 1923<sup>292</sup>, que questiona a

---

<sup>292</sup> A Adin, com pedido de liminar, foi ajuizada em 1998 pelo PT e pelo PDT. Os partidos questionaram a Lei 9.637/98 sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização e o inciso XXIV, artigo 24, da Lei das Licitações (Lei 8.666/93), com a redação dada pela Lei 9.648/98. Os dispositivos dispensam de licitação a celebração de contratos firmados entre o Poder Público e as organizações sociais para a prestação de serviços públicos de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ao meio ambiente, cultura e saúde. O Supremo iniciou o julgamento da medida cautelar em 24 de junho de 1999. Por maioria de votos, a corte indeferiu a liminar em 1º de agosto de 2007, mantendo a validade da lei. Em razão da aposentadoria do ministro Ilmar Galvão, assumiu a relatoria da Adin o ministro Ayres Britto, que retomou o julgamento de mérito da norma na sessão de 31 de abril de 2011. Entre a propositura e o julgamento da cautelar transcorreram mais de oito anos e, atualmente, ainda na pendência de seu julgamento, já se contabilizam mais de 15 anos. Seu relator atual é o Ministro Carlos Ayres Britto que, ao proferir seu voto em 2011, observou que jamais havia visto uma Adin com fundamento em tantos dispositivos constitucionais.



constitucionalidade das Organizações Sociais. Em 2009, no Rio de Janeiro, o MP relacionava ao menos quatro pontos de tensão:

- 1) A tensão entre o regime jurídico estatutário e as limitações de gastos com pessoal decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- 2) A expansão do serviço público de saúde (seja na quantidade de usuários e complexidade, seja no custo de atendimento) em tensão com as limitações orçamentárias;
- 3) A participação dos Conselhos de Saúde na gestão do SUS;
- 4) Os interesses dos usuários do sistema em tensão com os interesses dos profissionais de saúde que atuam na rede pública.

Em 05 de maio de 2009, ocorreu um evento, um Curso de Capacitação dos Conselhos de Saúde na Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro<sup>293</sup>, organizado pelo vereador Paulo Pinheiro e que contou com apresentação da promotoria sobre sua atuação na área de saúde. Os relatos das(dos) conselheiras(os) do segmento usuários, posteriores a apresentação, quando foi aberta a palavra, traziam um panorama da participação na cidade:

O controle social está perdendo interesse pela sociedade. Os gestores têm “horror” aos Conselhos, não há respeito. Isso gera desmotivação. Ao contrário dos Conselhos Tutelares, os de Saúde não têm garantia de respeito e nem de lei. O tratamento que recebem é como inimigos e não como agentes que defendem o SUS. Existe a necessidade de reformular a legislação do controle social da saúde? No dia 06 de abril de 2009 o Conselho Municipal de Saúde aprovou, em reunião extraordinária, uma resolução contrária às OSs. Oito dias depois a resolução foi levada a uma reunião ordinária do Conselho para que o Secretário a assinasse, pois ele é o presidente do Conselho. Mas isso não aconteceu. A estrada dos conselheiros é longa, e tem muitos impedimentos. Deveríamos ser vistos de outra forma, pois somos voluntários. Pessoas estão sendo assassinadas nos CTIs e a causa dos óbitos é mentirosa quando decorrente do descaso de médicos e enfermeiros. Temos que lutar, ainda que dure uma vida inteira.

---

Havia no Brasil cerca de 300 organizações desse tipo em funcionamento. Elas estão em 14 estados e em cerca de 160 municípios. No Rio de Janeiro, a Lei Municipal 5.026 de 19 de maio de 2009, dispõe sobre a qualificação de entidades como OS. A própria SBPC, fez declaração de que a inconstitucionalidade das organizações sociais poderia afetar a produção científica, em 2011. Ver: <http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-03-31/sbpc-declaracao-de-inconstitucionalidade-das-organizacaoes-sociais-pode-afetar-producao-cientifica>

<sup>293</sup> Ministério Público. 2009. Relatório de Reunião de 05.05.09 da Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital. Curso de Capacitação dos Conselhos de Saúde. 11pp. Cópia de documento cedido à pesquisa.

Decerto que a posição dos conselheiros do segmento usuários não é fácil. Sua presença nos conselhos é reivindicativa, eles chegam com demandas de quem usa o SUS e vivencia de perto as deficiências de atendimento. Ocorre que eles chegam aos conselhos para interagir com os funcionários dos lugares que não funcionam e com os responsáveis pelos lugares que não funcionam. Obviamente, essa relação está longe de ser fácil, e é necessariamente assimétrica, ainda que considerada igualdade de voto. As reclamações, como exposto, vão desde o ponto de vista normativo e legal, haja vista a crítica das OS, passando pela questão da relação assimétrica e o tratamento de “inimigos<sup>294</sup>” pela prefeitura; até a invisibilidade do trabalho voluntário. É esclarecedor questionar o que mais poderia ser pontuado em comum nesses três relatos. Dentre os seis conselheiros que tomaram a palavra no dia, essas três observações eram críticas. E todas as três críticas foram feitas por conselheiras(os) provenientes de distintos colegiados distritais.

A tensão entre o segmento usuários e profissionais de saúde também é constante. Enquanto do ponto de vista de usuários, é constante a luta pela ampliação dos horários de atendimento da população nas unidades de atendimento, por exemplo, os profissionais de saúde comparecem para reivindicar que essa expansão de horário respeite os direitos trabalhistas dos envolvidos. Conforme relato recebido pela pesquisa:

O gestor não usa o SUS, o funcionário de saúde, que possui plano privado, também não usa o SUS. O Ministério Público não usa o SUS. A classe média, só conhece o SUS do dia da vacinação no posto de saúde. Quem conhece o SUS? O usuário, essa é a voz mais fragilizada dos conselhos de saúde<sup>295</sup>.

No caso do Rio de Janeiro, embora ainda haja muito a compreender e avançar em termos de pesquisa, os estudos realizados permitem afirmar que as mudanças alcançadas ainda estão longe das expectativas que animaram a criação

---

<sup>294</sup> Sobre a relação política amigo-inimigo, vale lembrar Carl Schmitt: “O inimigo político não precisa ser moralmente mau, não precisa ser esteticamente feio; não tem que surgir como concorrente econômico, podendo até mostrar-se proveitoso fazer negócio com ele. Pois ele é justamente o outro, o estrangeiro, bastando à sua essência que, num sentido particularmente intenso, ele seja existencialmente algo outro e estrangeiro, de modo que, no caso extremo, há possibilidade de conflitos com ele, os quais não podem ser decididos mediante uma normatização geral previamente estipulada, nem pelo veredicto de um terceiro “desinteressado”, e, portanto, “imparcial”. “ Schmitt (1992, p. 52).

<sup>295</sup> Conselheira, segmento funcionários de saúde, militante do direito das mulheres no SUS. Entrevista concedida em fevereiro de 2013 na Fiocruz.

dos conselhos. Essa nova institucionalidade participativa tem ocupado um lugar ainda marginal nos processos decisórios que envolvem a definição das políticas na área específica da saúde. Isso não é uma novidade e, embora a literatura aponte problemas que variam em natureza e extensão, não é incomum encontrarmos nas conclusões dos estudos uma mesma afirmação: os conselhos “não seriam espaços de deliberação”.

Através dos resultados da pesquisa sobre os Conselhos Municipal e Distritais de Saúde do Rio de Janeiro, a tese objetivou problematizar a dinâmica interna desses espaços<sup>296</sup>. A confirmação do respeito em exercício ao eixo da igualdade formal, decerto que é uma conquista – inclusive com a participação garantida de amplos setores dos usuários –, mas que deixa desafios em aberto. A deliberação no espaço participativo aberto a representantes da sociedade civil organizada é um processo lento e paulatino de extensão e qualificação das demais prerrogativas legais dos conselhos, ou seja, de que deliberação prevê capacidade de normatização, consulta e fiscalização, ou que essas possibilidades de atuação poderiam trazer robustez ao processo de deliberação. Isso não quer dizer que não existem críticas e fiscalização, mas o âmbito distrital apareceu como o espaço mais propício para que essas perspectivas se fortaleçam, quando observado comparativamente à esfera municipal conselheira.

Essa tese partilha da proposta de contingenciamento de expectativas, no sentido de contribuir para um quadro mais realista das potencialidades desses novos experimentos. Os conselhos têm o seu papel a desempenhar no controle da gestão pública e na democratização das relações sociais e políticas, mas também têm limites que lhe são inerentes, como por exemplo, a sua natureza setorial e fragmentada. A compreensão desses limites pode evitar que sobre os conselhos sejam lançadas exageradas expectativas, que vão levar inevitavelmente à frustração.

Uma perspectiva plausível para os processos descritos é a proposta por Pierre Rosanvallon (2008). O autor pontua que as novas práticas participativas podem ser compreendidas não unicamente como um reforço do poder cidadão, mas, sim, no sentido de acompanhar o sistema representativo, na medida em que o

---

<sup>296</sup> Agradeço ao debate estabelecido na ANPOCS 2013, no ST24 – Controle e Participação na Democracia Brasileira: Instituições, Dinâmicas e Resultados, e as críticas e observações de Euzeneia Carlos do Nascimento da UFES e Fernando Luiz Abrúcio da FGV-SP. O debate ajudou a sistematizar ideias, ainda que as análises aqui propostas sejam de minha inteira responsabilidade.

torna interativo, obrigando-o a prestar informações e agir segundo princípios de publicidade e prestação de contas. A preocupação com o contraponto às teorias elitistas da democracia é um momento de convergência das análises sobre a participação. Isso porque a crítica da ideia de vontade popular foi a base das afirmações de Joseph Schumpeter<sup>297</sup>, por exemplo, ao aplicar sua visão economicista à política.

É possível avaliar a progressiva institucionalização dos conselhos na democracia representativa no Brasil segundo a lógica de *longue durée* como descrita por Rosanvallon<sup>298</sup>. A democracia é um regime no tempo e, portanto, a perspectiva da representação também é dotada de uma história, ela constitui um problema. Exatamente nesse sentido, a reflexão sobre seu funcionamento e suas experiências ao longo do tempo ajuda a perceber como as forças sociais tomam forma política. A imagem do processo representativo em aberto, como discutido nos capítulos sobre a ANC, não é preestabelecida. A partir da observação dos conselhos é possível perceber as formas que a representação toma nos moldes do controle social, que se constituem na contradição, na fricção entre o princípio político da democracia (a participação em patamar de igualdade) e seu princípio sociológico (o pertencimento a uma sociedade desigual).

Nesse sentido, a análise de Avritzer (2009) sobre os conselhos ressalta a importância das ideias habermasianas na consolidação das críticas à perspectiva elitista. Habermas propunha um método de *”public controversy”* que poderia facilitar formas de consenso geradas em ambientes de pressão e temperar as formas de conflito existentes em sua análise sobre a esfera pública. O autor ponderava: *“Conflict and consensus (like domination itself and like the coercive power whose degree of stability they indicate analytically) are not categories that remain untouched by historical development of society.”*<sup>299</sup>

Segundo Avritzer, Habermas limita a relação entre a esfera pública e o sistema político à transmissão de influência e reduz sensivelmente a deliberação pública, limitando-a a produção de leis. Os critérios de compatibilização da discussão pública com a deliberação e as decisões dos legisladores não necessitam responder diretamente aos resultados da deliberação pública. É possível sugerir

<sup>297</sup> Schumpeter (1984, p. 334).

<sup>298</sup> Rosanvallon (1998, 2000, 2006).

<sup>299</sup> Habermas (1991a, p. 250).

que algo semelhante acontece em relação ao trabalho de Cohen e Rogers (1995). Os autores recomendam a promoção de formas organizadas de representação de interesses que se encontram excluídas em um dado momento político e, apesar de suporem que possam existir manifestas desigualdades na representação política dos grupos, não levam em consideração a situação de autonomia prejudicada que atingiria tais grupos. Não há muitas respostas disponíveis, se considerada a tensão da coexistência entre atores sociais e a representação formal nos arranjos participativos que são promovidos nos colegiados conselhistas, e que são exemplificados nos relatos dos conselheiros.

É nesse sentido que os desafios ao analista se apresentam, devido ao ineditismo das formas hoje em atuação nos conselhos do Brasil. De acordo com a análise de Lavallo (2011):

A indagação empírica e teórica da racionalidade e papel de governos e partidos em processos altamente institucionalizados e não plebiscitários de participação de cidadãos e atores coletivos é uma frente de trabalho inédita, sem paralelismos óbvios no debate internacional<sup>300</sup>.

A análise da experiência dos conselhos, portanto, requer avaliar uma sociedade em que as estruturas administrativas do Estado moderno precedem o desenvolvimento de práticas culturais que engendram espaços públicos. Por outro lado, há um processo de aprendizagem por parte dos mesmos atores sociais a respeito da utilidade das novas instituições. É possível observar lições pertinentes quanto às vantagens de ocupar essas instituições, tanto pelos atores sociais, quanto pelos partidos políticos, e mesmo pelos governos. Se os governos e partidos políticos disputam a representação da sociedade civil, os atores sociais desenvolvem estratégias de ação a partir da sua inserção na sociedade política.

As estratégias disponíveis para que o segmento usuários obtivesse ressonância em suas reclamações podem ser observadas ao menos em quatro direções, sugere-se aqui. Na fiscalização das ações da prefeitura, eles podem criticar perante o gestor suas ações. Uma segunda alternativa é buscar apoio junto às universidades e entidades de classe, para que legitimem suas reclamações. Como essas críticas frequentemente não são atendidas, conforme relatos, outra

---

<sup>300</sup> Lavallo (2011, p. 16).

estratégia é a procura do vereador<sup>301</sup> para que na Câmara também seja discutido o assunto, ou para que o vereador compareça ao conselho e ajude a pressionar o gestor. Por fim, os conselheiros puderam, a partir da interlocução do MP, participar em reuniões oitivas junto ao MP, durante o ano de 2009, para que irregularidades fossem investigadas, e termos de conduta ajustados.

Para ajudar na classificação das instituições participativas, Avritzer (2009) aponta ao menos quatro características principais observáveis: a) elas operam simultaneamente com princípios de representação e participação; b) elas transformam características voluntárias da sociedade civil em formas permanentes de organização política; c) elas interagem com partidos políticos e atores estatais e d) há relevância no seu desenho institucional para a sua efetividade.

A relevância do desenho institucional, como ressaltado por Avritzer, é algo que se coaduna ao processo descrito no Capítulo 6 sobre a possibilidade de eleição nos COD do Rio de Janeiro dos seus presidentes. Essa experiência combina também representação e participação, na medida em que a eleição é um dos traços fundamentais das teorias representativas<sup>302</sup>. Tal prática foi inclusive anterior ao adotado nos CMS nacionalmente. Segundo pesquisa de Maria Eliana Labra, em 2004, 90% dos CMS no país eram presididos pelo secretário de saúde. A autora afirmava que esse perfil poderia mudar à medida que fosse acatada a diretriz da resolução do CNS n. 333/2003 relativa ao presidente, que passou a poder ser eleito entre os membros do CMS em reunião plenária.

---

<sup>301</sup> A interação com partidos políticos também foi destacada, alguns vereadores relataram à pesquisa comparecer frequentemente às reuniões do CMS e, inclusive, enviar suplentes para as reuniões distritais. Essa atuação seria identificável dentre os vereadores que alinham suas atividades à luta pela saúde, ou o perfil dito universalista, em distinção ao perfil assistencialista. Como observado por Paulo Pinheiro, o vereador do tipo “assistencialista” não quer melhorar a saúde. Ele não luta pelos hospitais, ele compra uma ambulância e recomenda ao eleitor que compareça ao seu centro de assistência. Karina Kuschinir possui estruturado trabalho etnográfico, e busca explicar como os atores sociais compreendem e experimentam a política. Ver Kuschinir (2000, 2007). Sobre a intermediação de interesses na Câmara e o perfil dos vereadores, ver pesquisa anterior que coaduna com a existência da classificação assistencialista, junto com outras como universalista, gestor, comunitário e paroquial, conforme D’Avila (2005).

<sup>302</sup> Ver Manin (1995), Urbinati (2006). A ideia da eleição para Urbinati prevê que o representante constantemente se recrie e esteja dinamicamente em contato com a sociedade para aprovar leis. Como observado por David Runciman, o modelo de juízo político da representação de Urbinati não apresenta nada a mais do que o conhecido modelo que tem no representante o agente principal da representação “*What is more commonly known as the principal/agent model*”. (RUNCIMAN, 2010).

Se observado o Relatório Final da 10ª Conferência<sup>303</sup> Municipal de Saúde do Rio de Janeiro<sup>304</sup>, que aconteceu entre 25 e 27 de setembro de 2009, o protagonismo dos distritais e as modificações que iriam ocorrer nos anos seguintes podem ser rastreados. Para um total de 865 delegados participantes, houve um total de 461 propostas debatidas na plenária. As propostas, conforme Tabela 4, se dividiram nos seguintes temas:

Tabela 4 – Propostas submetidas à Plenária da 10ª Conferência Municipal

Temas	Número de Propostas
Rede de Serviços	190
Trabalhadores do SUS	76
Controle Social	66
Total	332

Fonte: banco de dados da pesquisa a partir de PCRJ-SMSDC, 2012.

De todas as 332 propostas que foram debatidas, apenas 31 delas não tinha sua origem em grupos de trabalho dos Conselhos Distritais. Vale ressaltar, também, que a primeira proposta a ser aprovada no tema Rede de Serviços, foi a de “Reprovação na Íntegra à Lei 5.026 de 19/05/09, que trata das Organizações Sociais”<sup>305</sup>. Ou seja, se em abril o secretário de saúde não havia assinado a proposta dos distritais no CMS contrária às OS, a Conferência vinha a reforçar a unanimidade de oposição dos conselhos às Organizações Sociais.

Na temática “Controle Social”, outro ponto que chamou atenção foi a aprovação na íntegra da proposta de atualização da legislação dos Conselhos de Saúde que alteraria as Leis 1.746/91 e 2.011/93, já discutidas anteriormente. O vereador Paulo Pinheiro apresentou pessoalmente o projeto de lei durante a Plenária, que propunha as mudanças. A eleição direta para presidente dos conselhos distritais foi mantida e foi aprovada também para o CMS. A eleição aconteceria na XI Conferência, a partir de 2011.

<sup>303</sup> Sobre o modelo de participação e deliberação experimentado nas conferências nacionais, ver Santos e Pogrebinski (2011, p. 300): “A representação política deve conter dentro de si o que se chama de participação social e esta deve necessariamente envolver experiências deliberativas. Em outras palavras, democracia representativa, participativa e deliberativa são modelos teóricos que devem ser conciliados na prática. E as conferências nacionais provam que isso é possível.”

<sup>304</sup> PCRJ/ SMSDC, 2012.

<sup>305</sup> PCRJ/ SMSDC, 2012, p. 48.

### 7.1.

#### **“Tá vendo, obrigado pela lei!” – a aprovação da eleição para presidência do CMS-RJ**

O fato da lei que permitiria a eleição para presidência do CMS-RJ ter sido aprovada na Conferência Municipal de Saúde estava longe, contudo, de definir a questão. O vereador Paulo Pinheiro fazia oposição ao governo, e o mesmo tinha maioria na Câmara, o que dificultava ainda mais o processo. Segundo o vereador:

A lei foi baseada nos pedidos dos conselheiros. Eles diziam que era um absurdo, que o secretário do César Maia, Ronaldo Cezar Coelho, não ia aos conselhos. Havia um vazio na representação dos gestores, só iam à Conferência de Saúde. Os conselheiros achavam que o secretário não ia, e que era importante a autonomia, sentiam a falta disso<sup>306</sup>.

Dessa maneira, o Projeto de Lei 34/09, modificava a redação da Lei 1.746/91, que havia criado o CMS. Ela foi proposta na Câmara em fevereiro de 2009 e passou por quatro comissões<sup>307</sup> diferentes e só seria sancionada pelo prefeito oito meses depois, em 03/11/2009. Foi um longo processo de convencimento do vereador junto ao secretário Hans Dohmann (secretário de saúde e presidente nato do CMS), para que fosse sancionada a legislação, que além de várias padronizações para os conselhos distritais, propunha eleição para a presidência do CMS bem como periodicidade e adaptação cronológica para 4 anos, seja para os mandatos, seja para as Conferências Municipal e Distritais.

A eleição que ocorreu posteriormente à aprovação da lei, paradoxalmente, referendou a continuação do secretário de saúde à frente do CMS. Segundo relata o vereador Paulo Pinheiro, a presidência ocupada pelo secretário municipal de saúde deixaria o conselho “acéfalo”<sup>308</sup>, e prejudicado em sua autonomia deliberativa. Claro que essa é uma perspectiva do vereador, que pode ser problematizada a partir da sua própria fala:

<sup>306</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do Vereador Paulo Pinheiro, em 18/02/2013.

<sup>307</sup>Foram elas Comissão de Justiça e Redação, Comissão de Administração e Assuntos Ligados ao Servidor Público, Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social e pela Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização Financeira.

<sup>308</sup> Ministério Público. 2009. Relatório de Reunião de 23.03.09 da Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital com o vereador Paulo Pinheiro. Curso de Capacitação dos Conselhos de Saúde. 5pp. Cópia de documento cedido à pesquisa.



Mas é muito ruim, o conselho está completamente desnorteado em relação a isso(...)eu acho que houve uma atuação do governo de uma maneira muito ruim, um dos pontos que o conselho sempre reclamou desde 1996, é que era um absurdo o presidente do Conselho ser o secretário de saúde(...)ai negocie com o secretário, falei por quase um ano explicando a ele, porque não adianta eu apresentar uma lei, porque eu sou oposição, as minhas leis não são aprovadas. Eu só consegui aprovar porque o governo concordou comigo(...)eu disse pra ele, o que adianta secretário você ser presidente sem ser eleito pelos conselheiros? A legitimidade não existe. Aí eu fiz uma alteração, que a partir da última conferência, que aconteceu no ano passado, que fosse eleito o presidente do conselho pelos membros do conselho. O conselho é constituído por membros dos diferentes segmentos, são 46 conselheiros ( se eu não me engano), aí esses conselheiros pela lei nova devem votar para presidente, e qual foi a minha decepção, eu fiz a lei e o secretário se candidatou e ganhou a eleição... Eu não posso reclamar disso, ele ainda me sacaneou depois: “tá vendo, obrigado pela lei, viu, você me deu chance de me legitimar” (...)Eu falei: O jogo democrático é esse, lamentavelmente, há uma cooptação muito grande em termos de conselho de saúde<sup>309</sup>.

Mas, então, se reclamavam tanto os conselheiros da ausência da gestão nos conselhos, o que poderia ter modificado essa percepção? O exame das atas do CMS de 2010, 2011 e 2012, demonstra que, mesmo quando não era o próprio secretário quem comparecia no Conselho (o que ocorreu com maior frequência no ano de 2010 ), sempre existiam gestores da prefeitura presentes no CMS a partir de então.

Por que essa mudança na participação dos gestores no CMS? Uma das respostas plausíveis foi a mudança de governo, ou seja, o governo de Eduardo Paes mostrou-se presente nos conselhos, diferentemente do governo anterior. A segunda possibilidade é que a atuação do MP especializado em saúde, que passa a acontecer em 2009, estimulou essa participação na medida em que buscava acompanhar se o Conselho estava, de fato, participando e recebendo as informações necessárias dos gestores. Esses dois fatores parecem ter se combinado, mas podem ser tomados isoladamente, a depender da análise política que se faça.

A análise das Atas entre 2010-2013 permitiu destacar que, em geral, há sempre um gestor ou o próprio Secretário Municipal de Saúde, Hans Dohmann, nas reuniões. Foi o caso, por exemplo, da reunião ordinária do CMS de 11/05/2010, quando foi apresentado o relatório de Gestão da Saúde da Prefeitura

---

<sup>309</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do Vereador Paulo Pinheiro, em 18/02/2013.

para o ano de 2009. O secretário apresentava os dados ao CMS, nos seguintes termos:

2009 foi um ano de transição, onde se pegavam moldes, costumes e práticas da gestão anterior e fazia-se uma transição para a gestão do momento atual(...). A rede de Saúde Pública, em termos de Hospitais, Institutos e UPA municipais, perfaziam um total de 28 unidades, 14 estaduais e 12 federais, 11 Institutos de Ensino e Pesquisa e uma UPA municipal; ressaltou que o Relatório também continha o detalhamento de todas as Unidades de Atenção Básica e Especialidades e sua distribuição, conforme as Áreas Programáticas, para que todos pudessem comparar nos próximos anos como seria a evolução de cada uma das AP a partir de 2009, como também todo o detalhamento dos leitos, atendendo a pedido anterior<sup>310</sup>.

Na mesma reunião, o único veto que houve durante as votações da Plenária, foi exatamente proveniente do CODS 3.2, para a não redução de leitos no Instituto Municipal Nice da Silveira:

O conselheiro achava um absurdo um processo para redução de leitos, seja de que natureza for; que já bastava o fato de que o paciente vinha tendo sua permanência reduzida no hospital, antes mesmo de estar bom, declarando-se contra esse processo. A coordenadora esclareceu que esse processo foi reprovado pelo Conselho Distrital da Área, e que a reprovação foi acatada pela Comissão Executiva do Conselho; que, portanto, o que estavam trazendo para a votação era a não redução dos leitos<sup>311</sup>.

O veto foi puxado pelo distrital e aceito pelos demais conselheiros. Nesse momento, também se iniciaram uma série de críticas, que mencionavam reclamações sobre o funcionamento irregular de OS, falta de regulação nos leitos dos hospitais e falta de maternidade na região de Realengo. Todas essas reclamações advinham de conselheiros distritais, que traziam informações de seus distritos, referentes aos problemas enfrentados pelos usuários.

Sobre a questão de Realengo, especificamente, a reclamação por uma maternidade foi um ponto histórico de conflito. A Casa de Parto que existe na região, a única do Rio de Janeiro, resultou de um acolhimento feito há muitos

<sup>310</sup> CMS. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 11 de 05 de 2010. Publicada em 04/10/2010. Disponível em:

[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates)

<sup>311</sup> CMS. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 11 de 05 de 2010. Pp. 5. Publicada em 04/10/2010. Disponível em:

<https://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates>

anos na conferência distrital do CODS 5.1<sup>312</sup>. Esse é mencionado como um caso esporádico e excepcional de acolhimento de uma proposta do distrital pela prefeitura. Durante o ano de 2009 houve o fechamento da Casa de Parto pela Vigilância Sanitária Estadual<sup>313</sup>, motivado por esta não possuir médicos e apenas contar com enfermeiros obstetras, o que foi questionado pelo CREMERJ. Conforme relato ao MP por parte do CODS 5.1, a população atendida se manifestou contrária ao ato arbitrário o que motivou uma Audiência Pública para sua reabertura, que aconteceu na ALERJ. Naquela ocasião foi celebrado um Termo de Ajuste de Conduta (TAC – março de 2009, mas sem participação do controle social)<sup>314</sup>, onde se decidiu pela construção da Maternidade Dolores Duran. Essa maternidade, que chegou a ganhar nome, nunca foi construída. Em 2012, a prefeitura inaugurou o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, no centro da cidade. E a população de Realengo, com a ajuda do CODS, continua a ter sua Casa de Parto. Centro de referência de parto humanizado na cidade, lá é realizado o pré-natal e o parto de grávidas consideradas de baixo risco, aquelas que nunca passaram por uma cesárea e não têm doenças como hipertensão e diabetes, que podem gerar complicações. Desde a criação da casa, há oito anos, 2 mil bebês<sup>315</sup> lá nasceram sem registro de morte materna.

Relatos de conselheiros entrevistados em Audiência Pública realizada em abril de 2013, contudo, momento posterior à recondução do secretário à presidência, são queixosos do distanciamento do secretário ao longo do tempo em relação ao CMS: “depois de eleito presidente, nunca mais apareceu no conselho”<sup>316</sup>. Os conselheiros não só mencionaram à pesquisa tal frase, como

<sup>312</sup> Ministério Público. 2009. Relatório de Reunião Participação da Comunidade de 26.03.09, Conselho Distrital de Saúde da AP 5.1, da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital. 11pp. Cópia de documento cedido à pesquisa. Ver Anexo 7.

<sup>313</sup> Conforme notícia da época, motivando protestos dos moradores <http://extra.globo.com/noticias/rio/pacientes-protestam-contras-fechamento-de-casa-de-parto-em-realengo-402459.html>

<sup>314</sup> Ministério Público. 2009. Relatório de Reunião Participação da Comunidade de 13.08.09, Conselho Distrital de Saúde da AP 5.1, da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital. 6pp. Cópia de documento cedido à pesquisa

<sup>315</sup> Ver <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-22/mantida-pela-prefeitura-casa-de-parto-no-rio-registra-2-mil-nascimentos-em-oito-anos>

<sup>316</sup> Entrevista segmento usuários em janeiro de 2013 na Audiência Pública de Saúde CMRJ, 04/04/2013.

fizeram dela coro no Plenário da Câmara na audiência pública em que ele estava presente: “secretário o conselho quer saber: cadê o presidente no conselho!<sup>317</sup>”.

As palavras de Paulo Pinheiro sugerem que a nível municipal no Rio de Janeiro, a já mencionada grande coalização de 20 partidos (Somos um Rio), como discutido anteriormente, também influenciaria as forças de oposição na dinâmica interna do CMS:

Lamentavelmente não foi bem entendido. Reclamaram e, na hora de votar, votaram diferente. Essa prefeitura participa dos conselhos, tem muita gente lá dentro, presta contas, agora, não pode ser questionada porque não aceita questionamento. Acha que é perseguição. O Romano, representante do sindicato dos médicos, foi perseguido. O conselho é muito partidariado. A área da enfermagem, o sindicato, é, hoje, de pessoas do PCdoB e há problemas de falar mal do governo. Os conselheiros de saúde me procuram. A prefeitura está forte no conselho, tomando conta de todo mundo. Vai sempre um responsável pela saúde. O governo que entrou, O Daniel Soranz, que é um cara do PT, uniu-se ao governo e percebeu que só poderiam andar as coisas na saúde, sem enfrentamento, não brigando, e tentando trazer os conselhos para o governo(...) O conselho é muito partidariado. Os enfermeiros são do PCdoB, e eles falam mal do governo e são do governo, e isso gera problemas<sup>318</sup>.

Sobre o sindicato dos médicos, a pesquisa recuperou o seguinte trecho, momento de tensão na Reunião Ordinária do Conselho retratado em Ata, na fala do conselheiro que representa o sindicato dos médicos:

O diálogo está acontecendo, mas o definiu como um “diálogo de surdos e mudos”, pois não sentiam que as propostas do Conselho eram ouvidas(...) que, desde o início o Conselho, se colocou contra as OS e a secretaria continuou mantendo esse projeto(...)ressaltou que sabiam que a postura do secretário era melhor, mas o governo que ele representava era o aprofundamento das políticas do Sr. César Maia na área de saúde<sup>319</sup>.

Esse mesmo representante seria vencido na primeira eleição para o Conselho pelo secretário. Pela ótica do vereador, a lei não atingiu seu principal objetivo, que era a eleição de alguém – que não o secretário – para a presidência do conselho. Por outro lado, é possível afirmar pelo observado em relação às

<sup>317</sup> Observação participante das palavras de ordem cantadas na oposição da plenária em 04/04/2013, das cadeiras destinadas à audiência.

<sup>318</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do Vereador Paulo Pinheiro, em 18/02/2013.

<sup>319</sup> CMS. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 11 de 05 de 2010. Publicada em 04/10/2010., pp. 8. Disponível em: [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates)

práticas de eleição nas conferências e nos distritais, que a adoção de eleição interna para o colegiado, ao longo do tempo, traz a oportunidade benéfica de alternância. O próprio representante dos médicos da fala anterior foi candidato nas eleições, mas não conseguiu sua eleição para o cargo.

É possível ponderar que a prática de eleições pode mobilizar forças internas e trazer ênfase ao que acontece nas reuniões, estimulando a prefeitura a prestar contas de seus atos e frequentar os conselhos. Por outro lado, a lei não instituiu apenas as eleições. Ela previu, conforme Anexo 6, condições mais rígidas para as entidades, conforme artigo 9º. Deve constar nos atos constitutivos dessas a sua área de abrangência permitida e a sua atuação para todo o Município, caso sua pretensão seja de atuação no CMS. Deve também constar em seus atos constitutivos a área de abrangência permitida e a sua atuação na área correspondente ao exercício das atividades do Conselho Distrital que pretenda compor. Os membros dos Conselhos não poderão representar mais de uma entidade, nem qualquer entidade poderá ter representante em mais de um Conselho, ressalvados os casos previstos em lei. Os membros dos Conselhos não poderão mudar de representação de entidades no curso do mandato, que terá duração de 4 anos. Está prevista também eleição da Comissão Executiva, com duração de um ano e organizada segundo critérios paritários. É possível também, caso aprovado em plenária, a formação de grupos de trabalho para a discussão de temas específicos e convites à participação técnica de diferentes setores da sociedade civil.

Se quando foi criado em 1991, o CMS era composto por 24 conselheiros municipais, 12 do segmento usuários, 6 profissionais de saúde e 6 do segmento gestores, com a criação dos CODS esse número subiu para 34. Com os distritais criados, eram 12 usuários, 6 profissionais de saúde, 6 prestadores de serviços e os 10 distritais. Com a lei aprovada, o número de conselheiros subiu para 40. A análise do quadro de Composição do Colegiado – Titulares e Entidades (2012-2015), elaborado pela pesquisa e apresentado a seguir, espelha bem as mudanças oriundas do processo descrito até aqui. A lei passou a enquadrar os distritais na categoria usuários e aumentou a mesma para 20 conselheiros. Os 40 novos membros do CMS tomaram posse em 26 de janeiro de 2012, para um mandato de 4 anos. No mesmo dia, foi escolhida a comissão para elaboração da proposta do regimento interno, prevista a eleição para presidente, como proposto pela

Conferência Municipal e cujo desfecho já foi relatado. Além dos 10 CODS, fazem parte do Conselho as entidades IABC, Sinfaerj, Faferj, Apaz, ACD, Grupo Unidos, Acadim, FamRio, Saserj, SatenRJ, Sindenfrj, SinMed, Afinca, Sindpsirj, hospital Mario Kroeff, Soc. Misericórdia, Grupo Otimismo, Amorvit, Sinferj, IABAS e Viva Comunidade<sup>320</sup>.

Outras modificações na perspectiva da publicidade das ações do CMS podem ser destacadas. Quando começou a pesquisa da tese, em 2009/2010 o CMS constava como um apêndice na página da PCRJ, aonde tinha um arquivo mencionando datas e horários das reuniões ordinárias, que acontecem no prédio da própria prefeitura, sempre na segunda terça-feira do mês, a partir das 14:00 h, no Auditório Meri Baran – Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Bl. 1, 8º andar – CASS. Não havia nenhuma ata pública disponível, apesar de todos os conselheiros afirmarem que as atas existem, e ter sido levantado pela pesquisa que toda reunião começa pela aprovação da ata anterior.

O exame atual do site da prefeitura traz um quadro diferente, com a lista de todos os conselheiros eleitos, com nome e vinculação de entidade. Traz o resultado das eleições, com o número de votos que recebeu tanto o presidente eleito, como o da suplência, visto que são votados em separado. A chapa eleita é mista, conforme informações: “Com 28 votos, 70% do total, Hans Dohmann foi eleito para a presidência do órgão, representando a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC). Para substituto do presidente, o Conselho Distrital da AP 5.1 foi escolhido, com seu representante Ludugério Silva, tendo 27 votos.

A composição do colegiado do CMS-RJ é apresentada no Quadro 4 abaixo.

#### **Quadro 4 – Composição do Colegiado CMS-RJ – Titulares e Entidades – 2012-2015**

<b>ENTIDADE</b>	<b>SEGMENTO</b>
Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro – FAFERJ	USUÁRIO
Ass. de Movimentos dos Renais Vivos Transplantados do Estado do RJ – AMORVIT-RJ	USUÁRIO
As. Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, D. Similares e Idoso Dependentes – APAZ	USUÁRIO
Instituto Afro Brasil Cidadão – IABC	USUÁRIO

<sup>320</sup> Relembrando que a Viva Comunidade e IABAS são Organizações Sociais, o que confirma o avanço das mesmas na gestão de saúde da cidade.

<b>ENTIDADE</b>	<b>SEGMENTO</b>
Grupo Unidos de Apoio aos Portadores de Hepatite C (HCV)	USUÁRIO
Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil – AFDM	USUÁRIO
Associação Carioca de Diabéticos – ACD	USUÁRIO
Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de hepatite C	USUÁRIO
Associação Carioca de Distrofia Muscular – ACADIM	USUÁRIO
Federação das Associações de Moradores do Município	USUÁRIO
Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro – SASERJ	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Rio de Janeiro – SATEMRJ	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Enfermeiros do Município do Rio de Janeiro – SINDENFRJ	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro – SINFAERJ	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Rio de Janeiro – SINFERJ	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Médicos do Município do Rio de Janeiro – SINMED	PROF. DE SAÚDE
Associação dos Funcionários do Instituto Nacional do Câncer – AFINCA	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Auxiliares de Fisioterapia e Auxiliares de Terapia Ocupacional no RJ – SINFITO	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro – SINDPSI	PROF. DE SAÚDE
Sindicato dos Nutricionistas do Estado do RJ – SINERJ	PROF. DE SAÚDE
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC	GESTOR/PRESTADOR
Viva Comunidade	GESTOR/PRESTADOR
Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS	GESTOR/PRESTADOR
Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO	GESTOR/PRESTADOR
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ	GESTOR/PRESTADOR
Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro	GESTOR/PRESTADOR
Hospital Mário Kröeff	GESTOR/PRESTADOR
CODS AP 1.0	USUÁRIO
CODS AP 2.1	USUÁRIO
CODS AP 2.2	USUÁRIO
CODS AP 3.1	USUÁRIO
CODS AP 3.2	USUÁRIO
CODS AP 3.3	USUÁRIO
CODS AP 4.0	USUÁRIO
CODS AP 5.1	USUÁRIO
CODS AP 5.2	USUÁRIO
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>

Fonte: Elaboração Própria a partir de PCRJ SMS/SECOMS – Composição Colegiado – Quadriênio 2012-2015.

Na eleição para presidente, o segundo colocado, José Romano, (o da crítica do “diálogo de surdos mudos”) do Sindicato dos Médicos, recebeu oito votos. Milton Lima, do Cods da AP 2.1, foi o terceiro, com um voto. Já para substituto,

Francisco Cláudio de Souza Melo, do Sindicato dos Farmacêuticos, recebeu 11 votos. Com 39 conselheiros votantes, apenas 1 não compareceu à eleição. A comissão executiva eleita é composta pelo Conselho Distrital da AP 5.1, Amorvit-RJ, Faferj, Instituto Afro Brasil Cidadão, Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio, Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal de Saúde.

Na página constam também notícias da última reunião do Conselho Municipal de Saúde, as legislações do CMS, o calendário das reuniões do CMS, as Atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CMS, de todo o ano de 2012, e de 2013 até junho. Foi observado, também, que estavam disponíveis todos os relatórios quadrimestrais da SMSDC referentes a 2012 e o primeiro relatório quadrimestral da SMS para 2013. OS Relatórios Anuais de Gestão (RAG) disponíveis eram dos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012.

## **7.2.**

### **Fiscalização no CMS- O difícil controle da “metamorfose” das OSs**

Mesmo com todas as informações disponíveis, sabe-se que o grande desafio é a aprovação destas pelo CMS, e uma queixa comum nas reuniões é o pouco tempo entre o recebimento dos relatórios técnicos, que são de difícil análise, e sua aprovação pelo mesmo. Ou seja, a pressão aos conselheiros para aprovar a agenda da prefeitura é frequente. Por outro lado, como já discutido, o ânimo principal que leva o conselheiro do segmento usuário é exatamente ir para o conselho para reclamar das deficiências que encontra no dia-a-dia do SUS. Se, obviamente, o que move a participação é acreditar que a mobilização faz diferença, não necessariamente o desfecho é a confiança na instituição pública. O trabalho dos conselhos é fiscalizar as ações da prefeitura, e isso envolve questionar a probidade de suas ações, discutir a aplicação de recursos e acompanhar irregularidades que possam ter ocorrido. Um exemplo disso é o relatório de reunião, que pode ser encontrado no ANEXO 7 desta tese, realizada em 15 de abril de 2010 com a promotora. Nela seriam entregues documentos para a instauração de procedimento para a apuração de suposta contratação irregular da OS IABAS, e naquele momento, a resposta recebida dos conselheiros sobre as funções do conselho distrital de saúde foi: “Deliberar e fiscalizar as ações na área



de saúde e avaliar se os novos serviços que serão oferecidos à população são adequados ao atendimento ao usuário”.

Sobre a confiança nas instituições, esclarece a proposta teórica de Filgueiras (2007):

A experimentação democrática possibilita uma vida moral, uma vez que a participação ampliada e a pedagogia cívica permanente ensejam um contexto de virtudes capazes de assegurar, intersubjetivamente, normas de convivência no interior da comunidade. A experimentação, portanto, permite a compatibilização da moral do mundo privado com a moralização necessária do público, coibindo contextos de apatia ou ignorância por parte dos cidadãos. Contudo, o experimentalismo democrático não exige virtudes cívicas típicas do mundo tradicional. Não significa, para qualquer concepção republicana, simplesmente resgatar a existência de uma comunidade assentada no mundo aristocrático, que a todo tempo avalia a virtude dos cidadãos. As sociedades complexas e plurais do mundo contemporâneo operam em contextos políticos assentados no mundo privado e na confiança em instituições. É a construção dessa confiança que representa o elemento estabilizador para a vida republicana, tendo em vista seu poder mediador da relação entre o público e o privado, como observou Simmel (1977). Instituições virtuosas de uma república são aquelas que procuram sustentar uma relação de confiança com a sociedade<sup>321</sup>.

Se a confiança é relevante, esta tese busca ressaltar que nos conselhos ela passa frequentemente pelo desafio no sentido contrário, já que, para fiscalizar, a ação dos conselhos inclui desconfiar da forma de implementação da política pública, discutir sua melhor forma, sua progressão e seus problemas. Porém, há uma percepção de que não há atenção da prefeitura às críticas do conselho, por um lado. Por outro lado, há a perspectiva de que o papel do conselheiro é relevante para pontuar, a partir da base, quais são os problemas mais críticos das políticas públicas. Nesse sentido, a perspectiva de poderes indiretos, que constantemente põem em xeque a reputação dos governantes e do poder em si apresenta um caráter permanente, distinto da democracia eleitoral marcada por seu caráter intermitente.

Os questionamentos podem ser feitos por indivíduos, não somente por meio de organizações, como forma de alargar e facilitar o campo de intervenção da sociedade. Se olhada pela perspectiva da desconfiança, a fiscalização do conselho de saúde gera solidariedade entre seus participantes pois estes, justamente por possuírem queixas e desconfiarem, participam. Em uma sociedade que desconfia,

---

<sup>321</sup> Filgueiras 2007, p.893. Sobre confiança e solidariedade e os desafios do liberalismo ver Eisenberg, 2003.

há uma requalificação das situações possíveis para as formas de organização da participação social democrática. Simultaneamente, as perspectivas de vigilância, de impedimento (como no caso das OSs) e de formulação de juízo<sup>322</sup> sobre as ações da prefeitura acontecem nos conselhos.

O objetivo da análise é ressaltar esses ganhos em termos de dinâmica política interna e aprendizado da participação, menos do que avaliar se a proibição das OSs foi atingida ou não. Conforme observado em literatura internacional sobre a participação na saúde, discutir o grau de envolvimento do setor privado na prestação do serviço de saúde está dentre as grandes questões possíveis na lógica da participação, mas de difícil alcance. De acordo com o pontuado em estudo sobre a governança em saúde na Inglaterra:

The effect of the reform is arguably to limit the role of patients and public to that of consumers, rather than citizens contributing to a broader debate on wider issues, such as the degree of private sector involvement in healthcare provision<sup>323</sup>.

Obviamente que acompanhar o grau de atuação privada na saúde e suas consequências é um processo lento. Até porque, cabe lembrar, ainda hoje o STF não deu a última palavra sobre o caso. Apesar de ter havido o voto do relator que acolheu parcialmente a ação, o voto deixou claro que a parceria público-privada, se acolhida via representantes eleitos, deve ser acatada:

11. A solução das questões suscitadas na inicial da presente ação depende de uma profunda reflexão sobre a moldura constitucionalmente fixada para a atuação dos poderes públicos em campos sensíveis como saúde, educação, cultura, desporto e lazer, meio ambiente e ciência e tecnologia, referidos no art. 1º da Lei nº 9.637/98, todos muito caros ao projeto coletivo de condução da República Federativa do Brasil rumo à construção de uma sociedade livre, justa e solidária (CF, art. 3º, I). E ainda que os olhos sejam postos na relevância de que se revestem tais atividades, é preciso que se enxergue o tema sem as amarras de uma pré-compreensão rígida de um modelo específico de Estado, supostamente avesso mesmo às manifestações de vontade que o povo, por seus representantes eleitos, traga a público diante da evolução provocada pelo passar dos anos<sup>324</sup>.

Há um progresso lento e molecular, no sentido da difusão da perspectiva de acompanhamento dos contratos estabelecidos com as OSs. A luta política

<sup>322</sup> Sugere-se aqui uma adaptação da perspectiva de organização de contra-poderes democráticos como sugerido por Rosanvallon: *“les pouvoirs de surveillance, les formes d’empêchement, les mises à l’épreuve d’un jugement”*. Rosanvallon, 2006, p. 15.

<sup>323</sup> Mullen, Hughes & Vincent-Jones, 2011. P.33

<sup>324</sup> ADIN nº 1.923, voto do Relator Min. Ayres Britto, 2011.

possível, em dada conjuntura no caso das OSs, se trava em verificar quais funcionam mal, destacar irregularidades, e pressionar a prefeitura para romper os contratos que não estão sendo cumpridos. Isso porque, com a reeleição obtida por Eduardo Paes, mesmo após a reprovação dos conselhos em relação à lei das OSs, há entendimento político de que a opção pela terceirização que acontece nas referidas Organizações Sociais foi aprovada politicamente e referendada pelas eleições.

Na fala do conselheiro de um distrital da zona oeste em 2010:

Pediu a palavra e disse que estiveram na inauguração da Clínica da Família em Santa Margarida, e que não era a clínica que os estava afligindo; disse que tinham uma clínica 24 horas que foi “enfiaada goela abaixo” pela implantação de uma cooperativa no Rio de Janeiro; falou que defendiam serviços, que mal ou bem estavam sendo realizados, que hoje era a FIOTEC, uma OS, que assumiu o serviço, funcionando até oito horas da noite; que antes, mesmo com problemas, havia médicos lá, e que hoje não tinha nada e que estavam tendo redução de serviços; disse que pegava o relatório de gestão e via um aumento, mas que isso era um erro; como por exemplo em Campo Grande havia duas UPAS e não três; que a ampliação de horário não era na unidade Mário Rodrigues Cid, e sim, na unidade Alvimar de Carvalho, e que Pedra de Guaratiba é que teve ampliação do seu horário, com seus funcionários trabalhando até às vinte horas<sup>325</sup>.

Ou seja, o detalhamento e questionamento mais preciso das informações prestadas pela prefeitura tem a principal possibilidade de contestação pelos membros dos distritais, que por suas reuniões mensais que antecedem o CMS, podem estruturar melhor suas demandas e conhecem mais de perto os problemas que estão sendo descritos, incluso o próprio funcionamento das unidades de saúde.

O conselheiro continuou falando sobre os levantamentos técnicos e a necessidade de ausculta por parte da prefeitura:

Disse também que o conselho foi consultado sobre o melhor lugar para a construção da primeira UPA no Mendanha, que foi ao lado do West Shopping, mas que a segunda foi construída num local inapropriado; colocou que tiveram uma reunião com o secretário, e que depois disso, foi fornecida uma planilha, e que o mesmo pediu para que toda e qualquer informação fosse dada através deles; disse que a planilha foi colocada como endereço do IABAS, Av. Nilo Peçanha, 38/10º andar, sendo que os profissionais de Campo Grande foram contratados para a Estrada do Mendanha, na qual foi alugado um salão de festas para fazer a contratação dos profissionais, pagar a alimentação e o transporte dos mesmos;

<sup>325</sup> CMS. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 11 de 05 de 2010. Publicada em 04/10/2010., pp. 11

relatou que o endereço que constava na carteira dos trabalhadores era Av. das Américas, 3.500, que era a porta de um condomínio; disse que gostaria de continuar acreditando na secretaria, mas que queriam ser respeitados; relatou que fizeram uma planilha da Praia da Brisa, na qual a parte técnica fez um levantamento que, se por determinação política ou não, foi para Santa Cruz, à revelia, e sem comunicação<sup>326</sup>.

Os conselheiros aproveitavam o momento para solicitar dados sobre as OSs, a fim de saber detalhadamente quantos funcionários estavam lotados nas OSs de cada região, quantos seriam contratados e quantos seriam estatutários. Inclusive formaram comissões nos distritais para acompanhamento e encaminhariam pedido ao Ministério Público porque não teriam recebido nenhuma informação concreta a esse respeito até aquele momento. Lidar com a lógica das OSs lhes impunha a tarefa de descobrir de fato quantas pessoas estavam contratadas para tentar acompanhar a prestação dos serviços.

Como destacado por Paulo Pinheiro:

A maioria da Câmara votou a favor das OS. OS é uma instituição sem fins lucrativos que tem uma série de itens a seguir. Que deve se qualificar na prefeitura. O Viva Rio resolveu ser uma OS – criou um braço que passou a se chamar Viva Comunidade. A UPA da Rocinha é gerenciada pela Viva Comunidade. Fez um contrato de gestão com ela. O dinheiro é público, mas a gestão é terceirizada. A saúde do Rio sofreu uma metamorfose nos últimos 4 anos e nós precisamos avaliar isso. A prefeitura acha que está bom, mas nós achamos que não está. Mas nós precisamos provar isso. Estou fazendo um levantamento pelo Tribunal de Contas. Peguei todos os contratos feitos a partir de 2009 entre a prefeitura e as OSs. Contratos iniciais e seus aditivos. Ninguém quer acabar com as OS, afinal, elas foram aprovadas com a reeleição. O que o meu mandato argumenta é que politicamente a prefeitura está gastando anti-economicamente os recursos. Já que a prefeitura ganhou o direito de fazer isso, nós estamos avaliando se está sendo feito certo<sup>327</sup>.

Padrão comum na distribuição de recursos públicos na cidade em relação à população mais carente, a Rocinha, território localizado na Zona Sul da cidade era anunciada enquanto um grande progresso no atendimento. Segundo o secretário informava, em 2010, a atuação do Viva Comunidade já estava com 100% de cobertura de atenção primária, de acordo com a prestação de contas<sup>328</sup>. Segundo o

<sup>326</sup> CMS. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 11 de 05 de 2010. Publicada em 04/10/2010., pp. 11.

<sup>327</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do Vereador Paulo Pinheiro, em 18/02/2013.

<sup>328</sup> CMS. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 11 de 05 de 2010. Publicada em 04/10/2010., pp. 10.

levantamento de 2010, disponível da PCRJ, existe ao menos dezoito OS<sup>329</sup>s em funcionamento na cidade hoje, das quais doze são da área de saúde e outras seis no setor de esporte. O propósito central alegado pela prefeitura é proporcionar um marco institucional, possibilitando a modernização das formas de contratação de serviços públicos, introduzindo novas formas de gestão, seguindo experiências adotadas por outras unidades da Federação. Como as Organizações Sociais desempenham funções de interesse supra individual, sua existência depende de que o Poder Público qualifique essas organizações não governamentais, sob certas condições, para que prestem atividades de interesse público mediante várias formas de fomento por parte do Estado. Trata-se, portanto, de um novo modelo de administração pública baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e sociedade. O grande problema é que além da possibilidade alegada de gerir melhor e contratar serviços mais baratos, e com maior agilidade, é posto nas mãos da prefeitura a possibilidade de delegar a contratação de pessoal sem concurso.

Nesse sentido, o já mencionado voto do Relator Ayres Brito sobre o assunto reconheceu que no caso das OSs a natureza de convênio não se submete à Lei de Licitações. Todavia, mesmo que não se aplique a licitação, o ministro relator ressaltou que permanece a obrigação do Estado realizar um processo fundamentado de escolha da entidade, por meio de um "peculiar proceder competitivo, público e objetivo", em atenção aos princípios da administração, previstos no art. 37 da Constituição Federal, em especial os que se referem aos princípios da moralidade, publicidade e isonomia. O "contrato de gestão" foi reconhecido como o instrumento típico das Organizações Sociais, e reconhecida a constitucionalidade das parcerias entre entidades sem fins lucrativos e o poder

<sup>329</sup> São elas: ASSOCIAÇÃO CRESCER COM META; CENTRO COMUNITÁRIO LÍDIA DOS SANTOS - CEACA-VILA; CENTRO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL ALZIRA DE ALELUIA; INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS ESPECIALIZADOS E AVANÇADOS – IBEEA; MOVIMENTO CULTURAL SOCIAL; SOLAZER CLUBE DOS EXCEPCIONAIS; ASSOCIAÇÃO GLOBAL SOLUÇÕES EM SAÚDE; ASSOCIAÇÃO MARCA PARA PROMOÇÃO DE SERVIÇOS; ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA; PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA – SPDM; CENTRO DE APOIO AO MOVIMENTO POPULAR DA ZONA OESTE – CAMPO; CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA – CEPESC; CENTRO INTEGRADO DE APOIO PROFISSIONAL – CIAP; FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE – FIOTEC; INSTITUTO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA E PESQUISA – IBAP; INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE – IABAS; INSTITUTO SAS; PRÓ SAÚDE – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL e VIVA COMUNIDADE. Atualizado em 12 de março de 2010, Organizações Sociais Qualificadas na Prefeitura, disponível em: <http://www0.rio.rj.gov.br/pcrj/destaques/orgsociais.htm>

público, na prestação de serviços públicos não exclusivos do Estado, devido a constatação de que existe uma esfera pública não estatal.

As parcerias são legítimas quando realizadas em atividades como educação, saúde, cultura, ambiente, ciência e tecnologia, entre outras áreas "predispostas a uma protagonização conjunta do Estado e da sociedade civil, por isso que passíveis de financiamento público". A seleção de pessoal pelas Organizações Sociais deve ser conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com a observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e principalmente, para afastar qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo TCU, da aplicação de verbas públicas.

E se são tantas OSs em funcionamento, a maioria na área de saúde, duas delas inclusive com representação do segmento gestores no CMS, qual o impacto desse processo de terceirização na saúde da cidade? Se analisados os dados da Tabela 5, divulgados no Jornal do Brasil, os impactos podem ser melhor avaliados. O número de funcionários terceirizados na saúde da cidade do Rio de Janeiro subiu de 800 em 2009 para 16 mil em 2013. A redistribuição de valores do orçamento também aparece, ainda que esses dados não somem o total geral final para 2013. Os gastos com os funcionários terceirizados entram sob a alcinha de "custeio" no orçamento, como qualquer serviço terceirizado, e não esbarram nas limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Se a pressão dos CODS foi bastante sentida no questionamento das OSs, também é possível considerar que ela foi uma das influências preponderantes para a significativa alteração da dinâmica do CMS. No próximo capítulo será discutida a organização e o perfil dos conselheiros distritais.

**Tabela 5 – Impacto das OSs**

<b>ANO</b>	<b>2009</b>	<b>2013</b>
Orçamento	R\$ 2,6 bilhões	R\$ 4,6 bilhões
Número de Servidores da SMS	28 mil	24 mil
Número de funcionários terceirizados	800	16 mil
Custo com servidores e encargos sociais	R\$ 1,146 bilhões	1, 269 bilhões
Gastos com custeio*	885 milhões	3, 186 bilhões
Custo com OSs <sup>330</sup>	---	1, 436 bilhões

Fonte: dados disponíveis em <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/04/06/criacao-de-empresa-para-gerir-saude-publica-gera-polemica/>

---

<sup>330</sup> Os custos com OSs são incluídos junto dos gastos com custeio.

## A dinâmica distrital na cidade do Rio de Janeiro –“ a voz da comunidade para o fomento das políticas públicas”

*Admito que seja difícil indicar de uma maneira certa o modo de despertar um povo que dorme, para lhe dar paixões e luzes que não possui; persuadir os homens de que se devem ocupar das suas coisas é, não o ignoro, uma empresa árdua. Muitas vezes seria mais fácil fazê-los interessar-se pelos detalhes da etiqueta de uma corte do que pela reparação de sua morada comum. Mas também creio que quando a administração central pretende substituir completamente o concurso livre dos primeiros interessados, engana-se ou deseja enganar-nos.*

Tocqueville, 1962, p.76

Como não é tarefa fácil no Brasil (e em especial no Rio de Janeiro), o acesso a documentos oficiais, foi apenas em abril de 2013 que a pesquisa finalmente teve acesso a 450 documentos inéditos, junto a Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, que permitiram trabalho de mapeamento de todos os conselhos distribuídos em dez regiões da cidade, bem como a sistematização coletiva do perfil dos conselheiros. A título de exemplo da riqueza e detalhamento das informações obtidas, foram anexadas algumas, ao longo da exposição dos assuntos, dentre as reuniões dos dez conselhos distritais da cidade. No total, o conjunto de informações reúne quatro reuniões por conselho distrital (totalizando 40 reuniões), e mais quatro do conselho municipal de saúde, além de outras reuniões e audiências públicas realizadas pela PJTSCAP.<sup>331</sup>

Até o momento foram mencionados vários motivos para caracterizar a latência dos conselhos distritais de saúde no Rio de Janeiro. Eles historicamente lutaram para ter suas próprias eleições internas e eleger seus presidentes e, por causa disso, são fonte constante dos questionamentos no CMS. À época do início da pesquisa, apenas como ilustração, quando pesquisado pela primeira vez na

---

<sup>331</sup> Ver documentos PJTSCAP 2009c – 2009p, 2010 – 2010h.



internet o verbete “conselho de saúde no Rio de Janeiro”, a ferramenta de pesquisa lançava como resposta os blogs dos conselhos<sup>332</sup> distritais, exatamente o do já mencionado CODS 3.1, que depois de pesquisado descobriu-se tratar exatamente do mesmo distrital a primeiro realizar eleições.

A análise das atas do CODS 3.1<sup>333</sup>, traz a presença de gestores prestando contas diretamente à população da região, que por sua vez, traz as queixas e dificuldades dos atendimentos nos hospitais e unidades de saúde. A seguir o exemplo da resposta de um diretor de hospital, impressionado com o fórum que encontrava junto ao CODS 3.1 em maio de 2012:

Dr. Flávio Adolpho Silveira – Diretor do Hospital Federal de Bonsucesso que iniciando sua fala diz que as onze perguntas mereciam onze seminários. Todas extremamente pontuais. A primeira delas sobre o paciente que quer ter alta hospitalar e não consegue. Diz ser um direito do cidadão e de certa forma, precisamos acolhê-lo. Flávio declara que durante todo o seu tempo de medicina, a cena que mais o agrediu foi ver um paciente deitado embaixo de uma escada dentro do HFB. Diz que sobre a questão de conhecer as outras unidades, já vem acontecendo através do contato com o coordenador e que todos os gestores tem a obrigação de conhecer os recursos da área de abrangência. Flávio diz que embora atenda muitos pacientes vindos de longe, 80% dos pacientes atendidos no HFB são moradores da região do entorno, porém 70% dos pacientes que internam são da grande região metropolitana do Rio. Atende no ambulatório e na emergência em torno de 70% dos casos de média complexidade que se internam através do ambulatório e os que não conseguem via emergência. Flávio declara que avançamos muito e que não se recorda de um seminário nos moldes deste onde se coloca o problema a fim de buscar resolutividade. É a primeira vez neste nível, com gestores colocando as suas dificuldades no atendimento. Declara que é desumano e que temos que ter a porta de entrada e de saída acertadas. Tem a certeza que conseguiremos construir uma grande rede no entorno e que as duas unidades hospitalares HFB e HGV tem condições de vir a atender as grandes complexidades do grande entorno<sup>334</sup>.

Todas as reuniões do CODS 3.1 são gravadas, como ocorre também em alguns outros distritais, mas não em todos. As atas estavam disponíveis no blog muito antes de essa prática ser adotada pela prefeitura. Lá estavam também os marcos legais, fotos das reuniões, regimento interno do distrital e do municipal. A visita atual do blog permite consultar todas as atas de 2012 e 2013. A prestação de contas e informações sobre a expansão das clínicas da família, também aparecem:

<sup>332</sup> Ver em <http://cds31.blogspot.com.br/>

<sup>333</sup> Ver CODS 3.1 2012, 2012a – 2012i; 2013, 2013a, 2014.

<sup>334</sup> CODS 3.1. RELATÓRIO DO I SEMINÁRIO DE PACTUAÇÃO DE REDES DA AP-3.1, maio de 2012, disponível em <http://cds31.blogspot.com.br/2012/10/relatorio-do-i-seminario-de-pactuacao.html>

A presidente Fátima pergunta quantas clínicas da família temos hoje em dia em nosso território, coordenador responde em nossa área atualmente são 8 clínicas, sendo 4 delas no novo modelo e ainda as clínicas de famílias Felipe Cardoso, Heitor dos Prazeres, Augusto Boal, Rodrigo Hoig que são estruturas com outras equipes inclusas. A presidente agradece a todos os convidados presentes, à mesa, à plenária e por ser uma conferência muito fechada, resumiram as clínicas de famílias, aos profissionais de saúde, os gerentes, os administradores da área do PSF/Clínica, esperando que tenhamos outros encontros e que possa ter a liberdade de convidá-los não para um fórum muito fechado mais um pouco aberto para trazer mais profissionais de maneira adequada. Agradece a presença da universidade Augusto Motta (UNISUAM), à Teias de Manguinhos e à comissão organizadora em nome do Jorge, da Flávia, e de todos os outros que estão sendo representados<sup>335</sup>.

A menção especial aos distritais em geral foi ouvida tanto por parte do vereador Paulo Pinheiro, como por parte da entrevista com a promotora Anabelle, como será discutido no próximo capítulo. O vereador Paulo Pinheiro comentou para a pesquisa sobre os conselhos em perspectiva comparada:

A função do conselho como fiscal não existe mais no conselho estadual. O Conselho Municipal ainda existe porque ainda há um grupo de pessoas que pensa que deve fiscalizar, a percepção de que o conselho não pode ser um mero local despachante. O conselho está com muita dificuldade, o conselho precisa melhorar tecnicamente(...) O governo não quer fazer plano de cargos e salários, melhorar, porque ele quer terceirizar tudo. O aprendizado é muito importante para o conselheiro. O Estadual é mais fraco, e o Municipal porque tem Conselhos Distritais resiste por causa da estrutura dos distritais. Volume de pessoas que quer discutir os assuntos. No distrital tem mais realidade, as figuras mais próximas da população. No distrital é difícil o responsável pela unidade está lá, e o usuário tem que falar mal na frente dele. O usuário reclama que não funciona bem, frente aqueles que trabalham e são gestores da unidade, é difícil<sup>336</sup>.

Ou seja, nas visitas, nas plenárias, nas atas, onde tinha ruído, era certo que tinha um conselheiro distrital por perto. E como essa pesquisa, epistemologicamente, se concentrou na perspectiva da tensão entre participação e representação, considera-se plausível afirmar que a latência da crítica, em sua perspectiva micro, mas responsável por ganhos que se observam a nível macro, pode ser localizada nos distritos cariocas. Esse foi o caso das eleições diretas para presidente dos CODS.

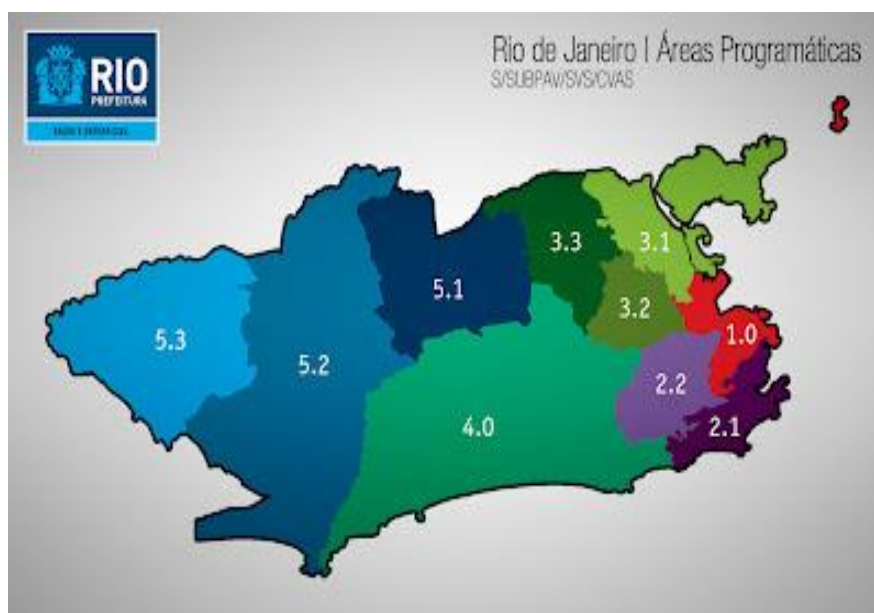
---

<sup>335</sup> Ibid.

<sup>336</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do Vereador Paulo Pinheiro, em 18/02/2013.

Eles estão longe de estar adequados aos padrões sanitários, como visto no Capítulo 5. Também não se pretende afirmar que de fato realizem um papel idealizado do controle social. O que se pretende analisar são momentos, lampejos de representação de interesses políticos da população usuária do SUS, que é possível destacar nos distritos e na sua proximidade da população. Ao longo da experiência participativa na cidade do Rio de Janeiro, a distribuição dos CODS nas diferentes regiões dentro do espaço físico da cidade, ocorreu conforme o Mapa 1 abaixo:

**Mapa 1 – Mapa da participação social- territorialidade dos CDS – distribuição nos Bairros e Distritos**



Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2013.

Se observado o mapa acima, as dez áreas de planejamento obedeceram a um critério de agrupamento por bairros e territórios populares<sup>337</sup>, e não observaram nenhum critério de população residente ou unidades de saúde disponíveis quando foram assim divididas, como já discutido.

<sup>337</sup> Ao invés de usar o termo favela, consideramos aqui a denominação sugerida por Burgos de território: “Por isso, a categoria território apresenta vantagens analíticas importantes em face da categoria favela: é mais neutra e mais precisa na identificação do fenômeno da fragmentação das cidades e de seus efeitos sociais e políticos sobre o processo de construção da cidadania no mundo popular. A noção de território remete à ideia de um microcosmo, que inclui diferentes formas de organização da habitação popular – inclusive a favela – e que se diferencia da cidade, que é o domínio dos direitos universais, fonte da igualdade e da liberdade; em uma palavra, da cidadania”. Burgos, 2005, p. 191

De acordo com informações da ANS (Agência Nacional de Saúde) a taxa de cobertura, por assistencial do plano de saúde e localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação (Brasil – março/2013), posiciona a cidade do Rio de Janeiro com um percentual de 53,2% da sua população como usuária de plano de saúde<sup>338</sup>. Isso quer dizer que os quase 47% restantes são usuários exclusivos do SUS.

A partir do Quadro 5 organizado e apresentado nas próximas páginas, é possível observar o grau de cobertura do SUS, e sua distribuição nos diferentes bairros e territórios da cidade. A categoria cobertura do SUS significa o percentual da população residente nas diferentes regiões, que utilizam o sistema único de saúde<sup>339</sup>. É possível destacar como a população das APs, cujo poder aquisitivo é mais alto, como é o caso do CODS 2.1 e 2.2, tem perfil de cobertura do SUS mais baixo do que os de outras regiões. Tais dados reforçam o padrão desigual de importância que a participação pode representar nos CODS junto à população da cidade.

De acordo com os documentos pesquisados, foi possível obter um total geral de conselheiros distritais na cidade do Rio de Janeiro para os anos de 2009 e 2010. São eles CODS 1.0 – 36 membros titulares, CODS 2.1 – 52 membros titulares; CODS 2.2 – 56 membros titulares; CODS 3.1 – 104 membros titulares; CODS 3.2 – 32 membros titulares, CODS 3.3 – 48 membros titulares; CODS 4.0 – 64 membros titulares; CODS 5.1 – 64 membros titulares; CODS 5.2 – 48 membros titulares ; CODS 5.3 – 56 membros titulares . É possível afirmar que existe hoje um total de 560 conselheiros de saúde eleitos a partir das conferências distritais de cada área programática, a partir dos critérios e normas de qualificação, conforme já discutido, que normatizam a possibilidade de vinculação às associações da sociedade civil organizada de cada distrito.

---

<sup>338</sup> Ver <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

<sup>339</sup> Conforme planilha Indicadores de Saúde por Área Programática do Município do Rio de Janeiro. PCRJ, 2008 GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC-RJ.

**Quadro 5 – Áreas Programáticas e CODS**

<b>AP/CODS</b>	<b>BAIRROS</b>
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 1.0</b> <b>CODS 1.0</b> 1 sala na MATERNIDADE DA PRAÇA XV, Centro. COBERTURA DO SUS (2008) 84,7%	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 2.1</b> <b>CODS 2.1</b> 1 sala na Av. Venceslau Brás, 65, Botafogo - Hospital Pinel COBERTURA DO SUS(2008) 42,5%	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2</b> <b>CODS 2.2</b> 1 sala e auditório compartilhado na Rua Conde de Bonfim, 764, Pd. Prefeitura, Tijuca. COBERTURA DO SUS (2008) 38,1%	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 3.1</b> <b>CODS ( Conselho Distrital de Saúde) 3.1</b> <b>Rua São Godofredo, 51, SALA 07, IAPI - Penha</b> COBERTURA DO SUS (2008) 74,4%	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manginhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Gera
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 3.2</b> <b>CODS 3.2</b> Rua Ana Barbosa, 21, Méier – 1 sala na Policlínica César Pernetá COBERTURA DO SUS (2008) 75,6%	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 3.3</b> <b>CODS 3.3</b> Rua Ubirajata, 25, sala 19 - no PAM Alice Tibiriçá / Auditório Clementino Fraga COBERTURA DO SUS (2008) 99,2%	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 4.0</b> <b>CODS 4.0</b> Av Ayrton Senna, n. 2001, BL C BARRA COBERTURA DO SUS (2008) 51,4%	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 5.1</b> <b>CODS ( Conselho Distrital de Saúde) 5.1</b> <b>CMS Waldir Franco, Praça Cecília Pedro – Bangu - Ocupam 2 salas há pelo menos 10 anos no mesmo lugar</b> COBERTURA DO SUS (2008) 57,9%	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 5.2</b> <b>CODS 5.2</b> Praça Vieira de Melo, s/n, Comari – Campo Grande COBERTURA DO SUS (2008) 59,2%	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 5.3</b> <b>CODS 5.3</b> Rua Senador Camará, 372, SANTA CRUZ COBERTURA DO SUS (2008) 83,2%	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Fonte: Base própria de dados da pesquisa de tese, a partir de PCRJ e SUS/IBGE.

Já que está prevista em lei a suplência, estão eleitos também em igual número suplentes. Ou seja, se tomados titulares e suplentes a cidade do Rio de Janeiro possui um total de 1.120 conselheiros. Novamente, se observarmos o grau de organização da sociedade a partir do número de conselheiros eleitos que obtiveram a qualificação adequada, novamente o CODS 3.1 se destaca. Seu colegiado possui nada menos que 104 membros titulares, e se tomados os suplentes, estima-se um universo de 208 conselheiros distritais em atuação.

Sobre a importância desigual dada pelas diferentes regiões da cidade aos CODS, reforçadas espacialmente pelos dados analisados nas planilhas e no mapa comparativamente, o padrão desigual de importância que a participação pode representar nos CODS junto à população da cidade, pode ser sentida inclusive no interior do distrital 3.1.

Se tomada a ata do CODS 3.1 de 17 de outubro de 2012, uma conselheira da região da Ilha do Governador fazia uma reclamação de que o bairro estava “entregue às baratas”, ao que foi retrucado pela presidente:

A senhora presidente agradece aos palestrantes Érica e Carlos Maury e com relação à fala da usuária Odaléa da Ilha, se diz surpresa quando a mesma declara que a saúde da Ilha está entregue às baratas, quando vê presente na plenária, quatro gestores da Ilha: Doutora Olga; Doutor Moreno; Doutora Márcia e uma gestora de Clínica de Família. Concorda que a UPA Ilha não está boa, que o novo hospital está atrasado para inaugurar devido a problemas na parte elétrica, porém existe a previsão de inauguração do Centro de Emergência Regional da Ilha. Agradece a usuária Odaléa pela presença e lamenta que os representantes do controle social da Ilha pouco comparecem<sup>340</sup>.

De acordo com os dados expostos, a região da Ilha do Governador faz parte de um conjunto de bairros e territórios que compõem a área programática da AP 3.1. Além dele, Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Jardim América, Mangueiras, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral. Ou seja, do ponto de vista do poder aquisitivo, os conselheiros das regiões menos marginalizadas comparecem menos do que aqueles das regiões mais carentes, com maior número de usuários do SUS.

---

<sup>340</sup> CODS 3.1. ATA da Reunião Ordinária de 17 de outubro de 2012. Disponível no blog <http://c31.blogspot.com.br>

## 8.1. Perfil dos conselheiros distritais

De acordo com o já salientado, a pesquisa alcançou 100% de informações coletadas para todos os presidentes dos Conselhos Distritais da cidade, no período de 2009/2011, além do presidente do CMS. Isso perfaz um total de informações de amostra para 44 conselheiros, incluindo presidentes e membros das comissões executivas. A partir desses dados foi estabelecido o perfil descrito a seguir.

A primeira distinção fundamental que o estudo dos perfis dos presidentes dos conselhos distritais e municipal permite auferir diz respeito aos segmentos. Se a problemática do CMS, conforme visto anteriormente, dizia respeito à como a deliberação é levada em consideração pelo Executivo ou não, no caso da presidência do Conselho Municipal, o presidente é o próprio secretário, o que reforça a perspectiva de pressão por parte da agenda do Executivo e limita a perspectiva de ação autônoma a partir das deliberações. Ressalte-se que o problema não é exatamente deliberar, a deliberação acontece, mas a prefeitura atua tentando minimizar as contestações<sup>341</sup>.

Já nos CODs, conforme enunciado nos capítulos anteriores, a experiência histórica de eleições internas foi confirmada para o cargo de presidente e comissão executiva. O impacto de 15 anos (1994-2009) de eleições é evidente marca de diferenciação da lógica distrital para a municipal. Atualmente, nenhum presidente de conselho distrital é do segmento de gestores. Feito o levantamento dos dados, em 2009, verificou-se que 80% dos presidentes são do segmento de usuários, enquanto apenas 20% dos eleitos são do segmento de profissionais de saúde.

Foi apurado também que 100% dos conselhos distritais observam, seja a paridade como descrito em relação ao Conselho Municipal a partir dos dados da MUNIC 2011 no capítulo 5, seja na observância paritária da composição das Comissões Executivas, formadas sempre por 8 membros (4 usuários, 2 profissionais de saúde e 2 gestores).

Maria Helena Labra & Figueiredo, em pesquisa realizada conjuntamente sobre os conselhos municipais do Estado do Rio de Janeiro, havia encontrado em

---

<sup>341</sup> Essa pressão do gestor é apontada em diferentes estudos sobre os CSs, conforme destacado por Labra, 2002, p.542.

2002, um perfil de 40% de mulheres e 60% de homens. A referida pesquisa contou em 2002 com 60 conselheiros entrevistados de 16 municípios diferentes.

É possível observar que, perante essas informações, a lógica distrital do município do Rio de Janeiro inverte a tendência. É importante ressaltar que como a pesquisa coletou dados apenas de presidentes e comissões executivas, foi tratada somente a esfera de decisão do conselho. De acordo com os dados obtidos, dos 44 conselheiros, 57%(25) das representantes distritais nessas posições eram mulheres, enquanto 43%(19) eram do sexo masculino.

Conforme observado por Miguel & Biroli (2009) a busca por uma presença maior das mulheres nos espaços decisórios se insere em um movimento mais amplo, que identifica, como um dos pontos decisivos de cerceamento das democracias contemporâneas, a sub-representação política de determinados grupos sociais. De acordo com o pontuado pelos autores:

O grupo dos governantes, em relação ao conjunto da população, tende a ser muito mais masculino, muito mais rico, muito mais instruído e muito mais branco - uma observação que vale para o Brasil e para as democracias ocidentais em geral<sup>342</sup>.

A expansão do sufrágio eleitoral, com a incorporação de novos grupos, como as próprias mulheres, os trabalhadores e os analfabetos à cidadania política, foi um processo lento que não produziu ainda uma mudança tão significativa na classe política de representantes formais. Miguel & Biroli (2009) chamam atenção para o trabalho de Anne Phillips (1999), segundo quem não é suficiente a eliminação das barreiras à inclusão, mas seria necessário incorporar explicitamente os grupos marginalizados no corpo político:

A afirmação da relevância política dos *grupos* sociais leva a uma ruptura com o individualismo abstrato que marca o pensamento liberal (e, por intermédio dele, o ordenamento constitucional das democracias ocidentais). O rompimento com esta tradição foi embasado teoricamente por uma miríade de pensadores, que, no entanto, oscilam desde a exaltação à diferença de grupo, com o abandono de qualquer perspectiva unificadora, como Iris Marion Young (1990), até a busca de um compromisso com o republicanismo cívico, enfatizando a necessidade de que as pessoas percebam os limites de sua própria posição diante "da comunidade mais ampla à qual todos em última análise pertencemos", que é a posição da própria Anne Phillips (1993, p.106)<sup>343</sup>.

<sup>342</sup> Miguel & Biroli, 2009, p. 80.

<sup>343</sup> Ibid.



Conforme observado por Araújo (1998), no Brasil a tentativa de aumentar a representação formal feminina obteve resultados frustrantes, o que se pode atribuir às peculiaridades do nosso sistema eleitoral, (e a representação proporcional em listas abertas). A principal resposta prática ao problema da sub-representação feminina no país foi a alteração da legislação eleitoral, que introduziu cotas para candidaturas femininas nos partidos e coligações, o que não atingiu os efeitos esperados.

O que foi infrutífero do ponto de vista da representação legislativa formal, é possível salientar, teve uma contrapartida na experiência do âmbito da representação do controle social nos conselhos. Após quinze anos de eleições, elas não apenas foram as mais assíduas nas reuniões de participação comunitária dos Conselhos Distritais junto ao Ministério Público de Tutela Coletiva da Saúde ao qual a pesquisa teve acesso, como também foi possível destacar o grande número de mulheres conselheiras nas audiências públicas assistidas.

Se consideradas as 10 presidências de Conselhos Distritais, elas também merecem referência. Nada menos do que 50% dos CODS cariocas são presididos por mulheres. Segundo relato da promotora de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, elas seriam “aquelas senhorinhas, aposentadas, e muito participativas”.

As profissões encontradas dos conselheiros e das conselheiras também são variadas, como é possível observar na Tabela 6. Dos 44 conselheiros e conselheiras, destacam-se as funções de auxiliar de enfermagem (4), enfermeiro(4), fisioterapeuta(3), médico (2) (profissões relacionadas à saúde); mas também é possível ressaltar a incidência de pessoa dedicada ao lar (4), aposentados (4) e pensionistas (2). Apenas uma pessoa declarou não possuir ocupação.

**Tabela 6 – Profissões dos CODS**

<b>Profissões dos Distritais</b>	<b>TOTAL</b>
Assessor da ALERJ	1
Assessor da Câmara Municipal do RJ	1
Adm. de empresas	1
Agente com saúde	2
Agente de apoio	1
Aposentado	4
Artesão	1

<b>Profissões dos Distritais</b>	<b>TOTAL</b>
Autônomo	1
Auxiliar de enfermagem	4
Comerciante	1
Do lar	4
Enfermeiro	4
Engenheiro	1
Fisioterapeuta	3
Func. Publico	3
Medico	2
Não informado	1
Pensionista	2
Professor	1
Secretário	1
Sem ocupação	1
Técnico de Enfermagem Serv. Municipal	3
Técnico Radiologia	1
<b>Total</b>	<b>44</b>

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Já se analisado o grau de instrução, conforme Tabela 7, somadas as opções superior incompleto, superior e pós-graduado, é possível afirmar que 50% dos conselheiros distritais entrevistados possuem o segundo grau completo. Ainda que esse percentual caia para 45,5%, se considerarmos apenas o ensino superior completo, o padrão está próximo do encontrado por Labra em 2002 (43%). Somando-se primeiro e segundo grau obtém-se o total geral de 43,2% dos conselheiros entrevistados.

**Tabela 7 – Nível educacional dos conselheiros distritais**

Total Primeiro Grau	8
Total Segundo Grau	11
Total Superior Incompleto	2
Total Superior	19
Pós-graduado	1
Não informado	1
TOTAL	44

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Mesmo que esses números possam indicar que pessoas mais preparadas sejam escolhidas pelas organizações para representá-las no conselho, como afirma a autora, é inegável a inflexão do número de mulheres que à frente da presidência dos CODS. Dentre os dez presidentes, nada menos que cinco são mulheres. Esse configura um dentre os principais e inesperados achados da tese, pois surpreendeu as expectativas metodológicas pré-campo e merece acompanhamento continuado para melhor compreensão do padrão ao longo do tempo.

Conforme observado por Axel Honneth (2000), uma teoria crítica do reconhecimento deve problematizar caminhos emancipatórios a partir do não-reconhecimento:

La signification des différents luttes particulières se mesure à la contribution positive ou négative qu'elles ont pu apporter à la réalisation de formes authentiques de reconnaissance<sup>344</sup>.

Ou seja, o desrespeito pode ser uma fonte motivacional para ações de resistência política. As lutas por direitos de saúde travadas nos distritais da cidade do Rio de Janeiro tem ao menos uma contribuição positiva. A possibilidade de homens e mulheres estarem participando, enquanto representantes da sociedade civil nas presidências dos CODS, equitativamente eleitos nos colegiados, conforme observado, permite sugerir algum avanço no combate à desigualdade. Ainda que seja um ambiente que precise de muitas melhorias, nas plenárias dos CODS há algum reconhecimento social às mulheres, se tomados os resultados das suas eleições.

<sup>344</sup> Axel Honneth, 2000, p. 285. Interessante recepção do trabalho de Honneth no Brasil foi feito por Mattos, 2009.

A título de ilustração do processo de reconhecimento e de como o desrespeito pode se transformar em potencial de solidariedade e luta política, conforme sugerido por Honneth, está o caso de uma conselheira entrevistada pela pesquisa que foi acolhida em um distrital da cidade após ter fugido de sua residência, localizada em um município da baixada fluminense, devido às constantes denúncias de irregularidades. Obviamente, foi resguardado seu sigilo. As pessoas no distrito atual não sabem do ocorrido, a não ser a presidência do conselho.

Conforme já observado, o grau de instrução também é alto entre os presidentes homens e mulheres (50% com nível superior). Dentre as cinco mulheres à frente das presidências, três possuem nível superior completo e apenas duas declararam ter apenas o fundamental. Se por um lado isso aponta para o fato de que existe uma escolha dos mais bem preparados em termos de conhecimento formal nesse processo, por outro lado, não se sustenta a ideia presente na literatura de que a participação das mulheres é marcada por uma perspectiva perversa de “disponibilidade de tempo” e as que participam seriam apenas aquelas “excluídas do mercado formal, de baixa formação educacional e pobres”<sup>345</sup>. Ainda que a pesquisa tenha levantado que existem conselheiras com perfil educacional fundamental, foi observado que nesses casos há membros da comissão executiva que apoiam as presidências com conselheiras e conselheiros que possuem nível superior.

## 8.2.

### **A filiação partidária nos CODS: “para quê serve o conselho?”**

A pesquisa conseguiu dados referentes à filiação partidária, que normalmente são de difícil acesso. Graças aos registros do Programa Fala Conselho do MP, como será descrito no próximo capítulo, foi possível fazer um levantamento do perfil político dos conselheiros.

Se Avritzer (2009) chama a atenção para a importância do PT no fortalecimento dos conselhos no Brasil, trabalhos como o de Tatagiba e Blikstad (2011) também chamam a atenção para que os militantes do movimento de moradia em SP, por exemplo, possuem histórica vinculação com o PT. Quando as

---

<sup>345</sup> Ver Rocha, 2011, p. 182.

pesquisadoras perguntaram se os entrevistados eram próximos a algum partido político, 72% responderam que sim. Desses, 91,6% afirmaram ter simpatia pelo PT e 2,8% pelo PSDB. Outros partidos foram citados, como PCB, PP, PV, PSOL, PCdoB, PTB, todos com menos de 1% de frequência. Para 31%, os “inimigos do movimento” eram os partidos e governos alinhados à direita, DEM e PSDB principalmente.

De acordo com o discutido nos capítulos 5 e 6, sabe-se que no caso do Rio de Janeiro o PDT, PCB, PCdoB, PSOL e PPS tiveram maior participação histórica nesse processo. A análise da filiação partidária observada dentre os conselheiros distritais, permite reforçar essas influências históricas a partir da distribuição observada em 2009/2010, conforme Tabela 8 abaixo:

**Tabela 8 – Filiação partidária**

<b>PARTIDO</b>	<b>CONSELHEIRO DISTRITAL</b>
PT	6
PCdoB	6
PDT	1
PSOL	1
PMDB	1
PPS	2
DEM	1
Não possui	25
Não informado	1
Filiação partidária	18
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>

Fonte de dados da pesquisa.

A filiação partidária declarada dos conselheiros foi de 40%, (18), distribuída entre PT (6), PCdoB (6), PDT (1), PSOL (1), PMDB (1), PPS (2), DEM (1). Se tomados os partidos de esquerda em conjunto, o total atinge 14 em um total de 18, o que nos leva a um universo de quase 78% de representação dos partidos de esquerda dentre os conselheiros distritais cujos dados foram analisados. O problema na cidade do Rio de Janeiro é que tanto PT quanto PCdoB fazem parte atualmente da coligação Somos um Rio, em que os únicos partidos que estão “de fora” são PSOL e DEM.

Esse perfil distrital é mais baixo do que o perfil municipal obtido por Labra & Figueiredo em 2002, que era de 55% de conselheiros municipais com

participação em partido político. É inferior também ao perfil encontrado para o movimento de moradia em São Paulo por Tatagiba e Blikstad (2011) de 72%.

É possível destacar, contudo, que a vinculação declarada com o partido político PSOL, adveio exatamente do CODS 3.1, o que se pode sugerir é que marca um pouco a localização da vanguarda política de luta pela participação social na cidade. Não obstante, é inegável a forte presença do PT e do PCdoB nos espaços de participação social da cidade.

Todas as informações levantadas permitem observar que os conselhos distritais são lugares propícios a lampejos de formação de interesses, apesar das inúmeras adversidades. Foram encontrados relatos de avaliação política e tentativas constantes de dialogar criticamente com a política instituída com os representantes formais. Se a presença dos gestores das unidades mais locais a nível distrital é constante nos CODS, a maior dificuldade ainda está em levar adiante para o plano municipal e estadual essas deliberações. As eleições no CMS foram uma conquista palpável nesse sentido. Cabe ressaltar também, que se os gestores municipais são presentes nos níveis municipal e distrital, a percepção dos CODS em relação aos gestores estaduais é de crítica absoluta. Foi encontrado em relatos de 100% dos CODS de que nenhum representante da gestão estadual participou algum dia sequer de uma reunião distrital, mesmo quando notificado por ofício.

Por outro lado, foi possível destacar alguma estratégia de esvaziamento dos distritais no CMS, numa argumentação observada de que as críticas e os questionamentos surgidos nos distritos teriam “uso político” ou “uso eleitoreiro”. Os dados levantados permitem afirmar, que mesmo que sejam refreadas as demandas dos distritais, quando chegam ao nível municipal, em virtude da possível proximidade da gestão, os Conselhos Distritais são espaço latente na cidade de formulação política de demandas sociais de base dos usuários.

Uma última questão, não menos importante a ser tratada. Pode o conselheiro distrital falar? Perguntados para quem serve o Conselho Distrital, é inequívoca a percepção de que ele deve fiscalizar as ações da prefeitura, lutar por igualdade de atendimento, apontar as maiores carências e estabelecer contato entre a sociedade

e o estado. A riqueza exploratória das respostas é tão grande, que optou-se por fazer uma lista das mais repetidas dentre as respostas<sup>346</sup> encontradas:

- “fiscalizar e cobrar os gestores sobre políticas na área da saúde”;
- “buscar a melhoria de qualidade de vida da população”;
- “acompanhar a implementação de políticas públicas, visando a melhoria da assistência”;
- “a voz da comunidade para o fomento das políticas públicas”;
- “deliberar e fiscalizar as ações na área de saúde e avaliar se os novos serviços que serão oferecidos a população são adequados ao atendimento do usuário”;
- “fiscalizar e servir de ferramenta para promoção de melhoria aos serviços ofertados aos usuários das condições de trabalho dos profissionais de saúde e auxílio dos gestores na melhoria constante do atendimento da população”;
- “para o controle social na área de saúde, isento e sem interferências políticas”;
- “fiscalizar e aprovar o orçamento da área, bem como o plano de gestão, os credenciamentos de serviços (área pública e privada)”;
- “a ferramenta do controle social, para a garantia dos serviços ofertados pelo SUS”;
- “para que possam melhorar o atendimento ao usuário sem outras ingerências e pressões”;
- “verificar e cobrar dos gestores a operacionalidade e funcionalidade dos serviços prestacionais ofertados à população”;
- buscar atendimento de qualidade e equânime a toda a população da AP; fornecer os pareceres que são necessários para credenciamento das unidades privadas que pleiteiam credenciamento”;
- “ferramenta política para negociação com os gestores para melhora do atendimento”;
- “apontar as prioridades e os **desertos sanitários**, com propostas”;
- “se o povo soubesse o quanto ele poderia servi-lo, e se as leis fossem cumpridas ele poderia ajudar muito o povo brasileiro”;

---

<sup>346</sup> PJTSCAP 2009c – 2009p, 2010 – 2010h

- “ajuda a apontar no que pode melhorar aquela região”.

Ou seja, a atuação política voluntária dos conselheiros e conselheiras, não aparenta a ingenuidade que muitas vezes lhes é atribuída pela literatura. A perspectiva de fiscalização da implementação das políticas públicas é a característica mais forte de auto-atribuição descrita por esses atores sociais. Já aparecem mencionadas também as questões entre público e privado, relativas às OSs, bem como a postura de não ceder às pressões. A perspectiva do distrito sanitário tem a sua oposição crítica destacada no mundo da vida: há locais na cidade de verdadeiros “desertos sanitários”.

Se Spivak (2010) observa que o “subalterno não pode falar”, e que não havia valor algum atribuído à “mulher<sup>347</sup>” com um item respeitoso nas listas de prioridades globais, esta tese partilha da percepção de que a representação não definiu, mas a sua melhor possibilidade de pluralização ainda inclui normativamente a perspectiva de ampliação da participação social na política.

As mulheres possuem presença significativa nos distritais cariocas, e o ponto de partida desta tese não foi procurar mulheres conselheiras. Esse perfil foi encontrado no campo, e apesar de circunscrita no sentido apontado por Spivak (2010), a perspectiva intelectual da mulher que ora escreve, certamente se identificou com a luta de inúmeras mulheres anônimas que atuam diariamente de forma voluntária pela saúde na cidade do Rio de Janeiro.

### 8.3.

#### A Riosaúde – um “braço mecânico” da saúde na cidade

*A Musa das ruas é a Musa que viceja nos becos e rebenta nas praças, entre o barulho da população e a ânsia de todas as nevroses, é a Musa igualitária, a Musa-povo, que desfaz os mais graves em lundus e cançonetas, é a única sem pretensões porque se renova como a própria Vida.*

João do Rio, 2012, p.234

O espaço temporal de observação participante da pesquisa foi até 04 de abril de 2013, na Audiência Pública que aconteceu na CMRJ. O clima que marcou a

---

<sup>347</sup> Spivak, 2010, p. 126.



audiência era de muita tensão. As galerias estavam lotadas de conselheiros e conselheiras com gritos de ordem, que aludiam a mais uma tentativa de “privatização” da saúde na cidade. Estavam lá participantes de vários setores da saúde, sindicatos, jovens, membros da academia e também a Rede Mobilizadora Meu Rio<sup>348</sup>.

As informações prestadas pelo secretário de saúde, Hans Dohmann (diga-se de passagem o presidente do CMS, mas que nesse dia respondia como secretário), foram duramente criticadas pelos presentes por não responder diretamente aos questionamentos. O secretário pontuou que as dúvidas e detalhes legais sobre a forma de contratação de funcionários e migração de funcionários da SMS não poderiam ser respondidas por ele. O secretário repassou grande parte dos questionamentos à Secretaria Civil do município. Ausente do encontro por conta de um compromisso com o prefeito Eduardo Paes, o secretário da Casa Civil, Pedro Paulo Teixeira, participaria de nova audiência, que, todavia, não seria aberta ao público. Esse padrão de exclusão da população nas decisões políticas relevantes na cidade culminaria no ano de 2013 com várias invasões da CMRJ pelos manifestantes da cidade.

Esse era o momento, já citado anteriormente, de ápice da revolta dos conselheiros perante a presidência do CMS. Era um grande caldeirão de insatisfações, além do relato à pesquisa, de que “depois de eleito presidente, nunca mais apareceu no conselho”<sup>349</sup>, o coro que se ouvia no plenário era “secretário o conselho quer saber: cadê o presidente no conselho!”<sup>350</sup>,

A perspectiva de criação da nova empresa para saúde (PL80/2013) propunha uma discursividade e interpretação peculiares. Quando proposta pela prefeitura trazia a justificativa de alinhamento, de “modernização”. O moderno seria apresentado como um padrão político nacional a ser adotado na cidade. Não obstante, se proposta uma novidade, a Riosaúde teria atuação em semelhança à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Tal empresa atuará em hospitais universitários federais em todo o país, regulada a partir da Lei N° 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Nas palavras do secretário:

<sup>348</sup> Ver <http://www.meurio.org.br/>

<sup>349</sup> Entrevista segmento usuários em janeiro de 2013 na Audiência Pública de Saúde CMRJ, 04/04/2013.

<sup>350</sup> Observação participante das palavras de ordem cantadas na oposição da plenária em 04/04/2013, das cadeiras destinadas à audiência.

A Secretaria já tem um braço gerencial que é a própria secretaria e um braço executor, que são as OS. A Riosaúde será um novo braço operacional da Secretaria de Saúde<sup>351</sup>.

De acordo com o pronunciamento do presidente do SinMed, Jorge Darze, o discurso oficial era o oposto do que se vivenciava no dia-a-dia da saúde na cidade. Não havia respeito às opiniões democráticas no Rio de Janeiro, pois não estavam sendo cumpridas as resoluções das Conferências Municipais de Saúde. Nesse sentido, o prefeito estaria descumprindo as leis do SUS, e mesmo que escute as reclamações, faz apenas o que deseja. A ideia da Riosaúde seria um “pacote nacional” estendido aos estados e municípios a partir do Grupo Conceição em Porto Alegre, cuja inconstitucionalidade estava sendo arguida na justiça. Sobre os “braços”, o presidente argumentava:

Essa nova linguagem dos braços pensa a saúde enquanto ferramenta mecânica, e não como um direito de todos. Se a prefeitura possui braços eles são mecânicos, braços que nem sempre seguem a orientação de seu corpo (...) Se a solução mágica é pagar mais, porque não se paga melhor ao servidor público?<sup>352</sup>.

Outro depoimento que mereceu atenção foi o pronunciamento da representante do Meu Rio. Ela autodenominou o grupo enquanto “não-partidário” na audiência pública e ressaltou o fato de que as consultas à população retratavam que a saúde era o maior problema da cidade para 46% dos entrevistados. A representante ponderava que não havia informações suficientes para aprovar a Empresa e pediu aos vereadores que votassem NÃO.

E os conselheiros, como estavam nesse contexto? Avaliado a partir da tensão, além dos gritos de insatisfação na plateia, seriam representados na participação, na fala do vice-presidente eleito no CMS. Novamente a hipótese de singularidade e relevância dos distritais pode ser destacada a partir do momento de tensão entre representar e participar, que acontecia dentro da própria Câmara. Falaria pelo CMS o presidente do CODS 5.1, eleito vice-presidente. As palavras do senhor Ludugério Antonio da Silva, presidente eleito do segmento usuários e

---

<sup>351</sup> Transcrição de gravação feita pela pesquisa do debate na CMRJ, Audiência Pública de 04 de abril de 2013.

<sup>352</sup> Transcrição de gravação feita pela pesquisa do debate na CMRJ, Audiência Pública de 04 de abril de 2013.

vice-presidente da associação de moradores do Conjunto Habitacional Taquaral, das regiões de Realengo, Bangu e adjacências:

Essa lei nunca passou pelo controle social. Faço um apelo aos digníssimos representantes, que os 51 vereadores ajudem a organizar reuniões sobre todos os artigos que constam dessa lei, antes de aprová-la. É preciso que seja possível discutir, opinar, com apoio jurídico sobre o seu conteúdo. É preciso saber quais serão os critérios da diferenciação de salários propostos entre antigos e novos funcionários. É preciso conhecimento dos termos para que se possa votar consciente<sup>353</sup>.

É possível destacar que a luta em defesa da saúde gera solidariedade entre distintos segmentos e atores sociais, mas mesmo assim ela não foi suficiente para brevar esse processo. Apesar dos protestos manifestos<sup>354</sup> de que a intenção da nova empresa era burlar a lei e diminuir ainda mais os estatutários na cidade do Rio de Janeiro, o projeto do Executivo foi aprovado na Câmara por 31 votos a 12. Entre suas funções, o novo órgão terá de executar e prestar serviços de saúde, gerir as unidades de atendimento, oferecer capacitação e treinamento e celebrar contratos, convênios ou termos de parceria com vistas à realização de suas atividades. A empresa atuará em conjunto com o sistema já adotado e já discutido de gerência por Organizações Sociais (OSs), que hoje gere centenas de unidades de saúde.

Para elaborar a Riosaúde, a prefeitura decidiu em 2013 contratar uma consultoria, em mais um capítulo dessa modernização às avessas. Em dezembro de 2013, contudo, a prefeitura suspendeu a licitação de R\$ 8,5 milhões para contratar consultoria técnica que criaria a nova estrutura. Os valores gastos nos planos de montagem da estrutura e contratação de funcionários para o novo órgão aparecem como uma caixa de pandora, já que não foram revelados pelo executivo municipal. Nem mesmo o projeto de lei do Executivo, aprovado pela Câmara de Vereadores e que deu origem à empresa, detalha esses números. A suspensão momentânea só aconteceu devido a uma recomendação do Tribunal de Contas do Município (TCM-RJ), que questionou o modelo de pregão para fazer a licitação.

---

<sup>353</sup> Transcrição de gravação feita pela pesquisa do debate na CMRJ, Audiência Pública de 04 de abril de 2013.

<sup>354</sup> Ver notícia Jornal do Brasil, 06/04/2013 . Criação de empresa para gerir saúde pública gera polêmica. Ver: <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/04/06/criacao-de-empresa-para-gerir-saude-publica-gera-polemica/>

Óbvio que as forças de oposição na cidade se mobilizam para questionar tal processo<sup>355</sup>. O argumento sobre o uso “antieconômico” das verbas públicas reaparece, na menção sobre a consultoria:

A prefeitura vai contratar uma consultoria para entender os valores que norteiam a percepção de saúde dos usuários do sistema municipal. Como a prefeitura não sabe o que deseja a população que usa as unidades de saúde? Isso é um absurdo. Quer dizer que vão gastar dinheiro público para descobrir o que os usuários do sistema pensam?<sup>356</sup>.

Enquanto isso está previsto para março de 2014 um concurso público para formar o quadro de funcionários da nova empresa. Os aprovados serão contratados pelas normas da CLT. No entanto, ninguém possui a informação de quantas pessoas serão selecionadas, nem mesmo há definição sobre onde vai funcionar a Riosaúde.

O ponto nevrálgico, tanto na EBSRH como na Riosaúde, diz respeito à contratação de trabalhadores via CLT, constante do art. 10 da lei que dá origem à primeira, segundo o qual o regime de pessoal permanente da EBSERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT; e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração<sup>357</sup>.

O problema da proposta da empresa para o Rio de Janeiro “à semelhança” da empresa nacional, é que ela ficaria livre do controle seja da Câmara dos

<sup>355</sup> Ver notícia Folha Dirigida 29/05/2013. RioSaúde já é lei, e polêmica continua. Disponível em:

<http://www.folhadirigida.com.br/fd/Satellite/concursos/noticias-RioSaude-2013-2000040684907/RioSaude-ja-e-lei-e-polemica-continua-2000044980961-1400002102880>

<sup>356</sup> Jornal O Dia. 21.12.2013. Prefeitura volta atrás e suspende consultoria na saúde. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2013-12-21/prefeitura-volta-atras-e-suspende-consultoria-na-saude.html>

<sup>357</sup> No momento inicial, contudo, a empresa (art. 11) para fins de sua implantação, fica autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado. Os contratos temporários de emprego somente poderão ser celebrados durante os 2 (dois) anos subsequentes à constituição da EBSERH e, quando destinados ao cumprimento de contrato celebrado nos termos do art. 6º, nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência dele. Está previsto também, no Art. 7º, que os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSERH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas. Ficou assegurado por lei que os servidores terão seus direitos e as vantagens a que façam jus no órgão ou entidade de origem garantidos na nova instituição. Ver Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Vereadores, seja do controle social. A fiscalização das funções da Riosaúde ficaria a cargo apenas do Tribunal de Contas do Município (TCM-RJ).

Mais uma vez, há uma Adin em jogo. Foi mobilizada a informação de que a Adin 4895<sup>358</sup>, do procurador-geral da República, Roberto Gurgel, questiona a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. O procurador-geral argumenta que a lei viola o inciso 19 do artigo 37 da Constituição, que estabelece que a instituição de empresa pública poderá ser autorizada somente por meio de lei específica, cabendo à lei complementar definir as áreas de atuação dessa empresa. Obviamente que também é contestada a contratação de servidores com base na CLT e as contratações por meio de celebração de contratos temporários e de processo simplificado, mas o desfecho dos braços mecânicos da saúde na cidade ainda está por acontecer.

Já está em andamento a elaboração do pedido de inconstitucionalidade da lei. O pedido foi elaborado pelo departamento jurídico do gabinete do vereador Paulo Pinheiro (Psol) e conta com a assinatura dos vereadores Eliomar Coelho e Renato Cinco, ambos do mesmo partido<sup>359</sup>. A intenção é de que se consiga uma liminar para impedir os próximos passos da criação da empresa, enquanto se discute os méritos da questão. Enquanto o STF não se pronuncia, avança vigorosa a terceirização do atendimento de saúde na cidade.

---

<sup>358</sup> SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade, n 4895. 31/10/2012.

<sup>359</sup>Ver Folha Dirigida 03/06/2013. Vereadores querem liminar para impedir próximos passos. Disponível em: <http://www.folhadirigida.com.br/fd/Satellite/concursos/noticias-RioSaude-2013-2000040684907/Vereadores-querem-liminar-para-impedir-proximos-passos-2000045252814-1400002102880>

## A Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital

De acordo com o discutido no Capítulo 8, assuntos fundamentais sobre a proposta de “modernização” para a saúde, recentemente postos em prática na cidade do Rio de Janeiro, aguardam decisões do STF. Esse é o caso da legalidade da terceirização que ocorre nas OSs e a legalidade da Riosaúde. Nessa espera, atores políticos mobilizam frequentemente interpretações variadas, que vão desde a lentidão do julgamento “autorizar” a ampliação da terceirização ou “ser um indicativo de apoio à política implementada”, enquanto por outro lado, a oposição política busca no parâmetro constitucional o refreio daquilo que se considera extrapolar a ação possível do Executivo. Tais depoimentos sugerem caminhos da dimensão em que a judicialização impacta o município e dele se estende até o Supremo, reforçando a dinâmica em que ela molecularmente atinge a cidade, é mediada também por seus atores, e até mesmo pelos conselhos distritais.

A descrita “metamorfose da terceirização” da saúde na cidade, contudo, foi acompanhada historicamente, conforme levantamento da pesquisa, por ampla modificação no funcionamento do Ministério Público. A perspectiva analítica aqui proposta, longe de considerar que tenha exaurido o tema em sua análise, buscou contribuir para a proposta de determinada agenda de investigação. A agenda que analisa a dinâmica das relações entre Estado e sociedade a partir da tensão entre representação e participação. O que se buscou foi problematizar a partir das tensões a forma política que institui a interação dos representantes da sociedade civil, a partir da dinâmica de participação nos conselhos, e sua imbricação com a Tutela Coletiva da Saúde, promotoria que pode atuar na representação como defesa da sociedade, junto aos demais atores políticos formais: vereadores, membros do poder executivo, prestadores de serviços de saúde públicos e privados.

De acordo com o observado por Garapon (1999), se o estado não é mais o monopolizador da questão social, ele passa a não ter como monopolizar o interesse geral. Numa sociedade de múltiplas legitimidades, pondera o autor, o

Estado deve submeter-se à concorrência de poderes. É possível considerar que a Constituição de 1988 abriu espaço para a perspectiva de um Estado que passa à figura de fomentador. No tocante à cidade, surgiram as políticas especiais destinadas a melhorar a vida nos bairros que enfrentam maiores problemas, em que devem ser prestados melhores serviços.

Decerto, como observado nos capítulos anteriores, tal processo está longe de acontecer, como ensinam os livros e manuais. Isso, contudo, não impede que se preste alguma atenção aos atores que buscam reestabelecer o contato com setores estigmatizados e marginalizados.

Conforme discutido no Capítulo 4, a importância da ausculta à sociedade civil apareceu como um dos valores destacados e entrelaçados aos interesses de combate ao corporativismo no interior do MP. O texto constitucional que foi aprovado traria em seu artigo 127 que o Ministério Público é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, a quem corresponde a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Se o Ministério Público pode ser analisado como um parâmetro sobre a evolução da Justiça, Garapon (1999) chama a atenção para a importância das experiências locais nesse processo. Se a competência tradicional do MP é o “fazer respeitar a lei”, essa pode ser completada por “ter os pés na terra”, ou seja, pragmatismo e ambiência no seu lugar de atuação.

Já foi relatado também que o percurso que levou à pesquisa ao MP ocorreu a partir do comparecimento às reuniões ordinárias do CMS. No início de 2013, foi feito contato por e-mail com a Terceira Promotoria de Tutela Coletiva de Saúde da Capital.<sup>360</sup>

A Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde na cidade fez parte de um processo histórico de segmentação do atendimento aos direitos difusos, de

---

<sup>360</sup> A quem a pesquisadora agradece ao apoio dos funcionários – em especial Ariane Parreira e Daniel Braga –, dos “terceirizados” – em especial ao Senhor Raimundo, que me recebia pela manhã, figura disposta e prestativa, com quem tive longas conversas sobre as agruras das empresas terceirizadas, que atrasam salários e não fornecem adequadamente o vale-transporte, - e da promotora Anabelle Macedo Silva pela atenção, acolhida recebida ao longo das visitas realizadas no mês de abril de 2013, e documentos fundamentais para o adensamento da pesquisa. Promotora há 18 anos, a responsável pela 3ª PJTCSCAP, segundo depoimento em entrevista anônima de uma conselheira distrital à pesquisa, “não é como aquelas meninas promotoras, que a gente chama de meninas superpoderosas”.

racionalização interna na organização dos procedimentos. Se as decisões em matérias como a saúde requerem dos governos conhecimentos cada vez mais especializados, que segundo autores como Bobbio (2000, p. 383), desafiam a democracia no sentido da exigência de controle popular, essa contradição existe no próprio poder público. Se os conselheiros realizam cursos de capacitação, se os vereadores se especializam na saúde (como é o caso de Paulo Pinheiro), se o prefeito Eduardo Paes quer contratar uma consultoria para a Riosaúde, o Ministério Público também se viu obrigado a se especializar em saúde. Foi assim que a própria promotora relata já ter passado pela Tutela da Cidadania e pela Tutela da Infância e da Juventude antes de chegar à saúde, conforme Anexo 8.

Sobre o jogo de forças existentes na cidade e a dinâmica de atuação do MP, a promotora comenta:

No meu entendimento é fundamental o comprometimento do promotor com a defesa dos usuários do sistema de saúde. Esse lugar onde estou é um lugar de muita exposição na mídia, e por tal motivo procuro guardar bastante discrição. No âmbito da saúde há várias guerrilhas instaladas, há diversos núcleos de interesses que travam embates através da mídia tendo como pano de fundo a temática do SUS, por isso sou cuidadosa com as minhas declarações e minhas entrevistas para a imprensa. Sempre as realizo através de entrevistas coletivas, para garantir acesso a todos os veículos de imprensa de forma democrática, e não apenas aos grandes grupos de mídia<sup>361</sup>.

Conforme discutido por Garapon (1999), a experiência francesa tenta desconcentrar a Justiça no nível local via a ação do Ministério Público. Tal estratégia se relaciona a uma tentativa para sair da lógica repressiva apenas no sentido de dar respostas efetivas, para dar maior celeridade aos processos e contato direto com a sociedade. A atuação do MP pode colaborar para subverter a lógica tecnocrática e verticalizada da justiça, caso combata a perspectiva de morosidade típica dos processos judiciais.

O levantamento de dados anterior à visita ao PJTCSCAP, havia demonstrado que a atuação da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva nos últimos cinco anos na cidade do Rio de Janeiro teria tido um crescimento exponencial de processos recebidos, da casa dos 300 em 2009 (já o dobro do ano de 2008), e passou a mais de 4.000 em 2010. Sobre esse processo de crescimento das demandas em relação à saúde, a promotora comenta:

---

<sup>361</sup> Anexo 8.



Foi um processo muito difícil (pausa emocionada). Eu assumi em 2009 a Tutela Coletiva da Saúde que à época era apenas uma (hoje são quatro) e contava apenas com 2 funcionários para trabalhar comigo. Quando foi implantada a PJTCSCAP, havia um acervo inicial de 900 procedimentos. Ao acervo inicial, em contrário ao entendimento jurídico da Promotoria da Saúde foram repassadas improbidades administrativas e lesivas ao patrimônio público, além do já gigantesco acervo da saúde (de natureza prestacional). Esse acervo total chegou a perfazer 1800 procedimentos em 2010. Essa situação foi terrível e penalizou a mim e a todos os funcionários envolvidos. Sempre adotei uma postura condizente com o que havia aprendido do ponto de vista constitucional. Quando recebia denúncias fazia uma série de reuniões, ouvia as partes, através dos conselhos distritais, dos gestores públicos para apurar as queixas. A importância e relevância da participação, a postura aberta da atuação da promotoria em contato direto com a sociedade e com os gestores e outras instituições públicas sempre pautou minha atuação. Foram realizadas atividades extrajudiciais de inspeções a unidades de saúde e Unidades Públicas de Saúde, bem como as reuniões mencionadas<sup>362</sup>.

No ofício Circular da 3ª PJTCSCAP de 16 de abril de 2012, ao qual a pesquisa teve acesso, a titular da promotoria informava sobre os trabalhos de desmembramento da antiga Promotoria de Saúde. Em setembro de 2011 o Egrégio CSMP deliberou pela criação das três Promotorias da Saúde da Capital (ver Anexo 9), após três anos de “continua luta” pelo desmembramento do órgão, pela promotora Anabelle. O problema do distanciamento da Justiça em relação ao cidadão comum também é mencionado. A proximidade seria um traço característico, já mencionado no Capítulo 4, que relembra o papel similar ao ombudsman discutido à época da ANC, em que a cidade grande relembra o ambiente da burocratização do trabalho do MP.

Nesse sentido, Garapon (1999) também atribui alguma especificidade nas possibilidades de ação do MP. Quando há um funcionamento por objetivos, há uma maior latitude para mobilizar os meios locais adequados, dentro da lógica horizontal e de abertura ao tecido social.

Dessa maneira, os motivos para a expansão e desdobramento da Promotoria seriam ao menos três:

- Sua inviabilidade operacional dada a crescente demanda dirigida ao MP por conta da judicialização das expectativas de concretização do direito à saúde, e de acervo superior a 1.800 feitos em tramitação;
- O subdimensionamento de recursos humanos (eram apenas a promotora e dois servidores);

---

<sup>362</sup> Anexo 8.

- Recepção de investigações de conflito negativo (improbidades lesivas ao patrimônio público, que não dizem respeito diretamente ao tema da saúde.

Para que fosse possível distribuir corretamente o acervo, foi necessário levantar todos os processos em andamento para que em janeiro de 2012, com os acervos devidamente desmembrados, o trabalho fosse melhor segmentado. A situação de expansão foi marcada por muitas tensões:

Mas a falta de recursos humanos, a omissão da então Gestão da Procuradoria Geral de Justiça quanto ao desmembramento do Órgão (tardiamente ocorrido apenas em março de 2012) e o equívoco na solução de conflitos negativos de atribuição (em que foram direcionados para a Promotoria da saúde muitos inquéritos acerca de fraudes nas secretarias da saúde e não acerca de deficiências de atendimento em unidades de saúde) geraram um cenário caótico, em que não havia a organização de critérios para correto processamento das centenas notícias de deficiências que chegavam, sem condição de reuni-los sobre a mesma temática. Nós recebíamos tudo o que dizia respeito à saúde, desde improbidade administrativa até a rede de atenção primária à saúde<sup>363</sup>.

Se no Capítulo 4 a demanda sobre a existência de uma Ouvidoria do MP advinha da discussão política no Rio de Janeiro, foi agora, recentemente, que ela de fato se concretizou na cidade:

Houve também a abertura da Ouvidoria do Ministério Público, o que a meu entender é riquíssimo. Todas as reclamações de ouvidoria recebidas nessa promotoria depois de 2009 foram atuadas. Não bastasse o trabalho desproporcional aos recursos humanos alocados (onde hoje há quatro ou seis Promotores antes havia apenas um Promotor Titular, onde hoje há doze profissionais nas Secretarias havia apenas três) fomos exaustivamente correccionados internamente. Os próprios funcionários informaram por ofício as dificuldades enfrentadas devido ao excesso de processos, tendo havido mesmo adoecimento por enfermidade psiquiátrica decorrente da atividade laborativa de dois servidores. Houve omissão da Procuradoria Geral quando do primeiro momento de criação da Tutela Coletiva da Saúde, o que causou sofrimento e até mesmo adoecimento aos profissionais envolvidos. Chegaram a me dizer que eu estava delirante ao me reunir com os conselhos em busca de informações, ao incentivar a participação do cidadão comum e tentar estabelecer prestação de contas entre os gestores e a população. Mas sempre acreditei que a ação da promotoria é um braço da lei atuando em nome dos direitos dos usuários de saúde. Uma parte grande do Ministério Público ainda não compreende bem esse tipo de atuação de fomento de políticas públicas, os Promotores mais antigos viveram apenas o paradigma do Promotor cartorário e com atuação criminal (para prender as pessoas). O MP que emergiu da constituição de 1988, defendendo os direitos

---

<sup>363</sup> Anexo 8.

coletivos e a concretização dos direitos fundamentais nem sempre encontra espaço entre os mais antigos da Instituição<sup>364</sup>.

E mais uma vez aparece a menção à palavra “braço” na cidade. A promotoria seria o braço da lei atuando em nome dos direitos dos usuários de saúde. Relembrando a categoria proposta de representação como defesa, e a defesa aparece aqui com a qualificação dos direitos dos usuários do SUS.

A busca de reestabelecimento do contato com as populações marginalizadas, em que há a duplicação e revezamento da representação política institucional, como sugerida na análise de Garapon (1999), encontra aqui uma ilustração. Há um engajamento aos quais são chamados de representantes dos conselhos distritais, com origem de diversas regiões da cidade, permitindo aqueles que assim desejam a possibilidade de uma vida política local. É um momento em que a participação se reúne à representação, (Garapon, 1999, p. 234), em algum sentido há uma desprofissionalização da representação formal.

É possível destacar que a legitimidade da atuação democrática do MP se estabelece na medida em que a instituição celebra parcerias diretas que possam fortalecer seus novos moldes de sua atuação, inclusive com os conselhos distritais. É sabido que a proposta de alargamento do círculo de intérpretes da constituição trata exatamente da aproximação entre a democracia participativa e os direitos fundamentais, conforme observou Cittadino (1999). Se a agenda progressista a partir de então se baseia em tentativas de aumentar a dimensão estratégica da interpretação, a agenda conservadora irá se centrar em reduzir o âmbito dos intérpretes.

De acordo com o pontuado por Sadek (2008), a transformação de virtualidades contidas em preceitos legais na realidade depende em larga medida da atuação dos integrantes da instituição. No caso do MP, essa dependência “é particularmente forte e possui especificidades”<sup>365</sup>. Ou seja, se há empecilhos para a definição de políticas institucionais, cada integrante guarda ampla margem de ação.

Não há dúvidas que esse processo não tem unanimidade por parte da promotoria. A promotora destaca que chegaram a acusá-la de delírio por sua postura enquanto incentivadora da participação do cidadão comum. Os “mais

<sup>364</sup> Anexo 8.

<sup>365</sup> Sadek, 2008, p.116.

antigos da Instituição”, seriam algo similares àqueles setores que na própria ANC teriam uma maior tendência a apoiar a defesa de interesses da união, em lugar da perspectiva de defesa de interesses da sociedade. Os promotores mais antigos vivem sob a lógica cartorária e prisional, por outro lado a posição da promotora, sob a perspectiva de defesa de interesses da sociedade, na medida em que trabalha para a concretização de direitos fundamentais (e se mescla à atuação enquanto ombudsman). Tal fato ocorre em concomitância à sua ligação ao regime democrático e à promoção do ordenamento jurídico. Sobre a atuação cartorial, é mencionada a correção sofrida:

As inspeções da Corregedoria do MP, por exemplo, muitas vezes preocupam-se exclusivamente com a atuação cartorial, das formalidades dos processos. A minha maior preocupação- ao revés- são os usuários e a efetividade prestacional em saúde, o avanço dos direitos. A regularidade e rigor formal (que hoje estão plenamente atendidos, ressalte-se, em minha Promotoria) não podem se converter em um fim em si mesmo, que desconsidere a realidade dos fatos<sup>366</sup>.

A aproximação da 3ª PJTCSCAP, herdadas da primeira gestão da PJTCSCAP em relação aos conselhos distritais, é descrita enquanto parte de um processo mais amplo de atuação externa da promotoria, em consonância com os trabalhos do Fórum de Saúde do CNJ, e cujo objetivo seria afirmar o MP de Tutela Coletiva enquanto uma das “alternativas institucionais para a imunização dos efeitos nocivos da judicialização da saúde no âmbito da tutela individual<sup>367</sup>”. Dentre as ações propostas estão o Projeto Academia da Saúde, com reuniões realizadas entre a Promotoria e ENSP, UERJ e UFRJ para agregar estratégias para a área de saúde coletiva; o Projeto Fala Conselho, do qual vários documentos foram cedidos para a presente pesquisa; e o programa de Audiências Públicas, com a realização de cinco delas realizadas no período entre 2009-2012.

O programa Fala Conselho é descrito como um processo de atendimento aos conselheiros distritais de saúde da área programática de abrangência da Promotoria, para a captação de informações acerca das deficiências das unidades de saúde, bem como o incentivo da participação popular “livre de vinculações

---

<sup>366</sup> Anexo 8.

<sup>367</sup> Anexo 9.

político-partidárias<sup>368</sup>, que chegaram a acontecer semanalmente entre 2009 e 2010. A proximidade com os conselhos teria gerado problemas, contudo:

Ele já me causou problemas, como já mencionado, dado que consumia parte da força de trabalho da antiga Promotoria que já estava totalmente soterrada pelo acervo gigantesco que se criou pelos equívocos institucionais que acima referi (omissão no desmembramento da Promotoria, não destinação de servidores para processamento e direcionamento de acervo de improbidades na saúde). Agora estou atuando na área de saúde prisional e saúde mental. Esta é uma área completamente vazia do ponto de vista da defesa do direito à saúde nas unidades prisionais. Houve uma nova distribuição das atribuições das quatro Promotorias de Saúde da Capital. No último dia 19 de março me reuni com o Conselho distrital da A.P. 5.3 para explicar o novo momento. Estou tentando retomar as reuniões, só que agora a minha ênfase será quanto a questão da saúde prisional e da saúde mental, mas continuarei mantendo as reuniões para saber quais os pontos críticos sobre esses temas. (Foi entregue cópia da Ata de Reunião à entrevistadora)<sup>369</sup>.

Do ponto de vista da pesquisa, mais do que a relevância enquanto um “Programa Fala Conselho”, aparece uma estratégia de atuação do MP que vai até as bases de participação social para conseguir detalhes que qualifiquem a sua atuação e tragam legitimidade a ela. Se olhados os documentos dos anexos 7 e 10, os distritais trazem informações preciosas sobre os lugares em que estão localizados os maiores problemas, e até mesmo cooperam para as atividades de rastrear, agrupar e apensar procedimentos, visto que possuem memória das denúncias já realizadas em relação a cada unidade de saúde.

Sobre o perfil do conselho distrital a promotora avalia:

Os Conselhos Distritais têm muitos dados reais, neles estão latentes os problemas de atendimento à saúde. Eu dou muita atenção àqueles conselheiros(as) mais participativos sabe, aquelas senhoras e senhores aposentados bastante participativos? Ao longo do programa Fala Conselho pude perceber nitidamente a mudança que o contato frequente com o Ministério Público provocou nesses conselheiros distritais, inicialmente menos empoderados, mas que passaram a ter mais voz. Elas percebiam que era dada atenção aos problemas e que soluções eram cobradas. Quando alguém, dentro do conselho, vinha com a velha forma de

<sup>368</sup> Os dados obtidos no Programa permitiram a análise realizada no Capítulo 8 sobre o perfil do conselheiro distrital. É curioso que o ânimo da promotora é no sentido de afastar a politização do Conselho: “Os conselheiros do segmento usuários relatam a diminuição da sua legitimidade, atribuída por alguns à profissionalização que estes vem passando. O vínculo partidário é algo que eu busquei interrogar sempre quando me reúno com os conselheiros. Sempre perguntava qual o segmento, se possuía vinculação partidária, quantas vezes tinha exercido o mandato de conselheiro e se já havia desempenhado algum outro cargo político. Muitos conselheiros de saúde por vezes tem interesses em futuros mandatos de vereador ou cargo no executivo.”

<sup>369</sup> Anexo 8.

politicagem, do favor, elas diziam: “Não me assedia que eu vou falar com a Promotoria. (...) Há uma série de guerrilhas instaladas no ambiente político municipal quando o assunto é a saúde, e os usuários do SUS são a parte mais frágil, e é ao lado deles que o Ministério Público deve atuar, para garantir seus direitos<sup>370</sup>”.

A descrição da atuação da promotoria acontece no sentido de reforçar a perspectiva de comunicação entre as promotorias e os conselhos distritais. É um determinado estilo de atuação, em que se estabelecem parcerias, que de fato geram resultados positivos para ambos. A promotoria reconheceu atuar no sentido de incentivar a ausculta por parte do poder público aos usuários, e inclusive para que haja atenção e que sejam ouvidos nos conselhos de saúde. Tal perspectiva reforça a análise que a inflexão na direção dos conselhos que ocorreu no governo Eduardo Paes, deve-se em alguma medida também a atuação e grande mobilização da então Promotoria de Tutela Coletiva de Saúde da Capital na Cidade, que naquela época ainda não havia se desmembrado.

As diversas reuniões de participação da comunidade culminavam com as Audiências Públicas realizadas. Sobre esses momentos a promotora avalia:

São importantíssimas e muito produtivas. São momentos riquíssimos de participação efetiva. As audiências públicas são um relevante instrumento de democracia participativa. Todos os conselhos distritais participaram das audiências que organizei. Foram 6 nos últimos três anos e meio. O mais importante nesses momentos é que existe o comprometimento público dos gestores. Eles ( os Gestores) prometem e se comprometem publicamente, fica prometido, e é objeto de cobrança, com desdobramentos posteriores. Acredito na relevância dessa ferramenta democrática e vi modificações reais na parte da regulação do atendimento, em especial da prefeitura. Os conselheiros também se sentem mais empoderados ao perceberem que as demandas dos conselhos são apuradas<sup>371</sup>.

O processo estabelecido de atuação geral e continuada das partes – União/estado/município, foi descrito enquanto um processo provocado pelo Ministério Público Estadual em conjunto com o Ministério Público Federal na área da regulação do acesso ao serviço de saúde, por exemplo. Com as reuniões subsequentes às audiências públicas, havia a cobrança das ações prometidas. Foram em torno de 27 reuniões ao longo de dois anos nesse sentido. O Estado, segundo o relato da prefeitura, num primeiro momento tinha a estratégia de mandar sempre um representante diferente, que não se comprometia. O gestor

---

<sup>370</sup> Anexo 8.

<sup>371</sup> Anexo 8.

ficava constrangido com a situação que acabava de se deparar. A prestação de contas passou a se estabelecer com os próprios pares, (quando das reuniões entre os três níveis de gestão). O não comprometimento gerou as inspeções em que foram obtidos os dados para os inquéritos civis e posteriores ações civis públicas instauradas.

Um dos grandes desafios que se interpõem aos conselhos distritais ainda, segundo a opinião da promotora, vem da tensão entre o segmento usuários e profissionais de saúde:

A maior dificuldade, na minha opinião, é sobre a mobilização da efetiva participação dos usuários para a defesa autônoma e independente de seus próprios interesses em relação à gestão e aos profissionais de saúde. Esse é um ponto importante, e normalmente é bem claro em relação aos gestores, do ponto de vista dos usuários. É importante que os usuários percebam que o interesse dos profissionais de saúde também não se confunde com o dos usuários. Muitas vezes os representantes dos profissionais de saúde mimetizam seu discurso com o discurso dos usuários, muitas vezes tentam transparecer que os interesses dos usuários e dos profissionais de saúde coincidem, mas isso não procede<sup>372</sup>.

Nesse sentido a resposta da promotora sobre as OSs traz mais uma esfera das tensões observáveis sobre a terceirização na cidade:

A Organização Social – OS – trata-se de um modelo de outorga para a iniciativa privada de parcela da gestão pública que apresenta um debate jurídico-constitucional posto perante o Supremo Tribunal Federal. Hoje o MP já com a estrutura das quatro Promotorias aprofunda as investigações quanto à discussão do próprio modelo de OS, como também, em especial, o não cumprimento de suas obrigações contratuais contratadas. Há um Promotor especialmente designado para tal investigação, de cuja indicação eu participei inclusive, que vai começar a trabalhar com os inquéritos civis a esse respeito. Você verá que as novas pautas da mídia tratarão das improbidades das OS. As que são de fachada, de mentira, as que são novas versões das ONGs, e aquelas que efetivamente se constituem como terceiro setor. São Paulo tem um exemplo bem grande nesse sentido.

Ou seja, o retrato que a pesquisa levantou da estratégia possível de fiscalização das OSs, passa exatamente pelo acompanhamento da lisura dos contratos estabelecidos. Para a promotora, contudo, a perspectiva de combate à terceirização seria um “interesse dos profissionais de saúde”:

Apenas falar mal das OS é uma fala política, é uma fala a partir dos interesses dos profissionais de saúde. Esse tipo de fala vincula a defesa do SUS à defesa do

---

<sup>372</sup> Anexo 8.

Regime Jurídico Único. Na atenção primária havia uma ínfima cobertura do município, a ponto de na dengue de 2008, por exemplo, quem teve que segurar tudo foi o Estado. Não morreu muito mais gente porque o Estado naquela ocasião apoiou, prestou o serviço aquela época (o que se inverteu nos últimos anos, ressalte-se, com o Município assumindo o protagonismo)<sup>373</sup>.

Nesse sentido, é possível discordar da avaliação da promotora, na medida em que discutir o grau de participação privada na gestão de saúde, como já visto anteriormente, é de interesse de toda a sociedade. Há tensão entre profissionais de saúde e usuários na proporção em que os últimos desejam mais rígidos controles dos profissionais, para que os primeiros prestem melhor atendimento. Enquanto do ponto de vista do profissional, a luta pelos direitos trabalhistas e melhorias de condições de trabalho é a principal questão<sup>374</sup>, há dificuldades de convergência desses interesses no sentido de pontuar e unificar agendas. E todos os interesses, dos diferentes segmentos, são perspectivas políticas em tensão, que podem, mas frequentemente não o são, comparáveis à perspectiva de interesse bem compreendido no sentido atribuído por Tocqueville (ano), por exemplo. A promotora na verdade, buscou não se posicionar politicamente:

Era necessário melhorar, ampliar a cobertura de saúde municipal. A escolha política da gestão da cidade foi pelo modelo de OS, e das UPAs. Se a OS está recebendo e não tem ninguém lá... esse é o próximo passo da ação fiscalizatória. Não se tem certeza sobre o cumprimento das obrigações contratuais. Eu sempre digo: são duas questões diferentes envolvidas no caso das OS. Uma delas diz respeito ao questionamento do modelo em si ( e essa está em avaliação pelo STF), a outra diz respeito ao cumprimento das obrigações contratuais estabelecidas. O assunto é técnico do ponto de vista jurídico, e não me pronunciarei sobre sua conveniência política. Jamais foi uma escolha do Ministério Público, mas tão somente uma escolha da Gestão Municipal (executivo e legislativo) no caso do Rio de Janeiro (...) Há vários inquéritos tramitando para investigar esses contratos e os serviços prestados. Não identifico que a entrada das OS tenha representado piora do atendimento de atenção primária na cidade<sup>375</sup>.

<sup>373</sup> Anexo 8.

<sup>374</sup> Gerschmann (2004) observa que após a Constituição de 1988 os médicos passaram a ser representados pelas instituições médicas. A autora pontua que o Sindicato dos Médicos passou a atuar em defesa dos interesses econômico corporativos dos mesmos e o Conselho de Medicina tentava preservar o papel dos médicos na defesa dos princípios da Reforma Sanitária. Talvez seja possível estabelecer tal parâmetro para pensar as demais categorias profissionais, mas a pesquisa não pode afirmar com precisão visto que o principal foco de análise foi a tensão a partir da atuação do segmento usuários. É possível supor que quanto menor for o valor simbólico atribuído pela sociedade à respectiva profissão de saúde (e menores salários), aumentaria a probabilidade de colaboração e cooperação em relação ao usuário, em que pese maior probabilidade de uso do próprio SUS. Mas tais argumentos são impressões, que a pesquisa não teve como explorar.

<sup>375</sup> Anexo 8.



O fato da atenção primária não necessariamente ter piorado, conforme sugerido, não diminui o problema. Mesmo que não tenha havido piora, a alocação de recursos aumentou bem, como o repasse de custos para a iniciativa privada. E ainda há de se considerar a questão trabalhista, que não foi possível averiguar porque excederia o escopo da tese, mas que certamente possui impactos nos direitos dos trabalhadores conforme inúmeras queixas recebidas nas entrevistas.

### **9.1. As ações civis públicas**

Passando ao exame do assunto das Ações Civis Públicas, conforme visto no Capítulo 4, elas foram garantidas na ANC. De acordo com o observado por José Murilo de Carvalho (2001), a democratização do poder é um processo lento que ocorre na medida em que a organização da sociedade pode ser reforçada no sentido de gerar forma social no ambiente político. Tal perspectiva se coaduna, seja com esta tese, seja com referenciais teóricos como Rosanvallon (2000, 2006, 2008) e Werneck Vianna et al (1999, 2002, 2008).

Nesse sentido, é relevante apreciar os tipos de relação que são desenvolvidas entre novos movimentos associativos e o Ministério Público, conforme salientado por Casagrande (2002). Caso as pesquisas ignorem que as ações civis públicas que foram propostas pelo MP tiveram por origem representações e denúncias de entidades civis e organizações não-governamentais, as quais podem contribuir ativamente durante a fase de investigação, “estar-se-á desprezando um componente importante do associativismo<sup>376</sup>”. Essa perspectiva é considerada pertinente para a análise da interação entre MP e os Conselhos Distritais de Saúde avaliados na tese.

Em termos de tutela coletiva da saúde, o processo judicial é lento e tem déficit de calibragem em relação ao sistema de saúde, afirma o MP. O quê significa isso? O calibre do processo judicial é mais adequado para demandas individuais, para o varejo da tutela individual, e tem enormes dificuldades para contribuir para soluções estruturais de fomento de políticas públicas, que é observável, por exemplo, nos casos de tutela coletiva da saúde. Em 2013, havia na Terceira Promotoria sete ACPs em tramitação.

---

<sup>376</sup> Casagrande, 2002, p. 32.

Conforme observado pela pesquisa, é na prática contemporânea mais recente que o processo judicial emerge como ferramenta de tutela coletiva de direitos prestacionais do mínimo existencial. Tomado como exemplo a ACP dos leitos de CTI, que está tramitando desde setembro de 2011<sup>377</sup> Ela foi precedida de intervenção extrajudicial: foram realizadas em ação conjunta com o MPF cerca de trinta reuniões sobre a temática da regulação do acesso aos serviços de saúde, inclusive aos leitos de CTI.

De acordo com o depoimento da Promotora:

Durante estes quase dois anos que a ação tramita, diariamente são deferidas no plantão judicial dezenas de ações para tutela individual de pacientes que postulam desesperadamente leitos em CTI para preservar sua vida. Tais ações isoladamente (na tutela individual, ou seja, ações propostas por pacientes individualmente para imposição de obrigação de fazer ao Poder Público) não tem qualquer potencialidade de estruturação do sistema de saúde, ao revés, tendem a desorganizá-lo cada vez mais. Já a tutela coletiva é o locus apropriado para tal concretização judicial do direito à saúde como forma contribuição do Poder Judiciário (no mais saudável exercício de checks and balances) para o fomento de políticas públicas, suprindo omissões administrativas do Poder Executivo lesivas a direitos fundamentais. Entretanto, justamente as ACPs não conseguem ter a mesma facilidade de tramitação que as ações individuais dos pacientes. Logo: as ações individuais são mais simplificadas de serem deferidas, mas tem efeitos colaterais perigosos para o sistema de saúde. Já as ACPs são bastante mais complexas de serem julgadas, entretanto apresentam potencialidades estruturantes para o sistema de saúde, e para o próprio convívio institucional democrático entre os Poderes Constituídos<sup>378</sup>.

Se, de fato, o conhecimento técnico desafia a atuação do MP, conforme observado no relato da promotora e destacado pela literatura crítica à atuação do MP<sup>379</sup>, as formas de ação solidária e cooperativa dentro do próprio MP se mostram enquanto estratégias para a atuação da instituição perante o desafio técnico na área de saúde na cidade do Rio de Janeiro. A nova relação entre poderes que se estabelece permite destacar elementos de cooperação, conforme salientado por Werneck Vianna (2013), e, tal cooperação se vislumbra até mesmo dentro do ambiente interno ao próprio MP.

A participação e troca de informação com os gestores também fez parte da estratégia. Mais do que apenas considerar a sociedade ou os conselheiros “hipossuficientes”, o MP foi aos distritais em busca de informações valiosas para

<sup>377</sup> Petição Inicial da Ação Civil Pública, processo nº 0283688-82.2011.8.19.0001, proposta em face do Município do Rio de Janeiro/SMSDC e do Estado do Rio de Janeiro, do déficit de leitos de CTI ante a demanda existente

<sup>378</sup> Anexo 8.

<sup>379</sup> Ver Cappelletti (1977) e Arantes (2013).

a sua atuação, que poupam tempo e permitem maior conhecimento dos problemas de saúde na interpelação do poder executivo, que provocado em várias reuniões oitivas e audiências públicas se compromete publicamente quanto à implementação das políticas públicas de saúde. Caso o comprometimento não seja cumprido, a opção se concretiza judicialmente na ACP:

O tema do déficit de leitos foi fruto de um contexto muito maior de atuação. Foram realizadas reuniões conjuntas com a procuradora Roberta Trajano do Ministério Público Federal, que é excelente e foi de grande ajuda em todo processo. Aos poucos fomos mapeando a regulação da saúde, seus complexos regulatórios. No Estado, em especial, houve muita resistência à participação efetiva nas reuniões. Como o assunto da saúde em geral é muito técnico, demoramos inicialmente e tivemos dificuldade para estabelecer a relação entre a perspectiva da justiça e da saúde. Mas ao final os dados levantados permitiram a conclusão no sentido da falta de leitos. Notória foi a participação da Secretaria Municipal de Saúde, que compareceu sempre com os mesmos gestores e estes possuíam capacidade de decisão. Posição completamente alheia ao processo foi a da Secretária de Saúde Estadual, que deixou de aproveitar o espaço da intervenção extrajudicial do MP, levando o caso para a judicialização, pois comparecia com gestores variados, descontinuando as negociações extrajudiciais e frustrando-as com representantes sem poder de decisão. Do que posso comentar sobre todo o processo, é possível afirmar, do que vi, avanços no Sistema Regulatório da Saúde no Município. A utilização do SISREG é um grande passo. (O Estado não usa o SISREG). O uso do SISREG permitiu algo que não existia a nível municipal: hoje é possível e real a marcação de consultas. O ajuste e os avanços foram permitindo que novos agendamentos fossem feitos e que o atendimento primário fosse melhorado. A regulação do atendimento municipal avançou tanto, que o Estado hoje, politicamente, quer passar para o município toda a regulação, todo o serviço regulatório, lógico que sem os recursos. É possível destacar, em termos de Rio de Janeiro, a diferença do perfil dos gestores<sup>380</sup>.

A promotoria também relata que aproveita as demandas individuais que se iniciam pela ouvidoria e muitas vezes são apensadas nas ações civis públicas. Depois de um longo trabalho de organização, com os inquéritos principais organizados e agrupando demandas variadas, fica mais simples acolher as demandas posteriores que chegam pela ouvidoria, por meio do seu agrupamento junto às iniciativas que já estejam em tramitação. Foram verificados também vários documentos que comprovam que mesmo após a judicialização, a promotoria manteve a estratégia de prosseguimento da intervenção extrajudicial, realizando reuniões entre gestores e inspeções, para acompanhamento e amplificação da efetividade da judicialização que ocorre via ACP.

---

<sup>380</sup> Anexo 8.

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro propôs à Justiça à ACP dos leitos para exigir a imediata criação de 349 novos leitos de CTI pela Secretaria Estadual de Saúde. A ação foi proposta pela Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, após buscar em um longo processo a solução extrajudicial através da assinatura de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). A ação teve por base investigações realizadas durante dois anos, nas quais foram reunidas provas que demonstram que, diariamente, seis pacientes perdem a vida à espera de um leito de CTI na cidade do Rio de Janeiro. A ação também levou em consideração o estudo técnico apresentado pelo Tribunal de Contas do Estado e a Portaria nº 1.101/GM/2002 do Ministério da Saúde, que estabelece os percentuais mínimos de leitos de CTI proporcionais à população de cada município.

Foi estipulado que a secretaria estadual de Saúde do Rio de Janeiro teria um prazo de 12 meses para providenciar "a expansão da rede do SUS, com a oferta de leitos de CTI ou UTI integralmente regulados em serviços da rede própria e em número suficiente a atender à demanda existente", segundo determinação da 2ª Vara de Fazenda Pública do Rio. Em caso de descumprimento, a pena prevista é uma multa diária de dez mil reais. O Estado pode, contudo, recorrer da decisão. A prefeitura assinou o TAC e saiu do processo. Em caso de continuidade no descumprimento das obrigações, o MP já requereu à Justiça a aplicação de multa aos Secretários de Saúde, o bloqueio judicial de verbas públicas destinadas a serviços não essenciais – tais como publicidade governamental – bem como a possível responsabilização por improbidade administrativa por parte dos gestores. Em 3 de junho de 2013, o MP interpôs uma petição de Regulação de Leitos de CTI que ainda não foi julgada.

Na ACP, fruto de todo o processo descrito, foi evidenciado que apenas com a ampliação dos leitos de CTI, a implantação do sistema integrado SISREG, a total inclusão dos leitos de CTI já existentes na rede pública, e o pleno funcionamento dos Núcleos Internos de Regulação nos hospitais será possível garantir o acesso democrático e igualitário aos leitos de CTI para todos os pacientes que dele necessitem.

A justificação presente na petição inicial argumenta sobre a judicialização no sentido de “responsabilização do poder público” enquanto importante potencialidade para contribuir com o aprimoramento do SUS. Isso porque, diversamente das ações de tutela individual, as ações coletivas permitem a

integralidade e universalidade do atendimento “harmonizando seu natural tensionamento”. Ao verificar também que havia aumento de demandas individuais para acesso a leitos de CTI, a ação coletiva se apresentava como “aquelas que reúnem centenas de rostos, precisamente os mais excluídos e sofridos, pois sequer conseguem acessar a tutela individual”,<sup>381</sup>.

Do ponto de vista legal, tais implicações da representação e da participação podem ser contextualizadas sob a ótica de Gunther Teubner (1983), como parte do embate entre a perspectiva da racionalidade formal em meio a processos de “rematerialização legal”<sup>382</sup>. As propostas de interpretação dos princípios constitucionais mencionadas podem ser avaliadas se considerado um sistema legal reflexivo, em que a lei pode ser problematizada. Como argumenta Teubner (1983), os agentes do direito, quando da interação entre normas e princípios, podem orientar suas ações (implícita ou explicitamente) segundo teorias políticas ao lidar com casos difíceis.

A atuação conforme descrito da PJTCSCAP ao longo do período 2009-2012, em todas as frentes descritas, fez também com que houvesse uma redistribuição do trabalho em quatro novas promotorias. O trabalho agora é segmentado em diferentes frentes. A 1ª PJTCSCAP cuida da Rede Hospitalar e UPAs estaduais; a 2ª PJTCSCAP acompanha a Rede Hospitalar e UPAs municipais; a 3ª PJTCSCAP (que agora é aonde se localiza a promotora Anabelle que antes acumulava todos os segmentos na mesma e única Promotoria de Tutela Coletiva de Saúde da Capital) trata da Saúde Mental e da Saúde Prisional; e a 4ª PJTCSCAP, instituída em março de 2013 e que tratará da Atenção Primária e Saúde Materno Infantil. A própria abrangência e diversidade dos temas e processos de que antes tratava a única promotoria fez necessária essa ampliação, que segmentou as ações e subdividiu-as em novas promotorias.<sup>383</sup>

<sup>381</sup> Petição Inicial da Ação Civil Pública, processo nº 0283688-82.2011.8.19.0001, proposta em face do Município do Rio de Janeiro/SMSDC e do Estado do Rio de Janeiro, do déficit de leitos de CTI ante a demanda existente.

<sup>382</sup> TEUBNER, Gunther. Substantive and Reflexive Elements in Modern Law. *Law and Society Review*, Volume 17, , Number 2, 1983, p.242.

<sup>383</sup> A pesquisa teve acesso a muitos documentos das reuniões oitivas, mas muitos outros deles estão hoje distribuídos em diferentes processos e ações que tiveram origem nas reuniões com os Conselhos Distritais. Decerto que investigar quantos inquéritos surgiram e atingiram objetivos concretos seria de grande valia, mas isso precisaria de uma nova pesquisa para ser feito.

## 10 CONCLUSÃO

### *Ao espelho*

*Por que persistes, incessante espelho?  
Por que repetes, misterioso irmão,  
O menor movimento da minha mão?  
Por que na sombra o súbito reflexo?  
És o outro eu sobre o qual fala o grego  
E desde sempre espreitas. Na brunidura  
Da água incerta ou do cristal que dura  
Me buscas e é inútil estar cego.  
O fato de não te ver e saber-te  
Te agrega horror, coisa de magia que ousas  
Multiplicar a cifra dessas coisas  
Que somos e que abarcam nossa sorte.  
Quando eu estiver morto, copiarás outro  
E depois outro, e outro, e outro...*

Borges, 1999, p.550

Se Thomas Hobbes (1996)<sup>384</sup> deixou claro que a representação é um instrumento de poder, a discussão sobre a tensão entre participar e representar atualmente no Brasil passa por como discutir a pluralização do poder que a representação engendra. Foi assim que a tese recuperou, desde a Constituinte, a dinâmica pela qual a representação pôde se reconfigurar ao longo do processo de ampla demanda por maior participação. Nesse sentido, as conquistas da participação, paulatinamente, tencionaram a representação ao longo do tempo. Os conselhos de saúde fizeram parte do processo de transbordamento da representação em relação aos seus limites eleitorais. A perspectiva reiteradamente destacada durante as análises propostas ao longo dos capítulos enfatizava a coexistência, a tensão constante entre participação e representação.

O conceito de representação dentre muitas das suas características atribuíveis contém a ideia de espelhamento. E agora, ao final, é possível indagar: o quê espelham os Conselhos de Saúde da cidade do Rio de Janeiro a partir da

---

<sup>384</sup> Hobbes, 1996. Leviathan (World's Classics), Oxford University Press.

tensão entre participação e representação proposta? Se comparados entre si, conformam diferenças entre a representação do controle social municipal e a representação do controle social distrital. O CMS por estar mais próximo da prefeitura, sofreu ao longo do tempo da falta de autonomia, traço que, todavia, não é uma característica apenas da cidade, mas que marca muitos CMS pelo país que não possuem eleição interna para a sua presidência, como discutido.

E os CODS? Todas as informações levantadas permitem observar que os conselhos distritais são lugares propícios a lampejos de formação de interesses, apesar das inúmeras adversidades. Foram encontrados relatos de avaliação política e tentativas constantes de dialogar criticamente com a política instituída, com os representantes formais, até mesmo no interior do CMS. Se a presença dos gestores das unidades mais locais a nível distrital é constante nos CODS, a maior dificuldade ainda está em levar adiante para o plano municipal e estadual essas deliberações. As eleições no CMS foram uma conquista palpável nesse sentido, mas os desafios ainda são enormes se tomado o assunto principal de tensão atualmente, o avanço da terceirização da saúde na cidade.

As Ações Coletivas de Saúde e a atuação do Ministério Público apareceram exatamente enquanto apoios de oposição às diversas formas de desumanização<sup>385</sup> que é possível encontrar na falta de respeito aos direitos à saúde na cidade. A demanda por mais leitos e pela padronização de leitos disponíveis é um exemplo, em que o resultado do descaso público permite a situação de deixar à morte ao menos seis pessoas por dia. Tendo em vista a escassez de leitos e um sistema de regulação não otimizado, não é possível saber a tempo para onde transferir pacientes graves na cidade. A prática do pluralismo, da ausculta aos CODS feita pelo MP, mostrou-se relevante no sentido de cobrar ao poder público celeridade em assuntos cruciais, que muitas vezes são interpelados apenas pela tutela individual, deixando os mais carentes usuários do SUS à mercê da própria sorte.

Conforme o exposto ao longo dos capítulos, três assuntos surgiram na medida em que o trabalho de pesquisa em campo se estabeleceu. Dentre eles alguns pontos de contribuição podem ser destacados, e perguntas que pontuam agendas futuras de pesquisa.

---

<sup>385</sup> No sentido discutido por Todorov, aonde o combate à desumanização faz parte de uma longa prática de pluralismo, e relevante para a democracia. Todorov, 2012, p. 204.

O primeiro deles diz respeito à existência dos Conselhos Distritais de Saúde no Rio de Janeiro. O acompanhamento e detalhamento de seu funcionamento, e a possibilidade de nuances e diferenças existentes entre eles é um amplo ambiente para pesquisa ainda em aberto. Enquanto típica usuária de planos de saúde, o que em si retrata um pouco sobre o meu lugar de fala, soube de sua existência quando comecei a frequentar as ordinárias do CMS.

A segunda contribuição foram os traços de inclusão dos usuários nesses espaços, suas eleições internas e a inclusão feminina, descoberta ao longo das entrevistas aos conselheiros e às conselheiras. Mesmo que os dados analisados possam indicar que pessoas mais preparadas sejam escolhidas pelas organizações para representá-las no conselho, há uma inflexão na presença das mulheres à frente da presidência dos CODS. Dentre os dez presidentes, nada menos que cinco são mulheres. Esse configura um dentre os principais e inesperados achados da tese, que surpreendeu as expectativas metodológicas pré-campo e que estima-se mereça acompanhamento continuado para melhor compreensão do padrão ao longo do tempo.

A terceira e última constatação foi a ampliação da Tutela Coletiva de Saúde da Capital. A estratégia de atuação do MP baseada na ausculta aos conselheiros e conselheiras distritais na cidade do Rio de Janeiro, criou redes de solidariedade que permitiram avanços significativos e celeridade no acesso às informações. Tal perspectiva reforça a análise de que a inflexão na direção dos conselhos que ocorreu no governo Eduardo Paes, deve-se, em alguma medida, também a atuação e grande mobilização da então única promotora de Tutela Coletiva de Saúde da Capital. E nesse sentido, a discussão se volta ao panorama macro, à espera de julgamento pelo STF da Adins relativa às OSs, e a agora à nova empresa de saúde RioSaúde.

A “metamorfose” da saúde na cidade do Rio de Janeiro revelou um processo de ampla terceirização da saúde, pois além de metade da cidade usar planos de saúde, e a outra metade o SUS, muitos dos recursos do SUS encontram-se hoje repassados para empresas privadas, que por vezes “quarteirizam” o serviço de saúde. Destarte, esta tese buscou pontuar, a partir das tensões entre representação e participação na cidade, muitos dos conflitos que mobilizaram as discussões em torno das políticas públicas recentes na saúde. Se as políticas implementadas se justificam a partir de um consenso, ou seja, dos representantes eleitos por sufrágio



universal, que ensejaram a adoção de tais políticas, as estratégias em curso para a saúde provocaram reações de oposição com lastro popular, que ainda se fazem sentir na cidade.

Esta tese partilha da proposta de contingenciamento de expectativas no sentido de contribuir para um quadro mais realista das potencialidades desses novos experimentos. Os conselhos têm o seu papel a desempenhar no controle da gestão pública e na democratização das relações sociais e políticas, mas também têm limites que lhes são inerentes, como por exemplo, a sua natureza setorial e fragmentada. A compreensão desses limites pode evitar que sobre os conselhos sejam lançadas exageradas expectativas, que conduzem inevitavelmente à frustração.

Nesse sentido, a última observação é de que a escrita da tese aconteceu em plenos momentos de junho de 2013, momento em que a saúde aparecia nas ruas junto com reclamações sobre o transporte e a educação na cidade. Se os Conselhos de Saúde ainda carecem de muitos acertos, eles trazem nos distritos da cidade a possibilidade de uma ausculta por parte do ator público que se pretenda pluralista. No sentido apontado por Chantal Mouffe (1996), ao invés de fugir da componente de violência e hostilidade inerente às relações sociais, o desafio político atual consiste em pensar formas e propiciar condições nas quais as forças, que por vezes agressivas, possam ser diluídas e canalizadas, de forma a tornar possível uma ordem democrática pluralista<sup>386</sup>.

---

<sup>386</sup> “Um projecto de democracia radical e plural tem de conciliar-se com a dimensão de conflito e antagonismo da política e tem de aceitar as consequências da irreduzível pluralidade inerente e valores”. Mouffe, 1996, p. 203.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS, Rebecca. *Inventing local democracy: Grassroots politics in Brazil*. Boulder, Colo.: Lynne Rienner, 2000.

ABERS, R. N.; KECK, M. E. 2008. “Representando a diversidade: estado, sociedade e ‘relações fecundas’ nos conselhos gestores”. *Caderno CRH*, v.21, n.52, p. 99-112.

ABRUCIO, Fernando Luiz. & COUTO, Cláudio Gonçalves. 1996. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. *São Paulo Em Perspectiva*, 10(3), p.40-47.

ABRUCIO, Fernando Luiz; FILIPPIN, Eliane & DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Revista de Administração Pública*, Vol. 47, No 6 (2013), p. 1543-1568.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

AGÊNCIA BRASIL. 04/03/2005. César Maia diz que acordo entre prefeitura e ministério da Saúde pode estar próximo. Disponível em: <http://www.reporternews.com.br/noticia/355096/visualizar/>. Acesso em 02/05/2012

\_\_\_\_\_. 22/10/2012 Mantida pela prefeitura, casa de parto no Rio registra 2 mil nascimentos em oito anos. Disponível em: (Acesso em 05/07/2013) <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-22/mantida-pela-prefeitura-casa-de-parto-no-rio-registra-2-mil-nascimentos-em-oito-anos>

\_\_\_\_\_. 31/03/2011. SBPC: declaração de inconstitucionalidade das organizações sociais pode afetar produção científica. Disponível em: (Acesso 05/03/2012) <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-03-31/sbpc-declaracao-de-inconstitucionalidade-das-organizacoes-sociais-pode-afetar-producao-cientifica>

AGUIAR, Thais Florencio de. 2011. A Demofobia na Democracia Moderna. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 54, no4, p. 609 a 650.

ALMEIDA, Débora Rezende. “Metamorfose da representação política: lições práticas dos conselhos municipais de saúde no Brasil.” In: Avritzer, Leonardo. (org.). *A Dinâmica da Participação Local no Brasil*. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. 2001. Dilemas da Institucionalização das Ciências Sociais no Rio de Janeiro. In: MICELI, Sérgio. (org). *História das Ciências Sociais no Brasil*. Vol.1. São Paulo: Ed. Sumaré.

ALVAREZ, Sonia, DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo. 1998. *Cultures of Politics, politics of cultures: Re-visioning Latin American Social Movements*. Boulder, Colo.: Westview Press.

AMERICO & SARMENTO. 1999. Três Faces da Cidade: um Estudo sobre a Institucionalização e a Dinâmica do Campo Político Carioca (1889-1969). *Estudos históricos*, 24.

ANDERSON, Benedict. 2008. *Comunidades Imaginadas: reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo*. São Paulo: Companhia das Letras.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. 1983. *Os direitos fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*. Coimbra: Livraria Almedina.

ANKERSMIT, F.R. 2002. *Political representation*. Stanford: Stanford University Press.

ARANTES, Rogério Bastos. 2002. *Ministério Público e política no Brasil*. São Paulo: IDESP/EDUC.

\_\_\_\_\_. 2013. Ações Coletivas. In: AVRITZER et al. (org). *Dimensões Políticas da Justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. P. 495-504.

ARAÚJO, C. 1998. "Mulheres e representação política: a experiência das cotas no Brasil". *Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 6, n 1, p. 71-90.

ARISTÓTELES. *Política*. Hemus, 2005.

ARRUDA, Maria Arminda do Nascimento. *Metrópole e Cultura: São Paulo no meio século XX*. Bauru: EDUSC, 2001.

ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1988a. Atas das Subcomissões. Suplemento Comissões e Subcomissões do Diário da Assembleia Nacional Constituinte. Brasília: Senado Federal, disponível em: (acesso em 03/03/2012) <http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/constituente/ComESub.pdf>

\_\_\_\_\_. 1988b. Atas das Subcomissões: Suplemento VII-B Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente e Atas das Subcomissões. 330p. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT\\_Abertura.asp](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT_Abertura.asp)

\_\_\_\_\_. 1988c. Atas das Subcomissões: Suplemento II-C Subcomissão dos Municípios e Regiões, Brasília: Senado Federal, 193p. Disponíveis em: [http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT\\_Abertura.asp](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT_Abertura.asp)

\_\_\_\_\_. 1988d. Atas das Subcomissões: Suplemento III-C Subcomissão do Poder Judiciário e do Ministério Público. 297p. Disponíveis em:

[http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT\\_Abertura.asp](http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/asp/CT_Abertura.asp)

\_\_\_\_\_. 1988e. Comissão de Sistematização. Volume 258. Emendas Populares: Textos e Justificativas. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal. 108 p.

AVRITZER, Leonardo. 2000. “*Democratization and changes in the pattern of association in Brazil*”. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol. 42, n 3, p.59-76.

\_\_\_\_\_. 2002. *Democracy and the public space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press.

\_\_\_\_\_. 2007. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da autorização à Legitimidade da Ação. *Dados- Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 50, n. 3, p. 443 a 464.

\_\_\_\_\_. 2009. *Participatory Institutions in Democratic Brazil*. Washington: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

BAIOCCHI, G. 2003. Emergent public spheres: talking politics in participatory governance. *American Sociological Review*, v. 68, n. 1, p. 52-74.

BARROS, A. MACHADO, S. & MACHADO, M. 2009. Gabinete de crise: gerenciamento de epidemia no Rio de Janeiro. In: *Anais Eletrônicos- Artigos. V Seminário Internacional de Defesa Civil - DEFENCIL* São Paulo – 18, 19 e 20 de Novembro de 2009. Disponível em: (Acesso em 05/07/2012)  
[http://www.defesacivil.uff.br/defencil\\_5/Artigo\\_Anais\\_Eletronicos\\_Defencil\\_17.pdf](http://www.defesacivil.uff.br/defencil_5/Artigo_Anais_Eletronicos_Defencil_17.pdf)

BARROSO, Luis Roberto. 2008. Da Falta de efetividade à Judicialização Excessiva: Direito à Saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jur. UNIJUS*, Uberaba-MG, V.11, n. 15, p.13-38 novembro.

BOBBIO, Norberto. 2000. *Teoria Geral da Política. A filosofia e as lições dos Clássicos*. Org. Michelangelo Bovero; trad. Daniela Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier.

BONAVIDES, Paulo. 1997. *Curso de Direito Constitucional*. 7ªed. São Paulo: Malheiros.

BORGES, Jorge Luis. 1999. *Obras Completas - Volume II. 1952-1972*. São Paulo: Globo.

BOSCHI, Renato (org). 1986. A constituinte e a nova ordem liberal no Brasil: Cidadania e Constituinte. *Cadernos de Conjuntura: IUPERJ*. n.7, setembro.

BOURDIEU, Pierre. 1989. “A identidade e a representação: elementos para uma reflexão crítica sobre a ideia de região”. In: *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, p. 107-132.

\_\_\_\_\_. 2003. O poder simbólico. Tradução Fernando Tomaz (português de Portugal) – 6 ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

\_\_\_\_\_. 2005. O mistério do ministério: Das vontades particulares à “vontade geral” In: CÂNEDO, Leticia Bicalho (org). *O Sufrágio universal e a invenção democrática*. São Paulo: Estação Liberdade.

BURGOS, Marcelo. Cidade, Territórios e Cidadania. DADOS – *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 48, no 1, 2005, p. 189 a 222.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2012.

\_\_\_\_\_. (Governo Federal). Portal da Transparência. Exercício 2013.

Disponível em:

<http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaAcoes.asp?Exercicio=2013&SelecaoUF=1&SiglaUF=RJ&NomeUF=RIO%20DE%20JANEIRO&CodMun=6001&NomeMun=RIO%20DE%20JANEIRO&ValorMun=4.151.933.975,29>, consulta em 10 de janeiro de 2014.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Resolução N° 258, de 07 de Janeiro de 1991. Norma Operacional Básica- NOB/SUS n° 01/91.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Portaria N° 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Portaria N° 2.203, de 5 de novembro de 1996. NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Portaria N. 95 de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Portaria MS/GM n. 373, fev. 2002. (Gabinete do Ministro). Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Resolução 333, de 4 de nov. de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Resolução 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Portaria 3.085, de 1 de dezembro de 2006 – regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. (Ministério da Saúde). Secretaria de Gestão Participativa. *Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. (Presidência da República). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. (Presidência da República). Lei N. 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. (Presidência da República). Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. (Presidência da República). Decreto nº 5.392, DOU, 10 de março de 2005. Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. (Presidência da República). Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

BRECHT, Bertolt. 1987. *Dans la Jungle des villes*. trad. Stéphane Braunschweig. Paris: L'arche.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. 2012. Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados- CONOF/CD. NOTA TÉCNICA n. 14 de 2002 – Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 de 2000. Brasília: CONOF/CD, 39p.

\_\_\_\_\_. (SILEG - Módulo Deputados). 01/05/2013 Informações Deputado Fernando William. Disponível em:  
[www.camara.gov.br/Internet/Deputado/DepNovos\\_Detalhe.asp?nome=FERNANDO+WILLIAM&leg=52](http://www.camara.gov.br/Internet/Deputado/DepNovos_Detalhe.asp?nome=FERNANDO+WILLIAM&leg=52)

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Projeto de Lei 898-A/1990. Fernando William, Laura Carneiro, Ludmila Mayrink.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica Municipal n.º 1.746, de 23 de julho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde.

\_\_\_\_\_. DCM Ano XVI, N.º 182, 30 de setembro de 1992.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei no. 1912-A, 1992. Milton Nahon.

\_\_\_\_\_. Lei orgânica municipal 2.011 de 31 de agosto de 1993. Institui os Conselhos Distritais de Saúde no Município e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei 2.289 de 9 de janeiro de 1995. Altera e Acrescenta dispositivo à Lei nº 2011 de 31 de agosto de 1993 que institui os Conselhos Distritais de Saúde no Município, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei 34/2009. Paulo Pinheiro.

\_\_\_\_\_. Lei 5.104 de 3 de novembro de 2009. Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde.

\_\_\_\_\_. Projeto de lei Nº 80/2013. Poder Executivo à Câmara Municipal. Autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RioSaúde e dá outras providências.

CAMARGO, Aspasia e DINIZ, Elis. 1989. Continuidade e mudança no Brasil da nova República, São Paulo: Vértice/Revista Tribunais.

CAPPELLETTI, Mauro. 1977. “Formações Sociais e interesses coletivos diante da Justiça Civil”. Revista de Processo, São Paulo, 5, jan/mar.

CARDOSO, Ruth. 2004. “A trajetória dos movimentos sociais” In: DAGNINO, Evelina (org). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.

CARVALHO, Ana Paula Soares. 2012. *Estatuto da Cidade e juridificação da reforma urbana no Brasil*. 213 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

CARVALHO, José Murilo. 2001. *Cidadania no Brasil: O longo caminho*. Vol 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

\_\_\_\_\_. 2011. *A formação das Almas. O imaginário da República no Brasil*. 20ª ed. São Paulo: Companhia das Letras.

CARVALHO, Homero Teixeira. 1996. *Conselhos de Saúde e Práticas de Comunicação: Ação pelo Controle Público e Invisibilidade Social*. Diss. ENSP/Fiocruz.

CARVALHO, Maria Alice Rezende de. (org). 2002. *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República.

CASAGRANDE, Cassio. Ministério Público, Ação Civil Pública e a Judicialização da Política – Perspectivas para o seu estudo. *B. Cient. ESMPU*, Brasília, a. I – nº 3, p. 21-34 – abr./jun. 2002.

CAVALCANTI, Nireu. *O Rio de Janeiro Setecentista. A vida e construção da cidade da invasão francesa até a chegada da Corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

CHEIBUB, José & LIMONGI, Fernando. 2002. “Democratic Institutions and Regime Survival: Parliamentary and Presidential Democracies Reconsidered”. *Annual Review of Political Science*, 5, p. 151-79.

CITTADINO, Gisele. 1999. *Pluralismo, Direito e Justiça Distributiva. Elementos da Filosofia Constitucional Contemporânea*, Rio de Janeiro: Lumen Juris.

\_\_\_\_\_. 2002. “Judicialização da Política, Constitucionalismo Democrático e Separação de Poderes” In: VIANNA, Werneck, (org). *A democracia e os três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, Rio de Janeiro: Iuperj.

\_\_\_\_\_. 2006. Princípios Constitucionais, Direitos Fundamentais e História. In: PEIXINHO, Manoel Messias; FRANCO, Isabella ; FILHO, Firly. *Os princípios constitucionais da Constituição de 1988* (2a. ed.). Brasil: Editora Lumen Juris.

COELHO, João e OLIVEIRA, A. C. 1989. *A Nova Constituição: Avaliação do Texto e Perfil dos Constituintes*. Rio de Janeiro, Revan.

COHEN, Jean & ARATO, Andrew. 1992. *Civil Society and political theory*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

COHEN, Jean L.. 1985. “Strategy or identity: New theoretical paradigms and contemporary social movements”. *Social Research*, vol 52, n4, p. 663-716.

CONNIFF, Michel. 1975. “Voluntary associations in Rio: 1870-1945”. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs.*, vol. 17, n 01, p. 64-82, 1975.

CONTRERAS, M. A. 2003. “Cambios y discontinuidades del proceso dedescentralización en el gobierno de Chávez”. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, v. 9, n. 3, p. 255-272.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO 5.2. 30 de junho de 2012. Carta aos Profissionais de Enfermagem do Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://conselhoaudeap52.blogspot.com.br/search?updated-min=2012-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2013-01-01T00:00:00-08:00&max-results=1>  
Acesso em março de 2013.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO 3.1. RELATÓRIO DO I SEMINÁRIO DE PACTUAÇÃO DE REDES DA AP-3.1, maio de 2012, disponível em:



<http://cds31.blogspot.com.br/2012/10/relatorio-do-i-seminario-de-pactuacao.html>  
Acesso em julho de 2012.

\_\_\_\_\_. CODS 3.1. 2012a. ATA da Reunião Ordinária de 17 de outubro de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 06/06/2012

\_\_\_\_\_. CODS 3.1. 2012b. ATA da Reunião Ordinária de 15 de fevereiro de 2012.  
Disponível no blog. <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 06/06/2012

\_\_\_\_\_. CODS 3.1. 2012c. ATA da Reunião Ordinária de 28 de março de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 06/06/2012

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2012d. ATA da Reunião Ordinária de 18 de abril de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 05/03/2013

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2012e. ATA da Reunião Ordinária de 21 de junho de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 05/03/2013

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2012f. ATA da Reunião Ordinária de 18 de julho de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 05/03/2013.

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2012g. ATA da Reunião Ordinária de 15 de agosto de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 05/03/2013.

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2012h. ATA da Reunião Ordinária de 21 de novembro de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 05/03/2013

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2012i. ATA da Reunião Ordinária de 19 de dezembro de 2012.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 05/03/2013.

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2013. ATA da Reunião Ordinária de 27 de novembro de 2013.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 02/02/2014.

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2013a. ATA da Reunião Ordinária de 18 de dezembro de 2013.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 02/02/2014.

\_\_\_\_\_.CODS 3.1. 2014. ATA da Reunião Ordinária de 15 de janeiro de 2014.  
Disponível no blog <http://cds31.blogspot.com.br> Acesso em 02/02/2014.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de 11 de 05 de 2010. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em maio 2012.

\_\_\_\_\_. Janeiro 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde.  
Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates). Acesso em maio 2012.

\_\_\_\_\_. Fevereiro 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em:  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) .Acesso em maio 2012.

\_\_\_\_\_. Março 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Abril 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Maio 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Junho 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Julho 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Agosto 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Setembro 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Outubro 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Novembro 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em  
[www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013

\_\_\_\_\_. Dezembro 2012. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013.

\_\_\_\_\_. Janeiro 2013. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013.

\_\_\_\_\_. Fevereiro 2013. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em março de 2013.

\_\_\_\_\_. Março 2013. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em junho de 2013.

\_\_\_\_\_. Abril 2013. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em junho de 2013.

\_\_\_\_\_. Maio 2013. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em junho de 2013.

\_\_\_\_\_. Junho 2013. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates) Acesso em agosto de 2013.

CONSTANT, Benjamin. Da liberdade dos antigos comparada a dos modernos. In: *Revista Filosofia Política*. no. 2, 1985.

CORNWALL, Andrea & COELHO, V. *Spaces for change? The politics of citizen participation in new democratic arenas*. Vol 1, London: Zed Books, 2007.

COUTINHO, Carlos Nelson. (org) GRAMSCI, Antonio. 2011. *O leitor de Gramsci: escritos escolhidos: 1916-1935*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CRICK, Bernard. 1996. Participação Política. In OUTWHAITE, William & BOTTOMORE, Tom. *Dicionário do Pensamento Social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 559-560.

DAGNINO, Evelina. 2002. *Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, Unicamp.

\_\_\_\_\_. 2004. “Uma nova noção de cidadania”. In: DAGNINO, Evelina (org). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, p. 103-115.

DAGNINO, E; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. (coords.). 2006. *La disputa por la construcción de la democracia en América Latina*. México: FCE/ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social –Universidad Veracruzana.

DAHL, Robert. 2012. *A Democracia e seus críticos*. São Paulo: Martins Fontes.

DALL'ALBA, R., FERLA, A., GIORA, J., POSSA, L..2012. Informação e comunicação em redes de prática como educação permanente: o caso da Estação Escola GHC do Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde- DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.626pt. **RECIIS**, Brasil, 6, aug. 2012. Disponível em: <http://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/626/1086>. Acesso em: 25 Jan. 2014.

DALLARI, Sueli. 1989. Competência Municipal em matéria de saúde. *Revista de Direito Público*, 92: 173.

D'AVILA, Paulo Filho (org). 2005. *Estudos Legislativos municipais no Estado do Rio de Janeiro: Produção legislativa e intermediação de interesses*. Caderno de Sociologia Política e Cultura, n. 6.

\_\_\_\_\_. 2000. *Democracia, Clientelismo e Cidadania: A Experiência do Orçamento Participativo no Modelo de Gestão Pública da Cidade de Porto Alegre*. Tese (Doutorado em Ciência Política) IUPERJ. Rio de Janeiro, 337p.

DIANI, Marco. 1996. Participação. In OUTWHAITE, William & BOTTOMORE, Tom. *Dicionário do Pensamento Social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 558-559.

DINIZ, Eli. *Voto e Máquina Política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

DURAN, P.R.F. *Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ)*. Rio de Janeiro, 2013. 210 f. Tese [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

DWORKIN, Ronald. *Levando os Direitos a Sério*. São Paulo, 3ª e.d. Martins Fontes, 2010.

EISENBERG, José. 2003. *A Democracia Depois do Liberalismo*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

EXTRA. 09/06/09. Pacientes protestam contra fechamento de Casa de Parto, em Realengo. Disponível em: <http://extra.globo.com/noticias/rio/pacientes-protestam->

[contra-fechamento-de-casa-de-parto-em-realengo-402459.html](#). Consulta em 10/04/2013.

FARIA, Alessandra M. T. 2008. *Do social e do político: teorias da representação política*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Departamento de Sociologia e Política da PUC-Rio, 2008.

\_\_\_\_\_. 2009 O trabalho da representação e Pierre Rosanvallon. *Desigualdade & Diversidade* (PUCRJ), v. 5, p. 33-62, 2009.

\_\_\_\_\_. 2010. *On the Social and the Political: Theories of Political Representation - Beyond the universal suffrage*. Tradução Renato Rezende. Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing AG & Co. KG.

FARIA, V. 1983. “Desenvolvimento, urbanização e mudanças na estrutura do emprego: a experiência brasileira dos últimos trinta anos”. In: ALMEIDA, M.; SORJ, B. (1983). *Sociedade e política no Brasil pós-64*. São Paulo: Brasiliense.

FERREIRA, Marieta de Moraes. (org). 2000. *Rio de Janeiro: uma cidade na história*. Rio de Janeiro: Ed. FGV.

FILGUEIRAS, Fernando de Barros. Guerreiro Ramos, a redução sociológica e o imaginário pós-colonial. *Cad. CRH*, Salvador, v. 25, n. 65, Ago. 2012.

\_\_\_\_\_. (2007). República, Confiança e Sociedade. *Dados*, 50(4), 863-897. Retrieved January 31, 2014, Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582007000400008&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582007000400008&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0011-52582007000400008

FINLEY, Moses. 1988. *Democracia Antiga e Moderna*. Rio de Janeiro: Graal.

FLEISCHER, David. 1990. “The Constituent National Assembly and the Transformation Strategy: Attempts to Shift Political Power in Brazil from the Presidency to Congress”, in L. Graham e R. Wilson (eds.), *The Political Economy in Brazil: Public Policies in an Era of Transition*. Austin, University of Texas Press, p. 210-258.

FLEURY, Sonia. (org.). 1997. *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Editora Lemos.

FOLHA, 31/03/2008. Reprovação a Cesar Maia. São Paulo: Opinião Pública. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2008/03/1223600-reprovacao-a-cesar-maia-chega-a-43.shtml> Consulta em 05/05/2013.

FOLHA DIRIGIDA. 29/05/2013. RioSaúde já é lei, e polêmica continua. Disponível em: <http://www.folhadirigida.com.br/fd/Satellite/concursos/noticias-RioSaude-2013-2000040684907/RioSaude-ja-e-lei-e-polemica-continua-2000044980961-1400002102880> Consulta em 30/06/2013.

FOUCAULT, Michel. 2004. *Sécurité, Territoire, Population*. Cours au Collège de France. 1977-1978. Paris: Seuil/Gallimard. (Hautes Études)

FREIRE, Americo & SARMENTO, Eduardo. 1999. Três Faces da Cidade: um Estudo sobre a Institucionalização e a Dinâmica do Campo Político Carioca (1889-1969). *Estudos históricos*. 1999 – 24, p. 295-322.

FREITAS, Vladimir Passos de. 2013. Lição da história - juízes municipais podem solucionar lentidão da justiça. <http://www.conjur.com.br/static/text/64235,1>. Acesso em 20/12/2013.

FUNG, Archon e WRIGHT, Erik. Eds. 2003. *Deepening democracy: Institutional innovations in empowered participatory governance*. Real Utopias Project. London: Verso Press.

GARAPON, Antoine. 1999. *O juiz e a democracia*. Rio de Janeiro: Revan.

GERSCHMAN, Silvia. 2004. *A Democracia Inconclusa*. Um estudo sobre a Reforma Sanitária brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GOHN, Maria da Glória. 1991. *Movimentos sociais e lutas pela moradia*. São Paulo: ed. Loyola.

GONDIM; MONKEN; ROJAS et al. 2008. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, BARCELLOS, MOREIRA & MONKEN. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 237-55.

GOUVEA, Marcos. 2004. O direito ao fornecimento estatal de medicamentos. In: GARCIA, E. (coord.) *A Efetividade dos direitos sociais*.

GRAMSCI, Antonio. (1891-1937). 2011. *Cadernos do Cárcere*. Volume 1. Ed. E trad. Carlos Nelson Coutinho; co-ed. Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

\_\_\_\_\_. 1981. *Conselhos de Fábrica*. São Paulo: Brasiliense.

GUIMARÃES, Cesar. 1991. Mares da lua. In: *Cadernos de Conjuntura*. Rio de Janeiro, IUPERJ, n.º 36.

HABERLE, Peter. 1997. *Hermenêutica Constitucional, A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: Contribuição para a Interpretação Pluralista e 'Procedimental' da Constituição*. Trad.: Gilmar Ferreira MENDES. Ed. Sergio Antonio Fabris, Porto Alegre.

\_\_\_\_\_. 2011. Constituição como Cultura. Entrevista concedida a Rodrigo Aidar e Marília Scriboni. *Revista Consultor Jurídico*, 29 de maio. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2011-mai-29/entrevista-peter-haberle-constitucionalista-alemao> Acesso em 14 de abril 2013.

HABERMAS, Jürgen. 1984. *Theory of Communicative Action*. Translated by Thomas MacCarthy. Boston: Beacon Press, 1984.

\_\_\_\_\_. 1991. *La Necesidad de revisión de la izquierda*, Madrid: Tecnos.

\_\_\_\_\_. 1991a. *The structural Transformation of the Public Sphere*. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

\_\_\_\_\_. 1995. *Between Facts and Norms*. Translated by William Rehg. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

\_\_\_\_\_. 1996. *La Necesidad de Revisión de la Izquierda*. Trad. Manuel Redondo, Madrid, Editorial Tecnos.

\_\_\_\_\_. 2005. “Concluding Comments on Empirical Approaches to Deliberative Politics”. *Acta Politica*, 40, (384–392), p. 385.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Princípios da filosofia do direito*. Tradução Orlando Vitorino. São Paulo: Martins Fontes, 1997 (Clássicos).

HESPANHA, Antonio Manuel. 2013. “Leis Bem feitas e leis boas”. *RIDB*, Ano 2, nº 1 / <http://www.idb-fdul.com/> ISSN: 2182-7567, p. 619-642

HOBBS, Thomas. 1996. *Leviathan*. (World's Classics), Oxford University Press.

HOLANDA, Cristina Buarque. 2009. *Modos da Representação Política: O Experimento da Primeira República Brasileira*. Belo Horizonte. UFMG.

HONNETH, Axel. 2000. *La lutte pour la reconnaissance*. Traduit de l'allemand par Pierre Rusch. Paris: Gallimard. (Folio Essais)

IBGE. *Perfil dos Municípios Brasileiros: 2009*. Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC 2009. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 482 p. CD-ROM.

\_\_\_\_\_. *Perfil dos Municípios Brasileiros: 2011*. Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC 2011. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 366p. CD-ROM.

JORNAL DO BRASIL, 14/12/1992. Apud Freire, Americo & Sarmiento, Eduardo. Três Faces da Cidade: um Estudo sobre a Institucionalização e a Dinâmica do Campo Político Carioca (1889-1969). *Estudos históricos*, 24, 1999, p. 296.

\_\_\_\_\_. 31/03/2005. PFL vai à Justiça contra intervenção. Rio: p. A21. Disponível em:  
<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/60246/noticia.htm?sequence=1>  
Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

\_\_\_\_\_. 06/04/2013. Criação de empresa para gerir saúde pública gera polêmica. Disponível em: <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/04/06/criacao-de-empresa-para-gerir-saude-publica-gera-polemica/> Acesso em 10 de abril 2013.

JORNAL O DIA. 21.12.2013. Prefeitura volta atrás e suspende consultoria na saúde. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2013-12-21/prefeitura-volta-atras-e-suspende-consultoria-na-saude.html> Acesso em 10 de janeiro de 2014.

KERCHE, Fábio. 2007. Autonomia e Discricionariiedade do Ministério Público no Brasil. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 50, no 2, p. 259 a 279.

KINZO, Maria D’Alva G. 1988. *Legal Opposition politics under authoritarian rule in Brazil. The case of MDB, 1966-79*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

\_\_\_\_\_. 1990. “O Quadro Partidário e a Constituinte”, in B. Lamounier (org.), *De Geisel a Collor: O Balanço da Transição*. São Paulo, Sumaré, p. 105-134.

KOIRÉ. 1979. *Introdução à leitura de Platão*. Lisboa: Presença; São Paulo: Martins Fontes, 1979.

KOWARICK, Lúcio. *A espoliação urbana*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.

LABRA, M.E. 1999. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2.

\_\_\_\_\_.2005. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T. et al.(Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_. 2010. Conselhos de Saúde do estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: UGÁ, M.A. deet al.(Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_; SILVA, O.F. 2001. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 1, jan./fev.

\_\_\_\_\_; & FIGUEIREDO, J.S.A. 2002. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 7, n. 3, p. 537-547.

LAMOUNIER, B.; WEFORT,F.; BENEVIDES, M. eds. 1981. *Direito, Cidadania e Participação*. São Paulo: T. Queiroz.

LAMOUNIER, Bolívar. 1988. “O ‘Brasil autoritário’ revisitado: o impacto das eleições para a abertura. In: STEPAN, A. (org). 1988. *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.



LATUFF, 2013: “Fora Cabral, vá com Paes!”, disponível em: [http://latuffcartoons.wordpress.com/2013/08/10/charge-para-sepe4-fora-sergiocabralrj-vai-com-eduardopaes\\_/](http://latuffcartoons.wordpress.com/2013/08/10/charge-para-sepe4-fora-sergiocabralrj-vai-com-eduardopaes_/) Acesso em 10 de janeiro de 2014.

LAVALLE, Adrian Gurza. 2011. Após a Participação: Nota Introdutória. *Lua Nova*, São Paulo, 84: 13-23.

\_\_\_\_\_. & ARAUJO, Cicero. 2008. O debate sobre a representação política no Brasil: nota introdutória. *Cad. CRH* [online].v. 21, n.52, p. 9-12.

\_\_\_\_\_. & CASTELLO. 2008. Sociedade Civil, Representação e a dupla face da accountability: cidade do México e São Paulo. *Caderno CRH*. UFBA.Vol. 21, N° 52.

\_\_\_\_\_. & ISUNZA, Ernesto. 2011. A Trama da crítica Democrática: Da participação à representação e à accountability. *Lua Nova*, São Paulo, 84: 95-139.

LEFEBVRE, Jean-Pierre; MACHEREY, Pierre. Hegel e a sociedade. Tradução Thereza Stummer e Lygia Watanabe. São Paulo: Discurso Editorial, 1999. (Clássicos e comentadores).

LESSA, Renato. 1986. *Dilemas da Institucionalização Brasileira*: Os primeiros Passos Rumo à Constituinte. Série Estudos, n. 46. Rio de Janeiro: IUPERJ, abril.

\_\_\_\_\_. 2008. *A Constituição brasileira de 1988 como experimento de filosofia pública: um ensaio*. Rio de Janeiro: Edição do Autor – Online, Dezembro 2008.

LIMONGI, Fernando. 2008. O Poder Executivo na Constituição de 1988. In: OLIVEN, Ruben, RIDENTI, Marcelo & BRANDÃO, Gildo Marçal.(org). *A Constituição de 1988 na vida brasileira*. São Paulo: Anpocs/ Hucitec, p. 23-56.

LÜCHMANN, L. H. H. 2007. “A representação no interior das experiências de participação”. *Lua Nova*, n. 70, p. 139-170.

\_\_\_\_\_. 2008. “Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo”. *Caderno CRH*, v. 21, n. 52, p. 87-97.

\_\_\_\_\_. 2011. Associações, participação e representação: combinações e tensões. *Lua Nova*, São Paulo, n. 84, p. 141-174.

MAINWARING, Scott; LIÑAN, Anibal. “Disciplina Partidária: O Caso da Constituinte” *Lua Nova – Revista de Cultura Política*, n 44, 1998.

MANIN, Bernard. 1995. *Principes du Gouvernement Représentatif*. Paris: Calmann-Lévy.

MALUF, Aflaton Castanheira. 2006. *Representação Municipal na Federação Brasileira*. Franca; Lemos & Cruz.

\_\_\_\_\_. 2008. Controle Judicial de Constitucionalidade das Normas Municipais e Lei Orgânica do Município. *R. Jur. UNIJUS*, Uberaba-MG, V.11, n. 15, p.129-154, novembro.

MATTOS, Patrícia. 2009. *A sociologia política do reconhecimento: as contribuições de Charles Taylor, Axel Honneth e Nancy Fraser*. São Paulo: Annablume.

MEIRELLES, Hely Lopes. 2003. *Direito Municipal Brasileiro*. 13ªed. São Paulo: Malheiros.

MEDICI, André. 2012. *O Índice de Desempenho do SUS*. Disponível em: <http://www.monitordesaude.blogspot.com.br/2012/03/o-indice-de-desempenho-do-sus-idsus.html> Acesso em dezembro de 2013.

MELLUCCI, Alberto. 1985. “*The symbolic challenge of contemporary movements*”. *Social Research*, n 52, p. 789-816.

MENDES E. V. (org.)1994. *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 13, OPS, Brasília.

MICELI, Sérgio. (org). 2001. *História das Ciências Sociais no Brasil*. Vol.1. São Paulo: Ed. Sumaré.

MIGUEL, Luis Felipe, & BIROLI, Flávia. (2009). Mídia e representação política feminina: hipóteses de pesquisa. *Opinião Pública*,15(1), 55-81. Retrieved January 31, 2014, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-62762009000100003&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762009000100003&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-62762009000100003

MILANI, Carlos. R. S. 2008. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *Revista de Administração Pública – RAP*: Rio de Janeiro, n 42 (3), p. 55-79, maio/junho.

MINISTERIO PÚBLICO ESTADUAL. Ação Civil Pública processo nº 0283688-82.2011.8.19.0001, proposta em face do Município do Rio de Janeiro/SMSDC e do Estado do Rio de Janeiro.

MOREIRA, Diogo & PEIXOTO, Leonardo. 2010. “A autonomia dos Municípios na Constituição Brasileira de 1988. In: “*Memorias del congreso nacional de derecho municipal descentralización y gobernabilidad*”. Orgs. José Alejandro Suárez Zanabria; Ernesto Jorge Blume Fortini; Jorge Luis Cáceres Arce; Neil Amador Huamán Paredes; Jhonny Tupayachi Sotomayor Arequipa: ADRUS, p. 423-437. Publicado também no portal jurídico saraivajur.

MOUFFE, Chantal. 1996. *O Regresso do Político*. Lisboa: Gradiva. Coleção Trajectos, n. 32.

NICOLAU, Jairo (org). 1998. *Dados Eleitorais do Brasil (1982-1986)*. Rio de Janeiro: Revan/Iuperj Ucam.

NOBRE, Marcos. 2013. *Imobilismo em movimento*. Da abertura democrática ao governo Dilma. São Paulo: Companhia das Letras.

NORONHA, E. 1991. “Explosão das greves nos anos 80”. In: BOITO Jr., A. *Sindicalismo brasileiro nos anos 80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

OCHOA, M. 2004. “*Ciudadanía perversa: divas, marginación y participación en la ‘localización’*”. In: MATO, D. (coord.). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*, Caracas: Faces/ Universidad Central de Venezuela.

O’DONNELL, Guilherme. 1993. ‘Sobre o Estado, a Democratização e Alguns problemas Conceituais – Uma visão Latino-Americana com uma rápida olhada em alguns países pós-comunistas’. *Novos Estudos CEBRAP*, n 36, julho.

OLIVEN, Ruben, RIDENTI, Marcelo & BRANDÃO, Gildo Marçal.(org). 2008. WERNECK VIANNA, Luiz [ et al.]. *A Constituição de 1988 na vida Brasileira*. São Paulo: HUCITEC, Anpocs, 2008.

PAIM, J. S. 1993. Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Educ. Médica* 17(3): 7-13.

\_\_\_\_\_. 1994. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PATEMAN, Carole. 1970. *Participation and Democratic Theory*. Cambridge University Press.

PEREIRA, Carlos & ORELLANA, Salomon. 2009. “*Hybrid Political Institutions and Governability: The Budgetary Process in Brazil*”, in: *Journal of Politics in Latin America*, 1, 3, 57-79.

PILATTI, Adriano. 2008. *A Constituinte de 1987-1988. Progressistas, Conservadores, Ordem Econômica e Regras do Jogo*. Rio de Janeiro: Puc Rio/Lumen Júris.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, SMSDC-RIO, 2009.

\_\_\_\_\_. Lei Municipal 5.026 de 19 de maio de 2009, dispõe sobre a qualificação de entidades como OS.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 30433 de 28 de janeiro de 2009. Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC. Rio de Janeiro, Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei 5.586 de 28 de maio de 2013. Autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RIOSAÚDE e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. COLIGAÇÃO SOMOS UM RIO. Prefeito Eduardo Paes 15. Plano de Governo: 2013 – 2016, 87 p.

\_\_\_\_\_. (SMSDC-RJ). 2012. Relatório Final da 10a Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Núcleo de Publicações e Memória.

PROMOTORIA DE TUTELA COLETIVA DA SAÚDE DA CAPITAL. PJTCSCAP. 2009a. Relatório de Reunião de 05.05.09 da Promotória de Tutela Coletiva da Saúde da Capital. Curso de Capacitação dos Conselhos de Saúde. 11p. Cópia de documento cedido à pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009b. Relatório de Reunião de 23.03.09 da Promotória de Tutela Coletiva da Saúde da Capital com o vereador Paulo Pinheiro. 5p. Cópia de documento cedido à pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009 c. 26.03.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 5.1.6p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009d. 26.03.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 5.3.6p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009e. 13.04.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 2.1.14p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009f. 13.04.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 3.3.5p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009g. 07.05.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 1.0.8p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009h. 07.05.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 2.2.8p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009i. 14.05.09i. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 3.2.5p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009j. 06.08.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 5.3.6p. Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009k. 13.08.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 5.1.6p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009l. 03.09.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 1.0.11p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009m. 10.09.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 2.2.19p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009n.10.09.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 2.2.5p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009o.06.11.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 5.3.7p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2009p. 21.05.09. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 3.1.10p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010. 15.04.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 5.1.7p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010a. 06.05.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 4.0.5p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010b.13.05.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 3.3.6p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010c. 10.06.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 3.2.5p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010d. 12.08.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 2.1.5p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010e. 12.08.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 2.2.5p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010f. 19.08.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 1.0.6p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010g. 16.09.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 5.1.7p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

\_\_\_\_\_. PJTCSCAP. 2010h. 30.09.10. Relatório de Reunião Participação da Comunidade: Projeto Fala Conselho. Conselho Distrital de Saúde 3.3.11p.Cópia de Documento Cedido à Pesquisa.

RADIS. MAI/2005. Crise na Saúde acende alerta no SUS. Rio de Janeiro: Comunicação em Saúde,n. 33. p. 8-18.

RIO, João do. 2012. A alma encantadora das ruas: crônicas. Org. Raúl Antelo. 6ª ed. São Paulo: Companhia das Letras/Companhia de Bolso.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. 2011. Gestão Pública Municipal e participação democrática no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* Curitiba, v. 19, n. 38, p. 171-185.

ROCHA, J. L. 2007. “Misión identitaria y mercadotecnia para permanecer: el Programa de Investigación de Nitlapán”. In: BEBBINGTON, A. (org.). *Investigación y cambio social: desafíos para las ONG em Centroamérica y México*. Guatemala: Flacso.

RODRIGUES, Leôncio M. 1987. *Quem É Quem na Constituinte: Uma Análise Sócio-Política dos Partidos e Deputados*. São Paulo, OESP-Mahltese.

ROSANVALLON, Pierre. 1992. *Le Sacre du citoyen. Histoire du suffrage universel en France*. Paris: Gallimard(Folio histoire).

\_\_\_\_\_. 1998. *Le Peuple introuvable: Histoire de la représentation démocratique en France*.Paris: Gallimard (Folio histoire).

\_\_\_\_\_.2000. La Démocratie inachevée. Histoire de la souveraineté du peuple en France. Paris: Gallimard (Folio histoire

\_\_\_\_\_. 2006. *La Contre-Démocratie. La politique à l'âge de la défiance*. Paris: Éditions du Seuil. (Les Livres du Nouveau Monde).

\_\_\_\_\_. 2006a. Itinéraire et rôle de l'intellectuel. *Revista de Libros*. Entrevistador Javier Fernández Sebastián. Madrid: 28 set. 2006a, p. 1-10.

\_\_\_\_\_. 2008. *La légitimité démocratique. Impartialité, réflexivité, proximité*. Paris: Seuil. (Les Livres du Nouveau Monde).

\_\_\_\_\_. 2011. *La société des égaux*, Paris: Seuil, (Les Livres du Nouveau Monde).

RUNCIMAN, David. 2010. "The Paradox of Immediacy". *Political Theory*, 38, 148-155, disponível em: <http://ptx.sagepub.com/content/38/1/148>. Acesso em 10-03-2013.

SADEK, Maria Tereza. 2008. Ministério Público: a construção de uma nova instituição. In: RIDENTI, Marcelo; OLIVEN, Ruben & BRANDÃO, Gildo.(org). *A Constituição de 1988 na vida brasileira*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Anpocs. (Estudos Brasileiros; 42). P. 110-130.

SALLUM Jr, B. 2004. "Crise, democratização e liberalização no Brasil". In: SALLUM JR. (org.). *Brasil e Argentina hoje*. Bauru-SP: Edusc.

SANI, Giacomio. "Participação Política". In: BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO. *Dicionário de Política*. Brasília: Ed. UNB, Volume II, 12ª Ed.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. 1993. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco.

\_\_\_\_\_. 1998. *Décadas de espanto e uma apologia democrática*. Rio de Janeiro: Rocco.

\_\_\_\_\_. 2007. *O paradoxo de Rousseau: uma interpretação democrática da vontade geral*. Rio de Janeiro: Rocco.

SANTOS, Fabiano & POGREBINSCHI, T. 2011. Participação como Representação: O Impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. *Dados - Revista de Ciências Sociais*. n. 54. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21821418002>> Acesso em 05/04/2013.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Democratizar a democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SAWARD, M. 2010. *The representative claim*. Oxford: Oxford University Press.

SCHUMPETER, Joseph. 1942. *Capitalism, socialism and democracy*. New York: Harper.

SCHMITT, Carl. 1984. *Verfassungslehre*, Duncker u. Humblot, Berlim, (1928). Trad. A. Caracciolo, *Dottrina della costituzione*. Giuffrè, Milão.

\_\_\_\_\_. 1992. *O conceito do Político*. Trad. Alvaro Valls. Petrópolis: Vozes.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. Sesdec-RJ. (2008). Boletins epidemiológicos. Rio de Janeiro: Janeiro-dezembro.

SILVA, Afonso. "Prefácio" In: PILATTI, Adriano. *A Constituinte de 1987-1988*. Rio de Janeiro: Puc Rio/Lumen Júris, 2008.

SILVA, L. J. 1985. *Organização do Espaço e Doença*. In: Textos de apoio: Epidemiologia 1 (J. Carneiro, org.), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ABRASCO.

SIMMEL, George. 1987. A Metrópole e a vida mental. In: O Fenômeno Urbano. (org) Otávio Velho. Rio de Janeiro: Guanabara.

SKINNER, Quentin. 1996. *As formações do Pensamento Político Moderno*. São Paulo: Companhia das Letras.

SOUZA, Celina. 2001. Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo Decisório, Conflitos e Alianças. *DADOS—Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 44, nº 3, 2001, p. 513 a 560.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. 2010. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: Editora UFMG.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL SUS. Descentralização. Intervenção Federal na saúde Municipal: MS 25.295-2. 20/04/2005.

\_\_\_\_\_. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1923, 1999.

\_\_\_\_\_. Ação Direta de Inconstitucionalidade, n. 4895, 31/10/2012.

\_\_\_\_\_. 2011. VOTO ADIN nº 1.923/DF, Relator Min. Ayres Britto.

TARROW, Sidney. 2009. *O poder em movimento. Movimentos sociais e confronto político*. Petrópolis: Vozes.

TATAGIBA, L. 2002. “Los consejos gestores y la democratización de las políticas públicas en Brasil”. In: DAGNINO, E. (org.). *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América Latina: Brasil*. México: FCE, p. 305-368.

\_\_\_\_\_. 2010. “Participação e reforma do Estado: sobre a arquitetura da participação em São Paulo”. In: O’DONNELL, G.; TULCHIN, J. S.; VARAS, A. (org.). *New voices in the study of democracy in Latin America*. Washington: Woodrow Wilson International Center for Scholars.

\_\_\_\_\_. & BLINKSTAD, Karin. 2011. “Como se fosse uma eleição para vereador” *Lua Nova*, São Paulo, 84: 175-217.

TEIXEIRA, C. F. 1994. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: *Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário* (E. V. Mendes, org), p. 43-59, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº 13, Brasília.

TENDLER, Judith. 1997. *Good government in the tropics*. Baltimore, Md.: The John Hopkins University Press.



TERRON, Sonia & NICOLAU, Jairo. (2012) *Uma cidade partida? As eleições para prefeito do Rio de Janeiro em 2008*. Trabalho apresentado na Area Temática Eleições e Representação Política. 8º Encontro da ABCP, Gramado, 1 a 4 de agosto de 2012, 24p.

TILLY, Charles. 1985. *The contentious French*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

\_\_\_\_\_. 2004. *Contention and Democracy in Europe, 1650-2000*. Cambridge: Cambridge University Press.

\_\_\_\_\_. 2005. *Trust and Rule*. Cambridge: Cambridge University Press.

\_\_\_\_\_. 2006. *Regimes and Repertoires*. Chicago: University of Chicago Press.

\_\_\_\_\_. 2013. *Democracia*. Trad. Raquel Weiss. Petrópolis, RJ: Vozes. (Coleção Sociologia).

TEUBNER, Gunther. 1983. Substantive and Reflexive Elements in Modern Law. *Law and Society Review*, Volume 17, Number 2.

TOCQUEVILLE, Alexis de. 1962. *A democracia na América*. Volume Único. Trad. Neil da Silva. Belo Horizonte: Itatiaia.

TODOROV, Tzvetan. 2012. *Os inimigos íntimos da democracia*. São Paulo: Companhia das Letras.

VIANNA LOPES, Júlio Aurelio. 2008. *A Carta da Democracia. O Processo Constituinte da Ordem Pública de 1988*. Rio de Janeiro: Topbooks.

VIANNA, Maria Lucia Werneck. 1997. “Política versus Economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e Estado de Bem-Estar”. In: GERSCHMAN, S. VIANNA, M.L.W.(org) 1997. *Miragem da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 155-176.

VILASBOAS, A L. 1998. *Vigilância à Saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. Dissertação de Mestrado, Instituto Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

VIEIRA, Monica Brito & RUNCIMAN, David. 2008. *Representation*. Cambridge: Polity

WEBER, Max. 1984. *Economia y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Tradução José Echavarría, Juan Parella, Eugenio Ímaz, Eduardo Máynez. (2ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

WEFFORT, Francisco. “Why Democracy?” In: Stepan, A., ed. *Democratizing Brazil*. New York: Oxford University Press. 1989.

WERNECK VIANNA, Luiz Jorge. 1989. *A transição. Da Constituinte à Sucessão Presidencial*. Rio de Janeiro: Revan.

\_\_\_\_\_. & CARVALHO, Maria Alice Rezende de; MELO, Manuel Palácios Cunha; BURGOS, Marcelo Baumann. 1999. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan.

\_\_\_\_\_. 2001. O Estado Novo e a “ampliação” autoritária da República. IN: CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República.

\_\_\_\_\_. 2002. *A Democracia e os três poderes no Brasil*. Org. Werneck Vianna. Belo Horizonte: UFMG, Rio de Janeiro: Iuperj/Faperj, 2002.

\_\_\_\_\_. & CARVALHO, Maria Alice Rezende de. 2004. Experiência brasileira e democracia. In: CARDOSO, S. (Ed.). 2004. *Retorno ao Republicanismo*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.

\_\_\_\_\_. 2008. O Terceiro Poder na Carta de 1988 e a Tradição Republicana: mudança e conservação. In: RIDENTI, Marcelo; OLIVEN, Ruben & BRANDÃO, Gildo. (org). *A Constituição de 1988 na vida brasileira*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Anpocs. (Estudos Brasileiros; 42). P. 110-130.

\_\_\_\_\_. 2013. A judicialização da política. In: AVRITZER, Leonardo et al. (org) *Dimensões Políticas da Justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

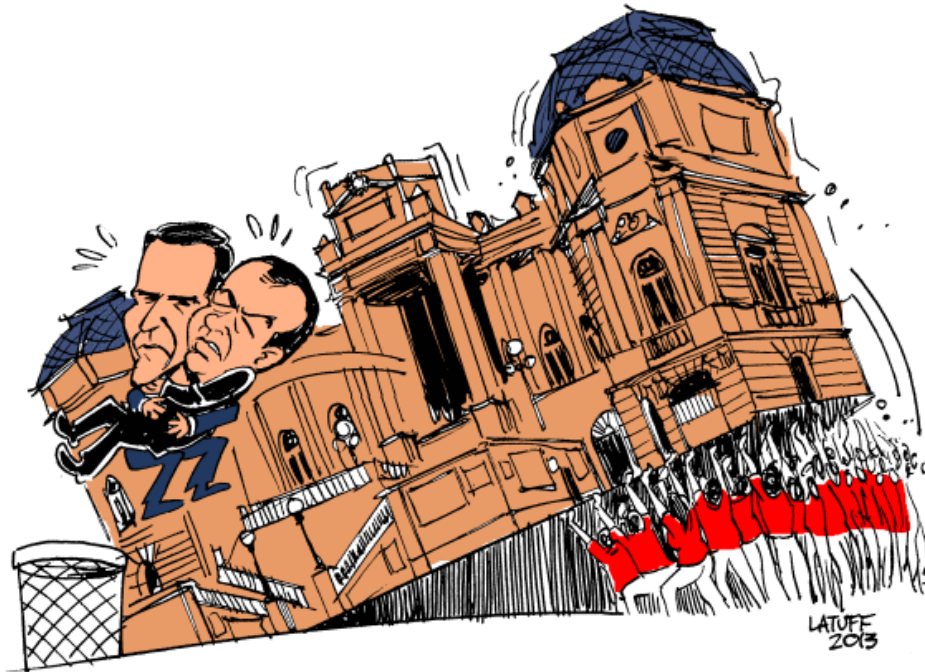
WHITAKER, Francisco (org). 1989. *Cidadão e Constituinte- a saga das emendas populares*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

WITTGENSTEIN, Ludwig J. J. 2005. *Investigações Filosóficas*. 4a ed. Petrópolis: Vozes.

## 12 ANEXOS

### ANEXO 1

Legenda da circulação na rede social do Twitter: Fora @SergioCabralRJ,  
vai com @eduardopaes\_



Fonte: <http://latuffcartoons.wordpress.com/2013/08/10/charge-para-sepe4-fora-sergiocabralrj-vai-com-eduardopaes/>

## ANEXO 2 – SMS



## ATOS DO PREFEITO

### DECRETO Nº 36796 DE 25 DE FEVEREIRO DE 2013

Altera a estrutura organizacional do Poder Executivo Municipal.

**O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**, no uso de suas atribuições legais,

**DECRETA:**

Art. 1º A Subsecretaria de Defesa Civil da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC passa a integrar a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Conservação e Serviços Públicos - SECONSERVA.

Art. 2º A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC passa a denominar-se Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2013; 448º ano da fundação da Cidade.

EDUARDO PAES

### DECRETO Nº 36797 DE 25 DE FEVEREIRO DE 2013

Altera a redação do Decreto nº 31.182, de 05 de Outubro de 2009, na forma que menciona.

## ANEXO 3 – Áreas de planejamento

ÁREAS DE PLANEJAMENTO SANITÁRIO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	
ÁREA DE PLANEJAMENTO SANITÁRIO	REGIÃO ADMINISTRATIVA (RA)
AP-1	I RA - Portuária
	II RA - Centro
	III RA - Rio Comprido
	VII RA - São Cristóvão
	XXI RA - Ilha de Paqueta
AP-2.I	XXIII RA - Santa Tereza
	IV RA - Botafogo
	V RA - Copacabana
AP-2.II	VI RA - Lagoa
	XXVII RA - Rocinha
AP-2.III	VIII RA - Tijuca
	IX RA - Vila Isabel
AP-3.I	X RA - Ramos
	XI RA - Penha
	XX RA - Ilha do Governador
	XXIX RA - Complexo do Morro do Alemão
AP-3.II	XXX RA - Complexo da Maré
	XII RA - Inhaúma
	XIII RA - Méier
AP-3.III	XXVIII RA - Jacarezinho
	XIV RA - Irajá
	XV RA - Madureira
	XXII RA - Anchieta
AP-4	XXV RA - Pavuna
	XVI RA - Jacarepaguá
AP-5	XXIV RA - Barra da Tijuca
AP-5.I	XVII RA - Bangu
AP-5.II	XVIII RA - Campo Grande
	XXVI RA - Guaratiba
AP-5.III	XIX RA - Santa Cruz

Resolução SMS nº 431 de 14 de abril de 1993.

Fonte: CARVALHO, Homero, 1996.

## ANEXO 4 – Termo de vista



## Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde do Capital  
 Av. Nilo Peçanha, nº 26, 10º andar, Castelo, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100 - Tel.: 22225194  
 Promotora de Justiça *Anabelle Macedo Silva*

TERMO DE VISTA/REQUERIMENTO

Nº do Procedimento:

Nome do Requerente: *Alessandra Maia Tena de Faria*  
 Identidade: *0207465337* Telefone: *92169911*  
 Endereço: *Campus de Psic. Rio - Vila dos Diabéticos - Dep. Ciências Sociais*  
 Status no procedimento: ( ) interessado/investigado ( ) Noticiante (x) *Pesquisa de Tese*

(x) Em *03/04/13* o Requerente compareceu na Secretaria das Promotorias de Tutela Coletiva do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, situada na Av. Nilo Peçanha, 26, 10º andar, tendo verificado os documentos/procedimento em referência de acordo com sua necessidade/disponibilidade de tempo.

( ) Apresenta requerimento à 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde para:

( ) Cópias dos autos em epígrafe. fl. a

( ) Dilação de prazo em dias (máximo 30 dias).

( ) Juntada aos autos de:

( ) Representação / comunicação apresentada ao Protocolo da 3ª PJTCSCAP – Núcleo Capital.

( ) Protocolo de resposta ao ofício / notificação \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

( ) \_\_\_\_\_

( ) Vistas de procedimento sigiloso.

( ) Solicitação de reunião / oitiva.

(x) *Foam feitas 450 cópias das reuniões da Promotoria, com arquivos de Arquivo 010, 021, 020.*

Rio de Janeiro, *03* de *Abri* de 2013.

*Anabelle Macedo Silva*  
 (Assinatura do requerente)

Recebido o requerimento por:

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do funcionário)

**Despacho do Promotor**

Defere a 3ª PJTCSCAP o requerimento formulado pelos seguintes fundamentos:

- ( ) Ausência de prejuízo à condução do procedimento e à produção de provas.  
 ( ) Necessidade de preservação dos direitos fundamentais do investigado.  
 ( ) Anonimato e imprecisão da notícia que motivou a instauração do procedimento

À secretaria para:

- ( ) Ciência do interessado  
 ( ) Lançamento da oitiva no livro de oitiva da 3ª PJTCSCAP


Após, abertura de nova vista

- ( ) Com juntada de resposta  
 ( ) após decurso do prazo do ofício de reiteração.

Em, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_.

*Anabelle Macedo Silva*  
 Promotora de Justiça

## ANEXO 5 – Nota à imprensa

 <p>Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro</p> <p>Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde – Núcleo Capital</p>	<p align="center"><b>NOTA À IMPRENSA - ATUAÇÃO DO MP - 07/01/2009</b></p> <p align="center">TERCEIRIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO</p>
	<p><b>OBJETO:</b> Terceirização de mão-de-obra na rede pública de saúde, através de contratação de cooperativas.</p> <p><b>FASE ATUAL:</b> O MINISTÉRIO PÚBLICO ESTÁ INVESTIGANDO O FATO.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existem centenas de procedimentos em tramitação na Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde acerca de terceirização de mão de obra no Sistema Único de Saúde, contratação de ONGs, OSs e outras entidades com personalidade jurídica de direito privado no âmbito do SUS.</li> <li>2. A terceirização de mão-de-obra no SUS é alvo de controvérsias jurídicas. Ou seja, não há um entendimento único acerca de sua possibilidade ou não, bem como acerca dos limites e condições em que seriam lícitas tais contratações. Pontos em que há controvérsias jurídicas:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. regime jurídico estatutário x limitações de gastos com pessoal decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal</li> <li>b. expansão da demanda pelo serviço público de saúde ( quantidade de usuários e complexidade/custo do atendimento) x limitações orçamentárias</li> <li>c. participação dos Conselhos de Saúde na gestão do SUS</li> <li>d. interesses dos usuários do sistema x interesses dos profissionais de saúde que atuam na rede pública</li> </ol> </li> <li>3. Existem dificuldades operacionais e jurídicas na gestão de recursos humanos na rede pública de saúde em todos os estados e municípios da federação. Ou seja, o problema está sendo enfrentando em todas as cidades.</li> <li>4. A Promotoria da Saúde da Capital tem cerca de 1400 procedimentos em andamento sobre diversos assuntos relacionados ao atendimento público de saúde.</li> </ol>

*Arquivado  
 Para Nota à  
 Imprensa.  
 em 05/04/10.*

Fonte: Cópia de documento cedido a pesquisa pela Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital.

ANEXO 6 – Lei 5104/2009

<b>Lei nº</b>	5104/2009	<b>Data da Lei</b>	03/11/2009
---------------	-----------	--------------------	------------

**LEI N.º 5.104 DE 3 DE NOVEMBRO DE 2009.**

*Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde.*

**Autor: Vereador Paulo Pinheiro**

**O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**, faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I**  
**DA INSTITUIÇÃO DOS CONSELHOS**

**Seção I**  
**Do Conselho Municipal de Saúde**

Art. 1º Fica criado o Conselho Municipal de Saúde-CMS, órgão colegiado, deliberativo e permanente, do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. O CMS disposto no *caput* integra a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-SMSDC, nos termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, para auxiliar a administração pública na análise, planejamento e aplicação de políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, bem como na fiscalização das ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

**Seção II**  
**Dos Conselhos Distritais de Saúde**

Art. 2º Fica instituído em cada Área de Planejamento de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o CMS, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

**CAPÍTULO II**  
**DAS COMPETÊNCIAS DOS CONSELHOS**

**Seção I**  
**Do Conselho Municipal de Saúde**

Art. 3º Compete ao CMS participar da análise, da elaboração e da



atualização das políticas do SUS, fiscalizando sua aplicação e atuando:

I - na formulação de estratégias de controle do SUS;

II - na proposição de diretrizes para elaboração de Plano de Saúde do Município e dos Planos de Saúde das Áreas de Planejamento do Município;

III – na proposição de metas para assistência da saúde da população do Município;

IV – na proposição de critérios para programação, execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde-FMS e no acompanhamento da movimentação e destinação dos recursos;

V – na aprovação da proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, conforme disposto no art. 195, § 2º, da Constituição Federal, bem como observar o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes disposto no art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

VI - na fiscalização e controle dos gastos e deliberação sobre critérios de movimentação de recursos, incluindo os do FMS e os transferidos e próprios do Município, do Estado e da União;

VII - na fiscalização e acompanhamento do desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e no encaminhamento de qualquer denúncia de irregularidade ao respectivo órgão, conforme legislação vigente;

VIII – na proposição de adoção e acompanhamento de critérios definidores da qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;

IX – no estabelecimento de critérios para a determinação da periodicidade de quatro em quatro anos das Conferências de Saúde, propondo sua convocação junto à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-SMSDC, estruturando a comissão organizadora, submetendo o respectivo Regimento e os critérios de funcionamento das Conferências Distritais de Saúde ao Colegiado do CMS, explicitando deveres e funções dos conselheiros;

X – no estabelecimento de estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais Colegiados de Controle Social como os da seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

XI – no apoio e promoção da educação para o Controle Social, dando

ênfase a conteúdo programático em que constem os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do CMS, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;

XII – na realização de campanhas de educação para a saúde da população do Município;

XIII - no exame dos contratos e convênios, propondo sua revisão ou rescisão, se os considerar inconvenientes para o SUS;

XIV - na discussão, elaboração e aprovação da proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde.

Art. 4º Compete também ao CMS:

I - avaliar e aprovar a política para os recursos humanos do SUS;

II - propor e aprovar seu Regimento Interno e os dos Conselhos Distritais;

III - estabelecer normas para a implantação e o funcionamento dos Conselhos Distritais e supervisionar suas atividades;

IV - criar mecanismos de cooperação e de intercâmbio entre os diversos Conselhos Distritais de Saúde.

## **Seção II Dos Conselhos Distritais de Saúde**

Art. 5º Compete aos Conselhos Distritais de Saúde em suas respectivas circunscrições:

I - promover a integração das instituições e serviços de saúde;

II - colaborar na formulação de estratégias para a organização do SUS;

III - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos distritais de saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde;

IV - participar de levantamentos de dados relativos à saúde da população na área de planejamento sanitário do Distrito de Saúde;

V - participar da elaboração e deliberar, em primeira instância, os modelos assistenciais e os planos distritais formulados pelos Distritos de Saúde;

VI - acompanhar e opinar sobre a execução de ações, projetos, programas e planos de saúde;

VII - avaliar e deliberar sobre as propostas orçamentárias anuais, assim como fazer sugestões para a sua circunscrição, a fim de viabilizar a execução dos planos distritais de saúde;

VIII - colaborar com o CMS na fiscalização dos contratos e convênios firmados pelo SUS, emitindo pareceres a respeito e encaminhando-os à consideração do CMS;

IX - colaborar com o CMS na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do SUS, no âmbito das Áreas de Planejamento de Saúde;

X - colaborar com o CMS no acompanhamento dos planos de cargos, carreiras e salários dos servidores do SUS;

XI - participar da formulação da política de desenvolvimento de recursos humanos das Áreas de Planejamento de Saúde;

XII - viabilizar decisões do CMS;

XIII - convocar, juntamente com a Coordenação das Áreas de Planejamento de Saúde, de quatro em quatro anos, a Conferência Distrital de Saúde;

XIV - elaborar e aprovar as normas regimentais de funcionamento das Conferências Distritais, em consonância com critérios definidos pelo CMS;

XV - elaborar e aprovar seu Regimento Interno em consonância com as normas emanadas do CMS.

### CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS

#### **Seção I Do Conselho Municipal**

Art. 6º O CMS será composto por:

I – dez membros indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal, representantes do segmento dos usuários do SUS;

II – dez membros indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal, representantes do segmento dos Profissionais de Saúde do SUS;

III – dez membros indicados pelo segmento dos Prestadores de Serviços do SUS;

IV – dez membros do segmento dos representantes dos usuários do SUS, indicados por cada um dos dez Conselhos Distritais de Saúde.

§ 1º A escolha dos membros dispostos nos incisos I, II e III, se dará nas Conferências Municipais de Saúde, ressalvados os representantes dos Prestadores Públicos de Serviços do SUS, que serão indicados pela SMSDC, através do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

§ 2º Dos dez membros indicados pelos Prestadores de Serviços referidos no inciso III :

I - quatro membros serão indicados pelos Prestadores Públicos de Serviços de Saúde do SUS, através da SMSDC;

II - dois membros indicados pelos Prestadores de Serviços de Saúde Privados, contratados pelo SUS;

III - dois membros indicados pelos Prestadores de Serviços Filantrópicos, conveniados com o SUS;

IV - dois membros indicados pelas Universidades que possuam curso de graduação na área de saúde.

§ 3º O Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro comporá o CMS, e a sua Comissão Executiva, como um dos membros indicados pelos Prestadores Públicos de Serviços de Saúde do SUS referidos no inciso I do § 2º.

§ 4º A escolha dos membros dispostos no inciso IV, deste artigo, se dará em reuniões plenárias dos Conselhos Distritais, especialmente convocadas para este fim, no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do Conselho respectivo.

§ 5º Na medida do possível, as entidades citadas nos incisos, deste artigo, indicarão, cada uma, um suplente para o representante respectivo, que poderá substituí-lo nos seus impedimentos ou vacância.

## **Seção II Dos Conselhos Distritais**

Art. 7º O Conselho Distrital de Saúde é composto por representantes de Prestadores de Serviços de Saúde, públicos e privados do SUS, de representantes de Profissionais de Saúde em Unidades do SUS, e de representantes de Entidades de Usuários do Sistema de Saúde, todos que tenham atuação na Área de Planejamento respectiva

§ 1º O critério para composição quantitativa dos representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde é o do número de unidades públicas de saúde da Área de Planejamento de Saúde, acrescido de um sexto, deste número, de representantes do setor privado contratado pelo SUS.

§ 2º O Coordenador da Área de Planejamento de Saúde comporá o Conselho Distrital de Saúde e a Comissão Executiva.

§ 3º Na medida do possível, as entidades citadas no *caput*, indicarão, cada uma, um suplente para o representante respectivo, que poderá substituí-lo nos seus impedimentos ou vacância.

Art. 8º Os membros dos Conselhos Distritais serão escolhidos nas Conferências de Saúde respectivas, ressalvado o previsto no art. 7º, § 2º.

### **Seção III Dos Mandatos e Nomeações**

Art. 9º São condições impostas às Entidades que se habilitem a compor os Conselhos de Saúde:

I – constar em seus atos constitutivos a área de abrangência permitida a sua atuação para todo o Município, caso sua pretensão seja de atuação no CMS;

II – constar em seus atos constitutivos a área de abrangência permitida a sua atuação na área correspondente ao exercício das atividades do Conselho Distrital que pretenda compor.

Art. 10. Os membros dos Conselhos não poderão representar mais de uma Entidade, nem qualquer Entidade poderá ter representante em mais de um Conselho, ressalvados os casos previstos em Lei.

Art. 11. Os membros dos Conselhos não poderão mudar de representação de Entidades no curso do mandato.

Parágrafo único. Para os efeitos do previsto neste artigo, não se considera interrupção de mandato as reconduções prevista nos arts. 12 e 13.

Art. 12. Os representantes das Entidades do CMS serão nomeados pelo Prefeito para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos por mais um período equivalente, ou substituídos a qualquer momento, se for requerido pela Entidade.

Parágrafo único. A posse dos representantes referidos no *caput*, se dará no início do ano subsequente à Conferência Municipal de Saúde.

Art. 13. Os representantes das Entidades nos Conselhos Distritais serão nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos por mais um período equivalente, ou substituídos a qualquer momento, se for requerido pela Entidade.

Parágrafo único. A posse dos representantes referidos no *caput*, se dará no início do ano subsequente à Conferência Distrital de Saúde, respectiva.

Art. 14. O exercício das funções de membro dos Conselhos de Saúde não será remunerado e será considerado como prestação de serviços relevantes ao Município, excetuando-se os gastos com transporte para deslocamento, hospedagem e refeição quando a serviço dos mesmos.

Parágrafo único. Os gastos referidos no *caput*, terão que ser prévia e devidamente autorizados pelos Coordenadores de Saúde das Áreas de Planejamento, respectivas, e pelo Presidente do CMS, quando os gastos forem referentes a serviços do CMS.

#### CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS

Art. 15. Além das atribuições inerentes à consecução dos deveres e obrigações destinadas por esta Lei e as Leis superiores, são atribuições dos Conselheiros:

- I - representar a Entidade que o tenha designado junto ao Conselho;
- II – realizar as tarefas específicas determinadas pelo Conselho;
- III – compor as Comissões e os Grupos de Trabalho do Conselho;
- IV – representar o Conselho quando designado.

#### CAPÍTULO V DOS ÓRGÃOS DOS CONSELHOS

##### **Seção I Dos Colegiados**

Art. 16. O Colegiado, órgão máximo de deliberação em cada um dos Conselhos, Municipal e Distritais, é a reunião efetiva dos Conselheiros.

Parágrafo único. O Colegiado se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quantas vezes sejam necessárias e existirem condições estruturais para a sua realização, desde que convocados:

- I - pelo Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro;
- II - pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil;
- III - pelo Presidente do Conselho;
- IV - pela Comissão Executiva do Conselho;
- V - por um terço de seus membros.

Art. 17. Ressalvadas as condições específicas relativas às eleições

previstas nesta Lei, o quórum mínimo para as decisões sobre as deliberações pertinentes aos Colegiados dos Conselhos serão tomadas pela metade mais um de seus membros.

Parágrafo único. Não se verificando, durante os primeiros trinta minutos do horário pré-estabelecido para o início da reunião, o quórum determinado no *caput*, poderá se iniciar a reunião quando o número dos presentes atingir a marca que seja igual a um quarto mais um dos Conselheiros.

Art. 18. O Colegiado do CMS aprovará no prazo máximo de noventa dias, contados da data da publicação desta Lei, os Regimentos Internos próprio e dos demais Conselhos.

## **Seção II Das Presidências**

Art. 19. Cada Conselho Distrital e o CMS terão um Presidente.

§ 1º Os Presidentes dos Conselhos serão eleitos entre seus membros, mediante o voto aferido através do escrutínio direto e secreto, obtido da maioria absoluta de seus representantes, para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos por mais um período equivalente, após nova disputa eleitoral.

§ 2º As eleições previstas no § 1º, ocorrerão no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do Conselho respectivo.

Art. 20. São atribuições dos Presidentes:

- I – coordenar o conjunto de atividades do Conselho que preside;
- II – representar o Conselho respectivo;
- III – presidir a Comissão Executiva do seu Conselho;
- IV – assinar as deliberações do Conselho correspondente.

Art. 21. O Presidente do CMS e o Presidente de cada Conselho Distrital serão substituídos nos seus impedimentos por um dos membros de cada Comissão Executiva, respectiva.

Parágrafo único. O substituto de cada Presidente, referido no *caput*, será eleito pelos membros do Conselho respectivo na mesma oportunidade em que for escolhida a Comissão Executiva.

## **Seção III Das Comissões Executivas**

Art. 22. Os Conselhos Municipal e Distritais disporão, cada um, de uma

Comissão Executiva:

I – eleita para exercer mandato de um ano, pela maioria simples dos Conselheiros, após indicação de cada segmento, em reunião que deverá se realizar no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do Conselho respectivo;

II - composta por quatro representantes do segmento dos usuários, dois representantes do segmento dos profissionais de saúde e dois dos representantes do segmento dos prestadores de serviços de saúde;

III – com as seguintes atribuições:

a) elaborar e aprovar, em reunião do Conselho, o Regimento responsável pelo funcionamento da própria Comissão;

b) representar o Conselho quando for designado;

c) coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho;

d) acompanhar a execução das deliberações do Conselho;

e) tomar decisões, *ad referendum*, em casos de premente necessidade, diante da impossibilidade de reunir, de forma imediata, o quorum necessário para a decisão dos membros do Conselho;

f) responsabilizar-se pela análise e encaminhamento dos documentos dirigidos ao Conselho;

g) propor a pauta para as reuniões do Conselho;

§ 1º Um dos membros da Comissão Executiva será eleito pelo colegiado para substituir o Presidente do respectivo Conselho, nos impedimentos deste.

§ 2º A cada Conselheiro será permitida apenas uma única recondução à Comissão Executiva.

#### **Seção IV** **Das Comissões e Grupos de Trabalho**

Art. 23. Poderão ser criadas nos Conselhos Comissões ou Grupos de Trabalho para todo e qualquer assunto de suas pertinências.

§ 1º Cada Comissão ou Grupo de Trabalho, previsto neste artigo, poderá ser constituído por convidados, mas deverá ser presidido por um Conselheiro.

§ 2º Cada Comissão ou grupo de Trabalho, previsto neste artigo, decidirá, na primeira reunião que realizar, sobre as normas internas que nortearão



seu funcionamento.

Art. 24. Serão criadas Comissões encarregadas de organizar as Conferências Municipal e Distritais de Saúde, compostas pelos Conselheiros em cada Conselho, respeitada a composição paritária prevista pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 1º A Comissão Organizadora da Conferência Municipal será coordenada pelo Secretário Executivo.

§ 2º A Comissão Organizadora da Conferência Municipal apresentará, para a deliberação do Colegiado do Conselho Municipal, a regulamentação que incidirá sobre o funcionamento da Conferência Municipal e os critérios que deverão ser respeitados pelas Comissões Organizadoras das Conferências Distritais.

§ 3º Ressalvado o disposto no § 2º, todas as decisões das Comissões, previstas neste artigo, serão levadas para homologação nos Colegiados respectivos.

Art. 25. Será criada uma Comissão Eleitoral em cada Conselho, encarregada de todo o processo eleitoral responsável pela escolha do Presidente, da Comissão Executiva e dos representantes dos Conselhos Distritais para o Conselho Municipal.

Parágrafo único. A Comissão Eleitoral criará e submeterá à aprovação do Colegiado respectivo o Regimento ou Regimentos pertinentes aos pleitos eleitorais previstos no *caput*.

## CAPÍTULO VI DA ESTRUTURA E DOS RECURSOS

### **Seção I** **Da Estrutura**

Art. 26. O CMS contará com apoio administrativo e assessoramento técnico prestado pela SMSDC, através de uma Secretaria Executiva, órgão a ser por ela constituído.

Art. 27. São atribuições do Secretário Executivo:

I – assessorar ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil em assuntos referentes aos Conselhos de Saúde;

II – assessorar em assuntos técnicos e administrativos os Conselhos de Saúde e os órgãos a eles vinculados;

III – dar assistência às Coordenações de Saúde das Áreas de Planejamento;

IV – coordenar às atividades desenvolvidas pela Secretaria Executiva;

V - supervisionar o funcionamento dos Conselhos Distritais;

VI – assessorar e supervisionar as Comissões e Grupos de Trabalho do Conselho Municipal;

VII – organizar e manter atualizado o cadastro das Unidades de Saúde conveniadas e contratadas ao SUS;

VIII – revisar a pauta e o registro das reuniões do CMS;

IX – convocar os membros do CMS para as reuniões;

X – revisar e encaminhar para publicação as deliberações do CMS;

XI – responsabilizar-se pelo expediente do CMS;

XII – coordenar a Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Em caso de necessidade especial, desde que deliberado pelo Colegiado do Conselho, o Secretário Executivo, poderá recorrer a outros órgãos para complemento de apoio administrativo e assessoramento técnico.

Art. 28. A SMSDC garantirá autonomia para o pleno funcionamento do CMS e dos Conselhos Distritais de Saúde.

## **Seção II Dos Recursos**

Art. 29. Os recursos do CMS serão constituídos de:

I – dotações orçamentárias próprias;

II - doações e legados;

III - outras receitas.

Art. 30. Será disponibilizada na proposta de dotação orçamentária anual, do CMS, verba a ser destinada ao cumprimento de itens de despesas dos Conselhos Distritais de Saúde, dotando-os de suprimento para a manutenção de equipamentos, aquisição de material tecnológico, linha telefônica, internet, manutenção da sede e as despesas previstas no art. 14, desta Lei.

Art. 31. A aplicação de recursos do CMS integrará as contas da SMSDC.

Art. 32. O CMS apresentará, obrigatoriamente, semestralmente, relatório

de suas atividades, incluindo aplicação de recursos, à Câmara Municipal do Rio de Janeiro.

## CAPÍTULO VII DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Art. 33. As Conferências de Saúde Municipal e Distritais serão realizadas a cada quatro anos, no mesmo período das Conferências Estadual e Nacional de Saúde, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formalização de políticas de saúde ao nível correspondente, Municipal ou local e propor políticas para as esferas Estadual e Nacional de Saúde.

§ 1º As Conferências Distritais de Saúde, realizadas em caráter ordinário, devem anteceder as Conferências Municipais de Saúde e, esta, à Conferência Estadual.

§ 2º Serão delegados à Conferência Municipal de Saúde:

I - as Entidades que componham o CMS à época da Conferência;

II - as Entidades que se enquadrem na presente Lei e se habilitem até trinta dias anteriores ao início da Conferência;

III - os delegados advindos de cada Conferência Distrital de Saúde, em número igual às representatividades de composição dos Conselhos Distritais.

§ 3º A escolha de delegados para as conferências Distritais de Saúde obedecerá aos mesmos critérios de composição dos Conselhos Distritais.

## CAPÍTULO VIII DAS PENALIDADES

Art. 34. A não observância por parte do Conselheiro do disposto no Capítulo IV, desta Lei, implicará sua substituição por outro representante da Entidade a que pertença.

Art. 35. As ausências não justificadas do Conselheiro às reuniões, por três vezes consecutivas ou seis vezes intercaladas, serão comunicadas à Entidade, por ele representada no Conselho, para que providencie sua substituição, mesmo que o suplente o tenha substituído nas faltas.

Art. 36 A conduta do Conselheiro tem que se pautar pelo respeito em relação ao local em que esteja desenvolvendo alguma atividade, aos outros conselheiros e a qualquer pessoa para qual se dirija, não sendo permitidos o uso de palavras de baixo calão, atitudes indecorosas ou que demonstrem sinais de violência.

Parágrafo único. O Conselheiro que incorrer na conduta apontada no *caput*, após apreciação da Comissão Executiva e aprovação do Colegiado

do Conselho respectivo, terá sua substituição solicitada à Entidade, que a providenciará de imediato, sob pena de, não o fazendo, ser substituída por uma outra Entidade, mais votada, na Conferência de Saúde correspondente.

## CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

### Seção I Disposições Transitórias

Art. 37. A SMSDC convidará as Entidades e Instituições mencionadas nos arts. 6º e 7º, desta Lei, para participarem das Conferências Municipal e Distritais de Saúde.

Art. 38. A eleição para Presidente do CMS, aludida no art. 19, desta Lei, somente ocorrerá a partir da décima primeira Conferência Municipal de Saúde, que se realizará, excepcionalmente, no ano de 2011.

Parágrafo único. Até que se apure o resultado da eleição, de que trata o presente artigo, o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro exercerá o cargo de Presidente do CMS.

### Seção II Disposições Finais

Art. 39. Os mandatos de quatro anos aludidos nos arts. 12 e 13 desta Lei, somente se implantarão a partir das décimas primeiras conferências Municipal e Distritais de Saúde, que se realizarão, excepcionalmente, no ano de 2011.

Art. 40. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 41. Ficam revogadas as Leis nºs. 1.746, de 31 de julho de 1991 e 2.011, de 31 de agosto de 1993.

**EDUARDO PAES**

**Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial de 05/11/2009**

<b>Status da Lei</b>	Em Vigor
----------------------	----------

#### ▼ Fiche Técnica

<b>Projeto de Lei °</b>	Proj. Lei 34-A/2009	<b>Mensagem nº</b>	
<b>Autoria</b>	VEREADOR PAULO PINHEIRO		
<b>Data de publicação DCM</b>	05/11/2009	<b>Data Publ. partes vetadas</b>	

**Categoria:**

Saúde

**Assunto:**

Conselho Municipal, Conselho Distrital De Saúde, Criação, Instituição, Sistema Único De Saúde-Sus, Conselho Municipal De Saúde - Cms, Regulamentação, Funcinamento



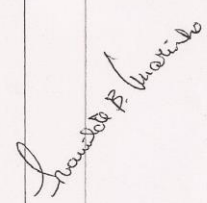
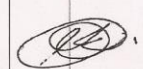
**Observações:**

Publicado no D.O.RIO em 04/11/2009 pág. 3 – SANCIONADO

ANEXO 7 – PJTCSCAP - Reunião de Participação da Comunidade –  
 CODS 5.1. 15/04/2010



Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

<i>Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital</i> Rua Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Castelo, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP:20020-905 – Tel.:22225194				
Relatório de Reunião <i>Participação da Comunidade</i> ( art.198,III da CR, art.7º, VIII da Lei 8080/90) <b>CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP5.1</b>				
1.Local: Gabinete da Promotoria			Data: 15.04.2010 – 14:30 h	
2.Participantes: Promotora de Justiça ANABELLE MACEDO SILVA				
Entidade	Nome /sobrenome	Cargo	Telefone	E-mail
CODS AP 5.1	Ludgério Antonio da Silva - Segmento Usuários	PRESIDENTE Filiação partidária – Sim - PT Escolaridade – 3º Grau Início do Mandato – 2007 o atual mandato (está desde 93 na criação) Ocupação profissional principal Funcionário público INCA - Administrativo	3331-3803	comsaude@riorj.gov.br 
CODS AP 5.1	José Thomaz da Conceição - Segmento Usuários	CONSELHEIRO EXECUTIVO Filiação partidária – PPS, foi candidato a vereador em 2004 Escolaridade – 1º grau Início do Mandato – 2007 o atual, porém faz parte desde 1997 Ocupação profissional principal Aposentado	3331-3803	
CODS AP 5.1	Evanielde Braga Marinho - Segmento Usuários	CONSELHEIRO EXECUTIVO Filiação partidária – PT Escolaridade – 2º grau Início do Mandato – 2007 o atual, porém faz parte de 1998 Ocupação profissional principal Funcionária pública da Prefeitura de Nova Iguaçu - Administrativo	3331-3803	nildemarinho@ig.com.br 
CODS AP 5.1	Cesar Barros de Moraes - Segmento Usuários	CONSELHEIRO EXECUTIVO Filiação partidária – PT Escolaridade – Superior Início do Mandato – 2007 o atual, porém faz parte de 2006 Ocupação profissional principal Engenheiro	3331-3803	vijabrasilnomundo@ig.com.br 



Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro  
Endereço do Conselho: Praça Cecília Pedro, 60 - Bangu - Rio de Janeiro - RJ - CMS  
Waldir Franco

Telefone: 3331-3803

Documentos apresentados: Apresentadas laudas de

**3. Motivação:**

- a. Reuniões designadas com todos os Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro.
- b. Convocação da PJTCSCAP.

**4. Pauta da reunião:** Discussão das principais deficiências prestacionais de saúde pública na área de abrangência do Conselho Distrital.

Iniciados os trabalhos foram referidos os seguintes assuntos pelo solicitante da Reunião:

1. **Entregue ao Conselho** ofício da PJTCSCAP com os seguintes quesitos:
  2. Qual a composição do Conselho? 64 Conselheiros titulares 64 Suplentes, dispostos da seguinte forma:
    - 32 Usuários
    - 16 Gestores
    - 16 Profissionais de Saúde
  3. Qual a sistemática de reuniões?
    - a) periodicidade e horários das reuniões Executiva: 2ª segunda-feira do mes e a plenária a no último sábado do mes, sempre às 9:00 às 13:00
    - b) são confeccionadas atas? Sim
 Quais as principais deficiências identificadas no serviço de saúde?
  4. Quais as principais deficiências identificadas no serviço de saúde? Sistematizar os dados na seguinte tabela: (MATERIAL FORNECIDO EM PLANILHA ANEXA)

Entregue modelo de ficha de comunicação de deficiências prestacionais à PJTCSCAP.

**Designada reunião subsequente, com novo comparecimento do Conselho para:**

tendo sido entregue ofício de convocação para o próximo agendamento.

**2. Recolhimento de informações acerca do Conselho:**

1. **RECURSOS MATERIAIS:**
  2. Ocupam: Uma sala no CMS Waldir Franco
  3. Situação patrimonial do imóvel: Pertencente à Prefeitura.
  4. Luz, água e telefone são custeados pela Prefeitura.
  5. Papel, caneta, e material de escritório são fornecidos pela Prefeitura.
  6. Os equipamentos que guarnecem o Conselho estão listados como patrimônio da Prefeitura.
7. **RECURSOS HUMANOS:**
  8. Funcionários: 3 funcionários
  9. Cargos: Administrativo, proveniente do Conselho Municipal



Remuneração: Não sabe informar  
Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

1. Carga horária: 40hs/semanais

**12. COMPOSIÇÃO DO CONSELHO:**

13. O Conselho conta com 64 membros titulares:

- a. 32 do Segmento de Usuários
- b. 16 do Segmento de Gestores
- c. 16 do Segmento de Profissionais de Saúde

14. Além dos titulares há 64 suplentes.

15. A Comissão Executiva é formada por 08 membros, distribuídos na mesma proporção, ou seja: 04 Usuários (incluindo o Presidente), 02 Profissionais e 02 Gestores (conforme Listagem em anexo).

16. Comparecem (Coordenador de Área, Diretores de Postos de Saúde Municipais e Conveniados). Profissionais de Saúde pouco comparecem.

17. Comparecimento dos gestores municipais: Comparecem

18. Comparecimento dos gestores estaduais: Quase nunca comparecem (O diretor do Albert Schweitzer só compareceu até hoje a uma reunião)

**3. Informações acerca das REUNIÕES do Conselho:**

- a. periodicidade: mensal, no Auditório do CMS Waldir Franco
- b. quórum mínimo 50%+1 Conselheiros, normalmente atingido/ atingido com frequência regular dos gestores, usuários e profissionais.
- c. as maiores abstenções são verificadas no segmento dos profissionais de saúde (normalmente devido a problemas de agenda).
- d. Na ausência dos titulares os suplementes tem direito à voto.
- e. O calendário é aprovado em dezembro para todo o ano subsequente.
- f. Reuniões prévias da Comissão Executiva: Previamente a cada reunião do Conselho, na 2ª quarta-feira antecedente.
- g. As propostas são discutidas na plenária, e posteriormente remetidos ofícios aos gestores com as propostas de solução e a ata da plenária.
- h. Os gestores fazem apresentações também, expondo suas dificuldades, interagindo com os Conselheiros.

**4. Recolhimento de informações acerca das cinco PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS na região segundo a avaliação do Conselho:**

Dados da deficiência	Unidade onde ocorre	Gestor do SUS
1. Escassez de recursos humanos deficiência na prestação do serviço das OS's: a. Deficiência de profissionais de saúde nas ESF e unidades de saúde de suporte à ESF: falta de médicos e profissionais em geral mesmo com o funcionamento de OS'S.		Município
2. Transformação dos Postos de Saúde em PSF, pois falta a referência e contrarreferencia, uma vez que haverá sobrecarga nos outros postos que já tem a sua demanda comprometida. Não existe um solução concreta para suprir a demanda resultante desta transformação.	Municipal	Municipal
3. Hospital Estadual Albert Schweitzer, construído em 1979 ao lado do Hospital Estadual Padre Olivério	Necessidade de conclusão das obras (	Estadual





<p>Kreimer, que foi desativado e o seu perfil de atendimento não foi absorvido pelo HEAS. HEAS possui apenas 04 leitos para atender toda a demanda.</p> <p>Obras inacabadas desde sua fundação, possuindo andares lacrados (relacionados em anexo).</p> <p>Contaminação por fezes de pombos.</p> <p>Apresentam relatório acerca da unidade.</p> <p>CTI ficou pronto e com tomográfico.</p>	<p>com indicação de cronograma de obras e de obras). Pleno funcionamento da unidade. Solução do problema de contaminação de fezes de pombos.</p>			
<p>4. Mobilidade dificultada</p>	<p>Somente é disponibilizado 2 vezes por mês o serviço de transporte, dificultando o deslocamento do Conselho, que muitas vezes, tem o seu deslocamento feito com recursos próprios.</p>	<p>Municipal</p>		
<p><b>4. Localização de unidades de saúde / UPAs</b> Duas UPA's Estaduais e uma Municipal na região mas todas do lado direito da Avenida Brasil, da via férrea. Entretanto, <b>do outro lado da linha férrea, ou seja, do lado onde foi alocada a clínica da família e o PS Alexandre Fleming não há unidades de saúde.</b></p>	<p>Necessidade de concentração de unidades de saúde na área geográfica do lado da linha férrea onde se localiza a Fazenda VIEGAS ( bairros VIEGAS, RIO DA PRATA, PADRE MIGUEL, REALENGO, JARDIM NOVO e MAGALHAES BASTOS)</p>	<p>Município e Estado</p>		
<p><b>5. MATERNIDADE DOLORES DURAN</b> Houve um ajuste de conduta com fechamento da casa de parto de Realengo, a qual reabriu em 2009 com a condição ( constante de ajuste de conduta entre união, estado e município) de que fosse construída a maternidade Dolores Duran nas proximidades da casa de parto).</p>	<p>Necessidade de construção de maternidade na área, eis que não há maternidade na AP ( maternidade Dolores Duran nunca foi construída)</p>	<p>Estado</p>		
<p>6. Prédio do Hospital Estadual Padre Olivério Kreimer Necessidade de ser utilizado o prédio. Existiria proposta de utilização do prédio para funcionamento de Hospital Escola da ESTACIO e AFONSO CELSO. O Governador teria feito discurso na comunidade em favor de tal implantação.</p>	<p>Necessidade de destinação do prédio com reativação do atendimento de saúde no local.</p>	<p>Estado</p>		
<p>7. <b>Projeto CEO – Centro Especializado Odontológico e Poniclínia Manoel Guilherme da Silveira Filho.</b> Houve convênio com a faculdade São José em Realengo. A Faculdade alega que já teria feito sua parte. O Conselho foi ao local e identificou que a aparelhagem está pronta. E ainda não foi inaugurada.</p>	<p>Imediato início de funcionamento das unidades antes que os equipamentos que já estão no local se deteriorem.</p>	<p>Município</p>		

#### 5. REGISTROS GERAIS PELO CONSELHO

19. Conselho não concorda com a transformação de postos de saúde em ESF. O Município estaria se esquivando do investimento municipal eis que a ESF seria de financiamento Federal.
20. Conselho registra não ter sido aprovada a implantação de OS's pelos Conselhos Distritais e Municipal, nem no Nacional.
- 21.
22. Necessidade de definição do papel e perfil das UPA's, se primário, secundário ou terciário.

(4)



Profissionais de Saúde, pois não houve clareza no processo licitatório onde compareceram as seguintes empresas:  
 CAMPO (Vencedora da Licitação)

- MARTHA (2ª colocada)
- CIEZO (Foi descredenciada por ter pendências Judiciais)

A CAMPO após aproximadamente 45 dias, foi afastada do processo, sob a alegação de ter pendências trabalhistas. O Instituto IABAS que tem contrato com a UPA de Vila Kennedy (1ª UPA Municipal), assumiu o contrato por 3 meses, podendo ser renovado por período não informado, sem mesmo ter participado do processo licitatório.

O conselho desconhece o processo licitatório do qual houve a contratação do Instituto IABAS, para gerir a UPA de Vila Kennedy, inclusive já tendo feito pedidos de esclarecimentos, sem respostas por parte da SMSDC e do Prefeito.

#### 6. PARA QUE SERVE ATUALMENTE O CONSELHO DE SAÚDE

7. Deliberar e fiscalizar as ações na área da saúde e avaliar se os novos serviços que serão oferecidos a população são adequados ao atendimento ao usuário.

#### 5. Agenda subsequente/ despacho ser cumprido pela Secretaria da PJTCSCAP:

6. Arquivamento da presente nas seguintes pastas:

- a. Relatório de reuniões;
- b. Reuniões com Conselhos de Saúde.

7. Lançamento no livro de registro de reuniões e no relatório estatístico da Promotoria.

8. Cumprimento das diligências determinadas na agenda da PJTCSCAP.

9. Certificar a juntada de cópias do relatório aos procedimentos correlatos, com indicação da listagem de procedimentos onde foi realizada a juntada.

10. **Oficiar aos Gestores do SUS** responsáveis pelas unidades referidas pelo Conselho no item das **cinco principais deficiências**, para que informe acerca dos limites e possibilidades para saneamento das mesmas, indicando acerca de cada uma das cinco deficiências:

Deficiência prestacional	Ações para solução do atendimento/ superação da deficiência prestacional	Dificuldades a serem superadas (incluir suprimento de recursos humanos e materiais)	Sustentação orçamentária necessária	Situação na data do relatório	Prazo para solução das dificuldades (incluir suprimento de recursos humanos e materiais)	Órgão responsável

11. Anexar à presente ata os ofícios expedidos em cumprimento ao despacho, bem como na pasta de ofícios expedidos.

12. Juntar cópias do presente relatório nos procedimentos em tramitação acerca da AP correspondente ao Conselho, bem como acerca das cinco deficiências apontadas (lançamento no sistema do despacho juntado).

13. Agendamento pela Secretaria da PJTCSCAP, tão logo receba a comunicação do

(5)



Profissionais de Saúde, pois não houve clareza no processo licitatório onde compareceram as seguintes empresas:  
 CAMPO (Vencedora da Licitação)

- MARTHA (2ª colocada)
- CIEZO (Foi descredenciada por ter pendências Judiciais)

A CAMPO após aproximadamente 45 dias, foi afastada do processo, sob a alegação de ter pendências trabalhistas. O Instituto IABAS que tem contrato com a UPA de Vila Kennedy (1ª UPA Municipal), assumiu o contrato por 3 meses, podendo ser renovado por período não informado, sem mesmo ter participado do processo licitatório.

O conselho desconhece o processo licitatório do qual houve a contratação do Instituto IABAS, para gerir a UPA de Vila Kennedy, inclusive já tendo feito pedidos de esclarecimentos, sem respostas por parte da SMSDC e do Prefeito.

#### 6. PARA QUE SERVE ATUALMENTE O CONSELHO DE SAÚDE

7. Deliberar e fiscalizar as ações na área da saúde e avaliar se os novos serviços que serão oferecidos a população são adequados ao atendimento ao usuário.

5. Agenda subsequente/ despacho ser cumprido pela Secretaria da PJTCSCAP:

6. Arquivamento da presente nas seguintes pastas:

- a. Relatório de reuniões;
- b. Reuniões com Conselhos de Saúde.

7. Lançamento no livro de registro de reuniões e no relatório estatístico da Promotoria.

8. Cumprimento das diligências determinadas na agenda da PJTCSCAP.

9. Certificar a juntada de cópias do relatório aos procedimentos correlatos, com indicação da listagem de procedimentos onde foi realizada a juntada.

10. **Oficiar aos Gestores do SUS** responsáveis pelas unidades referidas pelo Conselho no item das **cinco principais deficiências**, para que informe acerca dos limites e possibilidades para saneamento das mesmas, indicando acerca de cada uma das cinco deficiências:

Deficiência prestacional	Ações para solução do atendimento/ superação da deficiência prestacional	Dificuldades a serem superadas (incluir suprimento de recursos humanos e materiais)	Sustentação orçamentária necessária	Situação na data do relatório	Prazo para solução das dificuldades (incluir suprimento de recursos humanos e materiais)	Órgão responsável

11. Anexar à presente ata os ofícios expedidos em cumprimento ao despacho, bem como na pasta de ofícios expedidos.

12. Juntar cópias do presente relatório nos procedimentos em tramitação acerca da AP correspondente ao Conselho, bem como acerca das cinco deficiências apontadas (lançamento no sistema do despacho juntado).

13. Agendamento pela Secretaria da PJTCSCAP, tão logo receba a comunicação do

(8)



Conselho Público do Estado do Rio de Janeiro em tramitação relativamente à AP de sua abrangência, de data para atendimento do Conselho.

14. Remessa ao Conselho de relatório dos procedimentos em tramitação da área de sua abrangência, com data de instauração e objeto de cada um deles.
15. Juntar cópias do presente relatório nos procedimentos em tramitação acerca da AP correspondente ao Conselho.
16. Remessa à distribuição de documentação para instauração de procedimento para apuração de suposta contratação irregular da O.S IABAS.
17. Juntada de cópia dos documentos apresentados acerca da O.S IABAS ao procedimento que apura a contratação das O.S's.

À Secretaria para:

Rio 15 / 04 /10

ANABELLE MACEDO SILVA

Promotora de Justiça

ANEXO 8 – Entrevista Promotora Anabelle Macedo Silva  
 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências Sociais - C.C.S.  
 Departamento de Ciências Sociais  
 Pesquisa de Tese - Alessandra Maia Terra de Faria.

ÍNTEGRA da Transcrição da Proposta de Entrevista à Promotora Anabelle Macedo Silva, realizada aos 21 de março de 2013, na sede da 3ª Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, à rua Nilo Peçanha nº 26, 10º andar, Castelo, Centro, às 14:30h.

Para sua análise e conhecimento.

**1. Boa Tarde Promotora, muito obrigada por me receber. Como foi que a senhora se tornou promotora e o quê considera fundamental, para aqueles que no exercício do direito, optam por atuar na área de Tutela Coletiva da Saúde?**

Boa tarde. Eu sou promotora há 18 anos, desde 1995. Graduei-me em direito na UFRJ, sendo certo que concomitantemente à UFRJ – dadas as deficiências do curso de direito a época- frequentava também ao curso de Direito da UERJ como ouvinte em algumas disciplinas da graduação. Fui aceita no mestrado da Uerj onde trabalhei com o professor Luís Roberto Barroso. Dos meus estudos foi publicado o livro “Concretizando a Constituição”, pela Lumen Júris em 2005. Eu escolhi essa matéria de atuação – a Tutela Coletiva da Saúde – e me preparei para isso. Não estou aqui porque não poderia estar em outro lugar, dada minha antiguidade na carreira. Eu gosto do que faço. Meu percurso institucional anterior conta com passagens pela Tutela da Cidadania e pela Tutela da Infância e da Juventude. No meu entendimento é fundamental o comprometimento do promotor com a defesa dos usuários do sistema de saúde. Esse lugar onde estou é um lugar de muita exposição na mídia, e por tal motivo procuro guardar bastante discrição. No âmbito da saúde há várias guerrilhas instaladas, há diversos núcleos de interesses que travam embates através da mídia tendo como pano de fundo a temática do SUS, por isso sou cuidadosa com as minhas declarações e minhas entrevistas para a imprensa. Sempre as realizo através de entrevistas coletivas, para garantir acesso a todos os veículos de imprensa de forma democrática, e não apenas aos grandes grupos de mídia.

**2. Enquanto membro do Ministério Público, como a senhora se posiciona em relação à interpretação comunitária do Ordenamento Constitucional?**

É um modelo excelente a interpretação comunitária e o modelo da atual Carta Magna, contudo, as conquistas a nível de efetividade são graduais. Há uma série de limitações circunstanciais intrínsecas ao modelo, mas creio que chegará um momento no qual os conselhos, por exemplo, vão contar com muito mais usuários participando ativamente.

**3. O estudo dos dados quantitativos sobre a atuação da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva nos últimos 5 anos na cidade do Rio de Janeiro revela um crescimento exponencial de processos recebidos, da casa dos 300 em 2009 ( já o dobro do ano de 2008), passou a mais de 4.000 em 2010. A senhora podia nos contar como vivenciou esse processo? ( Ver tabela 1 ao final)**

Foi um processo muito difícil ( pausa emocionada). Eu assumi em 2009 a Tutela Coletiva da Saúde que à época era apenas uma ( hoje são quatro) e contava apenas com 2 funcionários para trabalhar comigo. Quando foi implantada a PJTCSCAP, havia um acervo inicial de 900 procedimentos. Ao acervo inicial, em contrário ao entendimento jurídico da Promotoria da Saúde foram repassadas improbidades administrativas e lesivas ao patrimônio público, além do já gigantesco acervo da saúde ( de natureza prestacional). Esse acervo total chegou a perfazer 1800 procedimentos em 2010. Essa situação foi terrível e penalizou a mim e a todos os funcionários envolvidos. Sempre adotei uma postura condizente com o que havia aprendido do ponto de vista constitucional. Quando recebia denúncias fazia uma série de reuniões, ouvia as partes, através dos conselhos distritais, dos gestores públicos para apurar as queixas. A importância e relevância da participação, a postura aberta da atuação da promotoria em contato direto com a sociedade e com os gestores e outras instituições públicas sempre pautou minha atuação. Foram realizadas atividades extrajudiciais de inspeções a unidades de saúde e Unidades Públicas de Saúde, bem como as reuniões mencionadas. Mas a falta de recursos humanos, a omissão da então Gestão da Procuradoria Geral de Justiça quanto ao desmembramento do Órgão ( tardiamente ocorrido apenas em março de 2012) e o equívoco na solução de conflitos negativos de atribuição ( em que foram direcionados para a Promotoria da saúde muitos inquéritos acerca de fraudes nas secretarias da saúde e não acerca de deficiências de atendimento em unidades de saúde) geraram um cenário caótico, em que não havia a organização de critérios para correto processamento das centenas notícias de deficiências que chegavam, sem condição de reuni-los sobre a mesma temática. Nós recebíamos tudo o que dizia respeito à saúde, desde improbidade administrativa até a rede de atenção primária à saúde.

Houve também a abertura da Ouvidoria do Ministério Público, o que a meu entender é riquíssimo. Todas as reclamações de ouvidoria recebidas nessa promotoria depois de 2009 foram autuadas. Não bastasse o trabalho desproporcional aos recursos humanos alocados ( onde hoje há quatro ou seis Promotores antes havia apenas um Promotor Titular, onde hoje há doze profissionais nas Secretarias havia apenas três) fomos exaustivamente correccionados internamente. Os próprios funcionários informaram por ofício as dificuldades enfrentadas devido ao excesso de processos, tendo havido mesmo adoecimento por enfermidade psiquiátrica decorrente da atividade laborativa de dois servidores. Houve omissão da Procuradoria Geral quando do primeiro momento de criação da Tutela Coletiva da Saúde, o que causou sofrimento e até mesmo adoecimento aos profissionais envolvidos. Chegaram a me dizer que eu estava delirante ao me reunir com os conselhos em busca de informações, ao incentivar a participação do cidadão comum e tentar estabelecer prestação de contas entre os gestores e a população. Mas sempre acreditei que a ação da promotoria é um braço da lei atuando em nome dos direitos dos usuários de saúde. Uma parte grande do Ministério Público ainda não compreende bem esse tipo de atuação de fomento de políticas públicas, os Promotores mais antigos viveram

apenas o paradigma do Promotor cartorário e com atuação criminal ( para prender as pessoas). O MP que emergiu da consituição de 1988, defendendo os direitos coletivos e a concretização dos direitos fundamentais nem sempre encontra espaço entre os mais antigos da Instituição. As inspeções da Corregedoria do MP, por exemplo, muitas vezes preocupam-se exclusivamente com a atuação cartorial, das formalidades dos processos. A minha maior preocupação- ao revés- são os usuários e a efetividade prestacional em saúde, o avanço dos direitos. A regularidade e rigor formal ( que hoje estão plenamente atendidos, resssalte-se, em minha Promtoria) não podem se converter em um fim em si mesmo, que desconsidere a realidade dos fatos.

**4. Qual a importância da participação da sociedade para a melhoria das condições de saúde na cidade do Rio de Janeiro e como a senhora considera que a sua atuação no Ministério Público tem contribuído para esse processo?**

A importância está nas demandas da população por melhores condições de atendimento na área de saúde. O papel do Ministério Público está vinculado ao interesse exclusivo da eficiência de prestação de serviço de saúde e à própria defesa do SUS.

**5. Como as audiências públicas contribuem para a atuação do Ministério Público e quantas foram realizadas pela senhora nos últimos anos?**

São importantíssimas e muito produtivas. São momentos riquíssimos de participação efetiva. As audiências públicas são um relevante instrumento de democracia participativa. Todos os conselhos distritais participaram das audiências que organizei. Foram 6 nos últimos três anos e meio. O mais importante nesses momentos é que existe o comprometimento público dos gestores. Eles ( os Gestores) prometem e se comprometem publicamente, fica prometido, e é objeto de cobrança, com desdobramentos posteriores. Acredito na relevância dessa ferramenta democrática e vi modificações reais na parte da regulação do atendimento, em especial da prefeitura. Os conselheiros também se sentem mais empoderados ao perceberem que as demandas dos conselhos são apuradas. Foi possível a atuação geral e continuada das partes – União /Estado/Município, provocadas pelo Ministério Público Estadual em conjunto com o Ministério Público Federal na área da regulação do acesso ao serviço de saúde, por exemplo. Com as reuniões subsequentes às audiências públicas, havia a cobrança das ações prometidas. Não adiantava, no caso do Estado, mandar sempre um representante diferente que não se comprometia, e ficava perdido e constrangido com a situação que acabava de se deparar. A prestação de contas era com os próprios pares e sobre assunto conhecido ( quando das reuniões entre os três níveis de gestão). O não comprometimento gerou as inspeções onde foram obtidos dados para os inquéritos civis e posteriores ações civis públicas instauradas.

**6. Como é o seu trabalho junto aos Conselheiros Municipais e Distritais de Saúde? Quais as diferenças que destacaria entre a inserção municipal e distrital?**

Eu adoro e considero relevante. Ele já me causou problemas, como já mencionado, dado que consumia parte da força de trabalho da antiga Promotoria que já estava totalmente soterrada pelo acervo gigantesco que se criou pelos equívocos institucionais que acima referi ( omissão no desmembramento da

Promotoria, não destinação de servidores para processamento e direcionamento de acervo de improbidades na saúde) . Agora estou atuando na área de saúde prisional e saúde mental. Esta é uma área completamente vazia do ponto de vista da defesa do direito a saúde nas unidades prisionais . Houve uma nova distribuição das atribuições das quatro Promotorias de Saúde da Capital. No último dia 19 de março me reuni com o Conselho distrital da A.P. 5.3 para explicar o novo momento. Estou tentando retomar as reuniões, só que agora a minha ênfase será quanto a questão da saúde prisional e da saúde mental, mas continuarei mantendo as reuniões para saber quais os pontos críticos sobre esses temas. ( Foi entregue cópia da Ata de Reunião à entrevistadora).

Os conselheiros do segmento usuários relatam a diminuição da sua legitimidade, atribuída por alguns à profissionalização que estes vem passando. O vínculo partidário é algo que eu busquei interrogar sempre quando me reúno com os conselheiros. Sempre perguntava qual o segmento, se possuía vinculação partidária, quantas vezes tinha exercido o mandato de conselheiro e se já havia desempenhado algum outro cargo político.

Muitos conselheiros de saúde por vezes tem interesses em futuros mandatos de vereador ou cargo no executivo. Os Conselhos Distritais têm muitos dados reais, neles estão latentes os problemas de atendimento à saúde. Eu dou muita atenção àqueles conselheiros(as) mais participativos sabe, aquelas senhoras e senhores aposentados bastante participativos? Ao longo do programa Fala Conselho pude perceber nitidamente a mudança que o contato frequente com o Ministério Público provocou nesses conselheiros distritais, inicialmente menos empoderados mas que passaram a ter mais voz. Elas percebiam que era dada atenção aos problemas e que soluções eram cobradas. Quando alguém, dentro do conselho, vinha com a velha forma de politicagem, do favor, elas diziam: “Não me assedia que eu vou falar com a Promotoria”...

O atendimento do Fala Conselho era semanal, durou em torno de um ano e meio, a partir de 2009. Meu foco principal eram os Conselhos Distritais, pois ali é onde os problemas reais estão, e aqueles que não tem voz, as minorias. Normalmente quem comparecia era o presidente, o secretário, os usuários mais participativos, as senhorinhas aposentadas. Houve relatos inclusive de improbidade de conselheiros, eu sempre me pergunto, se a pessoa está como representante do segmento usuário e não é aposentada, como consegue tempo para estar ali? Normalmente as reuniões são em horário de trabalho, acho que os conselhos devem ser o espaço daqueles que de fato usam o SUS. Os representantes dos gestores e dos funcionários não são usuários do SUS. Aqueles que realmente trazem os problemas são os usuários, que ficam enfraquecidos pelos outros, porque são minoria e tem dificuldades de articulação política. Há uma série de guerrilhas instaladas no ambiente político municipal quando o assunto é a saúde, e os usuários do SUS são a parte mais fragil, e é ao lado deles que o Ministério Público deve atuar, para garantir seus direitos.

No início houve alguma resistência dos conselheiros, alguns chegaram a me perguntar se eu ia lhes mandar prender. Calmamente eu explicava que gostaria apenas de conversar sobre os problemas, eu não sou do tipo que faz alarde, nem mesmo nas inspeções. Eu visitei muitas unidades de saúde, mas apenas realizo essas visitas com a companhia dos técnicos do próprio Ministério Público. Muitos usam os escândalos e a espetacularização das unidades de saúde para chamar atenção da mídia, para promover frituras na mídia de gestores. Esse não é meu papel, considero esse tipo de atuação – o denunciamento – algo que atrasa muito a



resolução dos problemas, não resolve nada. Isso é usado politicamente e muitos vereadores são afeitos a esse tipo de prática e os conselheiros que se profissionalizam por vezes também, o que é lamentável.

O Ministério Público adota uma posição politicamente neutra em relação aos problemas, o enfoque é a garantia dos direitos dos usuários. É preciso trazer a academia para as inspeções também, a academia faria muito bem aos conselhos se os frequentasse mais, podendo contribuir muito no acompanhamento das inspeções, dado o seu caráter mais técnico e neutro.

Tenho trabalhado para que essa comunicação entre as promotorias e os conselhos distritais possa ser constante, possa se tornar uma parceria, que de fato gera resultados positivos para ambos. Esse parece ser um caminho para que um dia de fato os usuários sejam ouvidos nos conselhos de saúde, algo que ainda é de difícil realização.

**7. Quais as principais reclamações que trazem à Promotoria, nas reuniões do seu programa “Fala Conselho”?**

As deficiências de atendimento, as carências locais. Sabe aquela inspeção que você quer fazer perante a prefeitura, algo que se tem a nítida percepção de que vai mal, mas não sabe exatamente onde está o problema? Uma vistoria, por exemplo, em que você chega para realizar e está tudo regular? Os conselhos fornecem aquele tipo de informação precisa, o calcanhar de Aquiles, aquele problema grave e que você levaria um tempo enorme para descobrir ou sequer tomaria conhecimento a seu respeito.

**8. Na sua opinião, qual tem sido o papel efetivo dos Conselhos Distritais de Saúde, e quais as suas maiores dificuldades?**

A maior dificuldade, na minha opinião, é sobre a mobilização da efetiva participação dos usuários para a defesa autônoma e independente de seus próprios interesses em relação à gestão e aos profissionais de saúde. Esse é um ponto importante, e normalmente é bem claro em relação aos gestores, do ponto de vista dos usuários. É importante que os usuários percebam que o interesse dos profissionais de saúde também não se confunde com o dos usuários. Muitas vezes os representantes dos profissionais de saúde mimetizam seu discurso com o discurso dos usuários, muitas vezes tentam transparecer que os interesses dos usuários e dos profissionais de saúde coincidem, mas isso não procede.

**9. Como a senhora descreveria o entendimento dos conselheiros sobre a distinção entre demanda individual x demanda coletiva, nas reclamações recebidas?**

Realmente não é tão claro para eles, é um aprendizado. Mas eles sabem, em geral, eles não trazem demandas individuais. As demandas feitas são mais coletivas, sobre as unidades de saúde, a falta de serviços. Sabe aquela senhorinha bem participativa e aposentada, ela usa o SUS, e traz a queixa. Normalmente é da ouvidoria que vem as demandas mais individualizadas, que são importantes também, pois as agrupamos por assunto e assim conseguimos cobrar coletivamente.

**10. Como a senhora descreveria o processo de representação da sociedade que acontece dentro dos conselhos distritais de Saúde hoje na cidade?**

É similar nas dificuldades à interpretação comunitária do ordenamento constitucional. É um excelente modelo, mas necessita de progressiva efetivação. Um modelo teórico lindo, mas na prática é preciso lidar diariamente com as contingências inerentes.

A representação dos conselhos está ainda em avanço. O maior desafio para o seu avanço está exatamente em como promover maior participação dos usuários. Não é apenas uma questão de formação...Quando se houve falar em curso de capacitação, não seria porque alguém tem o interesse em promover o curso? Não é uma simples questão capacitar...na verdade a aproximação da academia nesse contexto é fundamental, vocês, como nós, não temos filiação/ vinculação partidária e por isso podemos de fato priorizar o usuário.

O conselho deve ser o espaço primordial para quem usa de fato o SUS. E quem usa o SUS? Infelizmente, não somos nós, não são os gestores, nem mesmo muitos dos profissionais de saúde. O ideal é que o SUS conseguisse de fato atender a toda a população e a pautar severamente mesmo o sistema privado de saúde ( daí o Sistema seria de fato Único inclusive, como a experiência por exemplo do NHS inglês). Quem usa o SUS é quem mais precisa ser ouvido, e essa ainda não é a realidade dos conselhos.

**11. A implantação do Conselho Municipal de Saúde em 1991 e sua recente reorganização distrital em 2009 foram resultado de iniciativas legais do legislativo municipal. A que a senhora atribui o fato deles terem sido implantados e reorganizados por iniciativa dos vereadores?**

Acho complicado a interferência de parlamentares. Os conselhos foram uma conquista do momento posterior à Constituinte, mas de lutas que já eram travadas antes.

Na reunião que tive semana passada com eles ( como já comentei) a questão da legitimidade da atuação dos Conselhos. O vínculo político partidário aparece como um demérito, desacredita os conselheiros.

O problema é o que se escuta da maioria dos vereadores, normalmente diz respeito só a denunciamento, na época da eleição.

**12. A senhora considera que a relação entre os vereadores e os conselheiros pode contribuir para o fortalecimento do controle social realizado pelo Conselho?**

Não acho nem positivo nem negativo, não vejo por essa maneira. O ideal era que os conselheiros tivessem maior contato com as instituições da sociedade civil, com as instituições públicas vinculadas a defesa de direitos, por exemplo: a academia, o Ministério Público Estadual e Federal, a Defensoria Pública, a OAB, as Igrejas ... quem mais citaria?

**13. E o Executivo? Como a senhora considera que a relação entre os Conselheiros e o poder Executivo acontece ?**

Considero que é preciso haver independência. Não adianta cooptá-los. Há conselheiros que fazem o mesmo papel do vereador, se valem da posição para conseguir atendimento... Acho fundamental observar a procedência do conselheiro...é aposentado? Vive de quê? Todos vivem de alguma coisa, é óbvio que o conselheiro que tem uma matrícula pública não vai representar os interesses dos usuários... É preciso incentivar as pessoas que tem mais tempo livre e usam o

SUS à participação nos conselhos. Muitos deles desacreditam o conselho, exatamente por conta da profissionalização, do partidarismo.

**14. Tomemos como exemplo as Organizações Sociais de Saúde. Elas foram recusadas em votação nos conselhos, e mesmo assim implantadas pelo Executivo. Qual a sua opinião a esse respeito?**

A Organização Social – OS – trata-se de um modelo de outorga para a iniciativa privada de parcela da gestão pública que apresenta um debate jurídico-constitucional posto perante o Supremo Tribunal Federal. Hoje o MP já com a estrutura das quatro Promotorias aprofunda as investigações quanto à discussão do próprio modelo de OS, como também, em especial, o não cumprimento de suas obrigações contratuais contratadas. Há um Promotor especialmente designado para tal investigação, de cuja indicação eu participei inclusive, que vai começar a trabalhar com os inquéritos civis a esse respeito. Você verá que as novas pautas da mídia tratarão das improbidades das OS. As que são de fachada, de mentira, as que são novas versões das ONGs, e aquelas que efetivamente se constituem como terceiro setor. São Paulo tem um exemplo bem grande nesse sentido.

Apenas falar mal das OS é uma fala política, é uma fala a partir dos interesses dos profissionais de saúde. Esse tipo de fala vincula a defesa do SUS à defesa do Regime Jurídico Único. Na atenção primária havia uma ínfima cobertura do município, a ponto de na dengue de 2008, por exemplo, quem teve que segurar tudo foi o Estado. Não morreu muito mais gente porque o Estado naquela ocasião apoiou, prestou o serviço aquela época ( o que se inverteu nos últimos anos, ressalte-se, com o Município assumindo o protagonismo).

Era necessário melhorar, ampliar a cobertura de saúde municipal. A escolha política da gestão da cidade foi pelo modelo de OS, e das UPAs. Se a OS está recebendo e não tem ninguém lá... esse é o próximo passo da ação fiscalizatória. Não se tem certeza sobre o cumprimento das obrigações contratuais. Eu sempre digo: são duas questões diferentes envolvidas no caso das OS. Uma delas diz respeito ao questionamento do modelo em si ( e essa está em avaliação pelo STF), a outra diz respeito ao cumprimento das obrigações contratuais estabelecidas. O assunto é técnico do ponto de vista jurídico, e não me pronunciarei sobre sua conveniência política. Jamais foi uma escolha do Ministério Público, mas tão somente uma escolha da Gestão Municipal (executivo e legislativo) no caso do Rio de Janeiro.

Não há porque afirmar que necessariamente o Regime Jurídico Único de contratação de profissionais da saúde seria o melhor nesse caso. Porque não a CLT? A Petrobrás, por exemplo, é um modelo de administração direta com vínculo celetista e realiza bem o trabalho a que se propõe. Essa é uma questão política que foi decidida, o modelo escolhido pela cidade nas eleições foi a OS. Reclamar das OS é uma fala dos profissionais estatutários de saúde, e não dos usuários do SUS.

Há vários inquéritos tramitando para investigar esses contratos e os serviços prestados. Não identifico que a entrada das OS tenha representado piora do atendimento de atenção primária na cidade.

**15. Como as Ações Cíveis Públicas aparecem nesse contexto? Mesmo observando que se trata de recurso utilizado de forma restrita, é possível destacar que passaram de duas ao ano, para cinco no último ano.**

A judicialização em tutela coletiva ( através das ACPs) encontra limitantes estruturais no sistema de justiça que em muito restringem sua capacidade de transformação dos fatos no sentido da efetiva melhora do atendimento de saúde. O processo judicial é lento e tem déficit de calibragem em relação ao sistema de saúde, ou seja, tem calibre mais adequado para demandas individuais, para o varejo da tutela individual, mas tem enormes dificuldades para contribuir para soluções estruturais de fomento de políticas públicas ( o que ocorre especificamente nos casos de tutela coletiva da saúde por exemplo).

O processo judicial (e o próprio Direito) historicamente esteve vinculado à solução de conflitos entre indivíduos, somente na prática contemporânea mais recente emerge como ferramenta de tutela coletiva de direitos prestacionais do mínimo existencial. Examinando em caso concreto para exemplificar o que digo: o caso dos leitos de CTI. Na intervenção extrajudicial realizei em conjunto com o MPF cerca de 30 reuniões sobre a temática da regulação do acesso aos serviços de saúde, inclusive aos leitos de CTI. A ACP está tramitando desde setembro de 2011. Durante estes quase dois anos que a ação tramita, diariamente são deferidas no plantão judicial dezenas de ações para tutela individual de pacientes que postulam desesperadamente leitos em CTI para preservar sua vida. Tais ações isoladamente (na tutela individual, ou seja, ações propostas por pacientes individualmente para imposição de obrigação de fazer ao Poder Público) não tem qualquer potencialidade de estruturação do sistema de saúde, ao revés, tendem a desorganizá-lo cada vez mais. Já a tutela coletiva é o *locus* apropriado para tal concretização judicial do direito à saúde como forma contribuição do Poder Judiciário ( no mais saudável exercício de *checks and balances*) para o fomento de políticas públicas, suprindo omissões administrativas do Poder Executivo lesivas a direitos fundamentais. Entretanto, justamente as ACPs não conseguem ter a mesma facilidade de tramitação que as ações individuais dos pacientes. Logo: as ações individuais são mais simplificadas de serem deferidas, mas tem efeitos colaterais perigosos para o sistema de saúde. Já as ACPs são bastante mais complexas de serem julgadas, entretanto apresentam potencialidades estruturantes para o sistema de saúde, e para o próprio convívio institucional democrático entre os Poderes Constituídos.

Há na Terceira Promotoria hoje 7 ACPs em tramitação.

O resultado do nível absurdo de trabalho que se administrava foi a atual redistribuição do trabalho que antes se concentrava em uma única Promotoria em quatro Promotorias. A 1ª cuida da Rede Hospitalar e UPAs estaduais, a 2ª da Rede Hospitalar e UPAs Municipais, a 3ª ( a nossa) da Saúde Mental e da Saúde Prisional e a 4ª , instituída no último dia 01 de março e ainda sem titular tratará da Atenção Primária e Saúde Materno Infantil. A própria abrangência e diversidade dos temas e processos recebidos fez necessária essa ampliação, que segmentou as ações e subdividiu-as em novas promotorias. Isso fez com que vários processos e ações instituídos a partir das reuniões do Fala Conselho, fossem desmembrados e agora não estão mais sob minha responsabilidade. ( Foi passado documento à entrevistadora de alguns dos processos dos conselhos ainda sob responsabilidade da 3ª Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital).

As demandas individuais que entram via ouvidoria também são úteis para as ações civis públicas. Hoje em dia, com os inquéritos principais organizados e agrupando demandas variadas, aquelas que entram via ouvidoria vão se agrupando às iniciativas já em tramitação.

Tenho adotado também a estratégia de prosseguimento da intervenção extrajudicial ( com reuniões entre gestores e inspeções) mesmo após a Judicialização ( depois que proponho as ACPs) para acompanhamento e amplificação da efetividade da judicialização.

Assim, ocorreu por exemplo na ACP para fechamento da Clínica das Amendoeiras e desinstitucionalização dos pacientes que estavam internados em condições deploráveis há décadas. Foi proposta a ação, deferida a liminar e prossegui com reuniões extrajudiciais com os Gestores do Estado e do Município. Logo as dificuldades de cumprimento da liminar puderam ser acompanhadas bem de perto.

**16. Descreva como aconteceu a intervenção extrajudicial da Promotoria junto aos Conselhos e outros setores da sociedade e do poder público que resultou na apuração, conforme consta da Petição Inicial da Ação Civil Pública, processo nº 0283688-82.2011.8.19.0001, proposta em face do Município do Rio de Janeiro/SMSDC e do Estado do Rio de Janeiro, do déficit de leitos de CTI ante a demanda existente. Como se deu a constatação do que foi descrito como “CORREDOR DA MORTE de espera por leitos de CTI”?**

O tema do déficit de leitos foi fruto de um contexto muito maior de atuação. Foram realizadas reuniões conjuntas com a procuradora Roberta Trajano do Ministério Público Federal, que é excelente e foi de grande ajuda em todo processo. Aos poucos fomos mapeando a regulação da saúde, seus complexos regulatórios. No Estado, em especial, houve muita resistência à participação efetiva nas reuniões. Como o assunto da saúde em geral é muito técnico, demoramos inicialmente e tivemos dificuldade para estabelecer a relação entre a perspectiva da justiça e da saúde. Mas ao final os dados levantados permitiram a conclusão no sentido da falta de leitos. Notória foi a participação da Secretaria Municipal de Saúde, que compareceu sempre com os mesmos gestores e estes possuíam capacidade de decisão. Posição completamente alheia ao processo foi a da Secretária de Saúde Estadual, que deixou de aproveitar o espaço da intervenção extrajudicial do MP, levando o caso para a judicialização, pois comparecia com gestores variados, descontinuando as negociações extrajudiciais e frustrando-as com representantes sem poder de decisão.

Do que posso comentar sobre todo o processo, é possível afirmar, do que vi, avanços no Sistema Regulatório da Saúde no Município. A utilização do SISREG é um grande passo. (O Estado não usa o SISREG). O uso do SISREG permitiu algo que não existia a nível municipal: hoje é possível e real a marcação de consultas. O ajuste e os avanços foram permitindo que novos agendamentos fossem feitos e que o atendimento primário fosse melhorado.

A regulação do atendimento municipal avançou tanto, que o Estado hoje, politicamente, quer passar para o município toda a regulação, todo o serviço regulatório, lógico que sem os recursos. É possível destacar, em termos de Rio de Janeiro, a diferença do perfil dos gestores.

Agora atuando na saúde prisional o meu foco se voltou para os presos. Desde que comecei a trabalhar na área já consegui que a SEAP (secretaria de Administração Penitenciária) tenha perfil no SISREG. Fazendo uma visita à unidade prisional perguntei sobre a transferência de um preso acamado, ao que o responsável disse que não tinha conseguido transferência. Quando olhei o prontuário do paciente percebi que a solicitação não havia sido feita. Qual foi a resposta? Ah, eles não

iam abrir vaga para presos mesmo... Eu fui no presídio e gostei da atuação em defesa dos presos, achei que ali eu teria um trabalho a fazer.

A área de saúde mental também é um segmento onde há um profundo déficit na rede de atendimento. Outro caso foi o do Hospital Psiquiátrico da Taquara, a Clínica Amendoeiras, que mantinha convênio com o município. Vi cenas inacreditáveis lá ( consternada). Encontrei os pacientes nus, vagando ou se arrastando pelo chão, entregues à própria sorte, foi terrível. Foi fechada e instaurado inquérito.

**17. Por fim, gostaria de lhe pedir para comentar de forma ampla o preâmbulo desta Promotoria que consta da petição inicial da já referida Ação Civil Pública, onde se lê :**

*“ O Sistema Único de Saúde/SUS - única esperança de sobrevivência para milhares de cidadãos adoecidos- é uma construção permanente, de todos os poderes constituídos e da sociedade brasileira.”*

Há uma responsabilidade muito grande que deve envolver toda a sociedade, a mídia, as instituições. Ela envolve a não depreciação da imagem do SUS, por conta da guerrilha de interesses político-partidários.

É fundamental que a sociedade adote o SUS como uma construção relevante para todos e um avanço da Carta Magna. Ainda que a classe média se utilize limitadamente de seus recursos, apenas para uma emergência ou para vacinação e obtenção de medicamentos garantidos por lei.

Há uma consequência da não expansão/ efetivação do SUS que em geral não é percebida enquanto tal. Voce leva o seu filho a um pediatra particular, ou se consulta com um clínico geral. Se um dia um desses especialistas deixa de atender, por morte, mudança, doença ou qualquer outro motivo, todo o seu histórico deixa de existir junto com ele.

Quando se fala em um sistema integrado, único, era crucial que o sistema particular também estivesse integrado ao SUS, digo a sua base de informações. A conexão entre o sistema público e privado permitiria que um sistema público integrado gerasse protocolos nacionais de atendimento. Nos casos de doenças infectocontagiosas e epidemias é assim. A gripe H1N1, por exemplo... Há uma relevância epidemiológica por protocolos de atendimento. Tais formas de pensar os protocolos deveriam avançar, para que fosse possível um atendimento único e estratégico de saúde em âmbito nacional.

**18. Muito obrigada pela atenção promotora. A contribuição do Programa Fala Conselho para o melhor entendimento da realidade dos Conselhos Distritais é fundamental. A senhora teria como fornecer à pesquisa cópia dos relatórios das Reuniões Semanais com os Conselhos?**

Esses relatórios hoje estão em lugares variados. Muitos foram desmembrados. Nosso tempo é curto e em breve seremos auditados novamente. Vou procurar /ver o que é possível localizar de arquivos ainda nesta promotoria, mas essa consulta não tem como acontecer hoje, podemos agendar datas futuras. Uma opção seria buscar junto à 4ª Promotoria, ela, contudo, ainda não tem promotor titular nomeado.

Tabela 1 – Atuação do Ministério Público no Município do Rio de Janeiro–  
2008-2012

<b>PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE TUTELA COLETIVA DA SAÚDE DA CAPITAL</b>	<b>Processos recebidos (inclusive para ciência)</b>	<b>Ações Cíveis Públicas</b>
2008*	143	3
2009*	342	2
2010*	4.130	2
2011 1ª Promotoria	7.368	4
2011 2ª Promotoria	190	0
2011 3ª Promotoria	190	0
2012 1ª Promotoria	2.106	2
2012 2ª Promotoria	1.587	1
2012 3ª Promotoria	1.112	2

Fonte: Relatórios dos Anuários Estatísticos das Atividades do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, referentes ao Foro Central, anos de 2008 a 2012, disponíveis em:

[http://www.mp.rj.gov.br/portal/page/portal/Internet/Conheca\\_MP/Corregedoria\\_Geral/Estatisticas/Anuarios\\_Estatisticos](http://www.mp.rj.gov.br/portal/page/portal/Internet/Conheca_MP/Corregedoria_Geral/Estatisticas/Anuarios_Estatisticos)

\*Promotoria era Única.

## ANEXO 9 – Ofício PJTCSCAP – 16/04/2012

Recebido em 03/04

**3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**  
 Av: Niló Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
 Tel.: 2222-5194

**Ofício Circular 3ª PJTCSCAP nº. /12** Rio de Janeiro, 16 de abril de 2012.  
 Ref.: Informações da Titular da 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde acerca dos trabalhos de correição interna da 3ª Promotoria, bem como acerca da conclusão dos trabalhos de desmembramento da antiga Promotoria da Saúde.  
 Destinatários: PGJ, Subproc.Geral de Administração, Planejamento, Corregedoria-Geral, 3º CAOP, 6º CAOP/Saude, 8º CAOP, 1ª e 2ª PJTCSCAP, GEAIR.

Exmos.Srs. Procuradores e Promotores de Justiça,

Cumprimentando-os, dirijo-me a V.Exas. para apresentar-lhes **informações** acerca da conclusão dos trabalhos de desmembramento da antiga Promotoria da Saúde, bem como relatório dos trabalhos em curso na 3ª Promotoria da Saúde da Capital:

1. Relatório conclusivo dos trabalhos de desmembramento da Promotoria da Saúde:

- a. Em **setembro de 2011** o Egrégio CSMP deliberou pela criação das 3 Promotorias da Saúde da Capital, após três longos e conturbados anos de contínua luta desta Titular pelo desmembramento do Órgão, tendo em vista os seguintes fatores ( ampla e formalmente comunicados continuamente aos Órgãos de Administração de nosso *Parquet*<sup>1</sup>):
  - i. sua absoluta **inviabilidade operacional** dada a demanda crescente dirigida ao MP por conta do fenômeno da **judicialização** das expectativas de concretização do direito a **saúde**<sup>2</sup>, com conseqüente formação, no âmbito da antiga Promotoria Única da Saúde da Capital, de acervo superior a

<sup>1</sup> Principais Documentos SOS PJTCSCAP:

- ✓ 24/05/2011 Ofícios à Corregedoria-Geral e Subplanejamento, com informações sobre a evolução dos trabalhos de reorganização da Promotoria e demanda para desmembramento tendo em vista a demanda dirigida ao Órgão
- ✓ 25/03/2011: Ofício Circular encaminhado a PGJ, SubPlanejamento, SubAdministração, Corregedoria, PJCID, CSMP sobre colapso dos serviços de distribuição em virtude de interrupção de atuação de servidores lotados nas PJCID.
- ✓ 17/02/2011: Ofício PJTCSCAP nº. 0285/11 encaminhado a Subprocuradoria de Administração Dra.Monica Silveira Fernandes demandando alocação de recursos humanos
- ✓ 17/11/2010: Ofício PJTCSCAP 3132/10, encaminhado ao PGJ
- ✓ 20/09/2010: Ofício PJTCSCAP 2150/10, encaminhado ao PGJ
- ✓ 08/06/2010: Reunião de trabalho com o Dr. Jatahy
- ✓ 28/04/10: Ofício PJTCSCAP 953/2010, encaminhado ao PGJ.
- ✓ 15/01/2010: Ofício PJTCSCAP 88/10, encaminhado ao PGJ
- ✓ 12/11/2009: Ofício PJTCSCAP 2171/09, encaminhado ao PGJ
- ✓ 10/11/2009: Ofício PJTCSCAP 2147/09, encaminhado ao GATE.
- ✓ 01/09/2009: Relatório de reunião de trabalho com o PGJ.
- ✓ 30/07/2009: Ofício PJTCSCAP 1285/09, encaminhado à Subprocuradora-Geral de Justiça de Administração, Ref.: SOS Secretaria da Promotoria: Alocação de Recursos Humanos na PJTCSCAP.
- ✓ 08/05/2009: Ofício PJTCSCAP 598/09, encaminhado ao PGJ.
- ✓ 27/03/2009: Ofício PJTCSCAP 407/09, encaminhado ao PGJ.
- ✓ 19/03/2009: Ofício PJTCSCAP 352/09, encaminhado ao Assessor de Assuntos Institucionais da Subprocuradoria de Atribuição Originária Institucional e Judicial, Dr. Joel Tovil.

<sup>2</sup> Sobre o tema veja-se o folder ( em anexo) do Curso que vem sendo promovido pelo Fórum de Saúde do CNJ exatamente para analisar e pesquisar as conseqüências de tal fenômeno da *Judicialização da Saúde* sobre as



### 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital

Av. Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
Tel.: 2222-5194

prosseguido ainda, concomitantemente, os trabalhos de segmentação do acervo dos procedimentos em curso acerca das unidades Hospitalares, a fim de que fossem concluídos os trabalhos de definição de feitos principais e apensamento de feitos conexos.

- d. Em **janeiro de 2012**, os acervos já se encontravam então devidamente desmembrados para atuação dos Promotores designados (foram designados dois Promotores para as 3 Promotorias, encontrando-se esta Titular em férias). Não houve, ainda, acréscimo de recursos humanos na secretaria, que contou com apenas dois servidores e um Assessor durante a totalidade do mês de janeiro para atendimento às duas Promotorias designadas.
- e. Em **fevereiro de 2012**, houve então a inédita designação de um Promotor para cada Promotoria (esta Titular já no exercício da 3ª PJTCSCAP e outros dois designados para as duas outras novas Promotorias, dado que o exercício das titularidades se iniciaria em 01 março). Ainda sem qualquer acréscimo de recursos humanos nas secretarias, que com o mesmo efetivo de dois servidores e um Assessor Jurídico passou a atender então a três Promotores.
- f. Na **terceira semana de março de 2012**, com o exercício efetivo da Titularidade da 1ª e 2ª Promotorias pelas diligentes Dras. PATRÍCIA SILVEIRA TAVARES e MADALENA JUNQUEIRA AYRES (já desde o início de março) e com a alocação de recursos humanos nas secretarias (**passando cada Promotoria a contar a partir de 26/03/2012 com dois servidores**, conforme referido acima, por conta do acolhimento das demandas apresentadas à Subprocuradoria de Administração em ofícios e reuniões já com as três Titulares), passou então a operar de forma regular e autônoma cada uma das três Promotorias.

#### 2. Panorama dos **trabalhos em curso na 3ª Promotoria da Saúde da Capital** (atribuição para saúde mental, prisional e atenção primária da Zona Oeste):

- a. Já no mês de fevereiro (primeiro de exercício exclusivo da Titularidade da 3ª Promotoria da Saúde) foram iniciados trabalhos de saneamento dos feitos em tramitação, eis que o acervo de saúde mental e prisional teve movimentação mais modesta, quando comparado ao acervo da 1ª e 2ª Promotorias da Saúde referente à atenção hospitalar (Hospitais estaduais e municipais, respectivamente), os quais contaram com o maior foco para os trabalhos de segmentação realizados durante segundo semestre de 2011, inclusive para viabilizar o desmembramento dos novos Órgãos. Por outro lado, existe demanda

### 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital

Av. Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
Tel.: 2222-5194

reprimida ainda em expansão nas atribuições de saúde mental e prisional, eis que foram segmentos de menor intervenção no âmbito da antiga Promotoria da Saúde ( ex.: monitoramento de internações involuntárias conforme a Lei 10.216/01 e implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário em cada uma das unidades prisionais).

- b. Em **26/03/12**, quando a secretaria da Promotoria passou a funcionar de forma autônoma ( ante a alocação de recursos humanos nas secretarias de cada uma das 3 novas Promotorias da Saúde), foram **iniciados os trabalhos de correção do acervo** em tramitação na 3ª Promotoria, com edição de Ordens de Serviço, *alinhadas com as ordens de serviço das outras duas Promotorias da Saúde da Capital*, acerca do funcionamento geral da secretaria e dos trabalhos de correção (Ordens de Serviço 01 e 02 em anexo).
- c. O exame correicional tem como objetivo sanear os feitos quanto às deficiências decorrentes do soterramento pelo acervo e atribuições gigantescos e do colapso operacional da antiga Promotoria da Saúde. Assim, estão sendo verificados:
- i. ausência de portaria de instauração,
  - ii. imprecisão de números de identificação do feito perante o MGP,
  - iii. correta alocação do feito no acervo da 3ª Promotoria no MGP,
  - iv. expiração de prazo de validade do IC/PP,
  - v. ementa sem indicação de unidade de saúde correlata inviabilizando a filtragem de acervo acerca de cada unidade de saúde/linha de cuidado,
  - vi. regularização da numeração e da autuação dos feitos ( restauração física do acervo),
  - vii. apensamento de feitos conexos/segmentação do acervo conexo.

#### Relatório dos trabalhos de correção já realizados:

##### Dados de março ( correção e saneamento) de 2012

Procedimentos SANEADOS, inclusive com SEGMENTAÇÃO de acervo: 25  
 PORTARIAS de IC editadas ou aditadas em *procedimentos antigos* em tramitação: 17  
 Total de procedimentos já examinados nos trabalhos de CORREIÇÃO: 25  
 Total de procedimentos ainda pendentes de correção em 30 de março: 352  
 Total de acervo em tramitação na Promotoria: 377

**3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**

Av. Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
Tel.: 2222-5194

- d. Foram realizadas inspeções aos Hospitais Penitenciários de Bangu (relatório anexo) e Hospital Heitor Carillho, em conjunto com o 8º CAOP, iniciado também o exame do acervo em tramitação no âmbito da atribuição de saúde penitenciária, com remessa pelo 8º CAOP de novos feitos, que até então tramitavam no órgão de apoio (ante o colapso-subdimensionamento da antiga Promotoria da Saúde já para o atendimento da rede de saúde do SUS, que dirá para atendimento também da rede de saúde prisional e mental).
- c. No âmbito da *saúde mental*, foram segmentados os feitos referentes às seguintes unidades de saúde:
- i. Municipal Jurandyr Manfredini,
  - ii. Clínica das Amendoeiras,
  - iii. Sanatório Rio de Janeiro,
  - iv. Hospital Pedro Alcântara,
  - v. CAPS Clarice Lispector,
  - vi. IEDS,
  - vii. PAM Rodolfo Rocco ( Emergência Psiquiátrica).
- f. No âmbito da *saúde prisional*, foram segmentados os feitos referentes os seguintes temas:
- i. Sanatório Penal,
  - ii. Infra-estrutura Hospitalar,
  - iii. Hospital Heitor Carrilho( desinstitucionalização, deficiências de atendimento e fiscalização de destinação de recursos do Ministério da Justiça para programa de desinst.),
  - iv. Plano Nacional de Saude no Sistema Prisional –PNSSP e Plano Operativo Estadual-POE,
  - v. Fiscalização repasses SES-SEAP do incentivo do Ministério da Justiça para a saúde prisional.
  - vi. Tuberculose no sistema prisional.
- g. No âmbito da *Atenção Primária na Zona Oeste*, foram segmentados os feitos referentes às seguintes unidades de saúde:
- i. PSF Nova Cidade-Inhoaíba,
  - ii. PSF Novo Realengo-Batan.
3. Frentes de trabalho em curso na 3ª PJTCSCAP:
- a. Internas.( no âmbito da Promotoria e no MPERJ):

**3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**

Av. Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
Tel.: 2222-5194

- i. Trabalhos correicionais no acervo ainda pendente de saneamento e segmentação, estando em rastreamento os feitos com movimentação pendente por mais de 60 dias para correição prioritária ( Ordem de Serviço nº 03/12);
- ii. Participação no Grupo de Atuação Integrada da Saúde/GAIS do 6º CAOP;
- iii. Reuniões sobre *Regulação de Leitos, Consultas e Procedimentos* no SUS, em continuidade ao trabalho até então realizado ( tendo em vista a realização nos últimos dois anos de 27 reuniões conjuntas com o MPF acerca do tema, com os diversos níveis de gestão da SES e SMSDC).
- iv. *Clínica das Amendoeiras*: segmentado o acervo em tramitação acerca da unidade em torno de procedimentos principais acerca das condições de atendimento da unidade e da desinstitucionalização de pacientes. Realizada reunião com o GATE (29/03/12), e agendada inspeção no local e reunião com gestores, Promotorias de Idosos e 6º CAOP.
- v. *Hospital Heitor Carrilho*: realizadas duas visitas à unidade (08/02/12 e 28/04/12) e agendada reunião com gestores, Promotoria de Execução Penal e 8º CAOP (17/04/12), com segmentação do acervo em tramitação em torno de dois procedimentos principais: um acerca do processo de desinstitucionalização de pacientes e outro acerca das condições de funcionamento da unidade.
- vi. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional-PNSSP*: segmentado acervo em tramitação acerca do tema ( despacho de 20 laudas analisando a documentação até então produzida pelo diligente 8º CAOP em parceria com o Conselho Regional de Psicologia/Forum do PNSSP) com instauração de portarias e diligências investigativas, inclusive quanto ao repasse de recursos da SES para a SEAP.
- vii. *Internações involuntárias*: agendada reunião com o GATE (24/05/12) quando será apresentado relatório acerca das comunicações de internação involuntária atualmente protocoladas junto ao 6º CAOP, e que se incluem nas atribuições da 3ª PJTCSCAP, bem como organizado o fluxo de processamento de tais comunicações no âmbito da 3ª Promotoria. Segmentação do acervo em tramitação na Promotoria acerca das unidades de internação psiquiátrica que realizam internações involuntárias ( trata-se de área de

**3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**

Av. Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
Tel.: 2222-5194

atribuição que – tal como a saúde prisional- ainda não tinha recebido efetiva intervenção extrajudicial da antiga Promotoria tendo em vista a imensidão de seu acervo e das atribuições que passou a congregar, no curso da já relatada saga de seu colapso).

- viii. *Comunidades terapêuticas*: mapeamento e fiscalização do atendimento prestado por programas e projetos comunitários e/ou religiosos com abrigo/internação de usuários de drogas.
- ix. *Proximas frentes*: drogadição e crack, implantação do PNSSP, conclusão dos trabalhos de correção e segmentação do acervo.
- b. Externa (sociedade civil):
- i. Participação nos trabalhos do Fórum de Saúde do CNJ, tendo em vista tratar-se de *importante intervenção interinstitucional voltada à afirmação do MP e da tutela coletiva da saúde como alternativas institucionais para imunização dos efeitos nocivos ao SUS da judicialização da saúde no âmbito da tutela individual, com participação desta Titular nos trabalhos do Fórum desde o final de 2010*, com desenvolvimento dos seguintes trabalhos:
1. Participação nos trabalhos de organização do curso Justiça e Saúde, no qual, verifique-se no folder anexo, **o MPERJ figura como uma das instituições patrocinadoras do evento em virtude da participação desta signatária nas reuniões e planejamento do fórum**, tendo como participantes as Promotoras da Saúde Titulares da Capital e de Nova Iguaçu.
  2. Apresentação como palestrante em evento realizado ENSP no dia 09/03/12, 14:30, com o tema *Demandas Judiciais de Internações Hospitalares*.
  3. Agendada participação como palestrante no referido curso realizado pelo Fórum do CNJ, em que o MP figura como um dos realizadores do evento, por conta das contribuições desta Titular, na mesa do dia 27/04/12, 14:00 na EMERJ com o tema *A Tutela Judicial Efetiva do Direito à Saúde Pública e suplementar: desafios no aperfeiçoamento da prestação jurisdicional*.
  4. Agendada realização de reunião temática do Fórum de Saúde a ser organizada pela 3ª Promotoria, na sede da

**3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**

Av. Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
Tel.: 2222-5194

PGJ, no segundo semestre ( pré-agendada data preliminar de 14/08/12).

- ii. Participação nos trabalhos de mobilização interinstitucional para *Desinstitucionalização de pacientes em cumprimento a Lei 10.216/01* com medida de segurança extinta no Hospital Heitor Carrilho ( ata anexa de reunião no TJ com participação desta Titular)
- iii. Proximas frentes: tão logo concluídos os trabalhos de correção do acervo, pretende-se a reativação dos seguintes projetos (iniciados ainda nos primeiros tempos da titularidade da antiga Promotoria – antes de seu colapso e do atropelamento desta Titular pelas adversidades que se abateram sobre a Promotoria):
  1. *Projeto Academia da Saúde*, de interação interinstitucional entre a 3ª Promotoria da Saúde e as Instituições de Ensino na área de saúde coletiva tendo sido realizadas a época reuniões com a ENSP, UERJ e UFRJ sempre na área de saúde coletiva.
  2. *Projeto FALA CONSELHO*, de atendimento aos Conselhos Distritais de Saúde da área programática de abrangência da Promotoria, para captação de informações acerca de deficiências das unidades de saúde, bem como fomento da participação popular livre de vinculações político partidárias no âmbito dos Conselhos Distritais de Saúde. Ressalte-se que, nos primeiros tempos do exercício da titularidade (pré-colapso da Promotoria e esmagamento da Titular) os Conselhos Distritais de Saúde/CODs eram atendidos semanalmente na Promotoria, com enriquecimento do canal de articulação do controle social do SUS com o MP e influência positiva do *Parquet* no fortalecimento da participação comunitária livre não vinculada a interesses político partidários, eis que os conselheiros independentes contavam com a mediação da Promotoria durante as reuniões para exposição aberta de suas reivindicações e demandas perante os gestores).
  3. *Programa de AUDIÊNCIAS PÚBLICAS*, com participação da academia, sociedade civil e Gestores ( conforme realizadas **cinco audiências públicas** na antiga Promotoria única e subdimensionada)( apesar da falta de servidores e de estrutura para tanto).

**3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**  
Av. Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20020-100  
Tel.: 2222-5194

4. Finalmente, apresenta esta Titular, como Promotora de Justiça militante pelo direito a saúde, mas também como Cidadã, seus sinceros agradecimentos por todos os atores e setores institucionais que, ao final de tão longa luta, contribuíram para os trabalhos da antiga Promotoria Única da Saúde bem como possibilitaram a criação, e o efetivo exercício das novas Titularidades com adequada estrutura de funcionamento, **eis que trata-se de legado institucional do MPERJ perene e de grande relevância para o desenvolvimento do SUS em nosso Município**, que em muito supera os pretéritos e já ultrapassados desalinhos e as dissonâncias pontuais enfrentados, quiçá até naturais visto tratar-se de nova área de atuação institucional e de grande especialização técnica.

Cordialmente,

*ANABELLE MACEDO SILVA*

Promotora de Justiça Titular da 3ª Promotoria da Saúde da Capital (finalmente)

Anexos:

1. Folder Curso CNJ.
2. Ordens de serviço de organização da Promotoria ( 01/12), de correição interna (02/12) e de escaneamento do acervo ( 03/12).
3. Despachos de saúde prisional e despachos saúde mental.
4. Cronograma do Fórum do CNJ.
5. Relatório visita presídio fevereiro.
6. Ata do fórum do CNJ sobre desinstitucionalização Heitor Carrilho.
7. Folder apresentação ENSP e Material da apresentação da ENSP.

## ANEXO 10 – PJTCSCAP – Reunião de Participação da Comunidade –

CODS 3.1. 21/05/2009

<i>Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital</i> Rua Nilo Peçanha, nº 26, 4º andar, Castelo, Centro, Rio de Janeiro, RJ - CEP:20020-905 – Tel.:22225194				
<b>Relatório de Reunião Participação da Comunidade</b> (art.198,III da CR, art.7º, VIII da Lei 8080/90) <b>CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP3.1</b>				
<b>1.Local: Gabinete da Promotoria</b>			<b>Data: 21.05.09 – 14:30 h</b>	
<b>2.Participantes:</b> Promotora de Justiça ANABELLE MACEDO SILVA				
Entidade	Nome /sobrenome	Cargo	Telefone	E-mail
CODS AP 3.1	Maria de Fátima Gustavo Lopes - Segmento Usuários	PRESIDENTE Filiação partidária – Não Escolaridade – 1º Grau Início do Mandato – 2006 Ocupação profissional principal Sem ocupação no momento	2561-5794 9471-5842	Condisaudeap31@h otmail.com
CODS AP 3.1	Nereu Lopes - Segmento Profissional de saúde	CONSELHEIRO EXECUTIVO Filiação partidária – SIM - PSOL Sem registros de candidatura a cargos políticos Escolaridade – 2º grau Início do Mandato – 2006 o atual, porém faz parte de 1991 Ocupação profissional principal Auxiliar de serviços de Saúde - SMSDC	7606-4771	O mesmo acima
1. Endereço do Conselho: Rua São Godofredo, 51 – Sl. 07 – IAPI da Penha Telefone: 2260-0294				
Documentos apresentados: Apresentadas laudas de				
<b>3.Motivação:</b>				
a. Reuniões designadas com todos os Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro. b. Convocação da PJTCSCAP.				
<b>4.Pauta da reunião:</b> Discussão das principais deficiências prestacionais de saúde pública na área de abrangência do Conselho Distrital.				
Iniciados os trabalhos foram referidos os seguintes assuntos pelo solicitante da Reunião:				



1. **Entregue ao Conselho** ofício da PJTCSCAP com os seguintes quesitos:
2. Qual a composição do Conselho? 104 Conselheiros titulares e 104 Suplentes, dispostos da seguinte forma:  
52 Usuários  
26 Gestores  
26 Profissionais de Saúde
  3. Qual a sistemática de reuniões?  
a) periodicidade e horários das reuniões Executiva 2ª e última quarta-feira do mês e a plenária a 3ª quarta – feira, sempre às 14:00  
b) são confeccionadas atas? Sim  
Quais as principais deficiências identificadas no serviço de saúde?.
  4. Quais as principais deficiências identificadas no serviço de saúde? Sistematizar os dados na seguinte tabela: (MATERIAL FORNECIDO EM PLANILHA ANEXA)  
Entregue modelo de ficha de comunicação de deficiências prestacionais à PJTCSCAP.  
**Designada reunião subsequente, com novo comparecimento do Conselho para:** tendo sido entregue ofício de convocação para o próximo agendamento.

5. Agenda subsequente/ despacho ser cumprido pela Secretaria da PJTCSCAP:
6. Arquivamento da presente nas seguintes pastas:
  - a. Relatório de reuniões;
  - b. Reuniões com Conselhos de Saúde.
7. Lançamento no livro de registro de reuniões e no relatório estatístico da Promotoria.
8. Cumprimento das diligências determinadas na agenda da PJTCSCAP.
9. Certificar a juntada de cópias do relatório aos procedimentos correlatos, com indicação da listagem de procedimentos onde foi realizada a juntada.
10. **Oficiar aos Gestores do SUS** responsáveis pelas unidades referidas pelo Conselho no item das **cinco principais deficiências**, para que informe acerca dos limites e possibilidades para saneamento das mesmas, indicando acerca de cada uma das cinco deficiências: SMS 1231

Deficiência prestacional	Ações para solução do atendimento/superação da deficiência prestacional	Dificuldades a serem superadas (incluir suprimento de recursos humanos e materiais)	Sustentação orçamentária necessária	Situação na data do relatório	Prazo para solução das dificuldades (incluir suprimento de recursos humanos e materiais)	Órgão responsável

11. **Oficiar** à SESDEC para esclarecimento acerca da ausência de representante dos Gestores das unidades estaduais nas reuniões do Conselho quando solicitados. 122.9
12. **Oficiar** à SMS para esclarecimento acerca da possibilidade de maior ampliação do atendimento de transporte para os Conselhos Distritais eis que o veículo (

1230

NP  
2  
MEST

Kombi) da SMS atende duas vezes por mês apenas cada Conselho.

13. Anexar à presente ata os ofícios expedidos em cumprimento ao despacho, bem como na pasta de ofícios expedidos.
14. Juntar cópias do presente relatório nos procedimentos em tramitação acerca da AP correspondente ao Conselho, bem como acerca das cinco deficiências apontadas (lançamento no sistema do despacho juntado).
15. Noticiada a realização de audiência pública pela Promotoria em setembro acerca da atenção básica, tendo sido noticiada a possibilidade de habilitação do Conselho para apresentação de propostas. Divulgado o e-mail [sauderj@mp.rj.gov.br](mailto:sauderj@mp.rj.gov.br).
16. Agendamento pela Secretaria da PJTCSCAP, tão logo receba a comunicação do Conselho solicitando exame do acervo em tramitação relativamente à AP de sua abrangência, de data para atendimento do Conselho.
17. Remessa ao Conselho de relatório dos procedimentos em tramitação da área de sua abrangência, com data de instauração e objeto de cada um deles. 1228
18. Juntar cópias do presente relatório nos procedimentos em tramitação acerca da AP correspondente ao Conselho.

*Anabelle Macedo Silva*  
Promotora de Justiça

*Henri Lopes*  
Maria de Fátima Gustavo Lopes 3

*Procedimentos referentes à AP 3.1*

<b>IC</b>	<b>3462</b>	PROCEDIMENTO INSTAURADO PARA APURAR AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE - POSTO DE SAÚDE DR. FERNANDO ANTONIO BRAGA LOPES
<b>PP</b>	<b>3465</b>	PROCEDIMENTO INSTAURADO PARA APURAR AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE - CMS ERNANI AGRICOLA DESMEMBRADO DO IC 63 APENSADO AO IC 2816
<b>PP</b>	<b>3466</b>	PROCEDIMENTO INSTAURADO PARA APURAR AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE - CMS MARCOLINO CANDAU - DESMEMBRADO DO IC 63 - APENSADO AO IC 2816
<b>PP</b>	<b>3467</b>	PROCEDIMENTO INSTAURADO PARA APURAR AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE - PAM OSWALDO CRUZ - DESMEMBRADO DO IC 63 - APENSADO AO IC 2816 - TEM O APENSO MP 20050013564300
<b>IC</b>	<b>3468</b>	PROCEDIMENTO INSTAURADO PARA APURAR AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR
<b>IC</b>	<b>3469</b>	PROCEDIMENTO INSTAURADO PARA APURAR AS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO CMS JOSÉ MESSIAS DO CARMO
<b>IC</b>	<b>4590</b>	SAÚDE. HMSA. ATENDIMENTO DE PACIENTES DO SISTEMA PENITENCIÁRIO GERANDO INTRANQUILIDADE E INSEGURANÇA NOS DEMAIS PACIENTES E PROFISSIONAIS DO HOSPITAL SOUZA AGUIAR
<b>PP</b>	<b>4627</b>	PJTCC 773 - OF. MPF 026/2006 CÓPIA EXP. 1.30.901.023639/2005-38 - "ABAIXO ASSINADO" P/ MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS NO PAM 13 DE MAIO
<b>IC</b>	<b>4686</b>	CIDADANIA. SAÚDE. ART. 196 DA CF. HOSPITAL SOUZA AGUIAR. DEFICIÊNCIAS DO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE. SUPERLOTAÇÃO E DÉFICIT DE PESSOA.
<b>IC</b>	<b>5108</b>	"SAÚDE PÚBLICA. PAM AMTÔNIO RIBEIRO NETO. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO".APENSADO AO IC 2816
<b>IC</b>	<b>5204</b>	IRREGULARIDADES NA UTILIZAÇÃO DE VERBAS DO FUNDO ROTATIVO DE SAÚDE NO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR. IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA.
<b>PP</b>	<b>6952</b>	POSSÍVEL IRREGULARIDADE NO PAM OSWALDO CRUZ NA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE CARGA VIRAL EM PACIENTES COM HIV.
<b>PP</b>	<b>7971</b>	POSSÍVEL IRREGULARIDADE DO HOSPITAL SOUZA AGUIAR QUE NÃO ESTARIA REALIZANDO O TESTE TRANSFUNCIONAL NOS PACIENTES PARA ANÁLISE DE COMPATIBILIDADE SANGÜÍNEA.

4

PP	8085	LD 6413. MPRJ 200700109941. ** PC 2661 / 5 PROMOT **. POSSIVEIS IRREGULARIDADES NO HOSP MUN SOUZA AGUIAR, COM ATENDIMENTO PRECARIO A POPULACAO. CONFORME MATERIA DO JORNAL "O DIA" DE 21/09/2007, SUPOSTAMENTE OCORREU UMA FESTA COM CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS EM PLENO AMBIENTE DE TRABALHO, DURANTE A MADRUGADA DE 20/09/2007.
IC	8504	LD 7716. EMENTA: "IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - REMOÇÃO DE SERVIDORES DO HOSPITAL SOUZA AGUIAR - SUPOSTO DESVIO DE FINALIDADE DO ATO ADMINISTRATIVO - POSSÍVEL OFENSA AOS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE E MORALIDADE ADMINISTRATIVA." INVESTIGADOS: 1)DR. JACOB KLIGERMAN, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO ; 2)JÚLIO PACCA, COORDENADOR DA CORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS DA SMS; 3) MARCO ANTÔNIO DE CARVALHO ESSER, ASSESSOR CHEFE DA ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SMS; 4) FÁTIMA REGINA VASCONCELOS LIMA, DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE PESSOAL DA SMS.
PP	8582	LD 8351. PC ACP 2002.001.038612-1 / 5 PROM. POSSIVEIS IRREGULARIDADES NO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR, COM ATENDIMENTO PRECARIO A POPULACAO. POSSIVEL RISCO DE CONTAMINACAO COM A BACTERIA ENTEROCOCCUS FAECIUM, DE ACORDO COM O SINDMED.
PP	8940	SAUDE.MUNICIPIO.PAM DA RUA 13 DE MAIO. DENUNCIA DE SUPOSTA FALTA DE MEDICOS INFECTOLOGISTAS QUE IRÃO SE APOSENTAR SEM TER SUBSTITUIÇÃO NO ATENDIMENTO DE 84 PACIENTES AIDETICOS
PP	9366	LD 2185. PC 8953 / 6 PROM. MPRJ 200800039616. POSSIVEL IRREGULARIDADE NA AQUISICAO DE 30 MIL SERINGAS DE 60 ML, QUANDO O MAXIMO UTILIZADO É DE 340 UNIDADES POR MES, PELO HOSPITAL SOUZA AGUIAR.
PP	10412	OV 53118. PC 605 / 6 PROM. POSSIVEIS IRREGULARIDADES NO HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO COM ATENDIMENTO PRECARIO A POPULACAO. ESTUDANTES DO TERCEIRO ANO DE MEDICINA EXECUTANDO SERVICOS DO MEDICO PLANTONISTA.
PP	11224	LD 8971. PC 2693 / SAUDE. MPRJ 200800171832. ELIANE ALMEIDA DOS SANTOS RODRIGUES RELATA DEFICIENCIAS NA REDE BÁSICA DE SAUDE. CITADO POSTO DE SAUDE ERNESTO ZEFERINO TIBAU.

<b>IC</b>	<b>11845</b>	DEFICIÊNCIA DE SERVIÇO NOTICIADA: 1. PACIENTE IDOSO, RESIDENTE EM GUADALUPE, QUE FAZIA TRATAMENTO HÁ 38 ANOS NO PAM ANTÔNIO RIBEIRO NETTO, NÃO PODERIA CONTINUAR SEU TRATAMENTO, POIS, AGORA, O REFERIDO POSTO SÓ ATENDERIA A PACIENTES RESIDENTES NO BAIRRO. 2. ENCAMINHAMENTO PARA O PAM PRÓXIMO DA RESIDÊNCIA A GUADALUPE.
<b>PP</b>	<b>11967</b>	DEFICIÊNCIA NOTICIADA: PACIENTE APÓS TRABALHO DE PARTO, ATRAVÉS DE CESARIANA APRESENTOU FORTES DORES ABDOMINAIS, SENDO ENTÃO TRANSFERIDA PARA HOSPITAL SOUZA AGUIAR, ONDE FOI CONSTATADO QUADRO DE INFECÇÃO HOSPITALAR, PROVAVELMENTE CONTRAÍDO NO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES. PACIENTE ESTARIA EM ESTADO GRAVÍSSIMO. LOCAL: MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES.
<b>IC</b>	<b>12101</b>	DEFICIÊNCIA DE SERVIÇO NOTICIADA: 1. PACIENTES INTERNOS ESTARIAM SUBORNANDO GUARDAS PARA SAIR E COMPRAR DROGAS, QUE SERIAM CONSUMIDAS DENTRO DO HOSPITAL. DATA DA VERIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA: 16/04/2009. ÓRGÃO ONDE SE VERIFICA A DEFICIÊNCIA: HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
<b>PP</b>	<b>12227</b>	DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA: #PACIENTE FALECEU EM VIRTUDE DE QUEDA DA MACA. SUPOSTAS CONTRATAÇÕES DE PARENTES DO SERVIDOR HUMBERTO BASTOS COMO MAQUEIROS, ATRAVÉS DE EMPRESAS TERCEIRIZADAS, BEM COMO SUPOSTOS DESVIOS DE EQUIPAMENTOS E APARELHOS MÉDICOS PELO REFERIDO SERVIDOR.# LOCAL: HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR#
<b>PP</b>	<b>12690</b>	CONEXAO: ACP 2002.001.038612-1. # NUMERACAO: INSTAURADO DE OFICIO ATRAVES DO PP 12417, PELA DRA. HELENA ROHEN LEITE. OV 44508. # PORT OUTROS ORGAOS MP: NAO # LOCAL/ORGAO DEFICIENCIA: HOSP MUNIC SOUZA AGUIAR. # AP: 1.0 # DEFICIENCIA: 1 - PRESENCA DE MOSCAS NA UNIDADE PARA PACIENTES GRAVES - UPG. 2 - ALMOFADAS NO CHAO, ENFERMEIROS LENDO JORNAL E MEDICOS USAM A MESMA ROUPA QUE VEM DE CASA DENTRO DA UNIDADE. # DATA: 26/03/2009 # GESTOR: SMS # 1 - FALTA DE HIGIENE.

IC	2816	RELATORIO RESPONDIDO PELA COMISSAO DE ETICA MEDICA DO CREMERJ QUE RETRATA OS PROBLEMAS MAIS EMERGENTES NO PAM HELIO PELLEGRINO. ENCAMINHADO A LIVRE DISTRIBUICAO PELA 7ª PJ DE DEFESA DA CIDADANIA.(PROCED.PRINCIPAL DA SAÚDE BÁSICA DA A.P.1.0 e 2.2)
----	------	--

IC	6280	PATRIMONIO PÚBLICO. LICITAÇÃO. CONCORRENCIA PÚBLICA 08/06. SERVIÇOS DE ENGENHARIA PARA OS HOSPITAIS MUNICIPAIS SOUZA AGUIAR E MIGUEL COUTO. POSSIVEL IRREGULARIDADE.
----	------	--

f

*Relação de procedimentos referentes às unidades  
citadas pela AP 3.1*

*Policlínica José Paranhos Fontenelle*

3442	Apura condições de funcionamento da Rede Básica de Saúde Mun - POLICLINICA JOSE PARANHOS FONTENELLE
11954	POLICLINICA JOSE PARANHOS FONTENELLE, IEDE - INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA. DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA NOTICIADA: IDOSA, PORTADORA DE ENFISEMA PULMONAR E NECESSITANDO DE TRATAMENTO COM URGÊNCIA, NÃO CONSEGUE ATENDIMENTO E NÃO TEM PREVISÃO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA.

*PS Nagib Jorge Farah*

3524	Apura condições de funcionamento da Rede Básica de Saúde Mun. - PS Nagib Jorge Farah. Desmembramento do IC n.º 63.
6717	SUPOSTAS IRREGULARIDADES OBRAS POSTO SAÚDE NAGIB JORGE FARAH

*PS Nova Holanda*

3523	Apura condições de funcionamento da Rede Básica de Saúde Mun - POSTO DE SAUDE NOVA HOLANDA
------	--

*Hospital Municipal Paulino Werneck*

8717	HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK. DESCUMPRIMENTO DO HORÁRIO DO PLANTÃO POR PARTE DE MÉDICOS.
9056	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA. HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK. MÉDICOS E ENFERMEIROS QUE FALTAM AOS PLANTÕES - PREJUÍZO À PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.
9109	LD 1534 PC 9056/1 PROM SAÚDE.SMS. DENUNCIA POSSIVEL FUNCIONAMENTO PRECÁRIO HOSPITAL PAULINO WERNECK. MPRJ 2008.00023400
10217	MPRJ 2008. 00053463 - SAÚDE.DENUNCIA PRECARIIDADE ATENDIMENTO HOSPITAL PAULINO WERNECK
10218	MPRJ 2008.00044882 - SAÚDE. HOSPITAL PAULINO WERNECK DENUNCIA PRECARIIDADE ATENDIMENTO
11733	OV 65287. PC ACP 2003.001.070422-4 2ª VFP / SAUDE. HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK - CAP 3.1. CELESTE DE GENARO RELATA POSSIVEL ATENDIMENTO PRECARIO EM UNIDADE HOSPITALAR.
12100	DEFICIÊNCIA NOTICIADA: # PACIENTE COM MÃO E COSTELAS QUEBRADAS NÃO CONSEGUE, NÃO CONSEGUE ATENDIMENTO

8

	NA EMERGÊNCIA POR FALTA DE ORTOPEDISTA.# LOCAL: HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK.#
838-A	PRECÁRIAS CONDIÇÕES DO HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK EM RELAÇÃO À SUA ESTRUTURA PREDIAL, QUE NECESSITA DE REPAROS URGENTES, SITUAÇÃO DISTINTA DAQUELA DO IC 838 ORIGINAL E DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA 2003.001.070422-4, QUE VISAM A SUPRIR A FALTA DE RECURSOS HUMANOS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO DAQUELE NOSOCÔMIO.
4649	Condições precárias no hospital Paulino Werneck

### *Hospital Nossa Senhora do Loreto*

10493	MPRJ 2008.00124724 - SAÚDE. SMS. DENUNCIA IRREGULARIDADES HOSPITAL NOSSA SENHORA LORETO
1987	IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA. FALTA DE SERVIDOR AO EXPEDIENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO LORETO COM RECEBIMENTO INTEGRAL DO SALÁRIO. (Tem anexos em separado na sala de arquivos)
5808	PATRIMÔNIO PÚBLICO. CIDADANIA. HOSPITAL MUNICIPAL LORETO. ALTA MÉDICA CONCEDIDA NA DATA DA CIRURGIA. DOCUMENTOS OFICIAIS APONTANDO PARA ALTA NO DIA POSTERIOR. INVESTIGAÇÃO DE POSSÍVEIS DANO AO PATRIMÔNIO PÚBLICO OU NEGLIGÊNCIA DE SERVIDORES

### *CMS Necker Pinto*

3470	Apura condições de funcionamento da Rede Básica de Saúde Mun- CMS NECKER PINTO
------	--

### *Policlínica Newton Alves Cardoso*

4042	CIDADANIA. SAÚDE PÚBLICA. PAM NEWTON ALVES CARDOSO CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO
4165	OUVIDORIA Nº 9498 - NOTICIANTE SOLICITA PROVIDÊNCIAS QUANTO AO MAU ATENDIMENTO DO QUAL FOI VÍTIMA, NO PAM NEWTON ALVES CARDOSO, NO CACUIA, AO TENTAR MARCAR UM ECOCARDIOGRAMA. RELATA QUE HOVE DESCASO DOS FUNCIONÁRIOS QUE O ATENDERAM, OS QUAIS INFORMARAM QUE A MÁQUINA DE ECOCARDIOGRAMA ESTAVA COM DEFEITO E SEM PREVISÃO DE CONserto, SOLICITANDO QUE O MESMO RECLAMASSE COM O PREFEITOCÉSAR MAIA.
10557	OV. 53579. CIDADANIA - SAÚDE- POSSIVEL IRREGULARIDADE - PAM NEWTON ALVES CARDOSO - LOCALIZADO NA RUA COMBU, Nº 191, CACUIA, ILHA DO GOVERNADOR/RJ.



*PS Madre Teresa de Calcutá*

3527	Apura condições de funcionamento da Rede Básica de Saúde Mun - POSTO DE SAUDE MADRE TERESA DE CALCUTA
------	--

*CMS Américo Veloso*

8169	POSSIVEL FALTA DE ESTRUTURA NO CMS AMERICO VELOSO
9063	POSSIVEIS IRREGULARIDADES . CMS AMÉRICO VELOSO
9157	POSSIVEIS IRREGULARIDADES . CMS AMÉRICO VELOSO

*CMS Américo Veloso*

3473	Apura condições de funcionamento da Rede Básica de Saúde Mun - PAM MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN
------	--