



# ELEIÇÕES, CONSELHOS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO <sup>1</sup>

ELECTIONS, COUNCILS AND PUBLIC HEALTH POLICIES IN RIO DE JANEIRO

**Alessandra Maia Terra de Faria**

Doutora em Ciências Sociais pela PUC-Rio e professora agregada de Teoria Política do quadro complementar no Departamento de Graduação em Ciências Sociais da PUC-Rio, além de professora da Especialização Lato Sensu em Sociologia Política e Cultura da mesma instituição. Contatos: [alessandramtf@gmail.com](mailto:alessandramtf@gmail.com) / [alessandramtf@puc-rio.br](mailto:alessandramtf@puc-rio.br)

---

<sup>1</sup> Agradeço aos comentários recebidos na apresentação da versão inicial deste trabalho no Grupo de Trabalho 7A: Saúde, Ambiente e Território, no XII Conlab – Congresso Luso-Afro-Brasileiro e I AILP (da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa-<http://stk83.leading.pt/pt/conteudo/noticias-pt/livro-de-atas-do-congresso.html>), na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal, entre os dias 1º e 5 de fevereiro de 2015.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é contribuir para a análise da dinâmica da participação nas políticas públicas de saúde através da abordagem histórica e comparativa entre o conselho municipal e os conselhos distritais de saúde do Rio de Janeiro. Para tanto, se observam os principais atores e a mobilização de instrumentos legais que permitiram a progressiva adoção de eleições e seu impacto na institucionalização dos respectivos espaços. A hipótese que orienta o artigo é de que a disputa pela adoção de eleições internas regulares é marcada pela influência dos poderes Legislativo e Executivo sobre seu processo decisório interno. Nesse sentido, pode-se concluir que é relevante observar o processo político no interior dos conselhos sem desconsiderar o contexto político amplo que conecta a cidade ao estado, bem como a influência de eventuais alianças com a política nacional.

**PALAVRAS-CHAVE:** eleições; conselhos; Legislativo; Executivo; cidade; participação.

## ABSTRACT

The objective of this work is to contribute to the analysis of the dynamics of participation in public health policies through a historical and comparative approach between the city council and the district health councils of Rio de Janeiro. In order to do so, we can observe the main actors and their mobilization of legal instruments that allowed the progressive adoption of elections and their impact on the institutionalization of their respective spaces. The hypothesis that guides the article is that the dispute for the adoption of regular internal elections is marked by the influence of the Legislative and Executive powers on its internal decision-making process. In this sense, it can be concluded that it is relevant to observe the political process within the councils without disregarding the broad political context that connects the city to the State, as well as the influence of any alliances with the national politics.

**KEYWORDS:** elections; councils; Legislative; Executive; city, participation.

## Introdução

Este trabalho objetiva analisar a dinâmica da participação na saúde na cidade do Rio de Janeiro. Do ponto de vista administrativo, para a consecução das políticas públicas de saúde, há uma definição de abrangência territorial cuja forma atual organiza a cidade em um município subdividido em dez distritos de saúde. Na tentativa de entender melhor a conformação de tais divisões e como se efetiva a participação nos conselhos adotou-se a abordagem histórica e comparativa entre os distintos colegiados, o Conselho Municipal de Saúde (CMS-RJ) e os Conselhos Distritais de Saúde (CODS-RJ). A ideia é recuperar a estruturação do controle social no município e respectivos distritos, seus principais atores e a mobilização de instrumentos legais que permitiram sua institucionalização.

A partir dos anos 1990, com todo o processo de regulamentação da Constituição de 1988, e das leis orgânicas do SUS nºs 8080 e 8142, de 1990, foi estruturada uma lógica paritária interna de representação para promover a participação da sociedade. Tal lógica foi marcada pela consecução dos instrumentos legais de participação e dimensionou os conselhos, através das conferências de saúde no Rio de Janeiro.

Essa lógica estava ancorada em um processo histórico de redemocratização do país a partir de meados dos anos 1970, quando algumas associações de moradores no Rio de Janeiro promoviam atividades que tinham por objetivo a luta por melhores condições de saúde. Nessa conjuntura, destaca-se enquanto marco o Primeiro Encontro Popular pela Saúde, que se realizou na Cidade de Deus, em setembro de 1980, e reuniu em torno de três mil participantes oriundos de cem comunidades do Brasil.

Houve também a participação das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, da Pastoral da Saúde, de entidades estudantis e partidos políticos, dentre outros. Esse encontro foi promovido pela Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj)<sup>2</sup> em articulação com o Sindicato

---

<sup>2</sup> A Famerj, segundo Gerschmann (2004: 107), contava com mais de 1200 entidades filiadas em 1989, sendo que 82% delas pertenciam a associações de moradores de bairros de classe baixa e 18% a associações de moradores de classes médias e altas. Ela havia surgido em 1978 para se tornar a maior associação de bairros do país.

dos Médicos (Sindmed) e com outras entidades de saúde, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

O Movimento Popular em Saúde (MOPS) teve sua progressão no tempo intimamente ligada à discussão sobre a medicina comunitária. A perspectiva de políticas alternativas de saúde por meio de experiências comunitárias tinha como princípio a simplificação dos cuidados, de maneira que eles pudessem estar ao alcance da comunidade primária, sem a necessidade de um instrumental de alta complexidade e com a participação de agentes da própria localidade, além da supervisão e do treinamento dos profissionais envolvidos. Suas origens remetem às experiências das comunidades de base da Igreja situadas nos estados do Rio de Janeiro, de Minas Gerais e de São Paulo (Gerschmann 2004: 95).

Como observa Gerschmann, o MOPS 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 já mencionada Famerj e o Movimento de Amigos do Bairro de Nova Iguaçu (MAB)<sup>3</sup>, e seus grupos aliados contavam com membros de partidos como PCB (Partido Comunista Brasileiro), PT (Partido dos Trabalhadores), PDT (Partido Democrático Trabalhista), PC do B (Partido Comunista do Brasil) e PPS (Partido Popular Socialista), além do Movimento Sanitário, do Sindmed, do Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro) e de sindicatos não médicos. Registram-se tais informações para reforçar os contatos entre a base dos movimentos populares da cidade e a instância legislativa municipal, alguns modos de apontar os distintos grupos, suas concepções de mundo e os impactos destacáveis de suas ações.

Ao apresentar os momentos históricos da adoção do expediente eleitoral nos procedimentos internos dos distintos conselhos na cidade, este artigo visa enfatizar como a institucionalização desses espaços, ainda que com consideráveis gradações, esteve constantemente condicionada por momentos de apoio e

<sup>3</sup> O MAB se incorpora a Famerj em 1981, e se torna posteriormente a maior federação de associações de bairro do país, segundo Gerschmann (2004: 106).



objeção, seja do Poder Legislativo ou do Executivo. É possível afirmar, tomando também o debate presente na literatura, que o contexto político amplo da cidade do Rio de Janeiro (bem como as coligações estaduais e nacionais de seu governo) foi significativo para a compreensão do potencial político da discussão pública sobre a saúde.

Algumas estratégias já foram observadas no sentido de identificar relações de forças e atores relevantes para a institucionalização da participação popular. Leonardo Avritzer (2009), um dos precursores do debate, 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. Por outro lado, Wagner Romão (2010) observa que, neste caso, as preocupações teórico-analíticas sobre o papel da sociedade civil no processo de democratização do Brasil e da América Latina ao longo dos anos 1990 deixaram eclipsadas as dimensões estatal, governamental ou mesmo a que se refere aos partidos políticos em geral (à exceção do PT), em relação às suas origens ligadas aos movimentos sociais.

Sugere-se aqui que esta variável-chave seja considerada não apenas no contexto de um único partido, mas sim como uma variável que pode apresentar diferentes matizes, a depender do partido em questão. Sendo assim, a conexão entre partidos políticos e sociedade civil para a implantação de formas participativas passa a ser um ponto importante, a partir do qual se podem destacar oportunidades de conjuntura, ocasiões propícias para a institucionalização de estruturas participativas, e notar como os atores políticos se apropriaram ou não dessas situações para implementar mudanças. No caso do Rio de Janeiro, apesar do PT figurar dentre os partidos mencionados, é possível destacar o protagonismo de partidos como PDT, PCB, PC do B e PPS.

Se o contexto político amplo é significativo para a compreensão das dinâmicas de participação, a teoria auxilia a análise das relações entre movimentos sociais e conselhos no caso do Rio de Janeiro. Desse modo, podemos nos apoiar no que a literatura de movimentos sociais chama de “estrutura de oportunidade para a ação” (Tarrow 2009) e observar sob esse viés o processo de democratização social em meados de 1990 no país e a institucionalização dos conselhos de saúde na referida cidade.

A perspectiva de conjuntura conforma a noção de estrutura, e Charles Tilly (2004, 2006) sugere interessante intersecção entre conjuntura e história. A

concepção de estrutura de oportunidades permite observar histórias comparativas de regimes democráticos para frisar a interdependência entre democratização e lutas populares, conforme discutido pelo autor; e analisar a mudança e a variação nas conexões entre as redes de confiança e os regimes políticos e seus repertórios de ação (Tilly 2005, 2013).

Este trabalho se deterá sobre os principais atores e articulações no processo histórico Pós-Constituinte, destacando convergências, divergências e redes de ação entre os conselhos e sua interface com a política representativa eleitoral, os poderes Executivo e Legislativo na cidade.

## A cidade Pós-Constituinte: entre município e distritos

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. Para avaliar os principais traços da dinâmica atual, buscou-se retratar sua formação ao longo do tempo.

A perspectiva de espaços participativos – conselhos de políticas públicas, orçamentos participativos<sup>4</sup> e planos gestores – surgiu no Brasil no contexto de redemocratização, ou seja, num momento de transição em que emergiu a proposta de políticas públicas que levassem a população em consideração, com canais participativos sendo postos em prática.

No sentido clássico proposto por Victor Nunes Leal (2012: 59), importa menos discutir um municipalismo ideal do que compreender alguns aspectos de como a esfera própria do município teria se ampliado ou se restringido politicamente. Nesse sentido, é possível destacar o momento histórico de ampliação da autonomia dos municípios em geral no Brasil enquanto ponto de

---

<sup>4</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 Paulo D'Ávila 2000. Outra referência hábil sobre as articulações participativas no OP é Baiocchi 2003.



partida para a reflexão sobre a participação do controle social no acompanhamento da gestão da política pública na cidade.

Se a Constituinte discutiu a autonomia legal dos municípios e o direito à cidade, nela também esteve o marco de aprovação da proposta mobilizada pelo Movimento Sanitário Brasileiro de criação do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como previstas as atribuições do controle social das políticas públicas a serem efetivadas pelos conselhos nos âmbitos dos municípios, dos estados e ao nível nacional. A análise comunitarista da constituinte aberta à experimentação<sup>5</sup> permite estabelecer relações com a perspectiva da representação em aberto, da qual trata a discussão da pluralização da representação.<sup>6</sup>

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 Gisele Cittadino (1999), a Constituição Federal 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 permitiu, gradual e lentamente, 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 Luiz Werneck Vianna *et al.* (1999), as gerações posteriores à Carta têm 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 em aberto, em que a relação sociedade/política e a própria Carta são interpretadas como estruturas não conclusas, inacabadas (Vianna *et al.* 1999: 38; Faria 2009).

Se analisada a partir da proposta de interação entre representação e participação, de antemão se pode apontar que a convergência de interesses na deliberação interna dos colegiados é um desafio. Por outro lado, a observação do

<sup>5</sup> Sobre abertura constitucional ver Haberle 1997. Ver também a entrevista sobre Constituição como cultura em Haberle 2011.

<sup>6</sup> Sobre a retomada da discussão da representação em estudos participativos no Brasil ver: Lavallo; Araújo 2008. Já sobre a questão da prestação de contas como estratégia da participação ver: Lavallo 2011 e Lavallo & Isunza 2011.

processo histórico de institucionalização dos conselhos no Rio de Janeiro permitiu salientar momentos de convergência entre participação e representação que culminam na consecução de instrumentos legais desses colegiados.

O colegiado, seja ele distrital ou municipal, é formado da seguinte forma: metade por representantes de usuários do SUS, um quarto por representantes do segmento de profissionais de saúde e um quarto por representantes dos gestores e prestadores de serviço. De saída, se tomado o modelo de representação formal, segundo Hanna 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 dar voz a interesses corporativos ou privados, ou pautar sua atuação na expectativa de influenciar o governo representativo no controle, fiscalização e acompanhamento das políticas de saúde, sem necessariamente se tornar parte dele.<sup>7</sup>

No processo de redemocratização do país, como já observado, destacou-se como marco o Primeiro Encontro Popular pela Saúde, que se realizou na Cidade de Deus, em setembro de 1980. Como desdobramento da realização desse evento, aconteceu o Segundo Encontro Popular pela Saúde, em 1982. Nesse período, reavivaram tradições de participação popular, em especial as de associações de moradores e aquelas ligadas ao mundo do trabalho.

## A cidade e o município

Após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, havia a proposta de cumprir as etapas municipais e a etapa estadual. Apresentaremos a seguir como a iniciativa do Legislativo, o aceite do Executivo e a convergência do interesse dos movimentos sociais da área de Saúde deram forma aos espaços de participação.

Em 1991, realizou-se a 1ª Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estratégia fundante desse órgão deliberativo, garantindo-lhe maior legitimidade. O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-Rio) foi criado pela Lei Municipal nº 1.746, de 23 de julho de 1991, de autoria dos vereadores Fernando

<sup>7</sup> Esse ponto é discutido entre as esferas municipal e estadual no Rio de Janeiro em Faria & Durán (2013).



William Lira,<sup>8</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 William Lira, de acordo com o Diário Oficial da Câmara,<sup>9</sup> era o líder do PDT nesse espaço e foi o responsável tanto por esta legislação quanto pelo apoio político subsequente a uma série de legislações para regulamentação dos conselhos de saúde naquela década.

Em entrevista concedida, o vereador Paulo Pinheiro, além de mencionar a influência de Sérgio Arouca na sua entrada para a política pelo PPS, relembra as tradições, os repertórios e as redes de confiança que cimentavam as relações entre as lutas populares e o plano político. Segundo ele, esse quadro propiciou o avanço da participação política e da representação como controle social na cidade:

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>10</sup>

O Projeto de Lei nº 898/90A, que deu origem à Lei nº 1746/1991, foi sancionado em 23/07/1991, num processo de 411 dias de tempo de tramitação

---

<sup>8</sup> 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. Ver Faria 2014.

<sup>9</sup> DCM, ano XVI, nº 182, quarta-feira, 30 de setembro de 1992.

<sup>10</sup> Entrevista concedida na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no gabinete do vereador Paulo Pinheiro, em 18 de fevereiro de 2013 (Faria 2014: 280). Vale lembrar 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 importante dessa relação.



na Câmara, em razão de veto parcial sofrido.<sup>11</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”.

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 presidente nato do CMS, que era constituído então por 24 membros, divididos segundo os critérios paritários abaixo discriminados, de acordo com os termos constantes do art. 8º da Lei nº 1746/1991:

I) 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);

II) 6 membros: indicados pelas entidades de representação dos profissionais de saúde;

III) 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 ambiente hospitalar de ensino.

Ao se observar a dinâmica municipal, já em contexto de democracia representativa, é possível empreender um levantamento dos conflitos concernentes ao processo de negociação sobre a aprovação da lei no município,

---

<sup>11</sup> De acordo com o DCM de 25 de julho de 1991 (pp. 1-4), publicado no D.O. RIO em 26 de julho de 1991 (pp. 4-5), *apud* Faria (2014).

determinantes para que a presidência nata do CMS estivesse vinculada à representação formal, a um membro do Executivo municipal. Sendo assim, a última palavra do conselho (seja sobre o orçamento da saúde, ou no que diz respeito à alocação dos recursos escassos na cidade) passava pelo filtro da representação formal.

A proximidade que o levantamento de informações sobre os conselhos permitiu destacar entre os movimentos de base e vereadores como Fernando William e Milton Nahon (que será mencionado na próxima seção) foi um modo de representar também retratado por Paulo Pinheiro, mais de dez anos depois, como certa tradição de exercício da representação política entendida enquanto fiscalização das ações do Poder Executivo na cidade. O vereador 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 ele, a relação junto aos conselhos permitiu conhecer melhor os problemas da cidade.

As competências do conselho de saúde, segundo a Lei Orgânica Municipal nº 1746/1991 envolvem participar da análise, da elaboração e da atualização das políticas do Sistema Único de Saúde, fiscalizando sua aplicação e atuando, à semelhança do estadual, mas na esfera municipal: a) na formulação de estratégias de controle do Sistema Único de Saúde; b) na proposição de diretrizes para a elaboração do 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 Sistema Único de Saúde e 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 da saúde, visando à fiscalização da manutenção de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural da época; e) no levantamento de dados relativos à saúde da população do município e na convocação, junto à Secretaria Municipal de Saúde, de dois anos 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.

Recentemente, em 2009, o vereador Paulo Pinheiro, cuja trajetória também passa pela gestão de um hospital público e pelo contato com as reuniões comunitárias de saúde no referido estabelecimento, e que mantém relação duradoura com os conselhos de saúde e proximidade das reuniões distritais, pôde

encontrar momento político propício para a aprovação da Lei Ordinária Municipal nº 5104. Mediante convencimento junto a Hans Dohmann (secretário de Saúde e presidente nato do CMS), foi possível aprovar a legislação, que, além de várias padronizações para os conselhos distritais, propunha eleição para a presidência do CMS bem como periodicidade de quatro anos seja para os mandatos, seja para as conferências municipais e distritais.

A eleição que ocorreu posteriormente à aprovação da lei, contudo, referendou a continuação do secretário de Saúde à frente do CMS, o que foi relatado com frustração pelo vereador, que acredita que tal presidência prejudica a autonomia deliberativa. Quando comparado com os entraves sofridos ao longo do tempo, porém, o fato não surpreende. O interesse da prefeitura em neutralizar o conselho se concretiza com a candidatura do secretário de Saúde e seu (uma vez mais) alçar à presidência. A estratégia, desse modo, assegura o controle do espaço de participação e neutraliza debates públicos que sejam contrários aos objetivos do Poder Executivo.

## A cidade e os distritos

O quadro distrital, por outro lado, apresenta dinâmica adensada em relação à participação popular. A Lei nº 2011/1993, novamente de autoria de um vereador com perspectiva dita progressista, Milton Nahon,<sup>12</sup> instituiu em agosto os conselhos distritais de saúde, determinando ainda que sua composição deveria 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

<sup>12</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 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 em: 14 de fevereiro de 2013), apud Faria 2014.

consumo e equipamentos. Também seria determinada uma verba mensal, a ser controlada pela coordenação da área, para gastos com material de consumo e contratação de serviços. É possível observar, entretanto, que a infraestrutura para o funcionamento dos CODS ainda enfrenta dificuldades para ser operacionalizada, devido em grande medida à sua capilaridade, à sua localização em postos de saúde e centros comunitários em bairros distantes e ao seu caráter por vezes crítico aos gestores municipais e estaduais. Diferentemente do conselho municipal, que possui infraestrutura e apoio organizacional constante do Poder Executivo, com sede no próprio prédio da prefeitura, na Cidade Nova.

A referida Lei nº 2011 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 (nº 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 não ocorreu (Carvalho 1996: 27).

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 dinâmico, em permanente construção, fruto de relações políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. A situação de saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais também é dinâmica e resulta das inter-relações entre os condicionantes históricos, culturais, sociais, epidemiológicos, políticos e econômicos presentes em determinado território (Mendes *et al.* 1993). Organizar o sistema de saúde, os serviços de assistência e a atenção à área 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 e o compromisso dos gestores atuantes em determinado território, em especial os gestores públicos.

Tratou-se de uma tentativa de recuperar 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 no país, a partir de uma cooperação técnica Brasil-Itália, a partir da qual vários municípios brasileiros – Pau da Lima/BA, Natal/RN, Cachoeira de Macacu/RJ e outros – desencadearam a estruturação de distritos sanitários, tendo como diretriz as definições de território, de áreas de abrangência de unidades de saúde e do grau de acesso da população aos serviços (Paim 1993).

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 Áreas de Planejamento – CAP (Brasil, 2005: 60). Elas configuram unidades intermediárias e mediadoras 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. A organização em forma de CAP enfrenta diversas dificuldades de ordens financeira, técnico-administrativa e política que limitam suas ações, tornando essas unidades, grande parte das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergenciais.

Segundo observa David Harvey, indivíduos e grupos poderosos dominam a organização e a produção do espaço mediante recursos legais e que podem também possuir caráter extralegal. Isso se dá no intuito de exercer maior controle, seja sobre a distância entre espaços (acessibilidade e distanciamento – “fricção da distância”, Harvey 2005: 202), ou sobre a forma de apropriação do ambiente 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 ainda por indivíduos, classes ou outros grupos sociais. Seu argumento 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 (2005: 216).

Nesse sentido, a reterritorialização da cidade, enquanto uma série de distritos, a partir das Áreas de Planejamento (AP), esteve longe de constituí-las enquanto distritos sanitários segundo a concepção proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde. O que não quer dizer, necessariamente, que resistências sociais não possam se tornar movimentos 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” (2005: 217).

Portanto, a Lei Orgânica Municipal nº 2011/1993 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 constituídos antes que fossem criados os próprios distritos, que passaram a ser reconhecidos pela divisão administrativa do município em Áreas de Planejamento.<sup>13</sup> Tais áreas programáticas não representavam a ideia original dos distritos sanitários do SUS, baseada em critérios populacionais e sanitários. Existem diferenças, ainda hoje, que apontam não só disparidades populacionais, mas sobretudo distinções no que tange à oferta de serviços públicos e de saneamento básico e à renda da população residente.

De acordo com o que é possível observar nas tabelas 1 e 2 na página seguinte, o processo histórico que promoveu a ideia de controle social no município instituiu os Conselhos Distritais de Saúde (CODS) nas respectivas AP, compreendendo um total de dez. 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 (Lei Ordinária 2011/1993, 1º parágrafo, conforme Faria 2014).

A mencionada lei determinava que os CODS seriam presididos pelos coordenadores técnicos dos distritos, no caso, as áreas de planejamento. No entanto, conforme pesquisa de Carvalho (1996) sobre o caso da institucionalização do conselho distrital – CODS AP 3.1 –, depois de sua

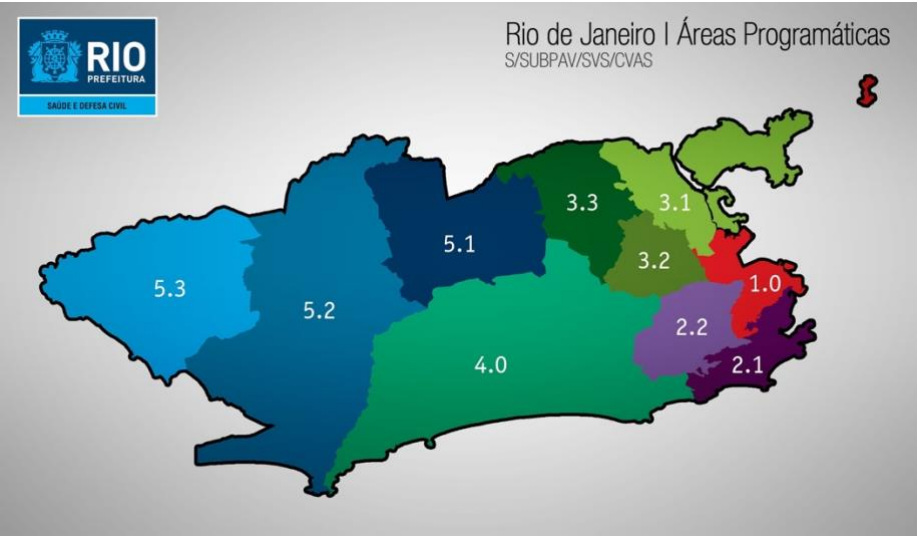
<sup>13</sup> Segundo Resolução SMS-RJ nº 431, de 14 de abril de 1993, conforme Faria (2014).

constituição o CODS elegeu sua comissão executiva em 12 de março de 1994 e, para presidente, foi eleito um usuário. A primeira gestão (1994/1995) tinha o total de 92 membros titulares e “foi composta de 24 representantes dos prestadores de serviços do SUS, [...] 20 representantes dos funcionários e 48 representantes do segmento usuário” (Carvalho, 1996: 26). 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 da Leopoldina (1996: 33).

A iniciativa tomada pelo CODS 3.1 de eleger seu próprio presidente foi proposta em perspectiva análoga aos procedimentos que ocorreram na 2ª Conferência Distrital e 9ª Conferência Nacional de Saúde. O fato de ter sido realizada uma eleição interna, cujo resultado colocou na presidência um usuário, gerou uma série de tensões, causando desentendimentos com a SMS e com o próprio CMS (Carvalho 1996: 33). Além disso, no regimento interno aprovado, estava prevista 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.



TABELA 1 – ÁREAS PROGRAMÁTICAS



Fonte: Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, 2013.

TABELA 2 – AP e CODS

ÁREAS PROGRAMÁTICAS E CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE	
AP/CODS	BAIRROS
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 1.0</b> <b>CODS (Conselho Distrital de Saúde) 1.0</b> <b>1 sala na maternidade da praça XV, Centro.</b>	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 (Conselho Distrital de Saúde) 2.1</b> <b>1 sala na av. Venceslau Brás, 65, Botafogo (Hospital Pinel)</b>	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 (Conselho Distrital de Saúde) 2.2</b>  <b>1 sala e auditório compartilhado na rua Conde de Bonfim, 764, Pd. Prefeitura, Tijuca.</b>	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>	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Mangueiras, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 3.2</b>  <b>CODS (Conselho Distrital de Saúde) 3.2</b>  <b>Rua Ana Barbosa, 21, Méier – 1 sala na Policlínica César Pernetá</b>	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, Pílares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 3.3</b>  <b>CODS (Conselho Distrital de Saúde) 3.3</b>  <b>Rua Ubirajata, 25, sala 19, no PAM Alice Tibiriçá / Auditório Clementino Fraga</b>	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 (Conselho Distrital de Saúde) 4.0</b>  <b>Av. Ayrton Senna, 2001, bloco C, Barra</b>	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>	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 5.2</b>	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo,

<b>CODS (Conselho Distrital de Saúde) 5.2</b> <b>Praça Vieira de Melo, s/n, Comari – Campo Grande</b>	Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.
<b>ÁREA PROGRAMÁTICA 5.3</b> <b>CODS (Conselho Distrital de Saúde) 5.3</b> <b>Rua Senador Camará, 372, Santa Cruz</b>	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Fonte: Faria (2014).

Obviamente, esse processo encontrou resistências. O regimento interno proposto e a lista de integrantes eleitos 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. Note-se também o momento de convergência entre participação e representação, cujo desdobramento foi a consecução de instrumento legal que garantiria alguma autonomia nos distritais, visto a possibilidade de eleição interna para as presidências. 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 Comissão de Saúde da Câmara Municipal nas reuniões 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 nº 2011 pela Lei nº 2.289, de 9 de janeiro de 1995, proposta pelo vereador Milton Nahon depois de participar de debate no conselho da AP 3.1 (Teixeira 1996: 95-96).

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 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 de seu regimento interno, inédita na cidade, com eleições próprias para a presidência, concretizaria um novo dispositivo legal. Tal processo propiciou a prática política de alguma autonomia dos conselhos distritais vinculada à faculdade de eleger usuárias (os) como presidentes; lógica política distinta e inversa à da trajetória do controle social no âmbito municipal, como visto anteriormente.

A possibilidade de eleição para presidência dos conselhos distritais antecedeu em mais de dez anos a primeira eleição para o mesmo cargo no Conselho Municipal da Saúde. Dados obtidos junto aos conselhos confirmam que em 2009/2010 todos os distritais eram presididos por representantes do segmento usuários e pelo menos a metade deles por usuárias mulheres. Mais do que permitir a rotatividade de cargos, a eleição para a presidência abriu espaço em instâncias de decisão para o segmento dos usuários.

## Observações finais

O que é possível sugerir a partir dessa tradição de eleições internas para a presidência dos CODS, diferentemente do CMS? No plano mais geral, essa discussão apresenta traços da boa dinâmica entre as democracias representativa e participativa em diferentes projetos de reforma do estado, mas destaca também suas limitações.

A atuação de vereadores identificados com a perspectiva de participação social junto aos movimentos sociais de base foi notada no processo de institucionalização do CMS e dos CODS. A participação social observada no âmbito distrital permite sugerir a possibilidade de impactos no processo de estabelecimento da instituição de eleições para presidência dos conselhos distritais. Tal tendência se afirma a partir da experiência dos conselheiros no espaço participativo e de deliberação das conferências distritais e nacionais.

A eleição interna da presidência dos CODS antecedeu, seja na prática, seja do ponto de vista legal, em torno de quinze anos a primeira eleição para o mesmo cargo no CMS. Mais do que permitir a rotatividade, é plausível afirmar a partir dos dados obtidos pela pesquisa que esse fato abriu espaço para a alternância da representação do controle social (pelo menos a nível distrital) e para a não vinculação direta aos representantes do Executivo.



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 torná-las mais efetivas. Para avaliar a efetividade da discussão pública nos conselhos, compreender o contexto político amplo e o posicionamento do governo e do Legislativo em relação aos debates é fundamental. Os processos de negociação, a expansão, o bloqueio, ou a neutralização das demandas podem ser interpretados a partir da análise de como essa rede de relações se estabelece. No Rio de Janeiro, a consecução do instrumento legal que permitiu a instituição de eleições internas aos CODS certamente se firmou como uma característica institucional que dinamizou os espaços de participação. Se as eleições permitiram maior objetividade na formulação das demandas e críticas, quando transpostas para os níveis municipal e estadual tais demandas encontram desafios em sua articulação frente aos grupos de pressão hegemônicos lá presentes.

## Referências bibliográficas

- AVRITZER, L. 2009. *Participatory Institutions in Democratic Brazil*. Washington: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- BAIOCCHI, G. 2002/2003. "Synergizing Civil Society: State Civil Society Regimes in Porto Alegre, Brazil". *Political Power and Social Theory*, nº 15, pp. 3-86.
- BRASIL. 2005. *Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. 1991. *Lei Orgânica Municipal nº 1.746*, de 23 de julho. Disponível em: <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/276900/lei-1746-91>
- CARVALHO, H. T. 1996. *Conselhos de saúde e práticas de comunicação: Ação pelo controle público e invisibilidade social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- CITTADINO, G. 1999. *Pluralismo, direito e justiça distributiva, elementos da filosofia constitucional contemporânea*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

- D'ÁVILA, P. M. 2000. Democracia, clientelismo e cidadania: a experiência do orçamento participativo no modelo de gestão pública da cidade de Porto Alegre. Tese de Doutorado em Ciência Política Rio de Janeiro: Iuperj/Ucam.
- FARIA, A. M. T. 2014. *Participação e representação: as políticas públicas de saúde no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_. 2009. "O trabalho da representação e Pierre Rosanvallon". *Desigualdade & Diversidade* (PUC-RJ), vol. 5, pp. 33-62.
- FARIA, A. M. T.; DURAN, P. 2013. "A participação estadual e municipal em questão: os conselhos de saúde no Rio de Janeiro." In: *37º Encontro da Anpocs*. Águas de Lindoia: Anais do 37º Encontro Anual da Anpocs.
- GERSCHMAN, S. 2004. *A democracia inconclusa. Um estudo sobre a Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- HABERLE, P. 1997. *Hermenêutica Constitucional: a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação pluralista e procedimental da Constituição*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris.
- \_\_\_\_\_. 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: 20 jan. 2014.
- HARVEY, D. 2005. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola.
- LAVALLE, A. G. 2011. "Após a participação: Nota introdutória". *Lua Nova*, nº 84, pp. 13-23.
- LAVALLE, A. G.; ARAÚJO, C. 2008. "O debate sobre a representação política no Brasil: Nota introdutória". *Cad. CRH*, vol. 21, nº 52, pp. 9-12.
- LAVALLE, A. G.; ISUNZA, E. 2011. "A trama da crítica democrática: Da participação à representação e à *accountability*". *Lua Nova*, nº 84, pp. 95-139.
- LEAL, V. N. 2012. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.



- MENDES, E. V. et al. 1993. "Território: conceitos-chave." In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- MILANI, C. 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, nº 42 (3), pp. 55-79.
- PAIM, J. S. 1993. "Marco de referência para um programa de educação continuada em saúde coletiva". *Rev. Bras. Educ. Médica* nº 17(3), pp. 7-13.
- ROMÃO, Wagner. 2010. "O eclipse da sociedade política nos Estudos sobre o Orçamento Participativo". BIB, São Paulo, nº 70, 2º semestre de 2010, p. 121-144.
- TARROW, S. 2009. *O poder em movimento. Movimentos sociais e confronto político*. Petrópolis: Vozes.
- TATAGIBA, L.; TEIXEIRA, A. C. 2006. "Participação e democracia: Velhos e novos desafios". *Civitas*, Porto Alegre, vol. 6 nº 1, pp. 223-240.
- TILLY, C. 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*. Petrópolis: Vozes.
- VIANNA, L. W. et al. 1999. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan.