

CONSELHOS DE SAÚDE

INFORMAÇÃO, PODER E POLÍTICA SOCIAL

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima

Rio de Janeiro, 2007

 e-papers

Esta publicação reproduz a dissertação apresentada em 09 de julho de 1993 no Curso de Mestrado em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas para obtenção do grau de Mestre em Administração. A banca examinadora foi composta pelo Dr. Peter Kevin Spink (orientador), pela Dr.^a Ana Maria Malik e pelo Dr. Esdras B. Costa. A nota conferida foi 10 (dez).

*Dedico a dissertação aos meus pais, Clóvis (em
memória) e Regina, e aos meus filhos, Carlos
Eduardo e Nicolas Heráclito.*

AGRADECIMENTOS

À Helena Maria Antunes Paiano.

Aos amigos Dirceu Ribas Veiga, Márcia Gomes de Oliveira, Néri Pedroso e Paulo de Araújo.

Aos companheiros Álvaro de Sá Koneski, Francisco Lessa, João Fachini, José Laércio Escodel, Magda Korbes, Mônica Vollrath e Valdir Schaeffer.

Aos promotores de Justiça Dr. Alexandre Herculano Abreu, Dra. Cristina da Motta Bergler e Dr. Vilmar Loef.

Aos professores Dr. Peter Kevin Spink (orientador), Dr. Carlos Malferrari, Dr.^a Ana Maria Malik e Dr.^a Maria Nélida Gonzalez de Gomez.

Um novo arquivista foi nomeado na cidade. Mas será que foi mesmo nomeado? ou agiria ele por sua própria conta? As pessoas rancorosas dizem que ele é o novo representante de uma tecnologia, de uma tecnocracia estrutural. Outros, que tomam sua própria estupidez por inteligência, dizem que é um epígono de Hitler, ou pelo menos, que ele agride os direitos do homem (não lhe perdoam o fato de ter anunciado a 'morte do homem'), outros dizem que é um farsante que não consegue apoiar-se em nenhum texto sagrado e que mal cita os grandes filósofos. Outros, ao contrário, dizem que algo de novo, de profundamente novo, nasceu na filosofia, e que esta obra tem a beleza daquilo que ela mesma recusa: uma manhã de festa... (DELEUZE, G. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988, p. 13).

© Clóvis Ricardo Montenegro de Lima/E-papers Serviços Editoriais Ltda., 2007.
Todos os direitos reservados a Clóvis Ricardo Montenegro de Lima/
E-papers Serviços Editoriais Ltda. É proibida a reprodução ou
transmissão desta obra, ou parte dela, por qualquer meio,
sem a prévia autorização dos editores.
Impresso no Brasil.

ISBN 978-85-7650-104-6

Projeto gráfico, diagramação e capa
Livia Krykhtine

Revisão
Claudia Leopoldino de Moura
Helô Castro

Foto da capa
Paulo de Araujo

Esta publicação encontra-se à venda no *site* da
E-papers Serviços Editoriais.
<http://www.e-papers.com.br>
E-papers Serviços Editoriais Ltda.
Rua Mariz e Barros, 72, sala 202
Praça da Bandeira – Rio de Janeiro
CEP: 20.270-006
Rio de Janeiro – Brasil

CIP-Brasil. Catalogação na Fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

L697c

Lima, Clóvis Ricardo Montenegro de, 1960-
Conselhos de saúde : informação, poder e política / Clóvis
Ricardo Montenegro de Lima. Rio de Janeiro: E-papers, 2007.

284p. : il.

Anexos

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7650-105-3

1. Conselhos de saúde - Joinville (SC). 2. Saúde pública - Joinville
(SC). 3. Política de saúde - Joinville (SC). I. Título.

07-1841.

CDD: 362.

SUMÁRIO

- 13 INTRODUÇÃO
- 19 A COLAGEM DOS INSTRUMENTOS: DA ÉTICA DA MICROPOLÍTICA À ESTÉTICA DA GENEALOGIA
- 49 A POLÍTICA DE SAÚDE NA REPRODUÇÃO SOCIAL
- 67 A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA, O CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE
- 117 UMA PERSPECTIVA DOS ACONTECIMENTOS EM JOINVILLE (SC)
- 189 A SOCIEDADE DA COMUNICAÇÃO E A ÉTICA DA DISCUSSÃO
- 219 A REVOLUÇÃO MOLECULAR NO CAMPO DA SUBJETIVIDADE
- 235 CONCLUSÕES
- 239 REFERÊNCIAS
- 246 IMAGENS
- 251 ANEXOS

INTRODUÇÃO

Esta dissertação sobre informação, poder e política social não é uma discussão de caso, mas sim um exercício do pensamento a partir de um caso: o processo de legalização e de organização do Conselho Municipal de Saúde de Joinville, em Santa Catarina. O caso opera como espaço de encontro de acontecimentos e de conceitos, que são articulados em diferentes tópicos.

Os conselhos de saúde são uma esfera pública de deliberação das políticas de saúde em todos os níveis de governo, que sintetizam o princípio constitucional de participação comunitária no Sistema Único de Saúde e que estão regulamentados na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Os conselhos de saúde podem ser reduzidos a um espaço burocrático de acordos entre segmentos previamente estabelecidos, criados apenas para cumprir as exigências da legislação. Ou podem ser espaço de expressão de interesses que só são tornados públicos com ampliação da comunidade de relevância na discussão das políticas de saúde.

Esta amplitude de possibilidades compreende, em verdade, as múltiplas possibilidades de composição das forças sociais em conflito nas sociedades contemporâneas. Estes conflitos estão diretamente associados com a crise da modernidade e de suas utopias, que estão evidentes inclusive nos indicadores da qualidade material de vida da população brasileira e na ruína dos modos de representação política e sindical.

Esta dissertação não usou um método, mas articulou diversos instrumentos de trabalho que foram mobilizados de acordo com os diferentes contextos. De certo modo, pode-se

dizer que o autor funcionou como um interlocutor privilegiado em todo o processo de legalização e organização do Conselho Municipal de Saúde de Joinville.

Em um cenário em que a experiência de participação nos termos da Lei Federal nº 8.142/90 é escassa, o trabalho de fala na esfera pública e de encontro com diversos segmentos organizados da sociedade funcionou como uma verdadeira alavanca.

Pode-se mesmo dizer que os acontecimentos foram articulados com diferentes demandas e necessidades emergentes, produzindo um espaço de composição que canalizou poderosos interesses contra o governo municipal de Joinville. O que ocorreu foi uma composição social que, sobre o ponto de apoio do conhecimento preciso das leis, impulsionou a participação comunitária nas políticas de saúde.

O pressuposto de trabalho fundamental é a micropolítica, isto é, uma dimensão da ação política que, sem ser menor, concentra suas forças sobre temas específicos e busca a consolidação de uma base ampla de sustentação. Desse modo, foi possível aproximar os sindicatos operários das associações de moradores e das representações dos profissionais de saúde.

A ética da micropolítica abandona o fardo das grandes narrativas e a âncora dos determinismos ideológicos. A micropolítica penetra nos capilares do tecido social para compor interesses e produzir mudanças para além das formas tradicionais de representação e de governo.

A recuperação dos acontecimentos não tenta produzir um encadeamento de fatos a partir de um fio de condução de sentido que explique *a priori* ou *a posteriori* todos os detalhes de uma história que não tem origem fixa nem destino definido. Os conselhos de saúde são apenas uma perspectiva para olhar os acontecimentos e para manusear os conceitos, que se cruzam de vários modos e em vários momentos.

A estética da genealogia na construção do texto tenta fugir das prisões da história das datas e dos heróis e da geografia que se fecha para as forças que lhes são externas. A definição do período entre 02 de abril de 1990 e 31 de de-

zembro de 1992 no espaço do município de Joinville funciona como referência frágil de uma experiência que transcende estas demarcações.

A política de saúde opera como elemento fundamental na produção e na reprodução social moderna, quando a medicina é posicionada como um encontro de produção de saber e de exercício de poder que funciona na disciplina dos corpos e no governo das populações. A medicina acontece na sociedade, dentro dela e como instrumento de poder. É um saber da política social.

As formas da política de saúde mudam conforme as relações de forças e são, portanto, contextuais. A expansão da medicalização social corresponde ao processo de burocratização e de racionalização das esferas do mundo e da vida. Cada exercício de poder opera com dominação e com resistência, conflito que produz diferentes políticas sociais.

A participação comunitária é, por um lado, um esforço do Estado e dos seus aparelhos políticos e sindicais para legitimar a ação social, e, por outro, uma exigência da sociedade para recuperar esferas públicas onde possam ser deliberadas composições de interesses que contemplem o princípio constitucional de universalização assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os conselhos de saúde são uma proposição da legislação federal que cria um espaço deliberativo permanente das políticas de saúde. Eles devem ser compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e por 50% de representantes da comunidade usuária.

Os conselhos de saúde são o produto amadurecido entre a VIII e a IX Conferência Nacional de Saúde, entre 1986 e 1992. Se em 1986 os conselhos eram apenas uma miragem teórica que deveria ser consultada sobre as políticas de saúde, em 1992 foram inúmeros os relatos de experiências muito ricas em termos de cidadania, de democracia e de mudanças nas políticas sociais. Joinville pode incluir o seu caso neste último grupo.

Joinville é uma cidade industrial no nordeste de Santa Catarina, com quase meio milhão de habitantes, e que se tornou um centro urbano típico: periferia sem infra-estrutura e carregada de patologias da pobreza e um centro capaz de produzir belíssimos cartões postais das casas de enxaimel com seus jardins floridos.

A existência de grandes corporações industriais interfere nas formações subjetivas locais, particularmente pelo modo como se compõem os interesses do capital e do trabalho. A existência de mais de 80 mil operários industriais evidencia o poder de um certo feudalismo industrial nas relações sociais.

É no espaço dessa colônia alemã invadida por migrantes em busca de empregos nos últimos quarenta anos que se situam os acontecimentos de nosso caso de experiência com os conselhos de saúde. O período em que se passam os acontecimentos vão da promulgação da Lei Orgânica do Município até o fim do mandato do governo municipal que tanto se opôs à legalização e à organização do Conselho Municipal de Saúde.

Nosso relato não tem heróis, não tem cronograma de eventos, assim como tenta mostrar que não existe exatamente uma origem, do mesmo modo que não afirma o que acontecerá com o Conselho Municipal de Saúde criado. Ele tanto pode se posicionar como espaço público de expressão de interesses sempre desestabilizadores, como pode se transformar em uma máquina burocrática de filtro seletivo das demandas e das necessidades sociais.

O caso dá o que pensar. E duas são as trilhas que seguimos para tentar articular os conceitos com os acontecimentos. Por uma via, estudamos a ética da discussão de Jurgen Habermas. Por outra, estudamos a microfísica do poder de Michel Foucault e a micropolítica de Félix Guattari.

Essas duas trilhas seguem paralelas e talvez só se encontrem no infinito. Não existe a preocupação de produzir uma síntese que explique e capture todos os acontecimentos em uma lógica de sentido. Existe sim o agenciamento do desejo no espaço dos conselhos de saúde enquanto

exercício ético de uma micropolítica que exigiu discussão e argumentação.

Os conceitos de ética em Habermas e Guattari abandonam os núcleos de dogmas morais e se situam como exercícios sociais que querem operar com transformações no campo da subjetividade, seja pela comunicação orientada pelo entendimento, seja pela formação das máquinas de guerra produtoras de singularidades.

Não estamos preocupados com os conflitos que os próprios autores produzem entre suas teorias. O Habermas desta dissertação talvez não se reconheça no próprio autor alemão, assim como o Guattari talvez não seja o analista francês. Existem aqui extrações e colagens de conceitos de acordo com o interesse desta dissertação, muitas vezes fora do lugar para o qual foram criados.

É assim que podemos reproduzir longos trechos de citações dos autores sem que estejamos necessariamente reproduzindo a aproximação de conceitos supostamente originária. O que existe presente é o desejo de ir além das fronteiras das estratégias do poder, das burocracias restauradoras, e tentar encontrar as linhas de fuga, de diálogo e de singularização subjetiva.

O pensamento vai além do próprio território sugerido pelo caso, pois sabe que existem apenas esboços de uma existência menos ameaçada pela mediação racional e tecnológica. Ao mesmo tempo, não se está obcecado em tentar reencontrar uma totalidade perdida da vida social. Estamos divididos e talvez seja melhor assim.

O que esta experiência com os conselhos de saúde indica é que estamos longe de poder afirmar, que as articulações de interesse não têm mais espaço para se afirmarem enquanto ação coletiva, mas também não conseguimos fazer com que estas experiências não se cristalizem em composições burocráticas.

Abrimos um caminho de investigação. Agimos no sentido de mudar uma situação que excluía amplos segmentos sociais das discussões e das deliberações das políticas de saúde. Acreditamos que os conselhos de saúde possam ser esferas públicas produtoras de legitimações. Os acontecimentos

continuam se sucedendo, sem qualquer ordem e sem se submeter a quaisquer represas construídas para aprisioná-los em um manual de instruções.

A COLAGEM DOS INSTRUMENTOS DA ÉTICA DA MICROPOLÍTICA À ESTÉTICA DA GENEALOGIA

A sociedade contemporânea formou um modo peculiar de Aliação entre a teoria e a ação. Assim, os intelectuais se habituaram a trabalhar em setores determinados, em pontos precisos; sejam as suas condições de trabalho, sejam as suas condições de vida.

Certamente isto deu um caráter muito mais concreto e imediato às lutas sociais. E também muito mais específico. Michel Foucault chama este intelectual de “específico” em oposição ao “universal” e fala da gênese deste ator:

Parece-me que esta figura do intelectual ‘específico’ se desenvolveu a partir da Segunda Grande Guerra. Talvez o físico atômico tenha sido quem fez a articulação entre intelectual universal e intelectual específico. É porque tinha uma relação direta e localizada com a instituição e o saber científico que o físico atômico intervinha; mas já que a ameaça atômica concernia todo o gênero humano e o destino do mundo, seu discurso podia ser ao mesmo tempo o discurso do universal. Sob a proteção deste protesto que dizia respeito a todos, o cientista atômico desenvolveu uma posição específica na ordem do saber. E creio, pela primeira vez o intelectual foi perseguido pelo poder político, não mais em função de seu discurso geral, mas por causa do saber que detinha: é neste nível que ele se constituía como um perigo político... (FOUCAULT, 1986, p.10).

O papel do intelectual específico deve se tornar cada vez mais importante, na medida em que, quer queira quer não, ele é obrigado a assumir responsabilidades políticas.

Seria perigoso desqualificá-lo em sua relação específica com um saber local, sob um pretexto de que se trata de um problema de especialistas que não interessa às massas, ou de que ele serve aos interesses do capital e do Estado, ou ainda de que ele veicula uma ideologia cientificista.

Foucault aponta a tripla especificidade do intelectual: a especificidade de sua posição de classe, a especificidade de suas condições de vida e de trabalho, ligadas à sua condição intelectual, e, finalmente, a especificidade da política de verdade nas sociedades contemporâneas.

É assim que a posição do intelectual específico pode adquirir uma significação geral, que seu combate local ou específico acarreta efeitos, tem implicações que não são somente profissionais ou setoriais. Ele funciona ou luta em nível geral do regime da verdade, que é essencial para as estruturas e o funcionamento de nossa sociedade. Deste modo desloca-se o problema político do intelectual dos termos da ciência e da ideologia para os da verdade e do poder.

É Foucault quem sintetiza este problema político:

O problema político essencial para o intelectual não é criticar os conteúdos ideológicos que estariam ligados à ciência ou fazer com que sua prática científica seja acompanhada por uma ideologia justa, mas saber se é possível constituir uma nova política da verdade. O problema não é mudar a 'consciência' das pessoas, ou o que elas têm na cabeça, mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade (FOUCAULT, 1986, p.14).

O papel de um intelectual não é dizer aos outros o que eles têm que fazer. Com que direito ele o faria? É bom lembrar de todas as profecias, promessas, injunções e programas que os intelectuais puderam formular no decorrer dos dois últimos séculos e dos quais se viu agora os efeitos. O trabalho de um intelectual não é modelar a vontade política dos outros; é, através das análises que ele faz dos domínios que são seus, reinterrogar as evidências e os postulados, sacudir os hábitos, as maneiras de fazer e de pensar, dissipar as familiaridades aceitas, retomar a medida das regras e das

instituições e a partir desta reproblemática (onde ele desempenha seu papel específico de intelectual) participar da formação de uma vontade política (onde ele tem seu papel de cidadão a desempenhar).

É assim que Foucault enuncia a estratégia de poder do intelectual específico:

O grande jogo da história será de quem se apoderar das regras, de quem tomar o lugar daqueles que as utilizam, de quem se disfarçar para pervertê-las, utilizá-las ao inverso e voltá-las contra aqueles que as tinham imposto; de quem se introduzindo no aparelho complexo, o fizer funcionar de tal modo que os dominadores encontrar-se-ão dominados por suas próprias regras (FOUCAULT, 1986, p.25).

Michel Foucault trava um debate com Gilles Deleuze, em 1972, sobre os intelectuais e o poder, a partir de uma maneira nova de viver as relações teoria e prática. Deleuze enuncia:

As relações teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias. Por um lado, uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a um outro domínio, mais ou menos afastado. A relação de aplicação nunca é de semelhança. Por outro lado, desde que uma teoria penetre em seu próprio domínio encontra obstáculos que tornam necessário que seja revezada por outro tipo de discurso. A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra... Aqueles que agem e lutam deixaram de ser representados, seja por um partido ou um sindicato que se arrogaria o direito de ser a consciência deles. Quem fala e age? Sempre uma multiplicidade, mesmo que seja na pessoa que fala e age. Nós somos todos pequenos grupos. Não existe mais representação, só existe ação: ação de teoria, ação de prática e relações de revezamento ou em rede (FOUCAULT, 1986, p.69).

O que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles, e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que

barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Este poder não se encontra somente nas instâncias superiores de censura, mas penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda trama da sociedade. Os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder. A idéia de que eles são agentes da “consciência” e do discurso também faz parte desse sistema.

O papel do intelectual é lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é objeto e instrumento: na ordem do saber, da verdade, da consciência, do discurso. É por isso que a teoria não expressa, não traduz, não aplica uma prática: ela é uma prática local e regional, não totalizadora.

Deleuze preconiza enfrentar a política global de poder, com revides locais, contra-ataques, defesas ativas e às vezes preventivas:

Nós não temos que totalizar o que apenas se totaliza do lado do poder e que só poderíamos totalizar restaurando formas representativas de centralismo e de hierarquia. Em contra-partida, o que temos que fazer é instaurar ligações laterais, todo um sistema de redes, de bases populares. E é isso que é difícil. Em todo caso, para nós a realidade não passa de modo algum pela política, no sentido tradicional de competição e distribuição de poder, de instâncias representativas... (FOUCAULT, 1986, p.74).

Cada luta se desenvolve em torno de um foco particular de poder. E se designar os focos, denunciá-los, falar deles publicamente é uma luta, porque é uma primeira inversão do poder, do primeiro passo para outras lutas contra o poder. O discurso de luta não se opõe ao inconsciente, ele se opõe ao monopólio e ao segredo.

Se for contra o poder a nossa luta, todos sobre quem o poder é exercido com abuso; todos que o consideram intolerável podem começar a lutar de onde se encontram e a partir de sua própria atividade. E iniciando esta luta de que conhecem perfeitamente o alvo e de que podem determinar o método, eles entram em um processo revolucionário.

Estudando a formação histórica das sociedades capitalistas, Foucault viu delinear-se claramente uma não sinóní-

mia entre Estado e poder. O que aparece de forma clara é a existência de formas diferentes de exercício de poder do Estado; por ele articulado de maneira variada e indispensável inclusive à eficácia de sua ação.

Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social, e neste complexo os micropoderes existem integrados ou não ao Estado. Esta relativa independência ou autonomia da periferia com relação ao centro significa que as transformações em nível capilar do poder não estão necessariamente ligadas às mudanças ocorridas no âmbito do Estado.

É que nem o controle, nem a destruição do aparelho de Estado é suficiente para fazer desaparecer ou para transformar a rede de poderes que impera em uma sociedade. O que Foucault faz é se insurgir contra a idéia do Estado como órgão único de poder, ou de que a rede de poderes das sociedades contemporâneas seja apenas uma extensão dos efeitos do Estado, um simples prolongamento de seu modo de ação.

O poder não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social e funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí a idéia de que o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que têm o poder e do outro lado os que se encontram dele alijados.

O poder é algo que se exerce, que funciona. E funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é uma coisa, mas uma relação. E esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra o seu exercício não pode ser feita de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder.

Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder, teia que estende por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre presente e se exerce

como uma multiplicidade de relações de força. O poder é encontrado na guerra. Ele é luta, afrontamento, situação estratégica. Não é lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa.

Foucault elabora o conceito de diagrama: é a apresentação das relações de força que caracterizam uma formação histórica; é a repartição dos poderes de afetar e do poder de ser afetado; é a mistura das puras funções não formalizadas e das puras matérias não formadas.

O diagrama, enquanto determinação de um conjunto de relação de forças, jamais esgota a força, que pode entrar em outras relações e dentro de outras composições. O diagrama vem de fora, mas o lado de fora não se confunde com nenhum diagrama, não cessando de fazer novos lances. É sempre do lado de fora que uma força é afetada por outras e afetas outras. Poder de afetar ou de ser afetado, o poder é preenchido de maneira variável, conforme as forças em relação.

Um diagrama de forças apresenta, ao lado das singularidades de poder que correspondem às suas relações, singularidades de resistência, os pontos que se afetam por sua vez sobre os estratos, mas de maneira a tornar possível a mudança. As relações de poder se conservam por inteiro no diagrama, enquanto que as resistências estão necessariamente numa relação direta com o lado de fora, de onde os diagramas vieram. De modo que um campo social mais resiste do que cria estratégias.

Em certo sentido a peça representada no teatro sem lugar é sempre a mesma coisa: é aquela que repetem indefinidamente os dominantes e os dominados. Homens dominam homens e é assim que nasce a diferença de valores; homens se apoderam das coisas das quais têm necessidade para viver, e lhes impõem uma duração que elas não tem, ou as assimilam pela força – e é o nascimento da lógica. Em cada momento da história a dominação se fixa em um ritual, impõe obrigações e direitos: institui cuidadosos procedimentos, estabelece marcas, grava na memória os sentidos e produz as dívidas.

Foucault considera um erro acreditar que a guerra geral, esgotando-se em suas próprias contradições, acaba por renunciar a violência e aceita a sua supressão nas leis da paz do contrato social:

A humanidade não progride lentamente de combate em combate, até uma reciprocidade universal, em que as regras substituiriam para sempre a guerra; ela instala cada uma de suas violências em um sistema de regras, e prossegue assim de dominação em dominação (FOUCAULT, 1986, p.25).

Nas sociedades contemporâneas os poderes se exercem através e a partir do próprio jogo da heterogeneidade entre um direito público de soberania e o mecanismo polimorfo de disciplinas. O que não quer dizer que exista, de um lado, um sistema de direito sábio e explícito – o da soberania – e de outro, as disciplinas obscuras e silenciosas trabalhando em profundidade, constituindo o subsolo da grande mecânica do poder.

Quando o diagrama de poder abandona o modelo exclusivo da soberania para formar um modelo disciplinar nas sociedades modernas, quando ele se torna um controle dos corpos e das populações, é a vida que surge como objeto do poder. Este mecanismo permite extrair dos corpos tempo e trabalho mais do que bens e riqueza. Ele representa uma nova economia do poder: deve propiciar simultaneamente o crescimento das forças dominadas e o aumento da força e a eficácia de quem as domina.

Foucault afirma que somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade:

Em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir dessa dupla exigência (FOUCAULT, 1986, p.179).

A verdade é deste mundo, ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

Félix Guattari fala de nossa época de intensas transformações técnicas e científicas, em contrapartida das quais engendram-se fenômenos de desequilíbrios ecológicos que, se não forem remediados, no limite, ameaçam a implantação da vida sobre a superfície da Terra. Os modos de vida humanos individuais e coletivos evoluem no sentido de uma progressiva deterioração: o desemprego, a marginalidade opressiva, a solidão, a ociosidade, a angústia e a neurose, além do considerável crescimento demográfico.

A época contemporânea exacerbou a produção de bens materiais e imateriais em detrimento da consistência de territórios existenciais individuais e de grupo, engendrando um imenso vazio na subjetividade que tende a se tornar cada vez mais absurda e sem recursos.

A divisão social do trabalho, a designação dos indivíduos a seus postos de produção, não depende unicamente dos meios de coerção ou do sistema de remuneração monetária; mas também, e talvez de modo mais fundamental, das técnicas de modalização dos agenciamentos inconscientes operados pelos equipamentos sociais, pelos meios de comunicação, pelos métodos psicológicos de adaptação de todos os tipos. O modo de produção do capitalismo mundial integrado tende à destruição das estruturas territorializadas dos agenciamentos inconscientes. E esta expansão do maquinismo tem como efeito o desenvolvimento de uma angústia coletiva, que leva, em contrapartida, ao reaparecimento do fundamentalismo religioso, dos mitos arcaicos, dos nacionalismos xenófobos etc.

A segmentariedade da sociedade, combinada com uma segregação ordenada em escala mundial, são, pois, consequência deste capitalismo integrado da nova ordem mundial. É por meio da desterritorialização de sua multicentragem e de suas técnicas de integração que se mantém juntos os mais diversos sistemas sociais. Esta redefinição não se refere unicamente a questões econômicas, mas interfere nas áreas mais individuais e mais inconscientes da vida social.

A sobrecodificação pelo capital das atividades, dos pensamentos, dos sentimentos humanos, acarreta a equivalência e a ressonância de todos os modos particularizados de subjetivação. A reorganização dos valores numa economia fundada na dependência sistemática dos valores de uso em relação aos valores de troca faz com que a categoria de valores de uso perca o seu sentido.

A ordem capitalista pretende impor aos indivíduos que vivam unicamente em um sistema de troca, uma traduzibilidade geral de todos os valores para além dos quais tudo é feito, de modo que o menor de seus desejos seja sentido como se associa, perigoso e culpado. O mercado geral de valores produzido pelo capital tomará as coisas de dentro e de fora ao mesmo tempo. Esta traduzibilidade geral dos modos locais de semiotização do poder não depende unicamente dos dispositivos centrais, mas também de que cada indivíduo assuma os mecanismos de controle, de repressão, de modalização da ordem dominante.

A ampliação da divisão do trabalho em escala planetária implica, por parte do capitalismo mundial, não só em uma tentativa de integração de todas as categorias sociais às forças produtivas, mas ainda por cima em uma recomposição permanente, uma reinvenção desta força coletiva de trabalho. Idealmente, o capital gostaria de não mais ter que lidar com indivíduos, mas somente com subconjuntos maquínicos. Seu objetivo é o de apagar, neutralizar, senão suprimir, todas as categorizações sociais fundadas em outra coisa que não sua axiomática de poder e seus imperativos tecnológicos.

Guattari denuncia os efeitos desta estratégia de poder que desterritorializa as existências individuais e de grupo:

A concepção dominante de ordem social implica uma definição de desejo (das formações coletivas de desejo) bastante nefasta: fluxo que terá de ser disciplinado, de modo que se possa instituir uma lei para estabelecer seu controle. Até as sofisticadas teorias estruturalistas desenvolvem a premissa de que se deve aceitar a castração simbólica, para que não só a sociedade seja possível, mas também a própria fala, o próprio sujeito. Penso que essa concepção do desejo corresponde, e muito bem, a uma determinada realidade: é o desejo tal como é construído pelo capital mundial integrado. É o CMI em sua desterritorialização, que produz essa figura bestial do desejo (GUATTARI, 1986, p.216).

O que faz a força da subjetividade capitalista é que ela se produz tanto em nível dos opressores, quanto dos oprimidos. No Japão, por exemplo, onde a subjetividade tende a ser totalmente serva do processo maquínico, existe uma paixão pela produção, inclusive entre os trabalhadores mais explorados. Estabelece-se uma relação de complementaridade e de dependência entre as diferentes categorias sociais, o que acaba desmontando as articulações sociais de interesse.

Entretanto, Guattari advogada a tese de que os axiomas do capitalismo mundial integrado não triunfarão, não importa quais sejam suas capacidades recuperadoras:

Os recursos do CMI são talvez infinitos na ordem da produção e da manipulação das instituições e das leis. Mas eles se chocam e se chocarão cada vez mais violentamente contra um verdadeiro muro ou antes contra um emaranhado de tramóias intransponíveis no campo da economia libidinal dos grupos sociais. Isso se deve ao fato de que essa revolução molecular não se refere apenas às relações cotidianas entre homens, mulheres, homossexuais, heterossexuais, crianças, adultos, etc., e os 'guardiões' de todas as categorias. Ela intervém também no interior da produção econômica enquanto tal. Encontra-se no seio dos processos mentais ativados pela nova divisão mundial do trabalho e pela revolução informática da era dita pós-industrial. O impulso das forças produtivas depende dela (GUATTARI, 1987, p.220).

A partir deste funcionamento serializado dos indivíduos, inclusive dentro dos movimentos de massa decididos

centralizados, nasce a idéia de uma política do desejo. A multiplicidade de máquinas desejantes se estratifica segundo diferentes conjuntos sociais, de acordo com as faixas etárias, os sexos, as origens geográficas e profissionais, as práticas sexuais etc.

Não se realiza uma unidade totalizante. É a univocidade do desejo e do afeto das massas, e não seu agrupamento em torno de objetivos padronizados, que funda a unidade de sua luta. A unificação aqui não é antagonica à multiplicidade e à heterogeneidade dos desejos, como era o caso quando estes eram representados por máquinas totalitárias e totalizantes dos partidos e dos sindicatos.

Guattari sinaliza com a idéia de minorias como atores da política do desejo:

A marginalização é o lugar onde se pode ler os pontos de ruptura nas estruturas sociais e os esboços de problemática nova no campo da economia desejante coletiva. Trata-se de analisar a marginalidade, não como uma manifestação psicopatológica, mas como a parte mais viva, a mais móvel das coletividades humanas nas suas tentativas de encontrar respostas às mudanças nas estruturas sociais e materiais (GUATTARI, 1987, p.46).

Esta política do desejo quer construir a vida, construir algo vivo, não somente com os próximos, com crianças, com os amigos, mas também consigo mesmo, para modificar, por exemplo, sua própria relação com o corpo, com a percepção das coisas. Uma revolução, em qualquer domínio que seja, passa por uma libertação prévia de uma energia de desejo. E só uma reação em cadeia, atravessando as estratificações existentes, poderá canalizar um processo irreversível de questionamento das formações de poder às quais está acorrentada a sociedade atual.

Os grupelhos se multiplicarão ao infinito, preconiza Guattari. Cada um com seu grupelho! Em cada fábrica, cada rua, cada escola. Enfim, um reino das comissões de base! Mas grupelhos que aceitem ser o que são, lá onde são. E, se possível, uma multiplicidade de grupelhos que substituirão

às instituições dominantes. Grupelhos que não temam, além de seus objetivos de luta, se organizar para a sobrevivência material e moral de cada um de seus membros.

Os agenciamentos coletivos de enunciação produzem seus próprios meios de expressão:

Um agenciamento coletivo de enunciação dirá algo do desejo sem reduzi-lo a uma individuação subjetiva, sem enquadrá-lo em um sujeito, em um assunto, preestabelecido ou em significações previamente codificadas... Um enunciado individual só tem alcance na medida em que pode entrar em conjunção com agenciamentos coletivos já funcionando efetivamente... Só um grupo sujeito pode trabalhar os fluxos semióticos, quebrar as significações, abrir a linguagem para outros desejos e forjar outras realidades (GUATTARI, 1986, p.178).

A verdadeira fratura só se efetuará a partir do momento que se questionar a burocracia das organizações, a representação dos desejos, que passarão, se não ao centro das preocupações políticas, ao menos serão consideradas como sendo tão importantes quanto qualquer tarefa de organização; tão importantes quanto a necessidade de afrontar o poder da polícia... Tudo depende do talento dos grupos humanos em se tornarem sujeitos da história, em agenciar as forças materiais e sociais que se abrem para um desejo de viver e mudar o mundo.

Ninguém é capaz de definir o que serão as futuras formas de coordenação e de organização dos futuros movimentos revolucionários, mas o que parece evidente é a implicação, a título de premissa absoluta, no respeito à autonomia e à singularidade de cada uma de suas componentes. Guattari especula a partir destes aparelhos de luta:

Na medida em que a primeira preocupação de um movimento revolucionário fosse uma autêntica união entre as lutas molares e os investimentos moleculares, a questão da criação de instrumentos não só de informação, mas também de decisão e de organização, se colocaria de uma nova forma... Não programáticos, mas diagramáticos, isto é, que não invalidem as realidades contingentes e as singularidades da ordem do desejo (GUATTARI, 1986, p.223).

Se aceitarmos a hipótese de que o capital mundial integrado se sustenta também através do controle da produção de subjetividade, somos obrigados a constatar que os antagonismos sociais, que antes só eram circunscritos aos campos econômicos e políticos, encontram-se deslocados. Não se trata mais de nos reapropriarmos apenas dos meios de produção ou dos meios de expressão política, mas também de sairmos do campo da economia política e entrarmos no campo da economia subjetiva.

Guattari não equaciona o conflito em termos de se devemos ou não nos organizar, e sim se estamos ou não reproduzindo os modos de subjetividade dominante, e isso em qualquer uma de nossas ações cotidianas, inclusive de militância nas organizações. E se tivesse a oportunidade de propor algo a ser acrescentado aos programas de transformação, sugeriria a liberdade de construção de novos tipos de modelos referentes à análise do inconsciente.

É assim que se articulam as bases da revolução molecular apontada por Guattari:

A micropolítica é, exatamente, tentar agenciar as coisas para evitar que aconteça aquilo de que falei: um processo de singularização de um grupo de homossexuais acarretar, em algumas circunstâncias, a reedificação de um dever homossexual individual. Tentar agenciar as coisas de modo que os processos de singularização não se neutralizem mutuamente, não se recuperem na reconstituição de pseudoentidades molares. A micropolítica consiste em criar um agenciamento que permita, ao contrário, que esses processos se apoiem uns nos outros, de modo a intensificar-se (GUATTARI, 1986, p.79).

As rádios livres, a contestação do sistema de representação política, o questionamento da vida cotidiana, as reações de recusa ao trabalho em sua forma atual são vírus contaminando o corpo social em sua relação com o consumo, com a produção, com o lazer, com os meios de comunicação, com a cultura. São revoluções moleculares criando mutações na subjetividade consciente e inconsciente dos indivíduos e dos grupos sociais.

A democracia se expressa em nível das grandes organizações políticas e sociais, mas ela só se consolida, só ganha consistência, se existir, no nível da subjetividade dos indivíduos e dos grupos, em todos esses níveis moleculares, em novas atitudes, em novas sensibilidades, em uma nova prática, que impeçam a volta de velhas estruturas.

A regra número 1 da micropolítica de Guattari (número 1 e única), uma espécie de parâmetro do analítico das formações do inconsciente no campo social, é a seguinte: estar alerta para todos os fatores de culpabilização, estar alerta para tudo que bloqueia os processos de transformação no campo subjetivo. Esses processos de transformação que se dão em diferentes campos de experimentação social podem ser mínimos e, no entanto, constituir o início de uma mutação muito maior.

O problema de uma analítica micropolítica é para Guattari, justamente, o de nunca usar um só modo de referência:

Se os processos de revolução molecular não forem retomados em nível das relações de forças reais (relações de força sociais, econômicas, materiais) pode acontecer de eles começarem a girar em torno de si mesmos como processos de subjetivação em implosão, provocando um desespero, que pode levar até ao suicídio, à loucura ou a algo do gênero (GUATTARI, 1986, p.132).

Não haverá transformação revolucionária, seja qual for o regime, se não houver também uma revolução cultural, uma espécie de mutação entre as pessoas, sem o que caímos na reprodução da sociedade anterior. É o conjunto de possibilidades de práticas específicas de mudança de modo de vida, com seu potencial criador, que constitui a revolução molecular, condição para qualquer transformação social.

Só haverá uma verdadeira autonomia, uma verdadeira reapropriação da vida, na medida em que os indivíduos, as famílias, os grupos sociais de base, os grupos sociais primários forem capazes de escolherem por si próprios e o que querem como equipamentos de reprodução da vida.

O que vai ser decisivo entre sucumbir à recuperação ou alimentar o processo de transformação é aquilo que Guattari denomina criatividade processual e vitalidade do movimento:

O que vai permitir o dismantelamento da produção da subjetividade capitalista é que a reapropriação dos meios de comunicação de massa se integre em agenciamentos de anunciação que tenham toda uma micropolítica e uma política no campo social. Um rádio livre só tem interesse se ela é vinculada a um grupo de pessoas que querem mudar sua relação com a vida cotidiana, que querem mudar o tipo de relação que tem entre si no seio da própria equipe que fábrica a rádio livre, que desenvolvem uma sensibilidade (GUATTARI, 1986, p.121).

A força da rádio livre está exatamente no efeito de “nonsense” e suas repercussões, de não termos de situar as consequências da sua intervenção em relação aos modos de valorização dominantes no campo da mídia. A rádio livre não é a invenção de um novo meio de comunicação, mas, a invenção de um novo tipo de relação com a coisa comunicada.

Guattari enuncia as suas estratégias de política do desejo:

O que fazer com tal pessoa ou com tal grupo, para que se tenha uma relação tão criadora quanto possível com a situação que se está vivendo – como um músico com sua música ou um pintor com sua pintura? Uma cura seria como construir uma obra de arte, com a diferença de que seria preciso reinventar, a cada vez, a forma de arte que se vai usar (GUATTARI, 1986, p.223).

E acrescenta também as oportunidades de agenciamentos coletivos:

Cabe a cada um de nós apreciar em que medida podemos contribuir para a criação de máquinas revolucionárias políticas, teóricas, libidinais, estéticas, capazes de acelerar a cristalização de um modo de organização social menos absurdo que o atual (GUATTARI, 1987, p.225).

As formas atuais de luta estão sendo experimentadas de modo que implicam toda uma precariedade, altos e baixos, coisas medíocres e coisas geniais, que Guattari assume:

É como um laboratório onde, com uma dialética complexa de tentativa e erro, está se forjando um novo tipo de luta. Exemplos disso são o que os italianos viveram em suas diferentes experiências de autonomia, a organização completamente original que os poloneses estão experimentando no movimento Solidariedade, ou, ainda, o que os brasileiros estão provavelmente vivendo, neste momento, com estas histórias de PT, de minorias etc. (GUATTARI, 1986, p.55).

Em sua visita ao Brasil, em 1982, Guattari faz uma análise dos vários movimentos que emergiam e que ele percebe em sua diversidade:

Há lutas pela instauração de uma democracia política, luta da classe operária para a afirmação de direitos totalmente elementares, setores que vivem em condições de miséria absolutamente extraordinárias e criam todo um movimento amplo na sociedade brasileira. A esses vêm se juntar sensibilidades particulares e singulares, desde as sensibilidades de movimentos de grupos minoritários até as de pessoas que se preocupam em transformar sua relação com a alimentação, com o corpo e com o espaço (GUATTARI, 1986, p.146).

As forças sociais organizadas e as formações subjetivas constituídas parecem incapazes de se apropriar dos meios técnicos para operá-los, a partir mesmo de sua incapacidade de aprender a problemática de conjunto das implicações e das patologias produzidas pela pobreza codificadora.

É como resultado de pensamentos a partir das devastações do meio ambiente, das relações sociais e da subjetividade humana que Guattari elabora o conceito de ecosofia:

Apesar de estarem começando a tomar uma consciência parcial dos perigos mais evidentes que ameaçam o meio ambiente natural de nossas sociedades, eles geralmente se contentam em abordar o campo dos danos industriais e, ainda assim, unicamente numa perspectiva tecnocrática, ao passo que só uma articulação ético-política – a que chamo ecosofia – entre os três

registros ecológicos (o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana) é que poderia esclarecer convenientemente tais questões (GUATTARI, 1990, p.8).

Não haverá verdadeira resposta à crise ecológica a não ser em escala planetária e com a condição de que se opere uma autêntica revolução política, social e cultural reorientando os objetivos da produção de bens materiais e imateriais. E Guattari acrescenta:

Esta revolução deverá concernir, portanto, não só as relações de forças visíveis em grande escala mas, também, os domínios moleculares de sensibilidade, de inteligência e de desejo (GUATTARI, 1990, p.9).

É certo que a expressão das coisas e dos acontecimentos micropolíticos deve fugir da prisão da história não-histórica, da evolução das origens e da determinação dos destinos. A micropolítica exige um instrumento de interpretação que se posicione fora das formações endurecidas do discurso da subjetividade dominante.

É este instrumento que Foucault tenta elaborar quando aproxima Nietzsche, a genealogia e a história em um texto de coletânea em homenagem a Jean Hypolite em 1971. A genealogia é a história das interpretações diferentes, que as faz aparecer como acontecimentos no teatro dos procedimentos da humanidade.

Esta genealogia é meticulosa, a minúcia do saber, um grande número de materiais acumulados, pacientemente documentados. Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se:

Marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos os acontecimentos eram esperados e naquilo que é tido como não possuindo história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram (FOUCAULT, 1986, p.15).

A genealogia não pretende recuar no tempo para restabelecer uma grande continuidade para além da dispersão do esquecimento; sua tarefa não é a de mostrar que o passado ainda está lá, bem vivo no presente, animando-o ainda em segredo, depois de ter imposto a todos os obstáculos do percurso uma forma delineada desde o início.

A genealogia agita o que se percebia imóvel, ela fragmenta o que se pensava unido, ela mostra a heterogeneidade do que se imagina em conformidade consigo mesmo. A genealogia restabelece os diversos sistemas de submissão: não a potência antecipadora de um sentido, mas o jogo casual das dominações. A sua demarcação opera por efeitos de substituição, reposição e deslocamento, conquistas disfarçadas, inversões sistemáticas. Foucault enuncia esta série de interpretações da genealogia:

Se interpretar é se apoderar, por violência ou sub-repção, de um sistema de regras que não tem em si significação essencial, e lhe impor uma direção, dobrá-lo a uma nova vontade, fazê-lo entrar em um outro jogo e submetê-lo a novas regras, então o dever da humanidade é uma série de interpretações (FOUCAULT, 1986, p.26).

O problema é ao mesmo tempo distinguir os acontecimentos, diferenciar as redes e os níveis a que pertencem e reconstituir os fios que os ligam e que fazem com que se engendrem, uns a partir dos outros. Daí o recurso às análises que se fazem em termos da genealogia das relações de força, de desenvolvimentos estratégicos e de táticas. O que deve ter como referência não é o grande modelo da língua e dos signos, mas sim da guerra e da batalha. A história é inteligível e deve poder ser analisada em seus menores detalhes, segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias e das táticas.

Roberto Machado comentando a geografia do pensamento de Gilles Deleuze observa a sua referência a Nietzsche, quando trata o acontecimento como alguma coisa que não é preciso procurar e isolar o sentido, pois que o acontecimento é o próprio sentido, na medida em que se isola ou se distingue dos estados das coisas que o produzem e em que se efetua.

Deleuze afirma que Nietzsche quer abolir a oposição tradicional entre superfície e profundidade, e que o encontro de Nietzsche com a profundidade só foi realizado por uma conquista da superfície:

E neste sentido ele retoma uma idéia que Foucault havia exposto em 'Nietzsche, Freud, Marx', segundo a qual a filosofia de Nietzsche é uma crítica da profundidade sim, mas da profundidade pura, ideal, da profundidade da consciência, critica essa que pretende justamente resistir à idéia de profundidade como segredo absolutamente superficial ou descobrir a profundidade como sendo apenas uma dobra da superfície. O mais profundo é a pele, diz a bela expressão de Valery que Deleuze gosta de citar (MACHADO, 1990, p.19).

O acontecimento ressurge no que ele pode ter de único e agudo na genealogia foucaultiana:

É preciso entender o acontecimento não por uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas como uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta (FOUCAULT, 1986, p.28).

A genealogia acopla o conhecimento com as memórias locais, o que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais. A genealogia não opõe a unidade abstrata da teoria à multiplicidade concreta dos fatos. A genealogia ativa saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns.

Foucault não reivindica o direito lírico à ignorância ou ao não-saber, e não recusa o saber e ressalta os prestígios de uma experiência imediata ainda não captada pelo saber:

Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 1986, p.171).

A genealogia trata de captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras do direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violento.

A genealogia estuda o poder em sua face externa, onde ela se relaciona direta ou imediatamente com aquilo que podemos chamar precariamente de seu objeto, seu alvo ou campo de aplicação, quer dizer, onde ele se implanta e produz efeitos reais. Ela demonstra como funcionam as coisas em nível do processo de sujeição ou dos processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos etc., captando a instância material da sujeição enquanto constituição dos sujeitos pelos efeitos do poder.

A genealogia analisa o poder como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer a sua ação, nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. O poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. O indivíduo é um efeito do poder.

Por fim, a genealogia parte dos processos infinitesimais que têm uma história, um caminho, técnicas e táticas e depois examina como estes mecanismos de poder funcionam e ainda são investidos, utilizados, subjugados, transformados, des-

locados, desdobrados, por mecanismos cada vez mais gerais e por formas de dominação global. Esta análise ascendente do poder observa, sobretudo, como estes poderes moleculares são investidos e anexados por processos mais globais.

Em um curso no Collège de France a partir do tema “Genealogia e Poder” em 1976, Foucault situa o projeto geral da genealogia enquanto tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade:

A genealogia seria, portanto, com relação ao projeto de uma inscrição dos saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, um empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico. A reativação dos saberes locais – menores, diria talvez Deleuze – contra a hierarquização científica do conhecimento e seus efeitos intrínsecos de poder, eis o projeto destas genealogias desordenadas e fragmentárias (FOUCAULT, 1986, p.172).

A genealogia deve ter a acuidade do olhar que distingue, reparte, dispersa, deixa operar as separações e as margens – uma espécie de olhar que dissocia e é capaz ele mesmo de se dissociar e apagar a unidade deste ser humano que supostamente o dirige soberbamente para seu passado.

Nada no homem é bastante fixo para compreender outros homens e se reconhecer neles. Tudo em que o homem se apóia para se voltar em direção à história e apreendê-la em sua totalidade, tudo o que permite retraçá-la como um movimento contínuo: trata-se de destruir tudo isto. É preciso despedaçar o que permite o jogo dos reconhecimentos.

Foucault destaca uma outra característica da genealogia, que ele chama de história efetiva: ela não teme ser um saber perspectivo:

O saber histórico, tal como Nietzsche o entende, sabe que é perspectivo, e não se recusa o sistema de sua própria injustiça. Ele olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto (FOUCAULT, 1986, p.30).

Se não existe uma única interpretação, se o conhecimento é perspectivo e as perspectivas são inúmeras é porque para Nietzsche o conhecimento não tem por objetivo atingir uma verdade não tem nenhuma afinidade com o mundo. O motivo é que simplesmente não há nada para ser, interpretado; não há nada para ser conhecido.

E se o conhecimento não tem objetividade não é por uma falta, por uma deficiência. É que seu objetivo não é procurar o sentido das coisas, mas introduzir, impor seu sentido. Somos nós que damos valor ao mundo. Interpretar é se tornar mestre de alguma coisa: dar forma, estruturar, dominar.

O conhecimento é ele mesmo o resultado de uma relação entre os instintos, de uma relação de luta e de compromisso entre uma pluralidade de forças inconscientes. O que se encontra na formação do conhecimento é um combate incessante de forças, em que cada um procura afirmar sua própria perspectiva em detrimento de todas as outras.

O conhecimento é o efeito ou o resultado desta relação específica e momentânea de instintos em luta; é a expressão, não de uma força determinada, mas de uma situação global, do estado geral das forças e, portanto, tanto das forças dominantes quanto das forças dominadas.

Roberto Machado, comentando o pensamento nietzscheano a partir do conhecimento, assinala o privilégio dos instintos como ponto de partida e critério último de análise:

Conhecer não é explicar, é interpretar. Mas é uma ingenuidade pensar que uma única interpretação do mundo seja legítima. Não há interpretação justa, não há um único sentido. A vida implica uma infinidade de interpretações, todas elas realizadas de uma perspectiva particular. Posição que tem a vantagem de reconhecer que hoje estamos longe da imodéstia de decretar a partir de nosso ângulo que só são válidas as perspectivas a partir desse ângulo. O que também implica a coragem de assumir que não há verdade universal e que não tem sentido procurar estar de acordo com a maioria (MACHADO, 1985, p.107).

A ciência, a arte, a literatura e a filosofia se definem por seu poder criador. Embora Deleuze nunca tenha explicitado

a distinção das formas de criação que caracterizam os vários saberes, ele assinala, no entanto, o fundamental da diferença da substância filosófica: é que a filosofia cria ou produz conceitos.

Machado comenta a posição do pensamento de Deleuze enquanto projeto filosófico:

A filosofia de Deleuze é, em última análise, um sistema de relações entre conceitos oriundos da própria filosofia – mais precisamente, de alguns filósofos por ele privilegiados – e conceitos suscitados pela relação entre conceitos filosóficos e elementos não conceituais provenientes de domínios diferentes. As relações da filosofia com a literatura, as ciências e as artes estão a serviço da própria filosofia ou da criação de conceitos. Se não há reflexão sobre e sim pensamento a partir, ou melhor, com, e se a filosofia é especificamente o domínio dos conceitos, pensar a exterioridade da filosofia é estabelecer ecos, ressonâncias, conexões, articulações, agenciamentos, convergências entre elementos não-conceituais dos outros saberes – funções, sons, imagens, linhas, cores – que, integradas ao discurso filosófico, são transformados em conceitos (MACHADO, 1990, p.5).

Se há, nos estudos de Deleuze de modo geral, um privilégio dos conceitos oriundos da própria filosofia, a questão importante é a da relação entre sua criação de conceitos e os conceitos filosóficos produzidos por outros. Sua atividade criadora na leitura dos filósofos subordina o conhecimento dos problemas filosóficos à constituição de um pensamento, um espaço ideal.

A leitura dos filósofos que Deleuze realiza age, atua, interfere com o objetivo de produzir um duplo. Deslocamento, disfarce, dissimulação, recriação são sentimentos correlatos de uma idéia de livro de filosofia como “ficção científica”. Sua leitura é claramente organizada a partir de um ponto de vista de uma perspectiva que faz o texto em estudo sofrer pequenas ou grandes torções a fim de ser integrado a suas próprias interrogações.

Machado aponta, então, a relevância da idéia de colagem em Deleuze:

Falar de colagem a respeito do pensamento filosófico significa dizer que o texto considerado é muitas vezes extraído do seu contexto, ou melhor, que os conceitos – considerados como objetos de um encontro, como um aqui e agora, como coisas em estado livre e selvagem – são utilizados como instrumentos, como técnicas, como operadores, independentemente das inter-relações conceituais próprias do sistema a que pertencem (MACHADO, 1990, p.16).

A colagem estabelece ressonâncias, produz uma inflexão de leitura que se deve à ação do pensamento sistemático que busca definir um espaço. É Deleuze quem fala deste seu exercício do pensamento:

Não se deve perguntar o que quer dizer um livro, significado ou significante, deve-se perguntar como que ele funciona, em conexão com o que ele faz ou não passar intensidades, em que multiplicidades ele introduz e metamorfoseia a sua, para que corpos sem órgãos ele faz o seu convergir (apud MACHADO, 1990, p.16).

O estilo filosófico deleuziano consiste em encontrar aliados em graus diferentes, estabelecendo conexões entre conceitos de filósofos que merecem figurar no espaço de sua própria filosofia da diferença. É assim que, algumas vezes, há dificuldade, de quem conhece, por exemplo, Michel Foucault, de encontrar em seus textos a interpretação de Deleuze. É porque seu objetivo é menos esclarecer a filosofia de Foucault do que integrá-la a seu próprio projeto filosófico. No teatro filosófico de Deleuze, Foucault é, entre outros, um personagem de uma encenação.

É assim que Deleuze elabora a monografia a partir do pensamento de Foucault, demarcando a concepção de poder: o poder é uma relação de forças, ou melhor, toda relação de forças é uma relação de poder. Ele afirma que o diagrama ou a máquina abstrata é o mapa das relações de forças, mapa de densidade, de intensidade. Deleuze dá quatro definições de diagrama:

Apresentação das relações de forças próprias a uma formação; repartição dos poderes de afetar e de ser afetado; mis-

tura de puras funções não formalizadas e de puras matérias não formadas; emissão, distribuição de singularidades (apud MACHADO, 1990, p.191).

Deleuze diferencia a matéria e a função da força, definindo através delas seus dois poderes. As duas funções puras nas sociedades modernas são a “anatomopolítica” e a “biopolítica” e as duas matérias puras são um corpo qualquer e uma população qualquer.

Foucault estuda as formações históricas para demarcar, por uma série de exemplos, algumas das técnicas essenciais que se generalizam mais facilmente, e aponta que, a partir do século XVII, desenvolve-se o poder sobre a vida e constituem-se dois pólos interligados por um feixe intermediário de relações: a anatomo-política do corpo humano e uma biopolítica da população.

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida:

Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas... O segundo, que se formou um pouco mais tarde... centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores (FOUCAULT, 1985, p.131).

Uma das grandes novidades das análises que Foucault realiza em “Vigiar e Punir” e “A Vontade de Saber” é considerar o saber como uma peça de um dispositivo político ou que saber e poder se implicam mutuamente: todo ponto de

exercício de poder é um lugar de formação de saber e, reciprocamente, todo saber assegura o exercício de poder.

A idéia de Foucault é mostrar que as relações de poder não se passam fundamentalmente nem no nível do direito, nem da violência; nem são basicamente contratuais nem unicamente repressivas. A uma concepção negativa, que identifica o poder com o Estado e o considera essencialmente como aparelho repressor, no sentido em que seu modo de intervenção sobre os cidadãos se daria em forma de violência, coerção, opressão, ele opõe, ou acrescenta, uma concepção positiva que pretende dissociar os termos dominação e repressão. O que ele quer mostrar é que a dominação capitalista não conseguiria se manter se fosse exclusivamente baseada na repressão.

Foucault afirma que o poder produz, ele produz real, produz domínios de objetos e rituais de verdade. O poder tem uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade. E é justamente esse aspecto que explica o fato de que tem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo. Assim, este exercício aumenta a utilidade econômica e diminui os inconvenientes, os perigos políticos.

Em *A vontade de saber* Foucault descreve as técnicas polimorfos de poder, enunciando a “hipótese repressiva”, anteriormente mencionada, e assinalando a implantação das perversões no espaço de saber e a incitação dos discursos. Neste caso, o essencial é a multiplicação de discursos sobre o sexo no próprio campo do exercício do poder: incitação institucional a falar do sexo e a falar dele cada vez mais, sob a forma de articulação explícita e do detalhe infinitamente acumulado.

O aparelho para produzir discursos sobre o sexo, cada vez mais discursos, susceptíveis de funcionar e de serem efeito de sua própria economia é evidenciado por Foucault:

É preciso ficar claro. Talvez tenha havido uma depuração – e bastante rigorosa – do vocabulário autorizado. Pode ser que se tenha codificado toda uma retórica de alusão e de metáfora. Novas regras de decência, sem dúvida alguma, filtraram as palavras: polícia dos enunciados. Controle também das enun-

ciações: definiu-se de maneira muito estrita onde e quando era possível falar dele; em que situações, entre quais locutores, e em que relações sociais... A interdição de certas palavras, a decência de expressões, todas as censuras do vocabulário poderiam muito bem ser apenas dispositivos secundários com relação a essa grande sujeição: maneiras de torná-la moralmente aceitável e tecnicamente útil (FOUCAULT, 1985, p.21).

Entretanto, Foucault adverte-nos para ir além da divisão binária entre o que se diz e o que não se diz:

É preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são distribuídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discricção é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apóiam e atravessam os discursos (FOUCAULT, 1985, p.30).

Em sua apropriação do pensamento de Foucault a partir das relações de poder, Deleuze interpreta as instituições como parte das formações não discursivas que é uma das formas do ser e, portanto, supõem o poder como condição interna e o reproduzem. No contexto das relações de poder, Deleuze as considera fatores integradores, práticas de saber ou mecanismos operatórios que as organizam.

Cada formação histórica remete a um espaço das forças. A forma é o composto de relações de forças e não é propriamente o composto, isto é, o saber, que se transforma, e sim as forças de onde as formas decorrem. Na verdade, dois tipos diferentes de forças: forças no homem, que são forças de imaginar, de se lembrar, de conceber; e forças de fora, com as quais as primeiras entram em relação e que variam segundo a formação histórica.

Foucault caracteriza três épocas em sua obra. A primeira é a época clássica, em que as forças no homem se combinam com uma força de representação infinita e compõem Deus como forma de saber. Depois, a modernidade, quando as forças no homem se combinam com as forças empíricas e finitas da vida, do trabalho e da linguagem, que escapam da representação e compõem o homem como forma de saber.

Deleuze vai além das análises explícitas de Foucault e imagina uma época que se inicia, em que as forças no homem se combinam com as forças da informação ou do silício, os componentes genéticos e os agramaticais, e compõem o homem-máquina ou o super-homem:

Foucault é com frequência considerado como o pensador das sociedades de disciplina, e de sua técnica principal, o confinamento. Porém, de fato, ele é um dos primeiros a dizer que as sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando para trás, o que já não somos. Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea (DELEUZE, 1992, p.215).

A cada sociedade corresponde certo tipo de máquina, não porque as máquinas sejam determinantes, mas porque elas expirem as formas sociais capazes de lhes darem nascimento e utilizá-las. As antigas sociedades de soberania manejavam máquinas simples, alavancas, roldanas, relógios; mas as sociedades disciplinares recentes tinham por equipamento máquinas energéticas, com o perigo passivo da entropia e o perigo ativo da sabotagem.

As sociedades de controle operam por máquinas de uma terceira espécie, máquinas de informática e computadores, cujo perigo passivo é a interferência, e o ativo, a pirataria e a introdução do vírus. Deleuze vê a implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação, para o qual ele aponta a inaptidão dos sindicatos como espaço de resistência contra as sociedades de controle.

Em entrevista a Toni Negri na primavera de 1990, Deleuze especula a partir dos esboços de resistência às sociedades de controle:

É verdade que, mesmo antes das sociedades de controle terem efetivamente se organizado, as formas de delinquência ou de resistência (dois casos distintos) também aparecem... Você pergunta se as sociedades de controle ou de comunicação não suscitarão formas de resistência capazes de dar novas oportunidades a um comunismo concebido como 'organização transversal de

indivíduos livres'. Não sei, talvez. Mas isso não dependeria de as minorias retomarem a palavra. Talvez a fala e a comunicação, estejam apodrecidas. Estão inteiramente penetradas pelo dinheiro: não por acidente, mas por natureza. É preciso um desvio da fala. Criar foi sempre coisa distinta de comunicar. O importante talvez venha a ser criar vacúolos de não-comunicação, interruptores, para escapar do controle (DELEUZE, 1992, p.217).

Esta caracterização de épocas de Foucault se repete quando ele discursa sobre o nascimento da medicina social. Primeiro, o modelo médico-sanitário suscitado pela lepra. Depois o modelo suscitado pela peste. E agora, a pergunta de que corpo necessita a sociedade atual.

Na Idade Média, o leproso era alguém que, logo que era descoberto, era expulso do espaço comum, posto para fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra com a lepra dos outros. O mecanismo de exclusão era o mecanismo de exílio, de purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão, de fundo religioso.

A modernidade cria as condições de outro esquema médico-sanitário, o ideal de meios de confinamento de concentrar, distribuir no espaço, ordenar no tempo, compor espaço-tempo uma forma produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças elementares.

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos.

Acreditou-se, até muito pouco tempo, que o controle dos corpos e das populações deveria ser denso, rígido, constante e meticuloso. Entretanto, as disciplinas também conheceram uma crise, em favor de novas forças que se instalavam lentamente e que se precipitavam depois da Segunda Guerra

Mundial: sociedades disciplinares são o que já não éramos mais ou que deixávamos de ser.

Deleuze fala da mudança no regime dos hospitais, da nova medicina sem médico nem doente, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria decidual a ser controlada.

Deleuze adverte que não cabe perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições:

Na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais dia e o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas (DELEUZE, 1992, p.220).

É assim que a vida de cada pessoa pode se tornar uma obra de arte, e nós não devemos relacionar a criação da vida pessoal ao tipo de relação que se tem consigo mesmo, mas devemos ligar o tipo de relação que se tem consigo com a própria criação nas artes.

Foucault enuncia este esforço no seu *Uso dos prazeres*:

Quanto a esses para quem se esforçar, começar e recomeçar, tentar, se enganar, retomar tudo do começo ao fim e encontrar ainda o meio de hesitar, quanto a esses para quem, em suma trabalhar no recolhimento e na inquietação significa demissão, pois bem, é evidente que não somos do mesmo planeta (FOUCAULT, apud ERIBON, 1990, p.302).

A POLÍTICA DE SAÚDE NA REPRODUÇÃO SOCIAL

Toda sociedade defronta-se com o problema de resolver institucionalmente uma dupla tarefa. Por um lado, a força de trabalho dos indivíduos deve ser distribuída entre os processos e as atividades concretas de produção; por outro, os frutos deste trabalho devem ser distribuídos entre os trabalhadores empregados e, via gastos públicos e privados, entre os “legitimamente” não-empregados.

Os sistemas de mercado capitalistas têm solucionado este duplo problema através da instituição de um mercado para o trabalho. Esta solução requer a existência de mão-de-obra assalariada livre, isto é, de transformação de força de trabalho em mercadoria, assim como a sua libertação dos vínculos normativos, compulsórios ou baseados na propriedade, para um modo específico de utilizá-la. O trabalhador não pode ser propriedade de alguém nem possuir propriedade.

Com base em Marx e Weber, o entendimento atual é que a institucionalização de um mercado de trabalho é a característica central dos sistemas de mercado capitalistas. Marx e Weber concordam que a racionalidade estratégica da contabilidade do capital e a separação do trabalho de todos os critérios do trabalho doméstico imediato e do valor de uso, do ritmo da fome e da satisfação, é a principal força subjacente à racionalização formal das sociedades capitalistas. Os processos imediatos de trabalho e de produção são organizados de acordo com os ditames dessa racionalidade.

O expansionismo capitalista, a busca de uma acumulação cada vez maior e a reprodução ampliada do capital depende de várias organizações racionalizadoras presentes

nas mais diversas esferas da vida social e que prestam sua colaboração ao processo de acumulação de meios de produção e de expansão da própria racionalidade organizacional.

Em qualquer esfera em que se desenvolvam, as organizações racionais têm como principal função a reprodução do conjunto das relações sociais determinadas pelo sistema econômico dominante. Constituem, acima de tudo, uma categoria histórica inserida na história dos modos de produção. As relações sociais que se reproduzem estão condicionadas pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas. Forças produtivas significam condições materiais de produção, instrumentos de produção e formas de cooperação.

A organização é o sistema social em que a divisão de trabalho é sistemática e coerentemente realizada, tendo em vista os fins últimos visados; é o sistema social em que há procura deliberada de economizar os meios para se atingir os objetivos. A burocracia é a organização em que a divisão do trabalho é racionalmente realizada.

Motta e Bresser Pereira adaptam uma classificação de Gurvitch dos sistemas sociais, sugerindo três tipos: 1) sistemas sociais praticamente desorganizados como a multidão, um compacto agregado de seres humanos, colocados em contato direto, temporário e inorganizado, e os públicos diversos, entendendo-se por público uma integração de muitas pessoas baseada não em relações pessoais, mas em uma reação ao mesmo estímulo, as classes sociais, os grupos de idade, a nação, a cidade, a região etc.; 2) sistemas sociais semi-organizados, como a família, o grupo primário, a tribo, o clã, o feudo, a pequena empresa familiar etc.; e 3) organizações ou burocracias (PRESTES MOTTA; BRESSER PEREIRA, 1988, p.24).

Segundo Weber são três os tipos de dominação fundamentais: o carismático, o tradicional e o racional-legal. Cada um desses tipos diferencia-se dos demais pela sua origem, pela sua legitimidade. A legitimidade da dominação é o fato que a torna efetiva, é o motivo que explica por que um determinado número de pessoas obedece às ordens de alguém, conferindo-lhe poder.

As burocracias têm sua fonte de legitimidade no poder racional-legal, e não no poder patriarcal, patrimonial ou carismático. Em seu tipo ideal as organizações são sistemas sociais racionais. São três as características básicas que traduzem seu caráter racional: são sistemas formais, impessoais, dirigidos por administradores profissionais, que tendem a controlá-los cada vez mais completamente.

Se a burocracia é uma forma de organização prevalente no mundo contemporâneo, é também verdade que burocracia é dominação e exercício do poder. A burocracia é uma forma de poder que se expressa de duas maneiras fundamentais: a. como tipo de sistema social – a organização burocrática; e, b. como um grupo social que vai assumindo cada vez mais características de segmento social diferenciado – na medida em que as organizações burocráticas modernas – as grandes empresas monopolistas e o Estado – assumem de forma crescente o controle da produção e da reprodução social.

Prestes Motta e Bresser Pereira adotam um conceito amplo de organização burocrática:

Todo sistema social administrado segundo critérios racionais e hierárquicos é uma organização burocrática. Haverá organizações burocráticas mais flexíveis ou mais rígidas, mais formalizadas ou menos, mais ou menos autoritárias. Mas todas serão organizações burocráticas desde que o sentido básico do processo decisório seja de cima para baixo (PRESTES MOTTA e BRESSER PEREIRA, 1988, p.13).

Weber considera que a razão decisiva que explica o desenvolvimento da organização burocrática foi sempre sua superioridade técnica sobre qualquer outra organização. Um mecanismo burocrático perfeitamente desenvolvido atua em relação às demais organizações da mesma forma que a máquina em relação aos métodos não mecânicos de fabricação. A precisão, a rapidez, a univocidade, o caráter oficial, a continuidade, a discricção, a uniformidade, a rigorosa subordinação, a redução de fricções e de custos materiais e pessoais são infinitamente maiores em uma administração severamente burocrática.

A burocratização é um processo que se impõe ao trabalho em qualquer nível em que se o considere, seja o trabalho de direção, seja o dos executantes e que, ao se impor, impõe um quadro social homogêneo tal que a estabilidade geral do emprego, a hierarquia dos ordenados e das funções, as regras de promoção, a divisão das responsabilidades, a estrutura de autoridade, tenham como efeito criar uma única escala de *status* socioeconômico, tão diversificada quanto possível.

O processo de burocratização de todas as esferas da vida social, econômica e política, de todas as manifestações culturais, realiza-se sob a égide da idéia de organização, entendida como existência em si e para si de uma racionalidade imanente ao social e que se manifesta sempre da mesma maneira, sob formas variadas, desde a esfera da produção material até à esfera da produção cultural.

Chauí aponta a existência do discurso da burocracia, da racionalidade, da organização, que ensina a cada um como se relacionar com o mundo e com os demais homens:

O homem passa a relacionar-se com a vida, com o corpo, com a natureza e com os demais seres humanos através de mil pequenos modelos científicos nos quais a dimensão propriamente humana da experiência desapareceu. Em seu lugar surgem milhares de artifícios mediadores e promotores de conhecimento que constroem cada um e todos a se submeterem à linguagem do especialista que detém os segredos da realidade vivida e que, indolentemente permite ao não-especialista a ilusão de participar do saber. Esse discurso competente não exige uma submissão qualquer, mas algo profundo e sinistro: exige a interiorização de suas regras, pois aquele que não as interiorizar corre o risco de ver-se a si mesmo como incompetente, anormal, a-social, como detrito e lixo (CHAUÍ, 1980, p.12).

A invasão dos mercados letrados por uma avalanche de discursos de popularização de conhecimento não é signo de uma cultura enlouquecida que perdeu os bons rumos do bom saber. Chauí pensa que são apenas manifestações de um procedimento pelo qual a ilusão coletiva de conhecer apenas confirma o poderio daqueles a quem a burocracia determina previamente como autorizados a saber e discursar.

O sistema burocrático é exatamente aquele que, por composição de suas características, permite a maior previsibilidade do comportamento daqueles que são membros da organização. Os capitalistas preferem a organização burocrática a qualquer outra porque podem controlar a renda obtida na produção, e, também, evitar que os trabalhadores adquiram elementos como iniciativa e experiência, para se envolverem em produção de saber e discurso.

A organização burocrática é heterônoma e reproduz essa heteronomia. A heteronomia responde ao traço fundamental da burocracia, que é a usurpação do poder e do saber da coletividade na qual emerge. A heteronomia é, pois, uma visão unidimensional da realidade social. A heteronomia e a heterogestão são redutoras da complexidade social na medida em que se limita a funções univalentes, dirigente e dirigido.

Motta acredita que a burocracia relaciona-se não apenas com a divisão técnica do trabalho, mas também com a sua divisão social:

A heterogestão é um aspecto da heteronomia capital-trabalho, da mesma forma que a própria organização burocrática, enquanto estrutura de poder, é um aspecto de todo um ordenamento social mais amplo, igualmente hierárquico... Assim, a heterogestão não funciona apenas como reprodutora das relações sociais, mas também as naturaliza na medida em que a separação dominante-dominado ou dirigente-dirigido é fundamental em todo o ordenamento social (PRESTES MOTTA, 1981, p.23).

Não há organização empresarial, pública, partidária, militar ou eclesiástica que não precise organizar sua estrutura de sentido para atingir suas finalidades, da mesma forma que não há organização que não produza ou reproduza poder. A organização prevista, portanto, precisa explicar, a si mesma, a validade de seus fins e de sua ordenação, sobretudo sua hierarquia. Em outras palavras, a organização deve legitimar-se racionalmente.

Por fim, Motta e Bresser Pereira apontam a necessidade de garantir a disciplina dos trabalhadores, na medida em

que cresçam as empresas e o próprio Estado, como causa da crescente relevância da burocracia na sociedade contemporânea. A organização burocrática é não apenas um técnico, no nível do desenvolvimento das forças produtivas, mas também um instrumento político de dominação.

Lenhardt e Offe analisam a função das instituições de política social, considerando que o processo de industrialização capitalista é acompanhado de processos de desorganização e mobilização da força de trabalho. Eles apontam a destruição das condições de utilização da força de trabalho pela ampliação das relações concorrenciais aos mercados nacionais e finalmente mundiais, a introdução permanente de mudanças técnicas poupadoras da força de trabalho, a dissolução das formas agrárias de vida e de trabalho, a influência das crises cíclicas etc.

Lenhardt e Offe denominam política social a forma pela qual o Estado tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado, um conjunto de relações e estratégias politicamente organizadas que participam da solução de certos problemas estruturais da sociedade capitalista.

A tese de Lenhardt e Offe sobre a proletarianização ativa pode ser desdobrada em três problemas parciais:

- 1) a força de trabalho despossuída precisa estar disposta a oferecer sua capacidade de trabalho nos mercados como uma mercadoria;
- 2) precisam constituir-se condições socioestruturais para que o trabalho assalariado funcione efetivamente como trabalho assalariado; e
- 3) que haja uma correspondência quantitativa aproximada entre o número de indivíduos que são proletariados de forma “passiva” e o número daqueles que em vista da demanda no mercado de trabalho podem encontrar ocupação como trabalhadores assalariados.

Há dois argumentos apresentados por Lenhardt e Offe para justificar a tese de que socialização através do trabalho assalariado tem como pré-requisito o fato de as formas de

existência externas ao mercado de trabalho serem organizadas e sancionadas pelo Estado:

O primeiro é que justamente aqueles subsistemas (como a família, a assistência caritativa privada, a igreja) que na fase pré-industrial e no período inicial da industrialização tinham assumido funções assistenciais perdem em eficiência, no decorrer do desenvolvimento industrial, tendo que ser substituídos por regulamentações políticas formalizadas. O segundo argumento consiste no fato de que somente a estatização daqueles subsistemas periféricos permite controlar as condições de vida e as pessoas às quais é permitido o acesso àquelas formas de vida e subsistência situadas fora do mercado de trabalho (OFFE, 1984, p.17).

Nas sociedades capitalistas, o mercado de trabalho é a principal solução institucional para um duplo problema de alocação, que deve ser resolvido em todas as sociedades: de um lado, o sistema de produção deve ser alimentado com os *inputs* de trabalho por ele requerido; por outro lado, a força de trabalho deve ser abastecida com meios de subsistência monetários (renda) e sociais (*status*).

Estudando a economia política do mercado de trabalho, Offe avalia que a possibilidade de sobrevivência fora do mercado de trabalho com meios de subsistência viabilizados pelo orçamento público ou privado é influenciado pela distribuição social da propriedade e pelos processos que se dão nos mercados de trabalho ou de mercadorias:

Com efeito, nem todo indivíduo é sempre exposto diretamente à dinâmica do mercado de trabalho. Entretanto, o mercado de trabalho é uma relação de poder que tange, permeia e envolve todas as formas e as esferas da vida social. O mercado de trabalho é, assim, uma relação social de poder porque exerce uma pressão estrutural contratualmente organizada sobre a força de trabalho que, por si só, é totalmente sem valor. Desse modo, o mercado de trabalho permite a adaptabilidade limitada estruturalmente da “mercadoria” trabalho ao trabalho em benefício da demanda, que realiza esse benefício na estrutura dos contratos de trabalho intrinsecamente “incompletos” e por meio de organização e dominação administrativa (OFFE, 1989, p.43).

Lenhardt e Offe afirmam que somente quando as condições sob as quais a não participação no mercado de trabalho estiverem regulamentadas pelo poder público e, conseqüentemente, quando a escolha entre as formas de existência do trabalho assalariado e as formas de subsistência externas ao mercado de trabalho assalariado não depender da decisão do próprio trabalhador. Podemos contar com uma integração confiável e permanente dos trabalhadores “restantes” nas relações de trabalho assalariado.

As formas de aproveitamento da força de trabalho no capitalismo industrial não consideram os limites da resistência física e psíquica dos trabalhadores, no sentido de preservar de forma permanente a capacidade de trabalho. O grau de rentabilidade, portanto, o valor de mercado da força de trabalho individual, é rebaixado de tal forma pelos mecanismos endógenos da produção capitalista, que se torna necessário institucionalizar sistemas de amparo externos ao mercado de trabalho, nos quais a força de trabalho pode ser abrigada de forma permanente (aposentadoria por idade, invalidez) ou temporária (amparo à saúde, reciclagem profissional).

O manejo de instalações técnicas perigosas, o desrespeito a regras de segurança, um ritmo de trabalho prejudicial, jornadas de trabalho excessivamente longas etc. são formas de comportamento impostas, entre outros fatores, por sistemas de remuneração baseados no desempenho. À impotência dos trabalhadores se acresce também o fato de as empresas terem uma consideração limitada com a saúde e a integridade corporal do operário. Danificada a força de trabalho de um empregado, os empresários reagem, via de regra, com a demissão e a contratação de força de trabalho mais eficaz. Assim, há poucas razões para que as empresas adotem espontaneamente medidas preventivas para proteger o trabalho.

Offe evidencia a relação entre a política social e os problemas de assegurar, através do controle político, os requisitos materiais da forma de trabalho assalariado:

Uma função preventiva é preenchida pela legislação protetora relativa aos aspectos técnicos, temporais e sociais do processo

de trabalho. A fim de evitar que os operários sejam excluídos do processo de trabalho, por desgaste prematuro certas condições de trabalho material, prejudiciais à saúde são proibidas, prescrevendo-se medidas para a proteção dos trabalhadores (prevenção de acidentes, dispositivos sobre o local e o material de trabalho). Além de prescrições e proibições, o Estado cria possibilidades de informações e impõe disposições sociais destinadas a melhorar as condições de saúde e de trabalho (lei sobre os médicos de empresa).

O seguro de saúde tem a função de garantir a reprodução do trabalho assalariado de forma bastante imediata. Ele contribui para que o trabalhador, impedido de recorrer a formas de assistência tradicionais, não seja marginalizado duravelmente por causa de uma doença transitória (OFFE, 1984, p.25).

Lenhardt e Offe assinalam que o seguro de saúde opera também como fator de combate às conseqüências desintegradoras de uma limitação ou interrupção transitória do trabalho assalariado, assim como o seguro de desemprego, evitando que os trabalhadores se esquivem do controle daqueles que sancionam sua disposição para o trabalho. Por outro lado, a manutenção do poder aquisitivo pode ser um fundamento decisivo para o abastecimento material e para a preservação de uma forma de organização da vida.

Os detentores de um seguro de saúde não estão na mesma situação que um participante do mercado, que consome, segundo seu poder aquisitivo, de acordo com a sua própria avaliação. Os tipos de serviços que cabem ao assegurado em algumas situações são determinados por prescrições administrativas que estabelecem, tanto do lado da prestação quanto do lado da utilização dos serviços, um consumo social coercitivo. O proprietário da força de trabalho somente se torna trabalhador assalariado enquanto cidadão.

A política social não se limita a oferecer prestações de serviços, sem os quais seria difícil imaginar a integração permanente de força de trabalho ao sistema de trabalho assalariado. Ela também se encarrega de controlar o uso “adequado” de tais serviços. Isto é necessário já que, tendo em vista o caráter repressivo do trabalho assalariado, parece óbvia a

tendência para que o trabalhador procure retirar-se (ainda que temporariamente) do processo de trabalho, recorrendo aos serviços de seguro.

Os sistemas de seguro social exoneram o capital, contribuindo assim para o aumento da demanda por força de trabalho. O capital é exonerado na medida em que, na ausência de tais instituições, os problemas individuais decorrentes da existência do trabalhador assalariado precisariam ser resolvidos mediante exigências salariais mais elevadas por parte dos trabalhadores.

Lenhardt e Offe observam que sem a seguridade social os meios e as instalações que servem de cobertura dos riscos de trabalho e de vida seriam objeto de dispendiosas lutas redistributivas, ao passo que no sistema de seguro social eles são financiados por uma redistribuição obrigatória, horizontal e temporal, que gera confiança e alivia o capital não somente em termos financeiros. Há uma redução burocrática na proletarização ativa:

Surgindo um conflito em torno das condições desfavoráveis da existência do trabalhador assalariado, não se dá um confronto entre trabalhador e capital, nem se tornam objeto de conflito a organização capitalista do trabalho ou o nível salarial dela decorrente. O que poderia eventualmente provocar um conflito aberto de classe é transformado num conflito político ou numa controvérsia judicial (OFFE, 1984, p.28).

Assim sendo, as atividades do Estado que devem ser incluídas no conceito de política social não podem ser determinadas em função da competência dos diferentes órgãos públicos e nem segundo sua orientação funcional em relação ao problema estrutural de constituição e reprodução permanente da relação do trabalho assalariado.

Em sua conferência sobre o nascimento da medicina social, Michel Foucault defende esta hipótese de que, com o desenvolvimento capitalista, formou-se uma medicina coletiva:

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo

enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade entre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1986, p.80).

Entretanto, se é verdade que o corpo foi investido política e socialmente como força de trabalho, o que parece característico da história da medicina no Ocidente é que não foi a princípio como força de produção que o corpo foi atingido pelo poder médico. Somente na segunda metade do século XIX que se colocou o problema do corpo, da saúde, em nível da força produtiva dos indivíduos.

É na Inglaterra, país em que o desenvolvimento industrial, e, por conseguinte, o processo de proletarização, foi mais rápido e importante, que aparece uma formação especial de medicina social. A Lei dos Pobres reúne uma legislação de controle médico do pobre, criando aquilo que Foucault denomina “cordão sanitário” no interior das cidades, com os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grandes despesas e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários dos pobres.

Esta formação de medicina social se acentua com o Ato de Emenda à Lei dos Pobres de 1834, que determinava procedências que podem ser divididas em duas partes: uma englobando os princípios que previam o atendimento ao pobre, outra tratando da nova máquina administrativa a ser criada. Os princípios previam atendimento bastante restrito e a administração era centralizada e uniforme.

George Rosen estudando a formação da medicina social inglesa afirma que se, por um lado, o objetivo imediato do Ato de Emenda era reduzir a taxa de pobres, por outro lado, seu objetivo maior era criar um mercado livre de mão-de-obra como pré-condição de investimento. A economia de mercado estava se afirmando e reivindicando a transformação da mão-de-obra em mercado.

Rosen afirma que o estabelecimento de um mercado de trabalho colocou ao mesmo tempo o problema mais abrangente de como organizar a vida em uma sociedade industrial e urbana:

Um aspecto importante desta questão era a organização da comunidade visando à proteção da saúde. A questão da saúde pública era inerente à nova civilização industrial. O mesmo processo que criou a economia de mercado, a fábrica e o ambiente urbano moderno também produziu os problemas de saúde que exigiram novos meios de proteção da saúde e prevenção da doença (ROSEN, 1979, p.232).

Foucault, contudo, adverte que o processo de estabelecimento da medicina social não aconteceu de modo a não suscitar resistências. Ele cita pequenas insurreições antimédicas na Inglaterra na segunda metade do século XIX, e considera relevante analisar como essa medicina, organizada em forma de controle da população pobre, suscitou resistências. E destaca:

O que reaparece no século XIX são os grupos de dissidência religiosa, de diferentes formas, em diversos países, que têm agora por objetivo lutar contra a medicalização, reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. Esse desejo de escapar da medicalização autoritária é um dos temas que marcaram vários grupos aparentemente religiosos, com vida intensa no final do século XIX e ainda hoje (FOUCAULT, 1986, p.96).

Foucault valoriza estas resistências difusas a medicalização autoritária, inclusive as peregrinações religiosas nos países católicos:

Em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma de luta atual política contra a medicalização autoritária, a socialização da medicina, o controle médico que se abate essencialmente sobre a população pobre; não serão essas lutas que reaparecem nessas formas aparentemente arcaicas, mesmo se seus instrumentos são antigos, tradicionais e

supõem um sistema de crenças mais ou menos abandonadas? O vigor dessas práticas, ainda atuais, é uma reação contra essa medicina social, medicina dos pobres, medicina a serviço de uma classe, de que a medicina social inglesa é um exemplo (FOUCAULT, 1986, p.97).

Existe na história da medicina social brasileira um episódio destas resistências: a revolta da vacina. Acontecimento cuidadosamente pouco esclarecido no início do século XX e da República, esta rebelião aglutinou monarquistas, positivistas e operários contra a campanha de vacinação compulsória antifebre amarela. É interessante mencionar que esta rebelião se posicionou exatamente contra o sanitarista Oswaldo Cruz, que agia no sentido de garantir as condições de salubridade para o comércio exterior.

Rosen, por outro lado, acrescenta que a organização da classe dos trabalhadores industriais, criando os seus sindicatos e partidos políticos, orienta-se para os valores dos direitos e da dignidade humana e articula-se de forma solidária. Esta solidariedade os faz passar a agir no sentido de assegurar para si os serviços sociais, inclusive os cuidados médicos.

A expansão da produção de serviços, bem como a generalização do consumo por contingentes sempre mais amplos é o fenômeno da medicalização da sociedade. A moderna medicina tecnológica representa a mediação dos recursos de diagnósticos e terapêutica na relação do médico com os corpos e as populações.

Os recursos dos cuidados de saúde compreendem um conjunto de equipamentos materiais custosos, com acelerado ritmo de obsolescência e que obedece aos objetivos econômicos:

Resultando de complexos e onerosos processos de produção industrial e realizando, através de um consumo na prática médica, a mais valia produzida em outros setores, os novos meios de trabalho instauram um vínculo direto e específico da medicina e os objetivos básicos da produção econômica (DONNANGELO, 1979, p.20).

Donnangelo considera que o aspecto mais típico da produção de serviços médicos parece ser justamente a sua marcada penetração pelo capital, a qual se verificou não apenas por via dos investimentos na tecnologia médica, mas sobretudo pelos mecanismos de financiamento da assistência através de seguros de saúde privados em mercados dos EUA e Europa, o que vem reforçando a interferência no setor saúde dos interesses do capital financeiro.

As tensões na composição do Estado e do mercado como fatores reguladores da produção e do consumo de serviços médicos, com a formação do complexo médico-industrial como área específica de circulação e acumulação de capital, resultam em um aumento da produção de serviços sociais em sua forma atual.

Donnangelo descreve a formação da medicina comunitária nos EUA na década de 1960, no quadro de mudanças nas políticas sociais norte-americanas. Esta forma de medicina social se difunde para a América Latina na década de 1970, com o apoio da organização Pan-Americana de Saúde – OPS, através de projetos experimentais de modelos de assistência para garantir a extensão dos cuidados de saúde às populações pobres.

A guerra contra a pobreza nos EUA fazia parte dos programas de política social a partir dos governos Kennedy e Johnson, que correspondeu a uma resposta aos movimentos pelos direitos civis, manifestos sob distintas formas e expressando várias tendências contestatórias da organização social. Esta resposta fez-se pela intervenção direta do Estado em certas esferas de consumo de serviços sociais.

O núcleo estratégico desta política social nos EUA é dado pela criação do Programa de Ação Comunitária, responsável pela mobilização e coordenação, em nível local, dos recursos para o desenvolvimento dos programas sociais, bem como pelo envolvimento das populações marginalizadas e pobres em seu planejamento e administração, com base na concepção de que a auto-ajuda consiste na forma mais efetiva de superação da pobreza.

Correspondendo à estratégia de reprodução social pela ampliação da intervenção do Estado, ao mesmo tempo em que representa um modo de extensão dos serviços médicos a grupos sociais cuja significação é, sobretudo, política, a medicina comunitária configura uma reorganização racional, potencialmente capaz de compatibilizar o aumento do consumo com o aumento dos custos dos serviços.

Donnangelo, estudando a emergência da medicina comunitária nas sociedades capitalista e buscando a sua significação enquanto política social elaborou:

A medicina comunitária implica a emergência, de um lado, de uma medicina tecnologicamente simplificada, por referência à prática médica predominante e ao mesmo tempo ampliada, de respeito às funções sociais a que serve de suporte. Esse duplo movimento na direção de uma simplificação e de um alargamento do campo de interferência da prática, através da constituição do trabalhador coletivo da medicina corresponde a uma estratégia pela qual se articulam as características atuais da produção de serviços médicos, entre elas à dos custos crescentes e a questão sociopolítica subjacente à extensão da prática (DONNANGELO, 1979, p.72).

Mário Chaves faz o diagnóstico de crise do sistema de saúde, quer se trate de países industrializados, quer se trate dos países pobres da América Latina. Ele aponta uma responsabilidade compartilhada por tal crise: o sistema de prestação de serviços, o aparelho médico industrial, os governos e, principalmente, a sociedade.

De acordo com Chaves, a crise do sistema de saúde é uma crise de crescimento e, pela própria inércia do processo, a situação tende a agravar-se. O fenômeno não é privilégio da saúde. Como em vários processos sociais, chegou-se ao patamar superior de uma curva sigmóide nos países industrializados: os custos crescem em forma inteiramente desproporcional aos benefícios. Cada inversão adicional é uma eficácia cada vez menor.

A partir desta crise do sistema de saúde, dois grandes movimentos de renovação tomaram corpo, principalmente a partir da década de 1970 na América Latina. O primeiro mo-

vimento de renovação é o dos cuidados primários de saúde, uma manifestação no setor saúde dos movimentos de justiça social e equidade. Tomou corpo na Declaração de Alma-Ata, feita em 1978, e é uma resposta social aos enormes problemas das patologias da pobreza. O segundo movimento de renovação é a própria formação da medicina comunitária, anteriormente mencionada. Na verdade, trata-se de uma mesma e grande força mundial de transformação da medicina social.

Chaves comenta este processo de crise de mudança no sistema de saúde em termos de cobertura dos serviços sociais:

Os princípios aceitos de equidade e justiça social levam à necessidade de tornar qualquer nova técnica acessível a todos... a idéia de contribuintes dos sistemas de seguro social vem gradativamente cedendo lugar à de cobertura universal. A população inteira tem direito ao uso extensivo do sistema, que tem a obrigação de mantê-la em estado de saúde, curar as doenças e prolongar-lhe a vida (CHAVES, 1982, p.26).

O movimento de Alma-Ata acrescentou, insistiu e deu prioridade a dois níveis do sistema de saúde: o do agente de saúde ou auxiliar de saúde e o do indivíduo, através da participação comunitária. O nível básico do sistema primário é o indivíduo, que deve assumir responsabilidade crescente por sua própria saúde. Neste ponto, existe mesmo coincidência plena dos dois movimentos: há necessidade de se incentivar o autocuidado. No fundo, afirma Chaves, o que se quer é que todos os indivíduos assumam, sejam eles os responsáveis primeiros por seu próprio cuidado de saúde.

Um importante denominador comum dos movimentos de renovação da medicina social, tanto nos países pobres como nos países industrializados, é a noção de que o sistema de saúde abrange todos. Neste sentido, o processo educacional envolve a educação da população para assumir uma responsabilidade importante em sua própria saúde, assim como a formação de recursos humanos para a saúde.

Chaves entusiasma-se com estes processos de educação para a saúde nos movimentos de renovação da medicina social:

As idéias de participação da comunidade adquirirão novo vigor. As expressões auto-suficiência e autoconfiança entraram no linguajar da educação para a saúde, da saúde pública, para refletir, enfatizar a capacidade dos indivíduos, das comunidades de bastarem-se a si próprias, com uma menor dependência de agentes externos. Surge também a expressão tecnologia apropriada, como reação à dependência de tecnologias caras e complexas. A educação para a saúde, conceituada desta forma, pode ser considerada como um aspecto particular da educação para a vida ativa e produtiva. É um poderoso instrumento para ajudar a corrigir os vícios apontados no sistema de saúde e para permitir que a população como um todo seja mobilizada para funcionar como agente do primeiro nível do sistema (CHAVES, 1982, p.53).

Por fim, Chaves assinala que todos os contribuintes do sistema de seguro social são interessados na viabilidade econômica do sistema e da melhoria da qualidade de serviços. São “sócios” do mesmo, como contribuintes, e são agentes de saúde, na medida em que se educarem para assumir o seu próprio autocuidado e participarem da sua racionalidade organizacional.

A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA, O CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE

Na conferência de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde, o professor Antonio Sergio da Silva Arouca, presidente da comissão organizadora do evento, fala sobre o tema “Democracia é Saúde” e inicia a sua exposição com a crítica do conceito de saúde e doença colocado pela Organização Mundial de Saúde.

Arouca afirma ser importante voltar a colocar o conceito sobre a mesa: saúde não é simplesmente ausência de doença, não é simplesmente o fato de que, em um determinado momento, por qualquer forma de diagnóstico médico ou através de qualquer tipo de exame, não seja constatada doença alguma na pessoa. É um fator positivo no conceito da Organização Mundial de Saúde: saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social.

Arouca apresenta também o conceito de saúde enquanto ausência do medo, bem-estar social, direito ao trabalho, salário condigno, educação, informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo, ambiente que permita a vida digna e decente:

Conviver sem o medo é conviver com a possibilidade de autodeterminação individual, de liberdade de organização, de autodeterminação dos povos e, simultaneamente, com a possibilidade de viver sem a ameaça da violência final, que seria uma guerra exterminadora de toda a civilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.36).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, tendo três temas centrais: 1) Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3) Financiamento do setor saúde.

É relevante recordar a apresentação das conferências nacionais de saúde feita pelo secretário do comitê executivo da VIII Conferência Nacional de Saúde na abertura da mesma:

A I Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 22 de outubro de 1941, pelo então Ministro Gustavo Capanema, e realizou-se em novembro daquele ano, tendo sido discutidas as realizações do antigo Departamento Nacional de Saúde.

A II Conferência realizou-se nove anos mais tarde, em novembro e dezembro de 1950, quando da gestão do Ministro Pedro Calmon.

Essas duas primeiras Conferências, da época em que a área da saúde ainda estava subordinada ao Ministério da Educação, tiveram como preocupação central delimitar o espaço institucional da saúde, destacando a importância dos profissionais do setor. A III Conferência, realizada em dezembro de 1963, sob a direção do Ministro Wilson Fadul, teve uma temática mais ampla, que abrangia a situação sanitária do país, a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um plano nacional de saúde. Refletindo a ambiência política da época, a III Conferência buscou legitimar um conhecimento prévio sobre a situação sanitária da população e definir formas de atuação, respeitando o princípio federativo.”

A IV Conferência, realizada em agosto e setembro de 1967, sob a gestão do Ministro Leonel Miranda, foi a primeira após o movimento militar de 1964, e a sua temática foi mais restrita, com os debates centrados nos aspectos pertinentes aos recursos humanos.

A V conferência, realizada em agosto de 1975, quando era Ministro o Doutor Paulo de Almeida Machado, apresentou-se desnivelada em sua estrutura temática. O tema central foca-

lizava os aspectos doutrinários ligados à questão saúde, para, em seguida, fazer incursões numa estrutura programática que conflitava com uma visão sistêmica para o setor.

A VI Conferência, realizada também sob a direção do Ministro Paulo de Almeida Machado, em agosto de 1977, teve na sua temática uma abordagem assimétrica, não tendo os organizadores se preocupado com a harmonia do produto final. Refletiu as perplexidades que a sociedade começava a vivenciar, e surgiram visões mais críticas, em resultado da maior liberdade de divulgação de estudos e pesquisas, bem como da aparição dos primeiros sinais da crise econômica.

A VII Conferência, realizada em março de 1980, pelo Ministro Waldir Arcoverde, esteve condicionada por influências internacionais de democratização dos serviços de saúde e pela necessidade do governo da época de buscar legitimidade. Representou a tentativa de estabelecer um corpo programático, com o objetivo de negociar um pacto de transição política sem grandes traumas.

Finalmente, é a vez da VIII Conferência, que se realiza em um ambiente de expectativa de mudança para a sociedade. Por isso, a VIII Conferência deverá refletir, na sua estrutura de temática, aspectos eminentemente doutrinários, tentando um resgate histórico das preocupações da III Conferência, acrescida dos avanços ocorridos nos últimos 20 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.11).

Os discursos da cerimônia de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde enunciam a diferença desta para as anteriores, especialmente pela aproximação do Congresso Nacional Constituinte. O Ministro da Saúde Roberto Figueira Santos considera esta aproximação a principal razão para a participação de representantes de variados segmentos da comunidade, na condição de usuários dos serviços submetidos a debate.

Santos dirige aos representantes dos usuários presentes na Conferência o apelo à regionalização:

E a vocês, usuários dos serviços de saúde presentes a esta Conferência, a regionalização e a hierarquização das unidades

permitirá participação muito mais direta no planejamento, no controle da qualidade, na gestão e na fiscalização das atividades que importam fundamentalmente à sua comunidade. A relação paciente-profissional-serviço de saúde torna-se muito mais humana quando o sistema opera segundo as normas de regionalização e de hierarquização. Este é o grande instrumento à disposição de vocês, de forma imediata e sem razão para resistências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.17).

O Ministro da Previdência e Assistência Social Raphael de Almeida Magalhães considera a VIII Conferência um marco histórico, no contexto de avanços institucionais que têm sido o resultado e reafirmação do processo de democratização política e que correspondem ao desencadeamento de múltiplas e legítimas demandas no plano social, represadas por duas décadas de regime autoritário:

A democratização brasileira só avançará de forma substantiva se e quando as estruturas sociais, em particular o aparelho de Estado, puderem dar resposta concreta às legítimas demandas da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.22).

É necessário recordar também o contexto econômico em que se realiza a VIII Conferência: em 27 de fevereiro de 1986 o presidente José Sarney assinou o Decreto-Lei nº 2.283, que promoveu reforma econômica, conhecida como “Plano Cruzado”. Era o momento de euforia em torno da “Aliança Democrática” e da “Nova República”, que pode ser avaliada pela fala de Magalhães:

O presidente José Sarney, de fato, recolocou, ou, mais precisamente, citou pela primeira vez o cidadão brasileiro no centro da história nacional, como agente partícipe de uma política governamental para a qual pediu e obteve a mais consagrada adesão da sociedade.

A reforma econômica aplaina o terreno para as grandes reformas e transformações da sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.23).

O próprio presidente José Sarney discursa em sessão solene em 19 de março, integrando-se aos trabalhos da Con-

ferência, que, segundo ele, se desenvolvem em um grande espírito de participação, com grande sentimento democrático, com grande espírito de construir:

O governo, que fez da opção social sua meta prioritária, portanto, tem a obrigação de fazer da saúde dos cidadãos um bem tutelado pelo Estado e pela sociedade. O governo, que colocou o bem-estar da sociedade acima de quaisquer outros interesses, tem o dever de zelar pelas condições de saúde física da população. Esse o sentido de minha presença neste encontro... Estou certo de que as instituições públicas e privadas, os técnicos e autoridades, as entidades comunitárias e associativas aqui presentes podem fazer um balanço adequado e propor as diretrizes que devem orientar a organização do sistema de saúde que mais convém à sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.29).

Na sua conferência de abertura, Arouca pede licença aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da saúde, aos pesquisadores, aos funcionários do Ministério da Saúde, para destacar o convidado especial da VIII Conferência: a sociedade civil brasileira organizada:

Gostaria de chamar a atenção para o fato de que todos estão com os olhos voltados para o que está ocorrendo nesta Conferência. Esta é a primeira vez em que se encontram o setor saúde e a sociedade. Pela primeira vez, os usuários estão representados em uma Conferência Nacional de Saúde. Então, nosso papel na formação da política de saúde é da maior importância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.42).

Arouca destaca que a Conferência deixou de ser um acontecimento de poucos dias para se tornar um processo de mobilização social:

Cabe a nós, profissionais, técnicos, romper o muro e o fosso do setor saúde e abrir canais de comunicação com a sociedade brasileira, inclusive aprendendo a falar com ela. Temos que começar a transformar a nossa linguagem e a mudar nosso ouvido, para que, quando uma associação de bairro ou um sindicato falarem, a gente entenda. E quando a gente disser que é importante acabar com as doenças transmissíveis neste país,

isto possa ser expresso de forma simples e objetiva, para que o nosso povo entenda. Esse novo pacto, essa nova aliança, é o que estamos chamando de uma profunda reforma sanitária neste país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.41).

Arouca supõe uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção na Constituição de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado. E acrescenta que a reforma sanitária não pode ser confundida com reforma administrativa nem apenas com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção dessas instituições. Significa, sim, garantir a cada pessoa o direito aos serviços de saúde.

Em torno do painel “Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade” são expostos e debatidos relevantes aspectos das políticas sociais no Brasil, no contexto da “Nova República” e do denominado processo de democratização da sociedade e de redefinição do papel do Estado. O professor Jairnilson Paim enuncia:

A opção por políticas sociais que não reproduzam as desigualdades criadas pela ordem econômica capitalista constitui uma expectativa relativamente modesta das forças democráticas e populares para um governo de transição... As políticas sociais de uma república que se quer verdadeiramente nova deverá ampliar os canais para a democratização da saúde, de modo que os indigentes de ontem e os consumidores de hoje possam amanhã, enquanto cidadãos, lutar pelos seus direitos e organizar-se politicamente para conquistá-los (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.54).

José Geraldo de Souza Junior, assessor jurídico da Fundação Universidade de Brasília, comenta a construção social da cidadania, adverte que a armação, em um documento constitucional, de uma estrutura de organização de poder e de direitos resultará apenas em um arcabouço formal se as forças sociais deixarem de responder às indicações e referências de uma proposição histórica emergente:

É diante dessa perspectiva, em que a noção de democracia se conjuga com a de cidadania, que se esclarece o seu sentido de

criação permanente, como ampliação de espaços de emergência de novas liberdades e novos direitos. O processo que assim se dinamiza é mediador das transformações reais das relações de produção e instaura uma ordem econômica ajustada às prioridades sociais, possibilitando a definição de certos princípios fundamentais e meios para garantir, em um momento constituinte, a participação organizada do povo, a concretização de seus direitos historicamente atualizados, a liberdade e o pluralismo de expressão e de organização democrática. A cidadania, nessas condições, perde a condição de regulação escamoteadora e se torna plena (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.66).

A professora Sonia Maria Fleury Teixeira, então vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), comenta o tema “Cidadania, direitos sociais e Estado” e aponta três elementos fundamentais no conceito de democracia: participação, controle a partir de baixo e liberdade de dissenso:

A identificação do regime democrático com o governo dos cidadãos encontra no conceito de cidadania a síntese das noções de igualdade, individualidade e representação, buscando expressá-las a partir da vinculação jurídica de cada cidadão a um determinado Estado nacional. A democracia, então, ademais que um conjunto de regras formais de exercício do poder político, é o locus de articulação das mediações entre Estado e sociedade. A cidadania é, pois, a mediação que dá organicidade e esta relação, na medida em que, para além ou em negação à fragmentação das classes na estrutura social, articula o conjunto de indivíduos de uma nação ao Estado representativo, assegurando-lhe a legitimidade necessária ao exercício do poder... É neste sentido que queremos enfatizar a historicidade da cidadania, não como tipo ideal, mas como formato concreto de relações de inclusão e exclusão dos indivíduos no interior de contextos nacionais singulares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.94).

Teixeira estuda o desenvolvimento dos direitos sociais no Estado moderno e destaca a sua forma de Estado de bem-estar social, onde estão consagrados direitos sociais desvinculados da relação contratual feita pelos assalariados e esten-

didados a todos os cidadãos. Os direitos sociais incorporam-se plenamente à condição de cidadania. É assim esta política social:

Os pilares do Estado de bem-estar social foram a existência de um plano de seguros contributivo, compulsório e universal; a prestação de contribuições e benefícios de valores fixos ao nível de subsistência e suplementação deste mínimo por poupança voluntária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.98).

Deve ser destacada a voz destoante do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) neste painel, Arlindo Chinaglia Junior, do Sindicato dos Médicos de São Paulo:

A CUT se manifesta fundamentalmente contrária a maneira como foi convocada e a maciça propaganda de que vamos ter uma Assembléia Nacional Constituinte no Brasil. Vamos ter, no máximo, uma emenda à Constituição, visto que essa convocação é fraudada na origem, é bicameral, é poder econômico instalado no governo sob a égide, inclusive, de remover o entulho autoritário primeiro; na verdade, serviu para a consolidação das classes dominantes na negociação de cargos, inclusive daqueles que fizeram discursos pelas diretas e traíram-nas no Colégio Eleitoral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.118).

Chinaglia proclama que o fato de estar presente na VIII Conferência não significa ilusão de poder reverter a relação de forças na sociedade:

Nesse sentido, ao discutir saúde, achamos que é fundamental discutir a relação de poder na sociedade; não acreditamos que qualquer povo e qualquer país terão condições plenas de saúde enquanto uma minoria de cidadãos continuar detendo o poder político do Estado – isso, em uma palavra, é o capitalismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.119).

Por fim, deve ser mencionada a participação do Dr. Gabriel Oselka, representante do Conselho Federal de Medicina, neste painel, que encerra a sua intervenção reproduzindo:

zindo um documento sobre o tema “Saúde – direito de todos e dever do Estado”:

Para que isso seja assegurado, entendemos que seja necessário, em primeiro lugar, que se considere saúde em sua plenitude e priorizá-la nas políticas governamentais, através de maciços e contínuos investimentos nas áreas de saneamento básico e de defesa do meio ambiente: na produção de alimentos para consumo interno; na prestação de serviços de saúde, de educação, habitação; garantia de trabalho em condições adequadas de salubridade; níveis compatíveis de salário e condições de lazer, imprescindíveis para a valorização do homem.

Em segundo lugar, considerar a saúde como investimento nacional, o que requer uma justa redistribuição de renda e riquezas nacionais, além de garantia plena de acesso a terra e meios de produção para as populações rurais, corrigindo as distorções atuais de injustiça social.

Terceiro, em termos do sistema de saúde propriamente dito, entendemos que é preciso garantir a participação da população usuária e das entidades representativas de profissionais da área de saúde no planejamento, gerência e controle das ações de saúde.

E, finalmente, é preciso que se garanta que as ações de caráter social, tais como saúde, educação e previdência social sejam de competência do Estado, sendo que a eventual participação da iniciativa privada, quando necessária, deverá se dar sob a forma de concessão de serviços por parte do Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.124).

No painel sobre “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” da VIII Conferência Nacional de Saúde, o Dr. Abid Domingos Jatene, como membro da comissão do ensino médico do Ministério da Educação, comenta sobre os recursos humanos:

Em um sistema realmente organizado, todo doente deveria ter o seu médico, e mesmo quando fosse a uma instituição especializada, deveria ser seu médico que o tivesse enviado e que o receberia de volta. Impossível se estabelecer referência e contra-

referência se o paciente não conhecer o seu médico ou se este muda a cada consulta ou se o doente não tiver acesso a ele quando necessitar. A doença, sempre se disse, não tem hora. Por isto venho insistindo que o médico deve ser interiorizado, não no interior, não no interior do país, mas no seio da população; deve ter seus clientes e habitar próximo a eles o médico geral, que atua na unidade sanitária, deve ter a retaguarda de um hospital local, onde possa internar os seus clientes, cuidar deles enquanto internados e recebê-los depois da alta. Da mesma forma como deveria referir os que necessitarem de maiores recursos diagnósticos ou de especialistas e recebê-los de volta para continuar cuidando deles. Pouco resultado e pouca capacidade resolutiva se irá obter com todo o programa de ações integradas, municipalização etc., se não se equacionar o papel e a remuneração do trabalho médico. Talvez parte da remuneração deva ser feita, inevitavelmente, por salário, em muitas situações; mas, parte dela, certamente deveria ser feita por honorários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.132).

O Dr. João Yunes discursa no mesmo painel, enquanto Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, sobre o tema “Participação Social em Saúde”, e se fixa em tese central que entende participação enquanto acesso, o processo a partir do qual a maior parte da sociedade teria acesso aos bens materiais e não-materiais (serviços). Esta participação ou acesso se expressa na qualidade de vida da população.

Yunes se refere ao processo de democratização, com o esvaziamento do regime militar e autoritário e com as oposições assumindo governos estaduais e municipais, abrindo espaço para o tema participação. Menciona o próprio governo estadual de São Paulo do qual participa como caso exemplar, por privilegiar a geração de empregos, descentralização e participação. Particularmente na área da saúde esta última diretriz era de grande expectativa não só da população usuária, mas dos trabalhadores, incluindo-se técnicos e funcionários.

Após apontar o início deste processo, Yunes critica a primeira forma de participação na saúde através da realização de eleições diretas para os cargos de chefia, principalmente

em unidades hospitalares, por terem servido para encobrir os interesses e as regalias corporativas.

Yunes critica também a estratégia de transformar todos os problemas de saúde através da mobilização e, conseqüentemente, da pressão da população aos órgãos do governo. Assim, grupos da comunidade organizada, principalmente na periferia carente, organizavam caravanas para visitar secretarias de estado e exigir as transformações previamente discutidas:

Não se levava em consideração os impedimentos decorrentes da ordem institucional, nem muito menos os argumentos que, mesmo com suporte técnico, se manifestavam contrários. Também, como era de se esperar, essas manifestações apenas surtiam o efeito do momento e sua principal finalidade era provocar o 'fato político' sem se preocupar em buscar fórmulas alternativas para resolver os problemas da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.136).

Yunes aponta que este processo, que ele denomina de aprendizado democrático, está causando profunda mutação no papel do técnico ou trabalhador intelectual:

A política deixa de ser entendida como a luta dos pequenos interesses locais para se transformar em uma verdadeira ferramenta pedagógica da população, um meio efetivo, a partir do qual os vários segmentos sociais conseguem fazer valer os seus interesses... A participação, apesar da situação estrutural da sociedade brasileira, não só é possível como também se constitui no principal instrumento de avanço para conquistas verdadeiras das populações carentes. E essa participação só é plena quando a sociedade civil e o Estado não só se constituem em partes antagônicas, quer dizer, quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e quando os cidadãos, de posse de seus direitos, passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.130).

Antonio Ivo de Carvalho, representante da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ), nos debates sobre esta reformulação adianta que

não quer sair da Conferência com uma lista de boas idéias que jamais serão colocadas em prática. Ele entende a saúde como direito de todos e os deveres do Estado como uma luta a ser travada, onde a participação da população é fundamental.

Carvalho considera que a estratégia de mobilização da população com base na participação é não apenas uma característica, mas um dos atributos do sistema de saúde do Estado democrático:

Nós imaginamos que é impensável se discutir seriamente como reorganizar o Sistema Nacional de Saúde numa lógica de um dever, o Estado assumindo o provimento como dever, sem se exigir que esse Estado, ao prover a saúde como direito, seja também um Estado que assuma como sua a responsabilidade de prestar os serviços de saúde, que assuma como sua a responsabilidade de impedir que se lucre com a saúde, que assuma como sua a responsabilidade de impedir que alguém neste país possa enriquecer as custas da doença da população, pois só assim a saúde será um direito de todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.152).

O Dr. Francisco Xavier Beduschi, representante da Federação Nacional de Médicos, intervindo neste debate aplaude as proposições de participação popular e de municipalização na política nacional de saúde, argumentando que elas irão garantir a autenticidade, a democratização e a moralidade do sistema de saúde.

Beduschi posiciona a saúde como parte integral e importante do avanço social de uma população:

Quando preconizamos também a descentralização das ações de saúde, a democratização participativa de toda sociedade, levamos no bojo de nossa proposta a municipalização das ações de saúde, na medida em que o município, como unidade federativa de maior intimidade administrativa com o povo, terá condições mais legítimas e eficientes de gerir seu próprio sistema, em cima das necessidades locais, viabilizando uma real participação comunitária de âmbito maior ... Nós achamos que no momento em que o benefício social for o alvo maior e não o retorno lucrativo do capital investido, o relacionamento do

sistema promotor de saúde com a população poderá se desenvolver de maneira mais justa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.154).

No painel “Financiamento do setor saúde”, o economista André César Médici e o sociólogo Pedro Luiz Barros Silva estudam as alternativas do financiamento da atenção à saúde expostos em três módulos: direito securitário ou atributo de cidadania, quem paga e quem recebe, e as alternativas. Médici e Barros Silva consideram a saúde um atributo de cidadania:

As políticas sociais passam a ser importantes instrumentos de estabilidade política e acomodação ideológica, buscando corrigir, pela via dos benefícios, as desigualdades decorrentes da repartição da renda entre os agentes produtivos. Corrigir as injustiças existentes na esfera da produção, através de uma maior regressividade indireta (via benefícios) na esfera da distribuição, constitui uma das funções primordiais do Estado nas sociedades avançadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.175).

Nos países de industrialização tardia, existe grande heterogeneidade nas formas de constituição do setor saúde.

Em quase todas as experiências conhecidas, o Estado toma a frente na constituição e organização do setor. O que se modifica é a pouca representatividade dos interesses explícitos da população na política implementada pelo Estado.

A tecnoburocracia antecipa etapas que foram fruto de reivindicações dos movimentos organizados da população. Entretanto, a pouca participação da população na estruturação desses sistemas de saúde faz com que sejam pouco eficientes na eliminação dos problemas médico-sanitários da maioria da população. Por outro lado, a organização dos sistemas pelo Estado cria estruturas de favorecimento de interesses de fatias seletivas do setor privado que passam a se estabelecer neste setor.

Médici e Barros Silva apresentam as regras complexas e paradoxais que orientam a articulação entre a política econômica e a política social até então:

1) Os assalariados pagam duplamente pelo que potencialmente deveriam receber; 2) na maioria das vezes, os mais necessitados não recebem sequer o que lhes é devido; 3) nos momentos de maior necessidade em ter acesso aos programas sociais, os usuários são informados que os recursos se esgotaram, sendo-lhes negado até o mínimo que já recebiam anteriormente; 4) o Estado continuou orientando o gasto público para atender os interesses capitalistas predatórios e inoperantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.185).

Médici e Barros Silva advogam a saúde como condição da cidadania, não apenas por ser socialmente mais justo, mas também por bloquear o corporativismo, tornando-se necessário que os recursos para a atenção à saúde provenham de fontes que garantam os princípios de universalidade e equidade.

Eles propõem o desenvolvimento de mecanismos de financiamento que possibilitem: a) uma maior estabilidade das receitas frente aos ciclos econômicos; b) uma maior justiça na distribuição do ônus das contribuições; c) uma maior descentralização e autonomia financeira para a aplicação de recursos em nível regional e local; d) um aumento das receitas, visando interromper e reverter o processo de deterioração dos recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações alocados à política de atenção à saúde; e) criação de mecanismos de participação e controle público das ações estatais; f) o desenvolvimento de novas formas de relacionamento do setor público com os prestadores privados de serviços de atenção à saúde.

A professora Cristina de Albuquerque Possas, da Escola Nacional de Saúde Pública, em trabalho apresentando na VIII Conferência comenta as políticas sociais brasileiras, apontando as suas duas principais características:

De um lado, pela natureza essencialmente privada na destinação dos recursos públicos – o que Luciano Martins denominou apropriadamente de ‘privatização do Estado’ – e, de outro, pelo caráter notoriamente regressivo de seu financiamento, incidindo de forma injusta e perversa sobre a folha de salários, penalizando duplamente as classes trabalhadoras pelo repas-

se deste ônus pelas empresas ao preço final das mercadorias. Com isto, acaba tributando com maior rigor as empresas intensivas em trabalho, que em geral são aquelas que apresentam menor produtividade e lucratividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.237).

Possas argumenta que a diversidade na oferta de serviços de saúde, especialmente entre os assalariados urbanos e o restante da população, resulta do fato de o então sistema Nacional de Saúde ter se constituído em função da importância relativa de setores distintos da população para o sistema econômico.

Esta diversidade se evidencia, particularmente, no tratamento diferencial que os diversos segmentos das classes trabalhadoras recebem no interior do complexo médico-previdenciário e mesmo fora dele, em função de sua qualificação, de sua disponibilidade no mercado de trabalho e, como corolário, de seu poder de pressão e capacidade de organização política.

O professor Eleutério Rodrigues Neto, falando sobre o reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, destaca que este repousa sobre três conjuntos de instrumentos legais:

O primeiro, por ordem de precedência legal, e até certo ponto cronológica, é a Constituição vigente, identificada pelo ano de sua promulgação, em 1967, e acrescida da emenda constitucional de 1969. A Constituição coloca, de forma bastante vaga, a questão da saúde, tanto em termos de sua concepção como direito, como em relação às responsabilidades institucionais e sociais correspondentes... O outro conjunto referido é o correspondente à Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Esta lei vem, a rigor, legitimar algo que já vinha se dando na prática, e se propõe a organizar as relações institucionais como correspondentes de um 'sistema' definindo atribuições e limites de atuação... O terceiro conjunto de instrumentos legais que suporta o Sistema Nacional de Saúde é o constituído pela legislação previdenciária, que tem sua base na Lei Orgânica da Previdência Social de 1960, e culmina com a Lei do Sistema Nacional de Previdência e Assistência

Social (SINPAS), de 1977, que instituiu a atual estrutura de institutos, entre os quais o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.154).

Eugênio Vilaça Mendes, consultor da Organização Pan-Americana de Saúde, considera que a reformulação do Sistema Nacional de Saúde implica reordenação de um sistema plural, habitado por inúmeros conflitos de interesses e por diferenciadas demandas de necessidades, no sentido de reorientá-lo para o cumprimento de suas reais finalidades, quais sejam a de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população.

Mendes opina que em nível de reordenamento político-jurídico haverá que se concentrar a ação de mudança na remoção do “entulho sanitário” do regime autoritário, expresso no tripé jurídico apontado por Rodrigues Neto. No que concerne à Constituição, o processo democrático deveria se concentrar no sentido de que se estatua, no texto, a doutrina da Reforma Sanitária, e a inscrição, como princípio, dos serviços de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Mendes raciocina que se o Estado assume o controle do Sistema Nacional de Saúde, a sociedade civil organizada deve assumir o controle do Estado, mediante participação direta ou delegada e mecanismos de pressão nas diversas instâncias do sistema. E seria este controle social que iria imprimir ao sistema de saúde universalizado e equalizado o seu conteúdo democrático.

Mendes postula um Estado que seja transparente e dialógico com a sociedade civil:

As políticas de comunicação social deveriam ser revertidas da posição tradicional de produzir a imagem das instituições e de seus dirigentes (nem sempre reais) para uma outra, de informar verdadeiramente a população, para que ela, bem informada, possa ter elementos de controle sobre o sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.295).

O médico sanitарista Francisco de Assis Machado falando especificamente. Sobre a “Participação social em Saúde”

também considera importante o desenvolvimento de Programas de comunicação de massa que coloquem à disposição do povo informações que lhe permitam fiscalizar e cobrar o funcionamento desejado e prometido para os serviços de saúde, esperando que o povo faça isso mais autonomamente através de suas organizações voluntárias, ou diretamente nos próprios locais onde são atendidos.

Machado comenta que a participação dos trabalhadores assalariados, como classe social, ao lado de outras classes em luta na administração direta de um Estado burguês, especialmente na condução do Sistema Nacional de Saúde, constituíram a base de várias experiências corporativistas vividas. Ele considera esta proporção coerente com a concepção pluralista do Estado, o que pressupõe o reconhecimento de acordos mais permanentes sobre a estruturação da sociedade em classe, a aceitação de regras de regulamentação de conflitos e, em certo sentido, a aceitação pelos trabalhadores, enquanto classe, do estado estruturado para afiançar relações de produção capitalistas.

Machado se posiciona na tradição da luta de classes. Entretanto, afirma que, todas as classes sociais devem estar sempre presentes nos locais de decisão da administração pública para fiscalizar o cumprimento de acordos provisórios ou iniciativas deles decorrentes.

Machado tem uma maneira muito peculiar de propor a participação dos trabalhadores no que ele denomina de locais de decisão:

Em primeiro lugar, como representantes de partidos, de sindicatos, de movimentos e de outras associações voluntárias devidamente fortalecidos e organizados, de preferência, nacionalmente. Em segundo, assumindo apenas funções de consultoria, não deliberativas, através da participação em conselhos consultivos, de composição claramente definidas e negociadas previamente com os grupos ou instituições representadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.304).

Por outro lado, Machado adverte que as experiências no país com a participação dos trabalhadores na administra-

ção da previdência social devem ser melhor avaliadas, e cita a intervenção dos representantes de trabalhadores na direção da previdência social que impediu, durante longo tempo, a adoção de medidas de interesse de equidade nos direitos de cidadania.

Um dos marcos da VIII Conferência Nacional de Saúde foi à realização da mesa redonda “Constituinte e Saúde”, para a qual convergiram todos os debates e resoluções. O deputado federal Carlos Sant’Anna esclarece:

Esta VIII Conferência foi convocada para ser uma pré-constituente da saúde. É aqui, na abrangência deste amplo fórum de debates, que serão caldeadas as matérias que deverão ser conduzidas à Assembléia Nacional Constituinte, como resultante da vontade de todos os profissionais de saúde e de todos os segmentos da sociedade... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.329).

O deputado Carlos Sant’Anna apresenta um texto de cinco artigos para ser inserido na Constituição, que considera a saúde um direito fundamental e inalienável de todos e dever do Estado. O próprio deputado destaca o item que estabelece entre as competências da União disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, que deverão se organizar como concessionárias de serviço público essencial. O texto propõe também mecanismos de participação da sociedade organizada na formulação, controle de execução e de avaliação das políticas de saúde em todos os níveis do sistema.

Esta mesa redonda se encerra com a intervenção do Dr. Wilson Fadul, presidente da III Conferência Nacional de Saúde, a última Conferência realizada em plena vigência da Constituição de 1946, antes do golpe de 1964:

A diferença que noto entre a Conferência do passado e esta é apenas uma: nos reunimos na Academia Nacional de Medicina no Rio de Janeiro. Eram apenas médicos, os sanitaristas, a vanguarda do pensamento médico no Brasil, imbuídos de um pensamento uniforme, construído ao longo de 30 anos de frustração, por imposição de estruturas sanitárias inadequadas

à realidade nacional, não abrangentes de todas as desigualdades que se encontram por todo o território nacional. Esta de hoje guarda uma diferença essencial: não é uma Conferência de técnicos, é uma Conferência do povo, que está aqui, presente, e aqui representando milhões e milhões de outros brasileiros e sobre os quais recai a responsabilidade de pensar e repensar o problema da saúde em benefício de toda a nossa população e em benefício do futuro do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.343).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde procurou refletir o processo de discussão dos mil delegados, evidenciando a vontade da reforma sanitária, que considera o direito à saúde como a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

O relatório final afirma que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária:

O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços provados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação de estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.385).

O relatório final propõe ainda a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional como: partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal seria orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações.

O relatório final, além de considerar indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, propõe:

Deverão também ser formados conselhos de saúde em nível local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pelas comunidades (usuários e prestadores de serviços), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.388).

Não se pode concluir as referências a VIII Conferência Nacional de Saúde sem mencionar o fato de o presidente José Sarney, na sessão solene em que discursou, ter encerrado a sua fala a todos os conferencistas desejando uma boa jornada de trabalho e convidando a todos a se prepararem para convocar a Conferência Nacional de Saúde de 1988.

Foram, inclusive, os denominados compromissos públicos da Nova República de resgate da dívida social que motivaram os ministros Roberto Santos e Raphael de Almeida Magalhães a enviarem mensagem com a Exposição de motivos nº 31, de 10 de julho de 1987.

Esta exposição de motivos ao presidente José Sarney estabelece diretrizes para que, através de criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos Estados, se consolide e desenvolvam qualitativamente as ações integradas em saúde. A reforma sanitária propugna a de saúde através da institucionalização de um Sistema Unificado (e não Único) de Saúde.

A exposição de motivos procura esclarecer os decretos do presidente José Sarney em pleno processo de elaboração da Constituição de 1988:

Há que se reconhecer que tal processo de mudança, além de demorado, tem seu foro próprio e legítimo que é o Congresso. Mesmo porque a consolidação da reforma sanitária se dará por intermédio de novos postulados constitucionais que reconheçam a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado... Entretanto, dados todos os compromissos públicos da Nova República de resgate da dívida social, entendem os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social que é necessário estabelecer as bases de uma política comum, de curto prazo, que seja coerente com os princípios e diretrizes da reforma sanitária e que procure implementar medidas factíveis e viáveis que expressem os elementos de consenso já obtido na sociedade brasileira e aprofundem as experiências de integração alcançadas nas Ações Integradas em Saúde (EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS, 1989, p.11).

A exposição de motivos dos ministros enfatiza o cuidado para que essas mudanças não esterilizem em uma operação burocrática, e apostam na clareza do objetivo fundamental da reforma sanitária que é a prestação de serviços de saúde que influenciem positivamente os níveis sanitários da população, o que exige uma reforma assistencial que modifique a natureza e a qualidade dos serviços de saúde, tornando-os mais eficazes, eficientes e igualitários.

A exposição de motivos dos ministros considera essencial a reformulação e implantação de modelos assistenciais:

O objetivo principal desses modelos assistenciais passa a ser a criação de uma entidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos de serviços a ela oferecidos, e não como simples objetos. De tal forma que a população reconheça nos serviços os 'seus' serviços e, os serviços, na população, a 'sua' população, criando-se assim uma identificação que, de um lado, permitirá a abordagem epidemiológica e, de outro, o controle social dos serviços (EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS, 1989, p.16).

A exposição de motivos dos ministros reforça ainda as instâncias colegiadas das Ações Integradas de Saúde (AIS): a Ciplan em nível federal, as comissões interinstitucionais de saúde, em nível estadual, e as comissões (interinstitucionais) municipais de saúde, em nível municipal. Estas comissões municipais deveriam ser responsáveis pela coordenação da formulação dos planos municipais de saúde e pelo acompanhamento de suas execuções.

O Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. É assinado pelo presidente José Sarney, revogando as disposições em contrário.

Exatamente em julho de 1987 o então presidente do Inamps, Hésio Cordeiro, publica folheto com três textos sobre reforma sanitária, um dos quais se reporta ao debate em andamento na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente do Congresso Constituinte. Hésio Cordeiro talvez seja o paradigma do médico sanitarista que assumiu a Nova República de 1985.

Hésio Cordeiro reconhece que no que se refere à ordem social, o ponto central da Constituinte está em definir o papel do Estado na sociedade brasileira, e que o processo constituinte em curso representa exatamente o momento por excelência para a discussão e ampla reavaliação do papel do Estado. Entretanto, ele argumenta em defesa do Decreto:

É evidente que a velocidade e o ritmo de cada processo, e mesmo a escolha do caminho a ser tomado para a descentralização (municipalização ou estadualização), deverão ser determinados pelas situações regionais específicas. Assim, em alguns Estados, as ações integradas em saúde – AIS – chegaram a tal grau de maturação, que se torna possível dar um salto qualitativo para o novo modelo... No nosso entender, o processo de unificação significa, antes de tudo, uma reaglutinação de forças sociais. Esta dar-se-á a partir da implementação dos projetos concretos de unificação ora em curso, que não precisam esperar pela nova Constituição ou sequer pela nova Lei do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.12).

Hésio Cordeiro defende que a reforma sanitária rege-se por três grandes princípios: o da unificação institucional, o da descentralização das ações de saúde e o da democratização da saúde. Democratizar a saúde é extinguir privilégios: assegurar para todos o acesso aos serviços de saúde existentes, ampliá-los e melhorá-los. A obtenção destas condições depende em larga escala das pressões sociais.

Hésio Cordeiro pensa a gestão democrática alicerçada no governo das leis, na transparência do poder e na participação da cidadania. A descentralização das ações de saúde pode degenerar em um abusivo clientelismo paroquial, se não houver uma definição de critérios técnicos e uma regulamentação dos processos decisórios.

A democracia é o poder visível, é o poder público em público. A publicidade dos atos na administração pública é um mecanismo de controle social. Ninguém comete atos excusos em público sem provocar escândalo. E, por outro lado, contribui para a legitimação dos atos do poder visível que correspondem ao interesse público.

A democracia é a participação dos cidadãos. É mais adequado à transição democrática, pensa Cordeiro, o desenvolvimento de instituições de participação inspiradas no modelo consociativo, que é o sistema de garantias mútuas, obrigando os interessados à negociação:

A gestão democrática incorpora as representações da sociedade civil (inclusive os servidores) em instâncias participativas. Com funções deliberativas em alguns casos. E com funções consultivas e fiscalizadoras em todos os níveis da administração pública. Neste sentido, os Conselhos Comunitários de Saúde constituem uma experiência a ser avaliada, aprimorada e desenvolvida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.21).

Os Decretos nº 95.861, de 22 de março de 1988, e nº 95.892, de 4 de abril de 1988, dispõem sobre o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), na área de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social. O Decreto nº 96.186, de 21 de junho de 1988, dispõe sobre o Programa de

Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), na área de competência do Ministério da Saúde.

A Constituição Federal promulgada em 03 de outubro de 1988 homologa em seu art. 194 o seguinte conceito fundamental: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

O texto constitucional referente a seção da saúde tem cinco artigos e recebeu quase a unanimidade dentro do Congresso Constituinte. A Constituição considera de relevância pública as ações e serviços de saúde, sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O art. 198 define que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal dos Municípios, além de outras fontes.

O art. 199 diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Em 1990 o ministro da Saúde, Alcení Guerra, apresenta à sociedade brasileira o Plano Quinquenal de Saúde,

1990/1995, com as ações setoriais de saúde do governo do presidente Fernando Collor. Alceni afirma que as diretrizes políticas enunciadas exigem, para a sua consecução, uma estratégia fundamental, decorrente de um mandamento constitucional, que é o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estratégia compõe-se de três grandes componentes de transformação do sistema de saúde: o jurídico, o institucional e o operacional.

O componente jurídico corresponde às regras básicas que regulam o funcionamento do sistema de saúde, que determina os limites de possibilidade de mudanças que poderão ocorrer no campo institucional ou operacional: a Constituição Federal, as constituições estaduais, e as leis orgânicas dos municípios.

No momento, a ação tática mais importante consiste em mobilizar vontades políticas para garantir, no Congresso Nacional, a aprovação de uma lei orgânica da saúde que expresse, com fidelidade, as determinações constitucionais e que permita a viabilização das diretrizes políticas aqui reafirmada (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1991, p.27).

Na introdução mesmo do Plano Quinquenal, o Ministro da Saúde se refere à mudança institucional no quadro da reforma administrativa do início do governo Fernando Collor:

O Ministério incorporou às suas tradicionais atribuições no espaço da saúde pública o componente assistência médica, vencendo uma dicotomização clássica que o impedia de exercer uma atuação integral. A nova Administração, que recebeu a incumbência do presidente Fernando Collor de conduzir o processo de implantação do Sistema Único de Saúde, estará procurando cumprir a tarefa, dentro de propósitos de modernização e racionalização (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1991, p.2).

O componente operacional é aquele onde o sistema Único de Saúde (SUS) vai adquirir efetividade mediante o estabelecimento de uma relação direta e recíproca entre as

entidades prestadoras de serviços e uma população que viva ou trabalhe em uma área geográfica determinada.

Somente leis, projetos, convênios, organogramas dizem pouco à população em geral se não vêm acompanhadas de fatos claramente perceptíveis. O entendimento do SUS pela população se dará quando ela sentir e vivenciar que os novos serviços são melhores que os anteriormente ofertados:

Da população, alvo das transformações a serem introduzidas, queremos a sua participação integral, o que responderá a diretriz constitucional de participação comunitária. Cremos firmemente que a população, vítima do descaso e da improvisação que têm caracterizado as ações institucionais de saúde, saberá prestar a sua insubstituível colaboração para o êxito do que construiremos juntos: um Sistema Único de Saúde que garanta a melhoria das condições de saúde (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1991, p.10).

É fundamental citar que a introdução do Plano Quinquenal tem a seguinte conclusão: As metas só poderão ser atingidas se houver comprometimento dos estados, municípios e distrito federal na expansão do financiamento (10%), do investimento de 1,8% do PIB para 5,4% do PIB brasileiro, e o crescimento de 2% para 4% do PIB como investimento privado e que não haja queda significativa do crescimento econômico do país. Entretanto, pouco depois, o país foi conduzido a recessão econômica.

Em 19 de setembro de 1990, o presidente da República sanciona a Lei Federal nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O art. 3 define saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Dizem respeito também a saúde as ações que por força do exposto se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O art. 4 define o conjunto das ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e fundações mantidas pelo poder público, como constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

O art. 7 consagra os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da racionalização, ao mesmo tempo em que expressa três outros princípios relevantes:

- 1) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- 2) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- 3) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação de programação.

O art. 31 define que o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

O art. 37 diz que o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. O art. 36, §1º diz que os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde – SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

O art. 33 define que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. Na esfera federal os recursos financeiros originários do orçamento da seguridade social, de outros orçamentos da União, além de outras fon-

tes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Entretanto, a Lei Federal nº 8.080 recebeu o veto do presidente Fernando Collor em oito artigos integrais e em cinco artigos parcialmente, de um total de 55 artigos originais. A Mensagem nº 680, de 19 de setembro de 1990, expõe as razões do veto parcial ao Projeto lei nº 50, de 1990 (nº 3.110/89, na origem).

Eis as razões do veto aos artigos que definiam as instâncias colegiadas deliberativas do Sistema Único de Saúde:

O art. 11, decorrente de emenda parlamentar, cria, como órgãos da Administração Pública, no Sistema Única de Saúde - SUS, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. De acordo com o art. 61, §1º, inc. II, alínea a, da Constituição, são de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que disponham sobre a criação, estruturação e atribuições dos ministérios e órgãos da Administração Pública... (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1991, p.24).

Em 7 de agosto de 1990, o Decreto nº 99.438 dispôs sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde. Em seu art. 2º, §4º diz: no término do mandato do presidente da República, considerar-se-ão dispensados todos os membros do Conselho Nacional de Saúde.

Em 28 de dezembro de 1990, foi sancionada a Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde. Exatamente a matéria que havia sido vetada anteriormente pelo presidente Fernando Collor.

O art. 1º define: o Sistema Único de Saúde (SUS) de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para ava-

liar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

O art. 4º exige que os estados e municípios criem os seus Conselhos de Saúde para receberem os recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática. São exigidos também o Fundo de Saúde, o Plano de Saúde, os relatórios de gestão, a contra-partida de recursos, o Plano de Carreira, Cargos e Salários.

O contra-ponto de todo este arcabouço formal de participação comunitária e dos conselhos de saúde na ordem estabelecida do Sistema Único de Saúde é exatamente o processo de sucessivas convocações e adiamentos da IX Conferência Nacional de Saúde.

A primeira convocação da IX Conferência aconteceu pelo Decreto nº 99.045, de 7 de março de 1990, assinado pelo então presidente da República José Sarney, para ser realizada em Brasília entre 6 e 10 de agosto de 1990. Aquele decreto definia o tema central da conferência: Saúde – municipalização é o caminho.

A Portaria nº 829 do Ministério da Saúde, de 20 de junho de 1990, institui comissão especial com prazo de 30 dias para elaborar proposta de organização da IX Conferência Nacional de Saúde, que acabou adiada. A Portaria nº 150 do Ministério da Saúde, de 1 de abril de 1991, cria a comissão organizadora da IX Conferência nacional de Saúde.

A segunda convocação da IX Conferência acontece pelo decreto sem número de 11 de junho de 1991, assinado

pelo presidente da República Fernando Collor e pelo Ministro Alcení Guerra. Este decreto transfere para o período entre 18 e 22 de novembro de 1991 a realização da etapa nacional da IX da Conferência Nacional de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde criado por decreto aprova o regime interno da IX Conferência e o seu reglamento da etapa nacional. O conselho aprova também o temário da dela:

- 1) Sociedade, Governo e Saúde;
- 2) Implantação do Sistema Único Saúde: municipalização, financiamento, gerenciamento do sistema e política de recursos humanos; e
- 3) Controle Social. É definido também o critério de 1 delegado com direito a voto para cada cem mil habitantes.

É definido também um cronograma para cada cem mil habitantes das etapas municipais até 31 de julho de 1991 e das etapas estaduais até 15 de novembro de 1991. Desencadeia-se em nível nacional o processo de realização das etapas municipais e estaduais, que culminariam na eleição dos 1.566 delegados e de 772 participantes credenciados.

Contudo, o ministro da Saúde Alcení Guerra decide cancelar mais uma vez IX Conferência. Desta vez, assume rota de colisão com a participação comunitária constitucional, dizendo claramente que este fórum deliberativo não o faria mudar a política definida por um presidente da República eleito com dezenas de milhões de votos.

Pouco depois, o Ministério da Saúde ganha as manchetes dos jornais com o avanço da epidemia de cólera na região Norte e Nordeste e com as denúncias diárias de corrupção e crimes na administração pública. O anedotário sobre as peripécias do ministro Alcení Guerra encobrem o cancelamento da IX Conferência.

Em sua reunião de 2 e 3 de abril de 1992 em Brasília, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a proposição de realização da IX Conferência Nacional de Saúde nos dias 9 e 14 de agosto. Foi aprovada também a inclusão do tema “Seguridade Social” na pauta da IX Conferência, assim como

foram garantidos os mandatos de todos os delegados eleitos antes do último cancelamento. Recomeça a mobilização em todo o país. É convocado também o I Encontro Nacional de Conselhos Municipais de Saúde para 8 e 9 de agosto, a ser organizado pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Nesta época, assume o Ministério da Saúde o Dr. Adib Jatene, que se compromete com a realização da IX Conferência e com a efetivação dos conselhos de saúde:

Nesta hora eu tenho, por lei, a organização dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Há estados que ainda não organizaram seus conselhos. A própria sociedade tem que se mobilizar e forçar a criação e atuar nos municípios também. Não é o prefeito quem manda. A população tem que se organizar e fiscalizar. Eu estou absolutamente tranqüilo sobre a transparência que o Ministério da Saúde terá nas suas gestões, nas suas aplicações. Nós temos vários exemplos que deram certo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.6).

Ao mesmo tempo, está sendo promovido amplo estudo da seguridade social no Congresso Nacional com a criação de uma comissão especial em 18 de janeiro de 1992, presidida pelo deputado federal Antonio Britto. Esta comissão especial deveria estudar o regime de custeios e de benefícios, com implicações no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim o tema “Seguridade Social” entra na pauta da IX Conferência.

Depois de muitas idas e vindas é aberta em 9 de agosto de 1992 a etapa nacional da IX Conferência Nacional de Saúde em Brasília. A comissão organizadora do evento faz a seguinte apresentação aos participantes:

As conferências de saúde são eventos em que a sociedade brasileira avalia a situação da saúde e propõe as diretrizes para a formulação das políticas da área. Na atual conjuntura vivida pelo país, caracterizada pela crise que demanda ajustes estruturais, pela deterioração das condições de vida da população e conseqüente agravamento do quadro sanitário, a importância da IX Conferência Nacional de Saúde amplia-se, transformando-se

no espaço para a manifestação da sociedade no sentido de reafirmar seus direitos de cidadania e de avançar no debate nos vários níveis de Estado, no que diz respeito às suas relações com a sociedade. A IX Conferência Nacional de Saúde é um processo onde estamos avaliando e propondo os avanços em direção à reforma sanitária, superando as dificuldades e os entraves e promovendo a busca de caminhos para a construção do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.3).

Uma das principais tarefas a que esta conferência se propõe é exatamente fazer um balanço dos acontecimentos em torno das resoluções da Oitava, especialmente o programa de desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Muller Neto, analisando as políticas de saúde no Brasil, e especialmente o processo de descentralização e os seus atores, considera que a formulação e o início da implantação do SUDS, em 1987, representou uma radical alteração nas regras do processo decisório.

Muller Neto considera que a avaliação do SUDS ainda não se esgotou, mas ele próprio sustenta que:

1) o SUDS cumpriu importante papel na reforma administrativa do setor, introduzindo importantes elementos racionalizadores como propiciar a superação da fragmentação institucional;

2) também teve um papel político relevante ao desmontar a máquina previdenciária e propor a descentralização, alterando a correlação de forças dos atores envolvidos na tomada de decisão e contribuindo decisivamente para viabilizar as alterações legais no texto constitucional, necessárias à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS);

3) não alterou o modelo assistencial vigente com seus graves problemas, como a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa lucratividade e produtividade dos recursos existentes, a estrutura inadequada de financiamento do setor, a ausência de integralidade das ações etc. Pode-se afirmar que não mudou em nada ou mudou muito pouco a atitude frente ao paciente... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.52).

Muller Neto acrescenta também que surgiu uma série de problemas e obstáculos na implantação do SUDS, que revelaram a insuficiência e a inadequação das mudanças burocráticas. Especialmente quando ficou mais visível a estratégia do SUDS, as resistências tomaram vulto e tornaram-se explícitas as ações de certos atores:

É neste contexto que se arma uma grande articulação nacional, envolvendo políticos fisiológicos e conservadores, o setor privado e a tecnoburocracia inampiana, visando barrar o desenvolvimento do SUDS, substituir os dirigentes reformistas em nível federal e nos estados, e inviabilizar a proposta reformista para a saúde na Constituinte. Após a substituição de Cordeiro e sua equipe do Inamps, todas as armas foram utilizadas para desestabilizar o projeto de descentralização, buscando sempre a desqualificação dos governos subnacionais: atraso no repasse dos recursos; diminuição brutal de recursos alocados no setor a partir de 1988 e, principalmente, 1989; levantamento de suspeita de mal-uso generalizado de recurso por parte dos governos estaduais e municipais; campanhas violentas e sistemáticas na imprensa contra os serviços públicos de saúde, sempre ineficientes quando comparados às 'excelências' do setor privado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.53).

Muller Neto destaca também a diversidade nas ações e nas reações da população no desenvolvimento dos SUDS, apontando para poucas ilhas de apoio de entidades e instituições representativas da população a algumas medidas, principalmente no meio rural, e nos locais onde foram abertos canais de expressão e de representação para a população organizada:

Entretanto, talvez por ainda não se constituir em força política estruturada, ou por desconhecer claramente os objetivos e os direitos que poderia conquistar no processo, ou também por não ter percebido mudanças significativas no padrão assistencial e na sua relação com os serviços descentralizados (já que o processo estava muito voltado para os aspectos administrativos), a população organizada participou na maior parte das vezes apenas formalmente nos conselhos, conferências, reuniões, se-

minários, limitando-se a reiterar apoio ao desenvolvimento do SUDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.53).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a não existência de legislação complementar para regular o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) fez que os anos de 1989 e 1990 fossem ricos nos desenvolvimentos de inúmeras experiências na implantação e na gestão de sistemas municipais de saúde, produtos do processo de descentralização.

Este período caracteriza-se pela heterogeneidade e pela criatividade na busca de novos modelos e alternativas. Deve-se acrescentar que neste período acontecem conflitos de interesse entre os governos estaduais fortalecidos no SUDS e os governos municipais eleitos em 1988 e engajados no processo de maior inovação e descentralização.

Fiori analisa o mesmo período, mas sob a perspectiva dos equívocos, obstáculos e disjuntivas das reformas sociais na década de 1980. Fiori considera que erraram os teóricos, equivocaram-se os políticos e frustraram-se os reformistas:

Os primeiros erraram ao considerar que a transição democrática no Brasil foi apenas uma transição pactuada. Os segundos equivocaram-se ao construir suas estratégias democratizantes sobre o suposto de que a crise econômica que o Brasil enfrentava, desde o início da década de 1980, era conjuntural e não comprometeria jamais uma estrutura industrial sabidamente constituída e preparada para o salto rumo a sociedade democrática. Frustraram-se os últimos, por fim, ao acreditarem que apenas as reformas administrativas e a força das leis seriam suficientes para ampliar a cidadania e comprometer o Estado com suas responsabilidades democráticas liquidando assim a longa dívida social de nossas elites e do poder público com a grande maioria da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 43).

É da maior relevância a análise que Fiori faz da participação dos intelectuais específicos nos governos daquele período recente:

Em síntese, os sanitaristas no governo e na Constituinte, ao proporem a universalização do direito à saúde e ao tentarem adequar as estruturas estatais às novas responsabilidades, desconhecaram inicialmente e acabaram parcialmente derrotados pelo avanço inexorável da crise mais profunda que acompanhava o processo de democratização: uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalizção sociopolítica que o sustentou durante seus longos anos de sucesso industrializante e fracasso social. Na verdade, os reformistas tentaram avançar gerindo instrumentos e impondo novas responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.45).

Este balanço cheio de dificuldades persiste quando se aprecia o processo de construção do Sistema Único de Saúde, onde se encontram obstáculos importantes: as resistências políticas à unificação e universalização do Sistema; a ausência de um tratamento adequado à política de administração e formação de recursos humanos; a lentidão na readequação do modelo assistencial; e, dentre estes, um que inviabilizando o SUS: a política de financiamento do Sistema.

A Constituição Federal de 1988 consagrou o princípio da universalização e da equidade nas ações e nos serviços de saúde, sob o dever do Estado. Entretanto, não foram definidos os recursos financeiros adicionais a serem alocados no Sistema Único de Saúde para fazer frente às crescentes demandas:

A persistir a atual política de financiamento do SUS a universalização do acesso e a equidade na atenção podem ser descartadas. De qualquer modo, pensar em uma revisão desta política passa necessariamente pela definição clara de alguns pontos: qual deve ser o papel do Estado; quais suas prioridades e quem as define; e como consequência, para onde serão alocados os recursos disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.77).

Souza Campos descreve parcialmente a sua experiência no nível municipal, analisando os conflitos e as dificuldades na operacionalização do Sistema Único de Saúde, a partir de ações de reforma na Secretaria de Saúde de Campinas (SP):

No entanto, nem só de idéias, debates e seminários vivem os homens. Necessitamos transformar tanto as consciências quanto às condições de existência das pessoas, através de mudanças operadas nas práticas sociais concretas. Assim, o bem governar demanda que não se fuja aos problemas concretos das cidades, aos dos grupos e classes sociais dominadas, quer exijam respostas imediatas, quer tenham caráter estrutural e demandem soluções mais complexas e radicais, de curto ou de longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 40).

Souza Campos pensa a partir de sua reforma outras reformas que se fazem necessárias:

Resumindo, poderíamos dizer que realizar uma completa reforma administrativa, modificando a gestão dos serviços de saúde, passou a ser um dos principais desafios políticos daqueles interessados em defender a vida. Uma reforma capaz de terminar com o espírito de inércia, descompromisso e conservadorismo tão comum entre amplos setores do funcionalismo público. Esta não é uma tarefa simples: parece mesmo utópica. No entanto, não há outra saída para aqueles que apostam no progresso social e duvidam da eficácia absoluta do mercado como instrumento de relação econômica e social. Os tímidos, os que recusem caminhar por sendas desconhecidas e arriscadas, serão ultrapassados pela crueza dos fatos, serão esmagados pela força dos que se beneficiam com a miséria e a exploração da maioria. Quem ousar, verá. Quem não o fizer, também. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.41)

Avança nas suas elaborações a partir da sua experiência de gestor local enquanto componente estratégico para a implantação do Sistema Único de Saúde e enumera elementos essenciais para a transformação no modo de produção de serviços de saúde:

Trata-se da democratização dos instrumentos de gerência das empresas públicas. Certamente este é o único remédio capaz de atenuar, ou mesmo de controlar a utilização privada da coisa pública. Em relação a este tema, não há mais como ocultar o imobilismo atrás de fórmulas genéricas e demagógicas sem aplicabilidade imediata como a tradicional declaração a favor da participação comunitária. É inadiável a institucionalização de

mecanismos de gestão coletiva dos serviços de saúde. Estas instâncias deveriam ser incorporadas aos organogramas oficiais, sendo regulamentados a partir da discussão aberta entre vários segmentos sociais e do recolhimento de subsídios das próprias avaliações das experiências levadas a cabo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.115).

E, por fim, Souza Campos deriva que no campo da democratização da gestão, do planejamento e da avaliação dos serviços de saúde, é conveniente trabalhar com duas dimensões de representações e de instâncias colegiadas, uma intra-institucional e outra ligando a instituição à sociedade. No primeiro grupo insere o elemento de democratização dos instrumentos de gerência das empresas públicas e no segundo estão os conselhos de saúde:

No segundo grupo estão os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, instância máxima do sistema, onde deverá ser aprovado o Plano Municipal de Saúde, elaborado e discutido em todos os fóruns descritos. Cabe lembrar que ambos já estão previstos na Lei Orgânica do Município e que, portanto, resta-nos implementá-los, consolidando, assim, mecanismos de democracia direta necessários ao desempenho e a desprivatização da empresa pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.42).

Teixeira propõe dimensões analíticas para o processo de municipalização em curso, observado como processo de descentralização que representa diferentes relações de força. Neste sentido a formulação de estratégias exige o conhecimento dos diversos atores que, com suas ações, recursos e mesmo sua inércia podem favorecer ou dificultar o processo.

Teixeira identifica as posições dos atores nas relações de poder:

A principal base de apoio deste projeto de descentralização, supõe-se, serão todos aqueles que hoje em dia não têm acesso aos serviços ou o têm de forma insatisfatória. A dificuldade de acesso pode depender da inexistência dos serviços necessários, da seletividade do sistema, que só garante o direito a atenção a uma parcela da população ou do pagamento de taxas de

utilização dos serviços. As taxas, além de excluir a população mais necessitada, induzem à privatização geral dos serviços. Todavia, a população não dará apoio decisivo a um projeto de descentralização que esteja voltado para os aspectos administrativos e não para a transformação da saúde da comunidade. Da mesma maneira, não se pode esperar dela o apoio político requerido para a mudança das estruturas centralizadas, se não se conhece claramente os objetivos e os direitos que se conquistará neste processo. Assim, quando percebe sua participação como uma manipulação ou como mera utilização de mão-de-obra barata, além de manter restrições ao exercício do direito à saúde, a população nega seu apoio ao projeto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.36).

A descentralização significa, em teoria, a possibilidade de ampliação dos direitos, a autonomia municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização dos instrumentos adequados para o uso e redistribuição mais eficientes dos escassos recursos públicos.

Jacobi aponta também a racionalização na organização territorial das ações e dos serviços:

Nas medidas em que a descentralização representa não só uma opção político-administrativa, mas, também, um processo de mudança qualitativa no plano territorial, o maior desafio no contexto de transição brasileiro é o de estabelecer novas regras de convivência entre as instâncias de poder e a população em geral, visando incrementar os mecanismos de participação e ampliando os processos de democratização do Estado, mais especificamente na administração municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.113).

Jacobi estabelece, contudo, a diferença dos conceitos de descentralização e de participação, que são objetivos políticos complementares em um mesmo processo. São instrumentos de caráter democrático:

Quando se fala de “participação dos cidadãos” deve-se enfatizar que se trata de uma forma de intervenção na vida pública com uma motivação social concreta que se exerce de forma direta, e de um método de governo baseado num certo nível de institucionalização das relações Estado e sociedade... O princi-

pal objetivo da participação deve ser o de possibilitar de forma mais direta e cotidiana o contato entre os cidadãos e as instituições públicas de forma a possibilitar que estas considerem os interesses e concepções político-sociais daqueles no processo decisório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 116).

Jacobi considera que a participação se baseia em uma cidadania ativa e em uma ruptura com as resistências tecnoburocráticas, mas principalmente em uma vontade política dos que governam as cidades de abrir espaços para que não só questionem a ordem estabelecida, mas que garantam a incorporação de grupos de interesses sociais e valores culturais diferentes, potencializando a concretização de mudanças:

A participação configura a possibilidade de os cidadãos representarem um papel relevante no processo de dinamização da sociedade, assim como de exercício de um controle mais permanente e consistente da coisa pública pelo usuário sustentado pelo acesso a informação sobre o funcionamento do governo da cidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.118).

Estabelece-se ainda uma conexão entre a participação e a informação que, segundo Jacobi, deve comportar a possibilidade de comunicação, diálogo e interpretação como parte de um movimento permanente de interação entre o Estado e cidadãos usuários. A participação assume assim, diz Jacobi, um caráter dialógico, em que ambos os lados cooperam na gestão, criando a possibilidade de se desenvolverem ações que representam avanços reais na gestão da coisa pública.

A informação torna-se, na concepção de Jacobi, uma condição de possibilidade “de aproveitamento do potencial dos cidadãos no processo decisório, assim como de democratizar ao máximo o controle da gestão da coisa pública”. A informação produzida pelo centro do poder é assim, implicitamente, considerada como de valor superior.

Jacobi mesmo diz que a “administração” tem meios de produzir e armazenar a informação, mas que não tem sido capaz de disseminar. Este seria, para Jacobi, o “ponto de estrangulamento do processo e objeto de generalização da desinformação e da emergência e multiplicação de concepções

pautadas pelo reducionismo e maniqueísmo ideológico”. A “administração” deve usar todos os meios para motivar e sensibilizar as pessoas, “em sua maioria, desinformadas ou registrando informações deturpadas”.

Santos e Carvalho comentam a participação comunitária na sua forma principal na Nona: o controle social. O controle social é, neste caso, a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral. Entre os modos de controle social são enumerados: representação em órgãos colegiados deliberativos, fornecimento de subsídios às autoridades incumbidas da gestão de serviços e ações e proposição de reivindicações de medidas específicas destinadas a atender às necessidades da população.

Santos e Carvalho advogam que existem formas mais eficazes de controle social do que a participação nos conselhos de saúde. A principal destas formas seria colocar o cidadão no centro do processo de avaliação das ações e dos serviços de saúde:

Quando a avaliação do desempenho do SUS e dos resultados produzidos deixar de se constituir apenas uma tarefa de controle interno dos órgãos do Estado, invariavelmente orientada por critérios fixados unilateralmente e com a utilização de indicadores quase sempre quantitativos e de formulação abstrata e distante da realidade, o serviço público de saúde ganhará autenticidade, porque corresponderá às necessidades da população... Com essa mudança na estrutura e no funcionamento do SUS, que provocará, fatalmente, o engajamento dos servidores públicos na missão de servir ao público, a administração dos serviços de saúde e os resultados da sua atuação em eficiência e relevância social e o Estado deixará de ser o árbitro incontestável do interesse coletivo. O interesse coletivo geral, da população, se evidenciará por meios naturais, ou seja, mediante a declaração de necessidade dos destinatários do serviço e a avaliação por estes feita dos serviços oferecidos pelo Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.121).

Santos e Carvalho apresentam outra forma de controle social que se refere a mudança cultural nos serviços de saúde, com a transformação das relações prestador-usuário no sentido

de uma efetiva busca de resolução e um exercício de responsabilidade. É aquilo que quer dizer o intraduzível *accountability*.

Santos e Carvalho citam Campos que considera que o comportamento dos servidores públicos é consequência das atitudes e dos comportamentos dos próprios usuários e clientelas. Somente a partir da organização dos cidadãos vigilantes e conscientes dos seus direitos haverá condição para *accountability*. Não haverá tal condição enquanto perdurar a relação de tutelamento.

A cidadania organizada pode influenciar não apenas o processo de identificação e necessidades de canalização de demandas, como também cobrar melhor desempenho do serviço público. É neste caminho que se situa o *accountability*. Santos e Carvalho esclarecem:

A accountability na administração pública só acontecerá de fato se houver mudança no conteúdo da relação governo-cidadão. E esta mudança só produzirá efeito na medida em que os cidadãos efetivamente ampliarem e consolidarem as suas organizações e passarem a exigir os seus direitos, em qualquer instância, perante quem quer que seja, e em todas as ocasiões em que ocorrer violação do dever do Estado. A mobilização da comunidade é na verdade o mais poderoso instrumento de controle social, com evidente repercussão no processo de representação popular, na composição dos tribunais e nas linhas de atuação dos meios de comunicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 123).

No texto de referência dos Cadernos da Nona sobre o controle social, tenta-se introduzir a expressão significativa da estratégia de gestão democrática dos serviços de saúde:

A expressão “controle social” procura superar as ambigüidades da noção “participação comunitária”, veiculada por projetos de desenvolvimento comunitário a partir da década de 1940, e no setor saúde principalmente a partir da década de 1970. Ela introduz, porém, outras ambigüidades, à medida que sugere uma separação entre sociedade e Estado, um controlando o outro, não esclarecendo a cristalização de interesses societários no próprio Estado e em seus serviços (1992, p.10).

A IX Conferência Nacional de Saúde gravitou em torno dos temas dos quatro painéis principais:

- 1) Políticas de ajuste econômico estrutural – conseqüências nas políticas públicas;
- 2) Políticas públicas e os caminhos da seguridade social no Brasil;
- 3) Implementação do Sistema Único de Saúde;
- 4) Controle Social na seguridade social e no Sistema Único de Saúde.

O próprio processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, ao lado de outros acentos do contexto nacional, multiplicaram as arenas de conflitos dos interesses afetos à política de saúde, especialmente com a criação dos conselhos de saúde, realização de conferências municipais e estaduais de saúde e avanço na municipalização. E estes interesses em conflito convergiram para a etapa nacional da IX Conferência Nacional de Saúde.

A tese da Central Única dos Trabalhadores (CUT) proclama que o Sistema Único de Saúde (SUS) que querem é público, sob o controle dos trabalhadores, estatizando todas as unidades necessárias para o seu bom funcionamento oferecendo tratamento igualitário e de boa qualidade a todos que necessitem, viabilizando uma atenção integral à saúde, com ênfase na prevenção.

A tese da CUT sobre o controle social é concisa e clara nos seus objetivos:

Participação popular não é controle social. Controle social passa pelo efetivo poder de tomar e implantar decisões. Isso exige formação adequada com o exercício verdadeiro da democracia. É necessário criar instrumentos de controle social que interfiram nas políticas e ações do Estado. Isto será possível com a ampliação da organização da sociedade civil. Os conselhos de saúde, até o momento, têm no máximo permitido a participação. É preciso que eles possam servir como um dos instrumentos de exercício da cidadania, contribuindo de alguma forma para que alcancemos o controle das políticas sociais. Em sua composição, o setor saúde deve ser representado com 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores públicos e privados. A repre-

sentação dos usuários, 50%, deve se dar através de entidades sindicais e populares, escolhidos em fóruns democráticos, e não por entidades patronais ou “filantrópicas”... Todos os estados e municípios ficam obrigados a formar os conselhos de saúde, nos mesmos termos e com as mesmas funções do Conselho Nacional de Saúde (CUT, 1992, p.4).

A Secretaria de Saúde do Município de São Paulo distribuiu as suas teses, que foram apresentadas como proposições para a I Conferência Estadual de Saúde de São Paulo em outubro de 1991, aos participantes da Nona. Cabe destacar o seu discurso de principal governo municipal do Partido dos Trabalhadores (PT), em nível nacional sobre participação e controle social:

A Secretaria Municipal de Saúde investe desde o início de sua gestão na articulação de entidades e movimentos que atuam no setor saúde, formando instâncias democráticas de decisão nesta Secretaria. A Plenária de Entidades e Movimentos interessados na questão saúde no Município de São Paulo constitui um espaço de participação para todos os que querem contribuir para a solução dos problemas de saúde da cidade. É um espaço de organização, mobilização e luta dos movimentos... O Conselho Municipal de Saúde, órgão máximo de deliberação da Secretaria, possui composição tripartite, reunindo representantes de usuários, dos trabalhadores da saúde, dos produtores do serviço e do poder público, sendo a participação dos usuários paritária em relação aos demais segmentos, de acordo com o estabelecido em lei (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1991, p.4).

Na cidade do Rio de Janeiro forma-se o Movimento em Defesa da Saúde, articulado a partir dos conselhos regionais dos profissionais de saúde. Inicialmente direcionado para resgatar os princípios éticos dos serviços, em pouco tempo transformou-se em um sistema de controle de qualidade dos serviços públicos e privados.

Este Movimento partiu das denúncias da situação da rede de serviços, mobilizando a imprensa e órgãos da administração pública. Reunindo atores que protagonizaram a “Oitava”, este Movimento adotou a estratégia de buscar

alianças com a sociedade civil organizada, aparecendo na “Nona” com face própria.

Estes mesmos atores, agrupados nacionalmente por meio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), divulgam documento na abertura da IX Conferência: “Saúde é Qualidade de Vida”, que faz uma dura avaliação do governo Collor:

O que se tem visto é, por um lado, uma prática de esvaziamento e desmontagem da máquina pública no setor saúde e nas demais instituições do campo social dentro da proposta de “Estado mínimo” das políticas de ajuste internacionais e, por outro, a velha e agora exacerbada ação predatória do uso de cargos públicos para benefício pessoal, constituindo um verdadeiro ciclo de apropriação privada da riqueza nacional, através da máquina governamental, redundando nos atuais escândalos de corrupção que vêm sendo divulgados e verificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 22).

A Abrasco e o Cebes solidarizam-se com princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde, quais sejam, a idéia de que saúde é democracia e que o sistema de promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal, equânime e estar sob o controle direto dos seus usuários.

O documento afirma que a saúde deve ser tratada como de responsabilidade pública, isto é, deve ser administrada sob os critérios do interesse público; o que comporta as possibilidades de que nem toda ação seja estatal e nem toda a ação estatal seja pública. O fundamental é a sua identificação com os interesses da população. Daí deriva um dos conceitos fundamentais no atual momento da reforma sanitária:

A canalização das ações políticas para os processos de aperfeiçoamento do controle social, em todos os níveis, a partir das relevantes conquistas dos conselhos e conferências de saúde, com seu caráter paritário e deliberativo definido em lei” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 28).

Os atuais instrumentos de conselhos e conferências precisam ser estendidos a todas as esferas de atuação do SUS para se buscar

outros mecanismos que permitam a apropriação, pela população, das decisões que lhe dizem respeito. É essencial, no entanto, que os órgãos colegiados se organizem e funcionem: obedecendo a paridade; buscando-se uma efetiva representatividade de seus membros; respeitando-se o seu caráter deliberativo; com regularidade e periodicidade; e que divulguem e implementem suas decisões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.30).

As resoluções do Encontro sobre Medicina previdenciária da Associação Paulista de Medicina, realizado em 28 de março, também são distribuídas aos participantes da IX Conferência. É o documento da parcela da corporação médica que defende que “o sistema deve separar, em normas de funcionamento, o conceito de saúde daquele de assistência médica, visto que os primeiros devem ser massificados enquanto a assistência ao doente é individual. A relação médico-paciente deve ser premissa básica do sistema”.

É extremamente relevante mencionar o que dizem as resoluções sobre a participação comunitária e os conselhos de saúde, enunciadas sob o tópico “gerenciamento”:

O gerenciamento das verbas oriundas de dotações orçamentárias e dos recursos da seguridade será efetuado pelo conselho de saúde, de acordo com a lei. A operacionalização dos conselhos municipais, com a conseqüente municipalização de fato, é indispensável ao sistema. Os conselhos de saúde, ouvidos necessariamente órgãos ou comissões técnicas, terão ainda as seguintes atribuições: a) assessorar a comunidade na organização de sua infra-estrutura assistencial; b) estabelecer normas para o atendimento médico; c) criar gabaritos de controle para a assistência médica; auditar o sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.1).

Não menos relevante é o poderoso lobby que se articula em torno da Federação Brasileira de Hospitais, com a Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde, a Confederação das Misericórdias do Brasil, a Associação Brasileira de Hospitais e a Associação Brasileira de Medicinas de Grupo. Estas empresas privadas se autodenominam

entidades não-governamentais, uma corruptela das organizações não-governamentais (ONGs) de ambientalistas.

O manifesto destas empresas privadas, prestadoras de serviços de saúde aos participantes da “Nona” abusa da retórica:

As entidades não-governamentais não querem lutar por interesses capitalistas do setor saúde, mas sim pela liberdade de trabalho em um país que constitucionalmente é capitalista. Não querem visar apenas o lucro de seu trabalho, mas, como todo brasileiro, desejam que, pelo seu trabalho, digno, correto e eficiente, haja uma justa remuneração. Essas entidades, assim como toda a sociedade, repudiam o mau uso do dinheiro público, pois pagam impostos e desejam vê-los bem aplicados... Assim sendo, as entidades não-governamentais do setor saúde estarão presentes na IX Conferência Nacional de Saúde, com o intuito não de criticar, mas de debater, não de pedir, mas de contribuir, não de dividir, mas de somar... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.2).

Por fim, é necessário destacar a Carta de Brasília, aprovada pelo VIII Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado na véspera da abertura da IX Conferência Nacional de Saúde. A carta faz grave crítica ao governo Collor:

No âmbito político, considerou inviável a implementação de qualquer modelo de atenção à saúde dissociada de profundas mudanças na prática política do governo federal. A recessão econômica a que a nação vem sendo submetida, associada às altas taxas de inflação, vem determinando insuportável deterioração das condições sociais, com imediatos reflexos nas condições de saúde da população. Tal situação agravou-se sobremaneira pela crise ética e falta de credibilidade do atual executivo federal (CARTA DE BRASÍLIA, 1992, p.2).

A Carta de Brasília contém uma resolução específica sobre o tema do controle social:

Os direitos de cidadania garantidos constitucionalmente implicam o controle social das ações do governo. As leis só deixarão de ser letra morta na medida da efetiva participação popular

nas suas execuções. Na área da saúde essa participação se traduz no controle da população das ações do SUS, através do conselho de saúde. Nesse sentido, os conselhos devem desdobrar-se até o nível das ações básicas, permitindo ao cidadão exercer a sua participação permanente no âmbito do planejamento e da execução das atividades. A tradução desses postulados, na prática, só será alcançada quando, em cada esfera de governo, os conselhos paritários estiverem criados e funcionando, assim como os conselhos gestores de unidades (CARTA DE BRASÍLIA, 1992, p.2).

A IX Conferência Nacional de Saúde aconteceu sob a forte emoção nacional pelas denúncias de corrupção contra o presidente Fernando Collor, pelos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito do Congresso Nacional e, principalmente, pelas gigantescas mobilizações de rua exigindo ética na política.

Na abertura na IX Conferência, mais de três mil pessoas cantaram de modo forte o hino nacional de depois explodiram aos gritos de “Fora Collor!”. Estas mesmas três mil pessoas aplaudiram de pé o ministro da Saúde Adib Jatene quando este admitiu a existência de uma crise ética e política no País. Este clima contagiou todas as discussões e as resoluções finais.

O balanço do relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde sobre a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) declara que são acidentes de percurso a distância entre os princípios, diretrizes e normas conquistados pela sociedade, expressos na Constituição Federal e nas Leis, e as formas reais das ações e dos serviços, assim como a qualidade de material de vida da população:

Neste sentido, a maior parte das análises, propostas e moções revela a grande frustração e indignação dos participantes da Nona com a ausência de vontade política e decisão de implantação do SUS, encabeçada pelo governo federal, que se recusa a dar passos concretos nesse sentido... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.15).

Esta frustração e indignação eram apresentadas no início do relatório final, no qual fazia-se uma defesa: “Garanta-se a Constituição!”, proclamava-se uma certeza: “Cumpra-se a Lei! E Implante-se o SUS!”. E, finalmente, gritava-se um desabafo: A Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira.

Esta Carta à Sociedade Brasileira afirma em defesa da vida e da ética e apresenta uma conclusão: Fora Collor Já! É grave o seu diagnóstico:

O povo brasileiro vive a penúria de um modelo econômico que marginaliza e discrimina a maioria. Este modelo econômico aumenta a miséria e determina uma perspectiva de vida pequena. Por isso, a luta pela seguridade social e pelo Sistema Único de Saúde é um ato de legítima defesa daqueles que nada têm, mas que representam a dignidade de quem exige democracia e justiça. Não suportamos mais a miséria. Não queremos essa sociedade violenta, queremos ter o direito à vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.4).

O relatório final da Nona enuncia que o controle social da Seguridade Social e da promoção da qualidade de vida da população é um elemento da democracia e do exercício da cidadania. Entretanto, o texto advoga que “a participação, independentemente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social”.

O relatório final da IX Conferência afirma-se que o fortalecimento instâncias públicas como fóruns legítimos de articulação e resolução dos conflitos de interesses que permeiam as relações entre o Estado e a sociedade é uma necessidade categórica. Contudo, a avaliação dos conselhos de saúde apresenta problemas:

No que diz respeito aos conselhos de saúde tem-se observado o não cumprimento efetivo da Lei Orgânica da Saúde sob diversas formas: indicação de representantes de usuários pelo poder executivo; transformação do secretário da Saúde em presidente nato do conselho; não implantação dos Conselhos ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo; depósito de recursos alocados aos fundos em contas correntes de denomina-

ção indicada pela prefeitura; ausência de divulgação das ações realizadas pelos conselhos; desvinculação dos conselhos das conferências de saúde; desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.33).

A IX Conferência aprovou também que as conferências de saúde são os fóruns para a definição das regras para formação, funcionamento, mandato e mecanismo de escolha dos representantes dos diversos segmentos que compõem o conselho de saúde. É necessário mencionar que no que se refere à representação de usuários a Nona reprovou as associações de empresários e profissionais de saúde.

A dualidade no caráter dos conselhos de saúde representados na “Nona” é perceptível quando se compõe entre as suas atribuições a averiguação de denúncias dos usuários quanto aos serviços de saúde e o estabelecimento de critérios para a designação dos cargos de confiança na administração pública.

É aprovado que os conselhos de saúde devem apreciar os planos de saúde na sua esfera de governo, e apontar as prioridades na alocação de recursos financeiros disponíveis, “acabando com o clientelismo”. Os conselhos de saúde devem também apreciar a prestação de contas do SUS, produzindo e publicando análises “em linguagem acessível aos usuários”. É curioso que se acredite que os demais segmentos sabem analisar demonstrações financeiras.

O relatório final da Nona diz que o acesso à informação é requisito para a viabilidade do funcionamento dos conselhos de saúde. E como medida operacional específica a Nona aprova:

Treinamento, através de oficinas de trabalho periódicas, para a capacitação dos conselheiros municipais para exercerem corretamente suas atribuições, dando informações específicas e necessárias sobre como funciona o sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.37).

A IX Conferência aprova a obrigatoriedade na implantação e no fortalecimento dos conselhos gestores em todas

as unidades prestadoras de serviços nos três setores da seguridade social, observando a paridade entre os usuários e os demais segmentos representados.

A “Nona” também recomenda ao Conselho Nacional de Saúde que determine aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis, a criação de centrais de atendimento ao usuário, com o objetivo de assegurar um canal de comunicação entre o sistema e os usuários.

E que o Conselho Nacional de Saúde determine aos órgãos do Sistema Único de Saúde que se use linguagem e símbolo visual único na identificação e na sinalização das unidades prestadoras de serviços, nos impressos e na frota de veículos. E também que se afixe em local visível os direitos dos usuários.

O relatório final da “Nona” diz também que os meios de comunicação são fundamentais para a disseminação da informação e propõe que seja garantido espaço gratuito aos conselhos de saúde e aos gestores do Sistema Único de Saúde para divulgar as suas ações e as suas resoluções.

É necessário destacar que, como resquício de uma estrutura de seguridade social e de assistência médica baseada em princípios de corporações, a Nona aprova resoluções sobre a assistência à saúde do trabalhador que mostram os conflitos de interesse no interior do próprio sindicalismo operário. Por um lado, são aprovados como mecanismos de controle social proposições fortemente corporativas:

Fomentar a realização pelos sindicatos, federações e confederações do controle das ações de higiene e saúde do trabalhador e de segurança do trabalho, bem como o acompanhamento das ações de medicina do trabalho. Atribuir aos sindicatos poderes para o exercício de fiscalização sobre o recolhimento de contribuições devidas à Seguridade Social... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 40).

Por outro lado, outras resoluções da Nona atestam que os conflitos de interesse apontam para a existência de privilégios de certas categorias:

Recomenda-se que sejam desenvolvidas campanhas objetivando desestimular que o movimento sindical incorpore nos acordos coletivos a exigência de plano de saúde privado e seja estimulada a utilização e o controle sobre o funcionamento dos serviços públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.43).

O relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde reafirma os princípios do relatório final da VIII Conferência que foram consagrados na Constituição Federal de 1988 e oferece proposições para que se concretizem, explicitando as tarefas e as responsabilidades dos diversos atores sociais no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O relatório final da “Nona” consiste em contribuição que vai além do espaço das ações e dos serviços de saúde:

Ao declarar imprescindível a democratização do Estado, o acesso à informação, o fortalecimento dos mecanismos de controle social e o comprometimento das diversas instituições sociais para que se obtenha como resultado a ação estatal almejada, a IX Conferência Nacional de Saúde aponta o caminho de modernidade e de democracia que a sociedade brasileira deseja para todos os setores da vida social. Por essa razão, é tido como certeza que cada conselho de saúde, na sua esfera, cumprirá e fará cumprir as resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.45).

UMA PERSPECTIVA DOS ACONTECIMENTOS EM JOINVILLE (SC)

Os acontecimentos dispersos que serão reunidos nesta dissertação são valorizados pela sua existência no processo de organização do Conselho Municipal de Saúde de Joinville (Santa Catarina), a partir da ação de interlocutor privilegiado e de colecionador metuculoso de documentos.

A dissertação genealógica não pretende recuar no tempo para estabelecer o encadeamento dos acontecimentos singulares. Estes acontecimentos singulares não progridem e não se desenvolvem. Eles não têm origem ou estado de larva e não tem ideal final. Eles não têm um destino que deve ser realizado.

Os acontecimentos singulares são inéditos e são criações do tempo. Eles são erupções nas relações de forças da formação histórica contemporânea no espaço de uma cidade. Eles são as violências cotidianas de uma sociedade que articula os sistemas de leis e as máquinas de guerra. Os acontecimentos singulares são históricos.

A origem quimérica dos acontecimentos singulares que nos interessa inscrever aqui é a promulgação da Lei Orgânica do Município de Joinville em 2 de abril de 1990, em cujo preâmbulo está escrito:

O povo de Joinville, integrado à nação brasileira através do Estado de Santa Catarina, sob a proteção de Deus e no exercício dos poderes que lhe são atribuídos pelas Constituições da República Federativa do Brasil e do Estado de Santa Catarina, por

seus representantes, livre e democraticamente eleitos, promulga esta Lei Orgânica do Município (LOM, 1990, p.9).

A Seção III do Capítulo VII das políticas sociais do Título III da organização do governo municipal da lei que trata da política de saúde, arts. 140 a 147. O art. 140 confirma o princípio constitucional de que a saúde é um direito de todos os municípios e dever do Estado.

O art. 142 define que para o cumprimento do artigo anterior, isto é, para atingir os objetivos de prestar serviços de atendimento à saúde da população, o município criará o Conselho Municipal de Saúde, com participação comunitária, cujas atribuições e composições serão definidas em lei.

O parágrafo único deste artigo define que para atender os objetivos do Conselho Municipal de Saúde serão levadas em consideração as prioridades estabelecidas nos conselhos locais de saúde existentes ou a serem organizados pelas comunidades dos bairros e distritos do município.

O §1º do art. 144 estabelece que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão administrados por meio de um fundo municipal de saúde, a ser criado na forma da lei, vinculado à Secretaria de Saúde do Município e subordinado ao planejamento e controle do Conselho Municipal de Saúde. O art. 145 estabelece o regime de co-responsabilidade entre a Secretaria de Saúde do Município e o Conselho Municipal de Saúde na execução da política, das ações e dos serviços de saúde no município.

A partir da promulgação da Lei Orgânica do Município de Joinville (SC), volta a se reunir a plenária pró-participação popular, espaço de articulação de organizações civis, sindicatos operários e associações de moradores. Esta plenária existiria antes da promulgação da lei como *lobby* de interesses ditos populares.

O principal objetivo da plenária era a mobilização para que fossem regulamentados os conselhos de políticas sociais que estavam inscritos na Lei Orgânica do Município. Então a nossa genealogia deve desviar no tempo e no espaço para o primeiro semestre de 1989 no município de Florianópolis, capital de Santa Catarina.

É de Florianópolis que virá a primeira proposição de Conselho Municipal de Saúde de Joinville, a partir da descrição daquela experiência dentro da plenária pró-participação popular. A partir de uma iniciativa do governo municipal de Florianópolis, foi desencadeado um processo de organização do Conselho Municipal de Saúde.

De acordo com o projeto de lei em torno do qual se realizaram as reuniões comunitárias o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis seria órgão deliberativo, que teria por finalidade definir a política municipal de saúde, levantar as necessidades sentidas nas regiões administrativas para a elaboração do Plano Municipal de Saúde e definir as diretrizes e aplicações de recursos do Fundo Municipal de Saúde.

O projeto de lei definia também que o Conselho Municipal de Saúde seria composto exclusivamente por representantes comunitários, eleitos em conformidade com a regionalização administrativa do município de Florianópolis. Cada uma das 14 regiões administrativas teria um representante eleito por todas as entidades comunitárias.

Foi com base nesta proposição de Conselho Municipal de Saúde que a plenária pró-participação popular de Joinville organizou reuniões. Este processo foi assumido pela Coordenação Diocesana da Pastoral da Saúde, que passou a mobilizar as suas próprias bases sociais para discutir e organizar o Conselho Municipal de Saúde. E foi exatamente a partir desta mobilização que as reuniões sobre os conselhos de saúde tornaram-se mais intensas e com maior número de participantes.

A plenária pró-participação popular elabora a sua própria proposição de Conselho Municipal de Saúde de Joinville, em um projeto de lei com nove artigos. O Conselho deveria ser órgão deliberativo, com atribuições de acompanhar, controlar e avaliar o Sistema Único de Saúde, elaborar e aprovar o Plano Municipal de Saúde e definir diretrizes para a aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde.

É relevante notar que neste projeto de lei o Conselho Municipal de Saúde seria composto por representantes dos Conselhos Locais de Saúde. Cada conselho local de saúde

elegeria um representante para cada 20 mil habitantes da sua base territorial, que seriam as regiões administrativas do plano diretor do município em vigor.

A plenária pró-participação popular divulga um documento que afirma que o núcleo das tensões na organização do Conselho Municipal de Saúde está exatamente na definição de sua composição. O eixo de argumentação desta representação por parte dos conselhos locais de saúde é a defesa do sufrágio universal e da igualdade do direito de voto.

A plenária pró-participação popular não define a sua proposição no que se refere ao modo de articulação da Secretaria de Saúde do Município com o Conselho Municipal de Saúde. Por outro lado, em função da sua base estritamente comunitária, a plenária pró-participação não consegue incluir os profissionais de saúde no seu projeto de lei de participação comunitária.

O documento divulgado adverte que o Conselho Municipal de Saúde não resolve os problemas nas ações de saúde, principalmente a escassez de recursos financeiros. Por outro lado, este Conselho seria um modo de equacionar os diferentes interesses na política de saúde. Em conclusão, a plenária pró-participação popular é clara: “Nenhuma manobra regimental poderá substituir a organização comunitária em torno de um conselho municipal e dos conselhos locais.” A mobilização comunitária será o maior avalista de qualquer regimento do conselho municipal:

A primeira grande mobilização sobre o Conselho Municipal de Saúde é uma reunião de associações de moradores e demais cidadãos interessados, convidada pela plenária pró-participação popular para o dia 23 de junho de 1990, no auditório do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Joinville.

O convite chama para discutir o projeto de lei de iniciativa popular que regulamente a criação e organização do Conselho Municipal de Saúde:

A plenária pró-participação popular elaborou um projeto de lei que regulamenta a criação de um Conselho Municipal de Saúde com poder para decidir (deliberativo), e composto por re-

presentantes dos conselhos locais de saúde, organizados em cada uma das regiões administrativas do Município. Os membros dos conselhos deverão ser eleitos em processo organizado pelas entidades comunitárias de cada região administrativa.

O projeto de lei é protocolado na Câmara de Vereadores, subscrito pelos vereadores João Fachini, Luiz Alberto de Souza carvalho, Waldomiro Dordet e João Luiz Sdrigotti, sob o nº 53/90. E a partir deste protocolo o projeto de lei vai para a Comissão de Legislação e Justiça, que recebe um parecer da assessoria jurídica.

A assessoria jurídica da Câmara de Vereadores contesta o projeto de lei advogando que a criação dos conselhos municipais é competência privativa do Poder Executivo Municipal. Portanto, o projeto de lei feriria a Lei Orgânica, por usurpação da iniciativa, o que conduz a nulidade insanável. E, além disso, a assessoria jurídica opina:

Por outro lado, além do problema da ilegalidade, o projeto é tecnicamente muito ruim, de modo que mesmo para ser utilizado como sugestão ao Executivo, para acompanhar indicação propondo a criação do Conselho, seria preciso melhorá-lo. O Poder Legislativo joinvillense tem condições de elaborar um projeto tecnicamente melhor.

A plenária pró-participação popular solicita o parecer de outro advogado sobre o projeto de lei. E apenas para atestar que existem advogados para acusar e defender, este outro afirma que a proposta tem enorme valor para a sociedade, principalmente sob a ótica da transparência das ações do poder público no investimento do dinheiro público, melhor serviço, democratização das decisões sobre as reais prioridades no setor.

O pequeno grupo de profissionais de saúde que se reúne para discutir a organização dos conselhos de saúde se articula também como comitê da saúde da Frente Popular de Santa Catarina. É uma opção em face das eleições para o governo estadual, assembleia legislativa e representação federal.

Esta opção é bastante específica. Acontecem diversas reuniões na casa do vereador João Fachini, do Partido dos Trabalhadores (PT), e candidato a deputado estadual. O convite à participação afirma a importância da presença de João Fachini na Câmara de Vereadores, como porta-voz informal da plenária pró-participação popular, e propõe avançar na ocupação de espaço em nível estadual.

O documento de fundação do comitê da saúde da Frente Popular proclama que o mesmo está “aberto a todos os que quiserem colaborar na construção de uma política democrática e popular de promoção, proteção e recuperação da saúde. A construção de uma política de saúde não é tarefa para especialistas, ou para grupos multiprofissionais. Ela deve resultar de ampla comunicação, não só das diversas perspectivas disciplinares, mas também dos diferentes conhecimentos não-formais e populares”.

Este comitê da saúde organiza dois seminários regionais de política de saúde da Frente Popular, ambos realizados no auditório do Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias de Materiais Plásticos. O primeiro é realizado em 4 de agosto e o segundo, em 15 de setembro de 1990. Estes seminários ampliam a comunidade de comunicação das proposições do pequeno grupo inicial. São os primeiros esboços de um interesse de mudança nas ações de saúde. O Conselho Municipal de Saúde atravessa todas as discussões.

Deve ter registro que um dos expositores, o médico Marco da Rós, do Partido Comunista (PC) e de Florianópolis, faz restrições com ênfase ao espaço dos conselhos de saúde em oposição aos instrumentos tradicionais de organização: sindicatos e partidos políticos.

A plenária pró-participação popular convida os vereadores para uma reunião para discutir o projeto de lei que regulamenta a criação do Conselho Municipal de Saúde para agosto de 1990. Eles não aparecem. No dia 21 são realizadas reuniões nas quatro regiões administrativas do município para discutir a formação dos conselhos locais de saúde. Todas estas reuniões são formalizadas em salões paroquiais. Dezenas de pessoas participam.

Na reunião de 23 de agosto do comitê da saúde da Frente Popular discute-se no pequeno grupo os rumos após as eleições, que são consideradas apenas pretexto para aqueles encontros. O entendimento é no sentido de investir na organização dos conselhos de saúde e de elaborar um projeto assistencial experimental em atenção primária de saúde. É uma opção micropolítica de dar resposta local a pergunta local:

Um projeto experimental de atenção primária de saúde pode e deve ser desenvolvido em Joinville. A construção de tecnologias apropriadas para a promoção e proteção da saúde torna-se necessária tanto pelo esgotamento do modelo assistencial, como pelas possibilidades de serem criadas alternativas viáveis e melhores. A sociedade pode estabelecer mutações não porque lhe falte saúde, mas porque lhe sobre potência de criar diferentes formas de se relacionar com seus corpos e com suas vidas. Há que ser artista, poeta e político.

A plenária pró-participação popular organiza uma manifestação dentro da Câmara de Vereadores, no dia 23 de setembro de 1990, para pressionar os vereadores a discutirem e a aprovarem o projeto de lei que regulamenta a criação do Conselho Municipal de Saúde: “Vamos encher o prédio da Câmara, as escadarias, o pátio e a rua. Cidadão consciente, que quer fazer valer um direito conquistado, não deixa de participar e leva mais gente. Saúde é vida. Se queremos viver, vamos lutar por ela.”

É então que acontece o primeiro registro na imprensa local sobre a discussão e a mobilização em torno do Conselho Municipal de Saúde: “Movimento popular quer conselho de saúde já.” O texto esclarece:

Cerca de 80 pessoas portando faixas e cartazes participaram de ato público na Câmara de Vereadores de Joinville, na última quinta-feira, para sensibilizar os parlamentares sobre a regulamentação do art. 142 da nova Lei Orgânica, onde está prevista a criação de um Conselho Municipal de Saúde com a participação de segmentos organizados da sociedade. A manifestação, promovida pela plenária pró-participação popular na

Constituinte, durou todo o período de sessão com os membros da entidade, pastor Remy Hofmaester e o médico Clóvis Lima, ocupando a tribuna para explicar aos vereadores da importância da participação popular na definição da política de saúde de Joinville. Em junho último, a plenária apresentou à Câmara um projeto pronto de Conselho Municipal de Saúde, com regras sobre a composição e prerrogativas, bem como seu grau de autonomia para decidir sobre onde investir, quem contratar, como atender e qual a melhor política de saúde pública para o município. O projeto, subscrito pelos vereadores João Fachini, Luiz Alberto Carvalho, Waldomiro Dordet e outros, acabou engavetado no Legislativo por conta do parecer da assessoria jurídica da casa, segundo o qual tais definições são de competência do Poder Executivo. A plenária discorda dessa posição e pede que os vereadores solicitem a devolução do projeto para apreciação em plenário em um prazo de 30 dias. A nova LOM prevê a criação de mais sete conselhos municipais com a participação de segmentos organizados da sociedade (1990:05).

A plenária pró-participação popular tenta aproximar-se dos profissionais de saúde e faz uma reunião no dia 15 de outubro de 1990 no auditório do Hospital Municipal São José, propondo-se a discutir o projeto de lei que regulamenta a criação do Conselho Municipal de Saúde como instrumento eficaz para a definição da política de saúde. É à busca de outros interlocutores.

Um edital de divulgação do Conselho de Política Científica e Tecnológica (CONCIET) da Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia, das Minas e Energia catalisa a mobilização dos profissionais de saúde. Este edital convoca a concorrência aos recursos de um fundo rotativo de fomento a pesquisa em várias áreas, inclusive na área da saúde.

A partir deste edital, os profissionais de saúde articulados em torno da plenária pró-participação popular e do comitê da saúde da Frente Popular se empenham na elaboração de um projeto de pesquisa de construção de métodos e tecnologias apropriadas para a atenção primária de saúde: a Fábrica de Saúde.

O resumo do projeto de pesquisa Fábrica de Saúde assim define:

A Fábrica de Saúde é um espaço de ações e serviços assistenciais individuais e de grupo que pretende atuar com trabalho multiprofissional. A equipe de trabalho deve estabelecer processo de interação dialógica com a população alvo, no sentido de construir métodos e tecnologias apropriados para a atenção primária de saúde. O objetivo é o relacionamento criativo entre o conhecimento formal e não-formal, que garanta a legitimação às ações e serviços e maximize os benefícios sociais do uso de recursos financeiros. O projeto deve documentar e disseminar socialmente seus processos e produtos, operando ainda como campo de treinamento e estágio em atenção primária de saúde (1991:08).

Este grupo de profissionais de saúde busca ampliar a sua comunidade de comunicação e cria um centro de pesquisas em ciências da saúde em Joinville, onde se agregam pessoas das mais diversas origens e com os mais diversos interesses. Abre-se efetivamente espaço para um diálogo referenciado na qualidade do trabalho. É muito relevante para o processo que haja dispersão dos participantes.

Entre os produtos do projeto de pesquisa Fábrica de Saúde está o convênio de colaboração técnica e científica que fazem entre si a Associação Catarinense de Ensino (ACE) e a Fundação Educacional da Região de Joinville (FURJ), a primeira privada e a segunda pública. É a primeira vez que essas duas instituições de ensino superior se unem para executar ações conjuntas. O convênio é assinado em 3 de dezembro de 1990:

O presente convênio tem por objetivo a cooperação técnica e científica para o desenvolvimento do projeto de pesquisa denominado 'Fábrica de Saúde' – construção de métodos e tecnologias apropriadas para a atenção primária de saúde. A colaboração ao projeto das instituições se dará no desenvolvimento do trabalho de pesquisa e na organização de áreas de estágios curriculares dos cursos afins... (1991:08).

A outra direção para onde fluem as forças desse grupo disforme é para a discussão da criação do núcleo da saúde do Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Joinville, um espaço de articulação, discussão e mobilização. O Centro de

Defesa dos Direitos Humanos de Joinville é a entidade em torno da qual gravita a Plenária Pró-Participação Popular.

Esse grupo sabe de sua existência pública e quer negar a forma-partido e a forma-terapia. Ele se propõe a intensificar e dar velocidade aos processos e procedimentos, multiplicidades que não se reduzem ao uno. Ele não quer recodificar o familiar ou forjar a homogeneização excludente. É a modulação suave dos excessos de potência.

O editorial do jornal local *A Notícia*, de 19 de julho de 1990, adverte que a área da saúde em Joinville está enfrentando uma série de problemas, que estão a exigir medidas imediatas para sua solução. A situação, sem qualquer intenção de dramatizá-la, é realmente crítica, a começar falta de leitos hospitalares. Outro aspecto negativo, focado em reportagens, é a carência de pessoal para trabalhar na enfermagem, o que inviabiliza o atendimento, embora haja médicos em número suficiente para as atuais necessidades.

O editorial diz que a realidade não admite contestações e só pode ser transformada com o interesse e o trabalho da comunidade, não importa de que forma:

O novo secretário da Saúde, Mário Brehm, quando de sua posse, na terça-feira, garantiu que a prioridade da secretaria será a resolução desses problemas e da situação da escola de auxiliar de enfermagem, que não cumpria adequadamente com sua função de formar profissionais. O secretário merece um voto de confiança e espera-se que suas palavras não caiam no vazio (1990:02).

O editorial termina dizendo que é absolutamente necessário salientar que a saúde e a educação sempre foram tratadas com descaso no País. A saúde tem uma estrutura deficiente sob todos os aspectos, diz o editorial, vitimando milhares de pessoas que ficam à própria mercê, contando com a sorte. Não se poderia culpar o acaso pela situação lamentável a que se chegou. E se ela é o resultado de erros repetidos por anos, é hora de revertê-la sem perda de tempo.

Uma carta de leitor, publicada em 22 de julho de 1990, contesta a afirmação do editorial que dizia que os 350 médicos seriam suficientes para as necessidades. E complementa:

Joinville precisa de um plano municipal de saúde que defina um modelo assistencial específico, que defina as prioridades, que direcione os investimentos. Caso contrário, ficar-se-á nessa gestão de crises (1990:02).

Em primeiro de novembro, os laboratórios de análises contratados pela Secretaria de Saúde do Município pediram descredenciamento como forma de pressão para obter melhor remuneração pela prestação de serviços. No mês de outubro foram mais de dez mil exames realizados.

A matéria do jornal traz como subtítulo uma posição bastante clara: o problema só será solucionado com aumento dos preços pagos pelo SUS. E o texto afirma:

Não restando nenhum laboratório para fazer análises clínicas através do SUS, a população, nos últimos dias, tem recorrido ao Hospital Municipal São José. Acontece que o laboratório daquele hospital já estava sobrecarregado de serviço, não tendo condições de atender a maioria dos casos. Com isso, a população que não tiver convênios com Unimed, Bradesco Seguros ou outro do gênero, se quiser uma análise clínica, terá de arcar com os custos totais. Sabe-se, no entanto, que a maior parte da população não reúne as mínimas condições para bancar os custos de exames clínicos. Para regularizar a situação, a esperança é que o SUS faça um reajuste em sua tabela, motivando os laboratórios a voltar a trabalhar para o órgão (1990:05).

Em dezembro, são municipalizados os dois postos de assistência médica (PAM) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no município de Joinville. É assinado um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Saúde do Município. O governo estadual descarta naquele momento a municipalização dos dois hospitais públicos estaduais em Joinville.

Nesta época, o município de Joinville é também incluído no programa de modernização da saúde – Pró-Saúde do Ministério da Saúde, que garante a aplicação de recursos financeiros da União e da Seguridade Social na melhoria das ações e dos serviços. É também escolhido para ser piloto na implantação de consórcio intermunicipal.

Brehm publica material de propaganda sobre as proposições de mudança na Secretaria de Saúde do Município e assume o discurso do Sistema Único de Saúde (SUS):

A municipalização da saúde torna-se uma estratégia fundamental no processo de reforma sanitária, pois só assim o Sistema Único de Saúde terá êxito na sua proposta de reestruturar as práticas existentes, com isso garantindo a eficácia das ações junto à população.

O material de propaganda contém também as metas para o biênio 91/92 da Secretaria de Saúde do Município: criação e estruturação da Fundação Joinvillense de Saúde, Constituição Municipal de Saúde, composição do Conselho Municipal de Saúde de forma paritária, aplicação de 10% do orçamento do município na área da saúde, elaboração e implantação do Plano de Carreira, construção e funcionamento de 18 novos ambulatórios, construção do hospital infantil etc.

Em 14 de dezembro de 1990, o Prefeito Municipal Luiz Gomes envia a mensagem nº 118/90 à Câmara de Vereadores, que solicita autorização legislativa para a criação do Conselho Municipal de Saúde e da Fundação Joinvillense de Saúde. O próprio Prefeito Municipal acrescenta:

Cumpre-nos esclarecer que a criação do citado Conselho é de máxima importância para tornar viável o repasse direto de recursos financeiros do Ministério da Saúde.

A mensagem nº 118/90 propõe um Conselho Municipal de Saúde paritário entre instituições públicas e sociedade civil organizada. É de extrema significação dizer que a proposição compõe o Conselho Municipal de Saúde com sete representantes do governo municipal, um do poder legislativo municipal, três da esfera policial e militar, quatro de profissionais de saúde, um de hospitais privados, dois de sindicatos de trabalhadores, em um total de 22 membros.

A mensagem nº 118/90 propõe que o Poder Executivo fica autorizado a transferir por doação bens móveis dos órgãos da Divisão de Saúde da Comunidade da Secretaria de Saúde do Município para a Fundação Joinvillense de Saúde. A es-

trutura, detalhamento da competência, atribuições e funcionamento da Fundação seriam definidos em estatuto próprio aprovado por decreto do chefe do Poder Executivo. A Fundação deveria ter personalidade jurídica de direito privado.

É necessário citar artigos de opinião publicados nos boletins da Sociedade Joinvillense de Medicina no segundo semestre de 1990. É muito importante a palavra do presidente da Sociedade em agosto daquele ano: “O médico de Joinville foi aliado da escolha do secretário Municipal de Saúde e, surpreendentemente, a SJM não foi convidada para a posse do secretário.”

O boletim especial seguinte traz editorial forte: “SOS erro do Prefeito”. O editorial bate no secretário de Saúde do Município:

É indiscutível que a causa básica do mau estado da saúde no Brasil é econômica. Não significa, porém, que necessitamos de um economista para solucioná-la. Necessitamos é de verbas... Nada tenho contra os economistas, a não ser o fato de que não conseguiram resolver os problemas econômicos de nosso País. Mas, quem sabe eles entendam mais de saúde do que de economia, como pensa nosso Prefeito...

O editorial bate também nos grupos econômicos que sustentam o governo municipal e, especialmente, no secretário de Saúde do Município:

Se tivéssemos que optar entre os médicos e os empresários brasileiros para sabermos quem é o bom e quem é o mau, esta opção seria muito fácil... Estes super-homens com seus complexos de falsa superioridade precisam aprender sobre a vida... Precisam aprender o valor da própria vida. Gostaria de perguntar ao prefeito e empresários se pretendem mandar seus filhos para tratarem nos ambulatórios da Prefeitura.

Por fim, o editorial bate mais forte na tecla que é muito cara àquela Sociedade: o controle do mercado de trabalho médico. E diz:

Nosso Prefeito pretende continuar trazendo médicos de fora, recém-formados e que não estão ainda devidamente preparados

para pegar o lugar de colegas que já atuam na cidade e que não trabalham nestes ambulatórios devido aos baixos salários oferecidos, que são na verdade salários de peão. Será desta forma que ele pretende melhorar a saúde de nossa cidade?... O que acontecerá no dia em que um desses colegas recém-formados e trazidos para nossa cidade pelo Prefeito (sem o aval da classe médica) cometer um erro e alguém perder a vida?

O editorialista segue em sua fúria contra o governo municipal:

Respeito os colegas da Prefeitura. Mas não respeito a política de saúde da Prefeitura. Houve uma época em que havia até concurso para trabalhar na Prefeitura. Hoje sabemos que não é bem assim. Parece que a política dos empresários de trazer gente de fora é contagiosa...

Os grupelhos se dissolvem. A plenária pró-participação popular se dissolve. O comitê da saúde da Frente Popular se dissolve. O centro de pesquisas em ciências da saúde se dissolve. O núcleo da saúde do Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Joinville não se forma. Entretanto, eles persistem em cada um dos que passaram por seus espaços virtuais.

De todas as iniciativas dos grupelhos apenas o projeto de pesquisa Fábrica de Saúde se consolida. Ele assume a radicalidade de trabalhar em atenção primária de saúde nas margens da cidade, no meio das violências periféricas da cidade industrial, entre as pessoas que migraram em busca de um sonho qualquer e foram morar sobre os manguezais.

Esta marginalidade da Fábrica de Saúde faz de sua própria existência um acontecimento de ruptura nas estruturas sociais e uma afirmação no campo dos desejos coletivos. É esta Fábrica de Saúde viverá entre a escassez de recursos para operar seus objetivos proclamados e as proposições de financiamento aniquiladores de sua autonomia e de suas criações.

Entretanto, o pequeno grupo que trabalha na Fábrica de Saúde não deixa de acenar:

Ainda funcionando em condições precárias, a coordenação da Fábrica de Saúde está aguardando do poder público, das em-

presas privadas e das associações comunitárias apoio material e financeiro para viabilizar o trabalho. 'O objetivo da Fábrica é, dentro de dois anos, ser uma unidade assistencial modelo para a atenção primária de saúde em Santa Catarina, dentro da lógica empresarial de baixo custo e maior benefício, com tecnologias simples e serviços de qualidade'... (1991:05).

A Fábrica de Saúde é inaugurada em 16 de março de 1991, um sábado à tarde. São distribuídos convites a mais de quatrocentas famílias que moram na Vila Paranaense: “Neste sábado, às 3 da tarde, no galpão do centro comunitário da Vila Paranaense. Traga toda a sua família. Para as crianças, jogos e brincadeiras! Para os adultos, relatório do trabalho da Fábrica de Saúde até agora e divulgação dos planos! Precisamos arrumar o galpão já, depende da colaboração de todos.”

É necessário recordar que a própria instalação da Fábrica de Saúde no galpão do centro comunitário fora aprovada em assembléia geral da Associação de Moradores da Vila Paranaense em dezembro do ano anterior. Esta inauguração é quase uma celebração à força de vontade e à persistência, à alegria de vencer o desafio e à solidariedade, único instrumento de entendimento quando não se tem poder ou dinheiro. É uma festa.

O balanço de 180 dias atesta o êxito da idéia, em primeiro lugar, pelo simples fato de estar existindo, quando a maioria dos projetos não sai do papel:

A Fábrica contabiliza 180 dias de trabalho descontínuo e contextual na Vila Paranaense com um diagnóstico social a partir de 490 entrevistas domiciliares, com um diagnóstico sanitário que detectou a necessidade de investimento em saneamento básico que está sendo realizado, com prestação de serviços assistenciais de programas na Escola Navarro Lins e no galpão comunitário, e com a formação de um grupo de agentes de saúde. Entre os programas de serviços assistenciais que estão sendo executados destaca-se o trabalho de higiene oral na Escola, com a introdução de técnicas de motivação e de participação. Além deste, a criação e manutenção de uma oficina de artes se destaca: são as crianças que usam o espaço para expressar seus desejos e interesses de bem-estar. Este período ensinou a

trabalhar sem recursos financeiros regulares e a falar a linguagem do diálogo com os diferentes grupos que existem na Vila Paranaense. A Fábrica de Saúde é um contexto de articulação de diferentes desejos e interesses. É um espaço de ação coletiva, onde a criação é quase uma exigência da instabilidade das formas. É preciso estar atento e forte para se apropriar antropofagicamente das ações de promoção do bem-estar, de proteção do meio ambiente, de educação ética e estética, de produção de uma grande saúde e alegria (1991:08).

Em matéria publicada no jornal local diz-se que o projeto pioneiro é reconhecido e que “A Vila Paranaense apóia a ação comunitária para promoção da saúde”. O coordenador da Fábrica de Saúde desabafa:

As pessoas começam a entender que a Fábrica de Saúde não é um caso de filantropia, mas uma alternativa bastante viável de se proporcionar saúde a um público bem maior sem precisar maiores recursos... A idéia da Fábrica de Saúde surgiu da própria insatisfação dos profissionais com o atendimento feito pelos órgãos públicos. A gente está tentando concretizar uma proposta que seja o contra-ponto da mediocridade com que a saúde tem sido tratada neste país... A escolha da Vila Paranaense para o projeto não foi por acaso. Há duas razões principais: primeiro, porque aqui existe um sério conflito entre indústria e meio ambiente – e o meio ambiente é uma das facetas do projeto; segundo, porque esta comunidade está absolutamente carente de serviços de saúde básicos (1991:08).

O isolamento das periferias em relação aos centros de poder é expresso nos gritos da Fábrica de Saúde que não são ouvidos pela Secretaria de Saúde do Município. O ofício 119/91 da Secretaria de Saúde do Município para a coordenação do projeto de pesquisa de 17 de junho de 1991:

Com relação à solicitada integração do projeto Fábrica de Saúde ao Sistema Único de Saúde, com o apoio da Secretaria de Saúde do Município, temos a informar que vislumbramos possibilidades, isto em razão de pareceres favoráveis por parte de nossa Diretoria de Saúde Comunitária e Conselho Técnico. Contudo, alguns aspectos e detalhes que passamos a relatar

em nosso posicionamento atual, abaixo, devem ser analisados e considerados por V. Sa.

Enfim, a Secretaria de Saúde do Município nega todas as solicitações feitas para garantir o funcionamento da Fábrica de Saúde no galpão do centro comunitário. As dificuldades que se avolumam, ao lado dos conflitos dentro da organização absolutamente informal, acabam reduzindo o trabalho ao grupo de agentes de saúde comunitários e às ações institucionais na Escola Navarro Lins.

A iniciativa do governo municipal da mensagem nº 118/90 é apreciada na Câmara de Vereadores e é aprovada a criação do Conselho Municipal de Saúde através da Lei Municipal nº 2.503, de 22 de março de 1991. É aprovada a proposição do governo municipal de composição paritária entre instituições públicas e sociedade civil organizada, apesar de estar em vigor a Lei Federal nº 8.142/90, que regulamenta a participação comunitária no Sistema Único de Saúde (SUS).

É então que explodem as fronteiras da comunidade de comunicação criada pela Plenária Pró-Participação Popular e se incorporam outras forças e segmentos sociais na ação coletiva para regulamentar a criação do Conselho Municipal de Saúde paritário entre usuários e demais segmentos.

Ao mesmo tempo em que se afirma a participação das associações de moradores na mobilização, acontece a adesão das categorias de profissionais de saúde excluídas na composição do Conselho Municipal de Saúde criado na Lei Municipal nº 2.503/91: enfermeiros, farmacêuticos e bioquímicos, nutricionistas e fonoaudiólogos. Mantém-se o aval da coordenação diocesana da Pastoral da Saúde.

Em 15 de maio de 1991, é enviado ofício à Câmara de Vereadores pelas associações de moradores e pelas entidades dos profissionais de saúde, solicitando a urgente adequação da Lei Municipal nº 2.503/91 às normas e diretrizes da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990:

A maior distorção da Lei Municipal nº 2.503 diz respeito à composição do Conselho Municipal de Saúde, que não obedece as normas emanadas na Lei Federal nº 8.142 em seu art.

1º, §4º: 'A representação dos usuários nos conselhos de saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.' A composição dos conselhos está definida no §2º do mesmo artigo: 'O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários...' Outras distorções dizem respeito às atribuições do Conselho... Apesar de nomear o Conselho Municipal de Saúde como órgão deliberativo, a Lei Municipal nº 2.503/91 não situa entre as suas atribuições o efetivo planejamento, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde... (1991:06).

É elaborado um projeto de lei modificativo da Lei Municipal nº 2.053/91, que se adequou às exigências da Lei Federal nº 8.142/90. Entre as atribuições definidas estão: acompanhar, controlar e avaliar a implementação do Sistema Único de Saúde; estabelecer a estratégia da política municipal de saúde; aprovar a elaboração e a atualização periódica do Plano Municipal de Saúde; aprovar o plano de aplicação de recursos de acordo com o Plano Municipal de Saúde, acompanhando e controlando a sua execução; avaliar as demonstrações financeiras do Fundo Municipal de Saúde; e avaliar os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde.

Em função da não organização dos conselhos locais de saúde, a representação popular e operária proposta será feita pelas associações de moradores e pelos sindicatos de trabalhadores. Entretanto, o projeto de lei explicita que os conselhos locais de saúde que vierem a ser organizados terão direito a voz nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

Em 21 de maio de 1991, o vereador Hercílio Rohrer, ex-secretário da Saúde do Município e em dissidência do governo municipal, envia ofício ao presidente da Câmara de Vereadores referendando a proposição das associações de moradores e das entidades dos profissionais de saúde no sentido de adequar a Lei Municipal nº 2.503/91 ao que dispõe a Lei Federal nº 8142/90. E solicita também a tramitação em regime de urgência.

As irregularidades na Lei Municipal nº 2503/91, que cria o Conselho Municipal de Saúde, ganha espaço no jor-

nal local e passa a operar com informação em outras esferas de discussão que não os grupos marginais e marginalizados. Em 9 de maio é publicado o artigo de opinião “A vez dos usuários na saúde”. O artigo apresenta todas as contestações formais à Lei Municipal:

A Lei Municipal fere a Lei Orgânica do Município, a Lei Federal nº 8.142/90 e a Constituição Federal, em seus princípios e regulamentações. Uma análise mais apurada tomaria muito espaço, por esta razão vamos nos deter na crítica da composição estabelecida. A composição do Conselho criado não obedece a norma de paridade entre usuários e governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde... Não se trata de excluir, mas de ajustar. Afinal, estão incluídos administradores de pessoal e excluídos enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, engenheiros sanitaristas e assistentes sociais... A maior distorção está na representação dos usuários, que compõem a metade do Conselho. A Lei Municipal esquece a orientação para a criação dos conselhos locais de saúde, que definem as prioridades para o Conselho Municipal de Saúde. Estes conselhos podem e devem ser o espaço de reunião, debate e decisão dos usuários. Cabe agora organizar os conselhos locais, de composição comunitária, para representar os usuários de cada bairro e distrito (1991:02).

Em 29 de maio é publicado outro artigo de opinião no jornal local: “Os interesses na saúde”, que argumenta em favor de uma articulação pragmática de interesses no Conselho Municipal de Saúde:

Existe grande distância entre o mundo das idéias e das normas e o mundo da vida e o real. Não existem conselhos locais de saúde. Há que se usar as organizações existentes para a expressão dos diferentes interesses. É hora de reunir empresários e trabalhadores, aposentados e pensionistas, evangélicos e católicos, órgãos de prevenção e apoio aos portadores de patologias, além das associações de moradores e suas federações.

O artigo de opinião sustenta que a composição propositalmente heterogênea do Conselho exigirá a disposição para a negociação e o acordo em torno de suas relevantes

atribuições, entre elas definir a política municipal de saúde, aprovar o plano correspondente e definir a aplicação dos recursos do fundo municipal de saúde de acordo com o plano.

Convém recordar que entre a publicação dos dois artigos de opinião foi enviado o ofício à Câmara de Vereadores solicitando a urgente correção da Lei Municipal nº 2.503/91. Este segundo artigo segue dizendo que deve se buscar o entendimento em torno da proposição sustentada pelo melhor argumento. E na sua conclusão afirma que: o processo da democracia com participação comunitária pode não ser o remédio para o aperfeiçoamento absoluto do Sistema Único de Saúde, mas constitui antídoto contra o elitismo e o clientelismo que se contrapõem ao direito humano e constitucional à saúde. É um instrumento de solidariedade para a garantia da dignidade humana e da saúde para todos.

É, entretanto, uma tragédia singular, destas que acontecem todos os dias nas cidades e que são esquecidas com velocidade cada vez maior, que irá provocar a grande virada no processo de organização do Sistema Único de Saúde e de criação do Conselho Municipal de Saúde: a morte de uma usuária.

Esta morte de uma diabética por falta de insulina seria mais uma notícia banal nas páginas policiais, não fossem as circunstâncias em que ela aconteceu. O jornal *Diário Catarinense* publica no dia 25 de julho de 1991 a notícia com a seguinte manchete: “Mulher morre por falta de insulina em Joinville.” O texto tenta esclarecer:

A falta de insulina para os diabéticos de Joinville, principalmente os que não têm dinheiro para adquirir este medicamento, é apontada como a causa mortis de Magnólia Pereira de Araújo, 57 anos, que faleceu ontem, às 7 horas em sua residência, na Vila Paranaense, no bairro Espinheiros. Esta denúncia foi feita pelo médico coordenador da Fábrica de Saúde, um posto de atendimento à comunidade da Vila Paranaense, Clóvis Montenegro de Lima (1991:03).

O jornal local é mais cauteloso na notícia, a começar pela sua manchete: “Falta de insulina pode ter provocado

morte de diabética.” Magnólia morava a menos de cem metros do galpão comunitário onde funcionava a Fábrica de Saúde. Foi necessário obter autorização policial para a necropsia. Os médicos legistas apontaram a causa da morte: falta de insulina.

No dia 1 de agosto é publicado artigo no jornal local divulgando a causa da morte de Magnólia Pereira de Araújo:

Com base no laudo de necropsia que chegou ontem às suas mãos, o promotor público Alexandre Herculano Abreu não tem dúvidas de que a dona de casa Magnólia Pereira de Araújo, 57 anos, morreu mesmo de uma parada cardíaca causada pela falta de insulina. O corpo de Magnólia foi encontrado na manhã de quarta-feira, dia 24 de julho, pelo médico Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, na residência da paciente, que era diabética cadastrada pela Secretaria de Saúde. O médico, que fez a denúncia, disse que no dia anterior a sua morte, Magnólia havia comentado que estava difícil conseguir insulina nos postos da prefeitura. A Secretaria de Saúde apressou-se em desmentir a informação, chegando, inclusive, a publicar anúncio garantindo que os postos de saúde do município dispõem do medicamento em quantidade suficiente para atender a demanda. ‘Se, de fato, o medicamento existe, o que devemos analisar é se caberia à Secretaria de Saúde a responsabilidade de procurar o paciente em sua residência ao perceber que ela não aparecera para buscar a dose de remédio que lhe garantiria a vida’, explica o promotor... Quase descartando a necessidade de um processo criminal, o promotor explica... ‘Quero deixar claro que, apesar de se tratar de um assunto delicado envolvendo órgão público, pretendo apurá-lo até o fim (1991:03).

O promotor de justiça e curador do consumidor Alexandre Herculano Abreu, a partir da morte da diabética Magnólia Pereira de Araújo, resolve intervir no processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), em Joinville. Em 1 de agosto de 1991 ele divulga uma carta-convite:

Prezado Senhor: Venho por meio desta convidar a entidade que V. Sa. representa para que no dia 7 de agosto de 1991, às 19 horas, na sede do Fórum de Joinville, no Tribunal do Júri, situado a rua Princesa Isabel, s/n, centro, Joinville, participe

de uma reunião referente aos aspectos jurídicos e institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) de Joinville/SC. Será debatido o cumprimento das normas contidas na Lei Federal nº 8.142/90: I – Fundo de Saúde; II – Conselho de Saúde; III – Plano de Saúde; IV – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento municipal; V – comissão de elaboração de plano de carreira, cargos e salários (1991:03).

Esta reunião isola definitivamente o governo municipal, criando uma poderosa coalização circunstancial dos representantes de usuários, dos profissionais de saúde e serviços. É irônico que o jornal local tivesse publicado no dia 1 de agosto de 1990 uma matéria com a seguinte manchete: “Diabético corre o risco de ficar sem medicamento – a insulina desapareceu na rede de saúde e nas farmácias”.

Esta morte estúpida por falta de um medicamento indispensável para o controle do diabetes nos faz pensar a sociedade em que vivemos. É assim que publico artigo de opinião no jornal local em 26 de julho, “Dignidade e Cidadania”, no calor das emoções e das náuseas:

Será que o cenário mundial de recessão econômica e de pessimismo político explica o absurdo de se tratar a política social direcionada para o cinturão de miséria com desprezo? O processo de urbanização desorganizada teve como resultado a consolidação de um cordão de população marginalizada em sentido amplo, cujo efeito em termos de saúde pode ser observado nas patologias da pobreza, que se combinam com as doenças da modernidade e com as seqüelas da industrialização nos corpos... Está em jogo a possibilidade de se indignar com situações que não são compatíveis com o nosso tempo. Se perdermos nossa capacidade de dizer não aos barbarismos que infestam a nossa vida cotidiana estamos fritos... É difícil ser sensato quando se está indignado. Temos que escavar e achar dentro de cada um de nós aquela dignidade que existe. O silêncio produz a impunidade. A omissão cristaliza a miséria humana. Talvez a dignidade não esteja na moda. Nesse caso a moda que se dane. Uma sociedade boa para os que nela vivem só será construída com solidariedade. Nossa cidadania só deixará de ser de segunda classe se pudermos olhar no espelho pela manhã com tranquilidade (1991:03).

É interessante registrar que a Sociedade Joinvillense de Medicina ainda faz alguns esforços neste período para tentar se diferenciar nos conflitos de posições que se desenrolam. É assim que deve ser entendido o I Fórum de Debates sobre a Política de Saúde em Joinville, realizado no dia 6 de julho de 1991 no salão nobre da Sociedade Harmonia Lyra.

A programação de um dia de debates é diversa: atendimento hospitalar, atendimento emergencial, atendimento ambulatorial, exames e meios diagnósticos. As generalizações nos debates obrigam a realização de um II Fórum, para aprofundar o tema do atendimento emergencial. Este II Fórum é realizado no auditório da Unimed.

Os acontecimentos desarticulam todas as formações endurecidas, abrindo um espaço para demonstrações de forças emergentes. A iniciativa e a palavra estão com os usuários e com outros segmentos marginalizados no sistema de saúde de Joinville, escudados pela promotoria de justiça do Estado de Santa Catarina. É hora de acordos e traições.

O editorial de *A Notícia* de 10 de julho de 1991 assume: “Saúde em crise”. O jornal local tenta divulgar as conclusões do Fórum da Sociedade Joinvillense de Medicina e fortalecer as suas posições:

Não é novidade o diagnóstico a que chegou o I Fórum de Debates sobre Política de Saúde, em Joinville, recentemente realizado pela Sociedade Joinvillense de Medicina e o Hospital Municipal São José: a situação é grave, calamitosa, e requer ações urgentes, principalmente no atendimento de emergência. Os problemas são de toda ordem e praticamente inviabilizam, de momento, o atendimento hospitalar de forma ordenada e de acordo com os princípios básicos que devem norteá-lo (1991:02).

O editorial considera que o Fórum da Sociedade Joinvillense de Medicina foi em boa hora idealizado e realizado e que a maior cidade do Estado não está bem de saúde, e à medida que o tempo passa seu quadro tende a se agravar. O editorial aponta a SJM como direção potencial na política municipal de saúde:

É absolutamente necessário que a sociedade não fique à margem dessa luta que não pode ser adiada. Todos os segmentos que a compõem devem ter a exata consciência dos problemas apontados no I Fórum de Debates sobre Política de Saúde de Joinville. A saúde não é um fator isolado, que atinge somente um indivíduo. A comunidade não pode se esquivar de sua responsabilidade e, através de seus órgãos representativos, tem o dever de participar na busca de soluções que façam reverter às deficiências apontadas (1991:02).

O jornal local noticia as irregularidades no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e passa a veicular a defesa da sua municipalização. É assim que se posiciona o diretor de administração: “Eu aposto nisso, na municipalização, como único remédio para este paciente que está em estado bastante grave” (1991:05).

É neste sentido que também se manifesta o diretor-superintendente do Hospital Regional:

Estou, sim, otimista. A municipalização do Regional é um caminho que nos permite projetar providências para dotar o hospital de toda a estrutura necessária para a utilização de 100% de sua capacidade (1991:05).

Em outro artigo de opinião no jornal local, publicado em 31 de julho de 1991, esboça-se um balanço da organização do Sistema Único de Saúde a partir dos requisitos no processo de municipalização estabelecidos nas leis federais:

O fundo de saúde não existe... O conselho de saúde criado pela Lei Municipal nº 2.503/91 não se ajusta às exigências da Lei Federal nº 8.142/90... Um projeto substitutivo global foi enviado ao prefeito municipal em 21 de maio de 1991... O plano de saúde não existe sequer sob a forma de projeto para subsidiar a discussão pública sobre a política municipal de saúde. Enquanto isso fazem ampliações da rede física sem uma estratégia definida. A administração de crises não condiz com as necessidades de um município com meio milhão de habitantes... Quanto o poder municipal está aplicando dos recursos próprios no SUS? (1991:04).

E apresenta de conclusão:

Está na hora de definir a convocação de uma conferência municipal de saúde, nos termos do art. 1º da Lei Federal nº 8.142/90. Só a discussão pública entre os representantes do governo, dos prestadores de serviços do SUS, dos profissionais de saúde e 50% de representantes da comunidade usuária pode resultar em uma política municipal de saúde legítima. É hora de olhar para frente com realismo e otimismo (1991:04).

No dia 3 de agosto de 1991 é publicada a Portaria nº 04/91 da Secretaria de Saúde do Município, que convoca a etapa municipal da IX Conferência Municipal de Saúde. Deve-se mencionar o fato de que a portaria vem datada de 30 de julho de 1991. É designada também uma comissão organizadora de cinco membros, que depois ampliou para 20 pessoas com 50% de representantes de usuários.

No dia 9 de agosto é assinado o Decreto nº 6.623, que regulamenta a Lei Municipal nº 2.297, de 9 de dezembro de 1988, que criou o Fundo Municipal de Saúde. Desencava-se esta Lei Municipal a partir das negociações intermediadas pelo promotor de justiça. É muito importante citar o inc. I do art. 3º deste decreto: “São atribuições do Secretário de Saúde do Município gerir o Fundo Municipal de Saúde e executar as políticas de aplicação dos seus recursos definidos pelo Conselho Municipal de Saúde.”

Neste mesmo dia 9 de agosto, o Prefeito Municipal envia a mensagem nº 068/91 para a Câmara de Vereadores, em face da Lei Municipal nº 2.503/91 não atender os princípios essenciais estabelecidos na Lei Federal nº 8.142/90, quais sejam, a paridade dos segmentos representativos, a competência e as atribuições do Conselho.

Em sua mensagem, o Prefeito Municipal se refere à moção nº 117/91 do vereador Hercílio Rohrbacher, que enfatiza a participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde. E esclarece que o efetivo funcionamento do Conselho Municipal de Saúde é requisito exigido pelo órgão federal para que o município receba recursos financeiros do SUS, de maneira automática e direta.

A mensagem nº 68/91 transforma-se em projeto de Lei nº 95/91, que dá nova redação à Lei nº 2.503, de 22 de mar-

ço de 1991, que criou o Conselho Municipal de Saúde. Este projeto de lei fixa a composição paritária entre usuários e os demais segmentos e estabelece as atribuições sugeridas pelas entidades comunitárias e de profissionais de saúde.

A composição do Conselho Municipal de Saúde do projeto de lei seria com trinta e seis membros. De acordo com o texto do projeto de lei, seriam quatro representantes do governo, sete representantes dos prestadores de serviços, sete representantes dos profissionais de saúde. Na verdade, seriam nove representantes da administração direta e indireta do governo municipal três representantes de serviços privados, seis representantes de profissionais de saúde. De qualquer modo, seriam dezoito representantes de usuários. O projeto de lei exclui do texto a participação dos conselhos locais de saúde.

É incorporado ao projeto de lei a soberania do Conselho Municipal de Saúde como órgão deliberativo e permanente:

As decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em resoluções, que serão homologadas pelo Secretário de Saúde do Município, nos termos do art. 1º, §2º, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

No dia 16 de agosto de 1991 é assinado o edital, assinado pelo Prefeito Municipal Luiz Gomes, para tomada de preços nº 003/91, para a execução da primeira etapa das obras civis do Hospital Pediátrico Dr. Jeser Amarante Farias. O objetivo é a construção de prédio hospitalar para abrigar a ala pediátrica e ambulatório infantil do Hospital Municipal São José, para melhorar e aumentar o atendimento do setor.

A Conferência Municipal de Saúde de Joinville realiza-se entre os dias 23 e 25 de agosto de 1991, no auditório da Escola Técnica Tupy. A Conferência foi presidida pelo enfermeiro Douglas Calheiros Machado e contou com a participação em todos os trabalhos do Dr. Promotor de Justiça Alexandre Herculano Abreu.

A Conferência Municipal de Saúde de Joinville aprovou que os delegados seriam eleitos para a etapa estadual da IX Conferência Nacional de Saúde obedecendo critérios da

paridade na representação e da proporcionalidade das chapas aos votos recebidos em plenário.

No tema municipalização fica evidente a força do espaço deliberativo do Conselho Municipal de Saúde: a contratação de serviços de terceiros deveria ser aprovada pelo Conselho, o desenvolvimento de pesquisa na área da saúde deveria ser aprovada pelo Conselho, o uso de métodos terapêuticos alternativos deveria obedecer critérios técnicos e éticos do Conselho, os recursos financeiros deveriam ser repassados diretamente aos municípios de forma transparente para serem gerenciados pelo Conselho no fundo municipal de saúde.

No espaço específico para a discussão da participação comunitária e dos conselhos de saúde, é aprovado que a composição do Conselho Municipal de Saúde de Joinville saia da Conferência para negociação com a Câmara de Vereadores. É definido também que entidades prestadoras de serviços não deveriam participar como representantes de usuários e que aquelas que não são contratadas do SUS não participariam em qualquer hipótese. A Conferência aprova que o Secretário de Saúde do Município deve ser o presidente do Conselho Municipal de Saúde. Aprova-se também uma moção com uma proposição de quarenta e oito entidades para comporem o Conselho.

Por sugestão do Promotor de Justiça, é aprovada uma moção que deixa inscrito nos anais da Conferência uma homenagem póstuma a Magnólia Pereira de Araújo, que é um marco, ponto de partida para um novo amanhã, para um sistema de saúde forte, participativo, moderno e que ampare principalmente os menos favorecidos e desprovidos de riquezas materiais.

São eleitos os delegados para a Conferência Estadual de Saúde a partir de duas chapas inscritas. A chapa que aglutina a representação dos usuários, das entidades dos profissionais de saúde e de oposição ao governo municipal elege vinte delegados e a chapa dos representantes do governo municipal e de prestadores de serviços privados elege seis.

No dia 25 de agosto de 1991 é publicado no jornal local material de propaganda: “Mário Brehm completa um ano com muitas mudanças na saúde”. São divulgados números referentes à construção e reforma de postos de saúde e a contratação de pessoal pela Secretaria de Saúde do Município. O texto termina se referindo à Conferência Municipal de Saúde:

Para dinamizar ainda mais o processo de mudança que a área de saúde vem sofrendo em Joinville, é que está sendo realizada na cidade, desde a última sexta-feira, a etapa municipal da IX Conferência Nacional de Saúde, que vai reunir subsídios para as etapas estadual e nacional, quando serão traçadas as novas políticas de saúde em todo o país (1991:06).

No dia 1^o de setembro, é publicado o artigo de opinião no jornal local “Governo na Saúde”, onde se faz um balanço positivo da Conferência. É feito um alerta para a grande lacuna: o plano de saúde. Não se tem a definição de modelo de ações e de serviços, a partir do diagnóstico das condições sanitárias e epidemiológicas, com identificação das necessidades e eleição das prioridades. Desse modo, seriam evitados a dispersão e o desperdício.

O artigo considera que as resoluções de impacto direto na qualidade das ações e dos serviços são aquelas que propõem o estímulo à dedicação integral, a cobrança do exercício da carga horária dos profissionais, o fim da intermediação de prestadores de serviços na contratação de pessoal e a abertura imediata de concurso público para o SUS de acordo com as necessidades da atual capacidade física instalada e epidemiológica.

O artigo adverte também que é necessário agir, para que as proposições aprovadas não caiam no esquecimento. É propõe que se viabilize a execução e a governabilidade do sistema de saúde. O Secretário de Saúde é o presidente do Conselho e é o poder executor das resoluções tomadas:

Cabe agora dar sustentação ao governo do Sistema Único de Saúde, com a efetivação do espaço de diálogo e de entendimento do conselho de saúde. Só assim a vontade expressa na

Conferência Municipal de Saúde ganhará corpo e exercerá sua força. É da ampla composição de interesses que se caminha para a melhoria da qualidade material de vida e da saúde para todos, enfim, para a modernização com distribuição de riquezas (1991:05).

Apesar do aceno de uma negociação e de um entendimento entre governo municipal e oposição no Sistema Único de Saúde, o Secretário de Saúde do Município passa a atacar publicamente as resoluções da Conferência Municipal de Saúde e as diretrizes da política municipal de saúde aprovada.

O Secretário Mário Brehm afirma em entrevistas que a Conferência Municipal de Saúde aprovou a proibição do Sistema Único de Saúde de contratar serviços de terceiros. A Conferência, ao contrário, definiu critérios para estas contratações: a) necessidade do serviço oferecido; b) capacidade do setor público de assumi-lo ou não; c) qualidade do serviço oferecido em similar ao serviço público. Estes critérios foram aprovados por unanimidade.

Estes ataques do governo municipal são imediatamente respondidos com outro artigo de opinião no jornal local, publicado em 14 de setembro de 1991:

Considerando que Joinville não tem plano de saúde, é pertinente a pergunta sobre o esclarecimento público das transferências de recursos do Pró-Saúde. Não apenas sobre as origens e as aplicações, mas principalmente sobre os critérios para definição de prioridades de investimento com dinheiro público. Esta privatização da gestão pública é muito mais grave. A discussão sobre o regime de propriedade nas políticas sociais é anacrônica. O Estado deve usar da estratégia de compra de serviços para a redução de custos fixos. Deve-se avaliar o custo-benefício da compra de serviços para fornecimento de refeições, de lavanderia, de zeladora. Isso nada tem a ver com a equivocada admissão de profissionais no SUS sem concurso público (1991:05).

Na véspera da realização da etapa estadual da Conferência Estadual de Saúde os delegados eleitos em Joinville se reúnem para discutir a política municipal de saúde e a execução das deliberações das resoluções da Conferência

Municipal de Saúde. Estes delegados eleitos resolvem chamar para si a responsabilidade de acompanhar e avaliar as resoluções da Conferência Municipal de Saúde. E aprovam documento:

Convidamos todas as entidades nomeadas na proposta de composição do Conselho Municipal de Saúde, e demais entidades interessadas, para uma reunião no próximo dia 4 de outubro, para discutir a regulamentação do Conselho Municipal de Saúde e para definir encaminhamentos pertinentes. Solicitamos agendamento de audiência com o Sr. Secretário de Saúde do Município para apresentação de exposição de motivos que orienta as diretrizes orçamentárias do Sistema Único de Saúde de Joinville para o exercício de 1992. A data, hora e local podem ser definidos pelo Secretário de Saúde do Município, que se encarregará de divulgar as mesmas.

A Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina é realizada entre 23 e 25 de setembro de 1991, em Florianópolis, reunindo 438 delegados e mais de 500 observadores de aproximadamente 150 municípios dos 217 de Santa Catarina. Joinville foi uma das poucas cidades que realizou Conferência Municipal de Saúde.

A Conferência Estadual de Saúde constata o precário processo de organização dos conselhos de saúde e aprova resolução no sentido de que eles sejam imediatamente criados por leis municipais. A Conferência Estadual de Saúde aprova que os presidentes dos conselhos de saúde devem ser eleitos por seus próprios membros.

O relatório final da Conferência Estadual de Saúde aprova que o governo crie mecanismos legais para que a imprensa seja usada em todos os níveis como veículo de comunicação e esclarecimento sobre o processo de municipalização da saúde. E aprova também que se garanta espaço nos meios de comunicação para informar sobre as ações do Conselho Municipal de Saúde.

É aprovada também a proposição da Associação Catarinense de Saúde Pública (ACASP) para projeto de lei que regulamente a criação do Conselho Estadual de Saúde. As atribuições são as mesmas aprovadas na Conferência Muni-

cial de Saúde de Joinville e a composição seria de 32 membros titulares.

São eleitos os quarenta e seis delegados e os 22 participantes credenciados de Santa Catarina para a IX Conferência Nacional de Saúde. São eleitos seis delegados e três participantes credenciados dos membros da delegação de Joinville. São um representante do governo, dois prestadores de serviços, dois profissionais de saúde e quatro usuários de Joinville. É curioso dizer que cinco delegados de Joinville eram diretamente vinculados a Fábrica de Saúde, inclusive o representante da associação de moradores da Vila Paranaense.

No retorno da Conferência Estadual de Saúde, é retomado o processo de mobilização para aprovação pela Câmara de Vereadores do projeto de lei de criação do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com os princípios e as normas da Lei Federal nº 8.142/90. É realizada a reunião convocada pelos delegados de Joinville com a participação de mais de 50 pessoas.

A partir da legitimação da Conferência Municipal de Saúde, este “bloco de oposição” passa a polarizar toda a representação popular e sindical, a maioria das entidades de profissionais de saúde e diversos prestadores de serviços que percebem a mudança na direção dos ventos.

É feito e enviado um ofício ao presidente da Câmara de Vereadores, datado de 09 de outubro de 1991, onde os signatários pedem a observação do regime de urgência na apreciação do projeto de Lei nº 95/91, que dá nova redação à Lei Municipal nº 2.503/91, que criou o Conselho Municipal de Saúde. É apresentada ainda uma proposição de composição do Conselho com seis representantes do governo municipal, cinco representantes dos prestadores de serviços, oito representantes dos profissionais de saúde e 19 representantes de usuários.

A apresentação desta proposição de composição do Conselho Municipal de Saúde usou a lógica de garantir a maior base de sustentação possível para este órgão deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde. Foram polêmicas as inclusões nesta proposição da Unimed – coope-

rativa de trabalho médico como prestador de serviços e da Associação Comercial e Industrial de Joinville (ACIJ) como usuário.

Após muitas negociações e muita morosidade na tramitação do projeto de lei, a articulação que sustentava esta proposição resolveu marcar a instalação simbólica do Conselho Municipal de Saúde para o dia 24 de outubro no próprio plenário da Câmara de Vereadores: “Esta instalação simbólica é o toque de reunir para todos aqueles que querem uma Joinville melhor, particularmente no que se refere à qualidade de vida e aos direitos do cidadão... Queremos o Conselho Municipal de Saúde já!”

Esta instalação simbólica pressiona os vereadores no sentido de apreciar o projeto de lei. Entretanto, não existe entendimento sobre quem deve efetivamente compor o Conselho Municipal de Saúde, especialmente na representação dos hospitais públicos e privados e na representação dos usuários.

É aberta uma negociação onde são incluídas na nominativa do Conselho Municipal de Saúde representantes de todos os hospitais no município: Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Maternidade Darci Vargas, Hospital e Maternidade Dona Helena, Instituição Bethesda – Hospital e Maternidade, os três primeiros públicos e os dois últimos privados.

É na discussão da representação de usuários que os conflitos de interesses se acentuam. O líder do governo não aceita a representação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e em seu espaço são posicionados dois sindicatos de trabalhadores filiados a esta Central Sindical: dos trabalhadores em oficinas mecânicas e dos trabalhadores na indústria do material plástico.

São feitas modificações também na representação do governo, que passa de seis para nove membros no Conselho Municipal de Saúde. A representação dos profissionais de saúde mantém-se de acordo com a proposição do “bloco de oposição”. E assim faz-se um acordo de lideranças partidárias para a aprovação do projeto em regime de urgência.

É elaborado o Parecer nº 122/91, conjunto das comissões de legislação e justiça e de educação, cultura, saúde, assistência social da Câmara de Vereadores, em análise ao projeto de Lei nº 95/91, que dá nova redação a Lei Municipal nº 2.503, de 22 de março de 1991: “O parecer é favorável quanto aos aspectos constitucional, legal, jurídico e mérito do projeto de Lei nº 95/91, condicionado à aprovação da seguinte emenda modificativa: “O art. 4º passa a ter a seguinte redação: Art. 4º – O Conselho Municipal de Saúde será constituído por representantes dos seguintes órgãos e entidades, sendo um titular e um suplente:..” Segue a proposição de composição de 46 membros negociada.

No dia 30 de outubro de 1991 é, finalmente, votado e aprovado por unanimidade o projeto de lei que cria o Conselho Municipal de Saúde de Joinville de acordo com o princípio da paridade entre usuários e demais segmentos estabelecido na Lei Federal nº 8.142/90.

É consolidada em um espaço e forma uma comunidade de relevância na política municipal de saúde absolutamente diferente dos atores envolvidos nos processos de tomadas de decisão na administração pública das ações e dos serviços de saúde. E, sem a menor dúvida, o elemento diferencial é a representação de 50% de usuários.

Neste processo, recupera-se também o espaço do médico como ator que se contrapõe ao governo municipal na administração do Sistema Único de Saúde. Diversos artigos de opinião no jornal local procuram contestar o discurso de eficiência gerencial que pontua as ações do governo municipal e do Secretário da Saúde do Município, Mário Brehm.

Um artigo publicado em 24 de abril de 1991, faz crítica a uma ação, especialmente, delicada do governo municipal: a introdução do relógio de ponto para o controle operacional dos postos de saúde. A reação silenciosa entre os servidores públicos municipais ganha espaço e forma de protesto:

A preocupação com o bom funcionamento empresarial dos hospitais e dos serviços de saúde, esquecendo a complexidade da organização do trabalho médico e suas normas éticas, concentra o seu controle apenas na realização de consultas. Não se avalia

a eficácia e a efetividade do sistema... Não se aceitaria que o médico, diante de paciente em estado grave, terminada a sua jornada de trabalho, batesse o cartão de ponto e fosse embora... O melhor controle e avaliação é a satisfação do usuário difíceis de medir. A preocupação com o bom funcionamento empresarial não pode nos levar a medidas radicais, como controle no relógio do trabalho médico... As máquinas e as linhas de produção podem ter hora certa para começar e para parar, mas os serviços de saúde e os médicos não. A sociedade sabe desta diferença (1991:07).

Outro artigo publicado em 4 de maio pergunta sobre a arte e a indústria na medicina, afirmando que a dimensão humana do ato médico é cada dia mais uma ficção e que o mercado não perdoa quem não se mantém em dia com as engenhocas:

A medicina industrial produz o médico-operário. Incapaz de se equipar ou se manter em dia com o desenvolvimento tecnológico, o médico é obrigado a vender sua força de trabalho. Do velho médico de família fica apenas a cor branca do uniforme. Eventualmente fica também a Pose... Está na hora do Brasil dos tempos de cólera discutir porque a cidade de São Paulo tem uma grande concentração de tomógrafos computadorizados, enquanto mais de meio milhão de pessoas não têm água encanada. Está na hora de não se deixar mais enganar por espelinhos para índio: tecnologia sim, mas aquela apropriada às nossas necessidades (1991:07).

O artigo “os médicos e a política social”, publicado em 04 de julho no jornal local, é uma tomada de posição do papel do médico na administração do Sistema Único de Saúde:

Após terem sido expostos a opinião pública como os grandes vilões da nossa história de péssimas ações e serviços financiados pelo Estado, os médicos começam agora a se organizar e a se expressar com proposições consistentes e bem argumentadas... Os médicos são os maiores interessados no melhor padrão de qualidade para o usuário. Ao médico interessa que o Estado assegure a todos o direito à saúde: é seu trabalho. Entretanto, ele não aceita mais a remuneração que avilta e a falta de condições

materiais. Ele sabe que o maior prejudicado é o usuário. Os médicos sabem do valor do seu trabalho e por isto permanecerão unidos em suas cooperativas... O gerenciamento do SUS exige alguém do ramo na posição de comando. A administração em saúde tem aspectos próprios na tomada de decisão, pois envolve princípios éticos médicos que não podem ser ignorados em função de interesses restritos. O gerente em saúde deve combinar a qualidade de saber fazer um orçamento com a qualidade de saber fazer um diagnóstico diferencial... (1991:07).

O próprio ator médico muda a sua face, adquire características éticas e estéticas que não lhe era própria. De certo modo, é um outro médico que esta composição de forças exige que se mova. O artigo de opinião “Outros médicos”, publicado em 12 de outubro no jornal local, procura capturar esta virtualidade:

A serialização dos indivíduos na assistência médica produz uma revolta que protesta confusa contra tudo que lhes aparece aos olhos. A crítica de serialização médica no controle da força de trabalho e da vida urbana focaliza na sua face evidente: a terapia dos sintomas e de alívio da dor. Esta crítica focal exhibe o totem do mal: a alopatia, designação genérica para a medicina industrial. Emergem ilhas de outros saberes e discursos de tecnologias médicas. A própria exclusão econômica de acesso à medicina oficial cria as condições de possibilidade de uso de alternativas... A demonstração evidente da falibilidade do saber médico, como no caso do controle da AIDS, enfraquece a fala oficial. Talvez o saber baseado na anatomia patológica de Bichat e na fisiologia de Brouhaiss esteja em seu limiar de esgotamento. Não se trata de zerar 200 anos de saber médico acumulado, mas de abrir os ouvidos e dialogar. É chegada a hora de fazer a reforma agrária no terreno do saber médico, conferindo outros títulos de propriedade e de uso (1991:02).

Estes enfrentamentos de forças no espaço do Sistema Único de Saúde produzem fraturas dentro do próprio aparelho da burocracia. Duas servidoras públicas municipais que participaram como delegadas da Conferência Estadual de Saúde e que faziam parte do conselho técnico da Secretaria de Saúde do Município foram demitidas.

O Secretário de Saúde do Município admite a motivação das demissões:

Queremos valorizar e resgatar a imagem do funcionário público perante a sociedade e por isso cortamos pessoas com problemas disciplinares, de não enquadramento na filosofia de trabalho ou alcance do nível de desempenho profissional desejado (1991:05).

Em 31 de outubro de 1991, a coordenação da Fábrica de Saúde, pressionada pela Associação de Moradores da Vila Paranaense, envia ofício ao presidente da comissão de saúde da Câmara de Vereadores para obter financiamento de recursos orçamentários para o exercício de 1992. O projeto de pesquisa é adequado às disponibilidades dos profissionais de saúde interessados em executá-lo.

Esta versão da Fábrica de Saúde seria: a articulação do trabalho com as crianças e os adolescentes na Escola Municipal Navarro Lins; o trabalho de educação ambiental com o Núcleo de Bacias Hidrográficas; o trabalho dos agentes de saúde; o trabalho de um posto de enfermagem a ser montado pela Escola de Auxiliar de Enfermagem da Secretaria de Saúde do Município; e o trabalho de educação com adolescentes que seria desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Comunitário.

Um artigo de opinião publicado em 23 de outubro tenta resgatar o trabalho desenvolvido na Fábrica de Saúde em uma vila nos manguezais da periferia de Joinville:

A Fábrica de Saúde não tem instalação física em concreto proppedido ou em argamassa armada, o que impede os míopes de conhecê-la. Paradoxalmente, a legitimação da Fábrica de Saúde advém da sua precariedade. A Fábrica de Saúde começa onde os Cieps/Ciacs patinam: na análise custo-benefício. Nosso projeto visa à construção de tecnologias apropriadas para a atenção primária da saúde, o que inclui ações desde a educação na proteção ambiental até a motivação para o autocuidado. Queremos a simplificação da tecnologia para a redução dos custos e para a expansão da cobertura... Nós, que trabalhamos sem financiamento governamental, sem recursos básicos para

compor prestação de serviços e pesquisa científica, só podemos considerar cinismo e demagogia essas críticas aos Cieps/Ciacs em nome da estética da pobreza... (1991:02).

Em 20 de setembro de 1991 é assinada a Lei Municipal nº 2.553, que dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 1992. As prioridades definidas para a Secretaria de Saúde são: aquisição de equipamentos e material permanente, construção e reforma de ambulatórios, construção do hospital infantil de Joinville, construção do hospital psiquiátrico de Joinville, ampliação da rede de esgotos do bairro Fátima, limpeza e desinfecção das caixas de água das escolas municipais, construção da escola de auxiliar de enfermagem, estruturação do programa de saúde do trabalhador, implantação da comunidade terapêutica de Joinville, participação e gerenciamento do consórcio intermunicipal de saúde, informatização dos serviços de saúde, ampliação e modernização dos serviços de comunicação. É mantida a rubrica do Hospital Municipal São José com as seguintes prioridades: construção e reforma no hospital, aquisição de equipamentos e material permanente. A Fábrica de Saúde continua excluída.

Em 6 de novembro de 1991 é feita uma comunicação à promotoria de Justiça apontando irregularidades na Lei de Diretrizes Orçamentárias para o exercício de 1992. São identificadas três grandes irregularidades:

Em primeiro lugar, não consta da Lei nº 2.553 qualquer referência ao Fundo Municipal de Saúde... Esta omissão contraria as normas da Lei Federal nº 8.080/90, que orienta no sentido da execução da gestão financeira através do Fundo de Saúde. Por outro lado, mantém-se a exclusão do Hospital Municipal São José fora do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)... É ferido o princípio da unidade das ações e dos serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde... Por fim, são ignoradas as atribuições do Conselho Municipal de Saúde que contempla a definição de diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde e o acompanhamento, controle e avaliação da proposta orçamentária do fundo Municipal de Saúde... Face ao exposto, solicitamos a Vossa Exce-

lência que seja advertido o Poder Executivo Municipal para o fato de estarem ocorrendo tais irregularidades...

Esta comunicação adquire uma significação política que a diferencia e a singulariza. Assinam a comunicação, além de representantes de órgãos e entidades membros do Conselho Municipal de Saúde, 10 vereadores da oposição e os presidentes do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Partido Democrático Trabalhista (PDT) e Partido dos Trabalhadores (PT).

O Conselho Municipal de Saúde deixa de ser um espaço marginal de articulação de forças sociais para se tornar o eixo de uma mobilização dos aparelhos partidários de oposição ao governo municipal. É a invasão da esfera de representação tradicional por uma máquina que quer exercer o seu poder.

A Câmara de Vereadores tem prazo até 30 de novembro para aprovar o orçamento geral do município para o exercício do ano seguinte. Apesar de terem assinado a comunicação para o Promotor de Justiça, os vereadores seguem discutindo e dividindo os recursos do orçamento de 1992 alheios ao Conselho Municipal de Saúde.

No dia 13 de novembro, o vereador João Fachini fez uma nota ao presidente da Câmara de Vereadores para alertá-lo a respeito da comunicação entregue à Promotoria de Justiça da Comarca de Joinville, que aponta irregularidades na Lei de Diretrizes Orçamentárias para 1992 e que solicita ao Poder Executivo Municipal as devidas correções.

No dia 26 de novembro a promotora de Justiça Dra. Cristina da Motta Bergler envia uma comunicação ao prefeito Municipal, Luiz Gomes, advertindo para as diversas irregularidades no Sistema Único de Saúde (SUS) em nível municipal, principalmente no que se refere ao cumprimento das normas contidas nas Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90.

Após expor uma extensa argumentação legal sobre as irregularidades no Sistema Único de Saúde, a Promotora de Justiça sintetiza:

Estranha-se ainda o fato de que está sendo definida uma proposição de diretrizes orçamentárias e de orçamento de recursos públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) em Joinville sem que exista um Plano de Saúde... Face às irregularidades apontadas no Sistema Único de Saúde em nível municipal, requisitamos a Vossa Excelência esclarecimentos, por escrito e com a máxima urgência, sobre os fatos narrados, bem como sejam tomadas as devidas providências para a urgente correção da ordem jurídica e administrativa do respectivo Sistema Único de Saúde em Joinville.

No dia seguinte, 27 de novembro de 1991, é assinada pelo Prefeito Municipal em exercício, Júlio Fialkoski, a Lei Municipal nº 2.590, que dá nova redação à Lei Municipal nº 2.503, de 22 de março de 1991, que criou o Conselho Municipal de Saúde. A Lei Municipal é sancionada sem vetos.

Apesar da razoável publicidade em torno da comunicação da Promotoria de Justiça ao prefeito Municipal e das irregularidades no Sistema Único de Saúde (SUS), não são tomadas quaisquer medidas concretas para corrigir as ilegalidades nas diretrizes orçamentárias e no orçamento geral para o exercício de 1992. A própria Câmara de Vereadores aprova a Lei Orçamentária, avalizando a ação do poder Executivo Municipal e excluindo de fato o Conselho Municipal de Saúde.

Em 6 de dezembro de 1991, a Federação das Associações de Moradores de Joinville (FAMJO) publica um edital de convocação para todas as associações de moradores legalmente constituídas, no sentido de cumprir o disposto na Lei Municipal nº 2.590/91, reunindo-se no auditório do Secretariado Diocesano no dia 11 de dezembro para escolher os seus seis representantes no Conselho Municipal de Saúde.

A forma burocrática com que a direção da FAMJO conduz as discussões, acrescida da votação de um representante por associação de moradores presente, esvazia o conteúdo político da participação comunitária e a sua necessária vinculação com a criação dos conselhos locais de saúde. Faz-se uma contagem burocrática de aparelhos de representação. A maioria dos escolhidos sequer sabia as atribuições do Conselho Municipal de Saúde.

No dia 10 de dezembro é entregue uma outra comunicação à Promotoria de Justiça da Comarca de Joinville, desta vez denunciando que o Secretário de Saúde do Município é também diretor do Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde do Estado de Santa Catarina e que o chefe da Divisão de Saúde Comunitária não trabalha em regime de tempo integral.

Estas denúncias estão baseadas nos arts. 26 e 28 da Lei Federal nº 8.080/90. Os cinco delegados, de Joinville, da IX Conferência Nacional de Saúde assinaram a denúncia. O Secretário de Saúde do Município declara: “Se houver empecilho legal de estar dirigindo o SUS e o Hospital e Maternidade Dona Helena ao mesmo tempo, irei acatar a lei e me adequar à realidade, abdicando de um dos cargos.”

A resposta formal da Prefeitura Municipal de Joinville sobre estas denúncias acontece apenas em 15 de abril de 1992, através de ofício assinado pelo próprio Secretário de Saúde do Município:

Veja-se que nem o Hospital e Maternidade Dona Helena ou o Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina são entidades ou serviços “contratados” pelo Sistema Único de Saúde e nem o Secretário de Saúde do Município de Joinville é ‘proprietário, administrador ou dirigente’ daquelas entidades, no sentido atribuído pela legislação referida, pois, não percebe remuneração ou participação de qualquer natureza, estando ausente o sentido de usufruto de vantagem econômica que o legislador pretendeu coibir.

Os membros de órgãos e de entidades membros do Conselho Municipal de Saúde de Joinville convocam uma reunião para o dia 12 de dezembro no auditório do Secretariado Diocesano, para discutir e aprovar diretrizes orçamentárias para o Sistema Único de Saúde em 1992 e para definir o exercício das atribuições definidas na Lei Municipal.

É aprovada uma pauta de diretrizes orçamentárias que se orientar pelas deliberações da Conferência Municipal de Saúde e pelas competências da esfera municipal de governo definidas na Lei Federal nº 8.080/90. São 27 itens que

operam como instrumento de articulação de interesses dos membros do Conselho Municipal de Saúde.

É definido ainda que se deveria entrar com uma ação popular contra o Poder Executivo Municipal em face das irregularidades e ilegalidades no Sistema Único de Saúde, especialmente na sua administração financeira. É feita uma solicitação de suspensão das leis municipais que se referem à gestão do dinheiro público para o exercício de 1992.

Um ofício ao juiz de Direito da Vara Cível da Comarca de Joinville é protocolado em 18 de dezembro de 1992. Em função de erros processuais a ação popular não progride e o governo municipal segue ignorando solenemente o Conselho Municipal de Saúde.

É feita uma moção de lideranças político-partidárias em solidariedade à ação popular para a correção da ordem jurídico-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível municipal. Assinam o suplente de vereador Jaime Duarte, do Partido Comunista Brasileiro (PCB), o vereador Luiz Alberto Carvalho, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), o dirigente partidário Carlos Roberto Caetano, do Partido dos Trabalhadores (PT), o vereador Waldomiro Dordet, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), e João Fachini, do Partido Democrático Trabalhista (PDT).

Entretanto, o acontecimento que marca o final do ano de 1992 é a mensagem nº 133/91 do prefeito Municipal à Câmara de Vereadores, que contém o projeto de Lei nº 171/91, que autoriza a instituição da Fundação Joinvillense de Saúde e dá outras providências.

A exposição de motivos que a mensagem contém procura argumentar em defesa de uma fundação de direito privado para gerenciar o Sistema Único de Saúde:

Há que se considerar que a fonte principal dos recursos que irão suprir o sistema repousa na contribuição: dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; dos trabalhadores. As principais fontes são, pois, de recursos privados, arrecadados e fiscalizados através de um Instituto próprio e repassados para aplicação. Assim, afigura-se que a entidade mais adequada a receber e aplicar esses recursos no Município,

e em benefício dos usuários desse sistema, seria uma fundação instituída pelo Poder Público Municipal, mas de natureza privada, segundo a origem dos recursos que irão manter.

A mensagem propõe ainda a extinção da estrutura autárquica do Hospital Municipal São José, que passaria a ser um departamento da Fundação Joinvillense de Saúde. E propõe, além disso, a cessão de todos os imóveis próprios do município para esta Fundação, “deixando-se para época mais oportuna – quando o sistema municipalizado de saúde estiver definido e consolidado – a transferência dos ditos imóveis à Fundação”. A mensagem é datada de 22 de novembro de 1991.

De acordo com o art. 2º do Projeto de Lei nº 171/91, a Fundação Joinvillense de Saúde tem por objetivo principal o exercício de ações que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com o art. 3º do Projeto de Lei nº 171/91, a estrutura, detalhamento, competência, atribuições e funcionamento da Fundação de que trata esta lei, serão definidos em estatuto próprio, aprovado por decreto, pelo chefe do Poder Executivo.

De acordo com o art. 11º do Projeto de Lei nº 171/91, os recursos financeiros da Fundação serão provenientes dos convênios que firmar, das rendas dos seus serviços, ou das receitas oriundas de transferências através do Sistema Único de Saúde e secundariamente por subvenções que o município de Joinville vier e conceder e auxílios e subvenções da União, do Estado ou de quaisquer entidades públicas ou privadas.

É muito importante observar que o Projeto de Lei nº 171/91 não faz qualquer referência ao Conselho Municipal de Saúde, ao Fundo Municipal de Saúde, ao Plano Municipal de Saúde e de outras diretrizes e normas das Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90.

O parecer da assessoria jurídica nº 49/91 em análise ao Projeto de Lei nº 171/91 é de apenas 18 linhas. A única restrição da assessoria jurídica da Câmara de Vereadores é o fato

de que o Projeto de Lei nº 171/91 não fixa a remuneração dos membros de sua diretoria. As normas do Sistema Único de Saúde (SUS) são escandalosamente ignoradas.

No dia 15 de novembro de 1991, o Secretário da Saúde do Município publica artigo de opinião no jornal local defendendo a Fundação Joinvillense de Saúde:

Fundações são instituições formadas pela vontade de alguém para um fim permanente e lícito de benefícios ou de utilidade pública... Joinville precisa da Fundação Joinvillense de Saúde. Ela será o instrumento adequado para desenvolver amplos trabalhos que o Município está a exigir no campo da prevenção, da proteção e da recuperação da saúde. A Fundação que Joinville precisa tem de ser ágil e flexível deve ter autonomia e poder de decisão. Ela carece de uma estrutura administrativa própria e de um plano de carreira, cargos e salários condizente com a natureza e as características da área da saúde... A Fundação que Joinville precisa para cuidar da sua saúde não pode ser pública: ela seria muito limitada na sua área de ação e seria muito onerosa para o Município. A Fundação pública tem que ser instituída e mantida pelo público. Isto é da Lei... Não temos dúvidas de que a entidade mais adequada a receber e aplicar esses recursos, e outros que seguramente lhe serão destinados pela iniciativa privada do Município, e em benefício dos usuários do Sistema de Saúde, será uma Fundação instituída pelo poder público municipal, mas de natureza privada, segundo a origem dos recursos que a irão manter (MARIO BREHM, 1991, p.2).

E para mostrar que a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde é um assunto mais complexo do que quaisquer esquemas, a partir de 19 de dezembro de 1991 os radiologistas contratados para a prestação de serviços interromperam a assistência aos usuários.

Em função do acordo dos laboratórios de análises clínicas com a Secretaria de Saúde do Município para receber o pagamento da prestação de serviços para o Sistema Único de Saúde em valores baseados na tabela de honorários da Associação Médica Brasileira (AMB), os radiologistas também exigem melhoria no pagamento da prestação de serviços.

No mesmo dia 15 de novembro é publicado um artigo de opinião denominado “Ética da Discussão”. O artigo sustenta que a elaboração das normas de ação coletiva deve garantir a sua legitimação no próprio processo que as define. A ética da discussão pressupõe o acordo em expressar as diferentes perspectivas racionais, em ouvir a consistência dos argumentos e em aceitar o entendimento em torno da melhor proposição:

Gostaria de me reportar aos acontecimentos recentes nas políticas municipais de saúde. Eles são a demonstração concreta da força da ética da discussão, despida de todos os preconceitos morais e orientada para o entendimento civilizado, enquanto ferramenta capaz de moldar o cristal e o ferro... Cabe destacar que o Conselho Municipal de Saúde teve sua regulamentação aprovada em 30 de outubro com unanimidade da Câmara de Vereadores, após negociação das lideranças partidárias e grupos de interessados. Esse consenso advém exatamente da capacidade demonstrada de propor, de argumentar e de negociar com ampla base de sustentação política (1991:02).

O Projeto de Lei nº 171/91, que autoriza a instituição da Fundação Joinvillense de Saúde, em função da criação do Conselho Municipal de Saúde e da regulamentação do Fundo Municipal de Saúde, é considerado prioritário pelo governo municipal e passa a tramitar em regime de urgência na Câmara de Vereadores.

Em 26 de fevereiro é feita uma sessão da comissão de legislação e justiça com o Secretário de Saúde do Município. Em 10 de março é feita uma outra sessão com representantes do Hospital Municipal São José, Associação dos Servidores do Hospital São José, Sociedade Joinvillense de Medicina, Associação Brasileira de Odontologia, Escola de Auxiliar de Enfermagem, Associação Comercial e Industrial de Joinville. Esboça-se uma articulação de interesses conservadores das velhas estruturas de negociação.

No próprio dia 10 de março de 1992, é feita uma reunião de membros do Conselho Municipal de Saúde, que aprova o envio de uma mensagem à comissão de legislação e justiça da Câmara de Vereadores com uma exposição de motivos sobre

as leis municipais em vigor e com a solicitação de que o plenário do Conselho Municipal de Saúde seja ouvido em sua apreciação e em seu parecer sobre o Projeto de Lei nº 171/91.

Esta mensagem é protocolada no dia 17 de março de 1992, com a assinatura de dois representantes do governo, três representantes de prestadores de serviços, cinco representantes de profissionais de saúde e dezessete representantes de usuários. São vinte e sete membros do Conselho Municipal de Saúde, a maioria, que exigem ser ouvidos sobre o Projeto de Lei nº 171/91.

No mesmo dia 17 de março, os vereadores Luiz Alberto de Carvalho e Waldomiro Dordet, do Partido da Social Democracia Brasileira, requerem o credenciamento como participantes das sessões da comissão de legislação e justiça dos membros do Conselho Municipal de Saúde, quando fossem tratados os assuntos referentes à instituição da Fundação Joinvillense de Saúde.

A comissão de legislação e justiça aprova o seu parecer sobre o Projeto de Lei nº 171/91, o Parecer nº 39/92, em 6 de abril, que é favorável quanto aos aspectos constitucional, legal e jurídico. A comissão em seu parecer diz que ouviu as opiniões do Secretário de Saúde do Município e “de representantes de vários segmentos da sociedade Joinvillense que estão diretamente envolvidos com o processo de municipalização da saúde”. A maioria dos membros do Conselho Municipal de Saúde não foi considerada.

Em 11 de maio de 1992 são sancionadas as Leis Municipais nºs 2.658 e 2.659, que autorizam o Executivo Municipal a receber, mediante cessão de uso, respectivamente, a Maternidade Darci Vargas e o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. A Lei Municipal nº 2.663, de 18 de maio, autoriza o Executivo a firmar convênio com a Secretária da Saúde – Fundo Estadual de Saúde para a manutenção da Maternidade Darci Vargas.

Em 11 de maio, mesmo, o prefeito Municipal assina o Decreto nº 6.679, que dispõe sobre a responsabilidade de gerir e administrar os serviços hospitalares dos hospitais regionais Hans Dieter Schmidt e Maternidade Darci Vargas. Entre as considerações para a apresentação do Decreto que

“está pendente de aprovação na Câmara de Vereadores de Joinville o projeto criando a Fundação Joinvillense de Saúde, que deverá assumir a responsabilidade da gestão e administração dos respectivos hospitais”.

O decreto determina em seu art. 1º: “Fica atribuído ao Hospital Municipal São José a responsabilidade de gerir e administrar os serviços hospitalares dos hospitais Regional Hans Dieter Schmidt e Maternidade Darci Vargas até que seja aprovado na Câmara de Vereadores o estatuto definitivo da Fundação Joinvillense de Saúde.”

No dia 13 de maio de 1992 o presidente da Câmara de Vereadores faz a expedição de ofício aos membros do Conselho Municipal de Saúde: “Tenho a satisfação de convidar V. Sa. para participar de uma reunião dia 15 do corrente, às 18 horas, no plenário da Câmara de Vereadores de Joinville, a fim de discutir o projeto de lei que trata da criação da Fundação Municipal de Saúde. Na expectativa de contar com a sua elevada presença, colho o ensejo para consignar protestos de elevada estima e distinta consideração.”

No dia seguinte, 14 de maio, os representantes de usuários se reúnem no Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Joinville e aprovam uma nota à população Joinvillense, divulgando sua posição sobre os acontecimentos recentes na administração do Sistema Único de Saúde. A nota tem cinco pontos.

A nota caracteriza como abuso de poder e afronta a autonomia e a soberania do Poder Legislativo Municipal, no pior estilo das medidas provisórias, o Decreto nº 6779/92. E faz uma grave acusação:

O governo municipal manipula as informações referentes à administração dos serviços e hospitais públicos no município, ameaçando a população com o fechamento dos mesmos, que só pode acontecer por sua incompetência e irresponsabilidade.

Efetivamente, o governo municipal usa os meios de comunicação para divulgar que os hospitais públicos municipalizados estão ameaçados de serem fechados em função de não terem personalidade jurídica própria e de não ter sido

aprovado na Câmara de Vereadores o projeto de instituição da Fundação Joinvillense de Saúde.

Todos os dias são veiculados no jornal local, nos programas de rádio de maior audiência e nos noticiários da televisão que a população de Joinville pode ficar sem assistência médico-hospitalar se não for aprovada a instituição da Fundação. Diz-se que existiriam recursos para a manutenção dos hospitais municipalizados, mas que os mesmos não podem usados.

O jornal local dá grande destaque aos problemas da municipalização dos hospitais públicos que eram da administração estadual. Em 05 de maio divulga a manchete: “Hospital em crise, com dinheiro. É o Hans Dieter Schmidt, que possui Cr\$ 200 milhões retidos.” É aberto espaço para a palavra do diretor-administrativo do Hospital Regional:

É urgente que se defina a personalidade jurídica do Hospital Regional, porque da maneira atual está se inviabilizando o funcionamento. O ideal seria a aprovação pela Câmara de Vereadores do projeto que cria a Fundação Joinvillense de Saúde... Se não for aprovada a Fundação, e não se tornar autarquia, a única possibilidade para sairmos do impasse é a privatização do Hospital... O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt é o maior mendigo da cidade.... (1992:09).

O médico diretor-superintendente do Hospital Regional também entra no espaço público do jornal local para fazer *lobby*:

Estou fazendo um apelo aos meus companheiros vereadores para que possamos estudar, ver o projeto que cria a Fundação Municipal de Saúde, e assim dirimir qualquer dúvida para o surgimento da entidade que é capaz de viabilizar o funcionamento do Hospital Regional (1992:04).

Esta fabricação de versões opera como pano de fundo para legitimação do Decreto do Prefeito Municipal que estabelece a administração dos hospitais municipalizados pelo Hospital Municipal São José e, principalmente, tenta pressionar os vereadores para a aprovação do projeto de lei que cria

a Fundação Joinvillense de Saúde. É um jogo de palavras e de forças.

Na sessão extraordinária da Câmara dos Vereadores de 15 de maio é apresentada uma moção manifestando total aprovação ao Projeto de Lei nº 171/91, “por entenderem que a Fundação Joinvillense de Saúde será o instrumento adequado para gerenciar e operacionalizar as ações que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços privados, um representante de profissionais de saúde e três representantes de prestadores de serviços privados, um representante de profissionais de saúde e três representantes de usuários. São 15 votos de aprovação.

No dia 19 de maio de 1992, 27 representantes de órgãos e entidades membros do Conselho Municipal de Saúde protocolam uma moção na Câmara de Vereadores que, após uma extensa exposição de motivos, caracteriza uma mútua exclusão entre as leis municipais que criam o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde e o Projeto de Lei nº 171/91 que autoriza a instituição da Fundação.

A moção da maioria sintetiza: “Manifestamos nossa firme posição em defesa do Fundo e do Conselho de Saúde criados legalmente e pela rejeição do projeto de lei que autoriza a instituição da Fundação.” Assim foi a moção da maioria, com um representante do governo, três representantes de prestadores de serviços (a Unimed e as duas instituições de ensino superior), seis representantes de profissionais de saúde e dezessete representantes de usuários.

O jornal local publica no dia 21 de maio uma breve notícia: “Câmara votará hoje o projeto de Fundação”. E segue na sua distorção do contexto:

Enquanto o tema ganha contornos dramáticos, e não se percebe solução rápida, o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt atende precariamente os pacientes. Há onze dias passou a se subordinar administrativamente ao Hospital Municipal São José porque o Regional não existe juridicamente desde a assinatura do convênio de municipalização. Faltavam remédios básicos

até antontem, quando foram adquiridos através do setor de compras do Hospital Municipal São José (1992:09).

A notícia também diz que antes de um não existente acordo para se votar o tema os representantes do Conselho Municipal de Saúde queriam a rejeição do projeto de lei. E enuncia, inclusive, as mudanças que seriam necessárias para a aprovação do projeto:

A maioria das entidades integrantes do Conselho Municipal de Saúde (que a notícia denomina Comissão), representada pelo médico Clóvis Montenegro de Lima, quer o Fundo Municipal de Saúde e a posse imediata dos membros da Comissão Municipal de Saúde como condições para a aprovação do projeto (1992:09).

O jornal local publica em 23 de maio de 1992 a notícia: “Criação da Fundação é adiada. Polêmica votação. Diálogo recomeça a partir da próxima segunda”. A notícia diz que o vereador Altair Carlos Pereira conseguiu o adiamento da votação em função de fatos novos, a partir de uma abertura de negociações entre os diferentes interesses.

O texto do jornal local tenta definir o espaço de discussão e de negociação:

A nomeação e posse imediata dos membros do Conselho Municipal de Saúde, a inclusão da rubrica do Fundo Municipal de Saúde no orçamento, a substituição dos integrantes do conselho deliberativo da Fundação pelos do Conselho Municipal de Saúde e a elaboração do planejamento de saúde no município formam os quatro pontos sobre os quais a prefeitura, vereadores, lideranças comunitárias representantes no Conselho e entidades do setor de saúde vão tentar acerto (1992:09).

A sessão da Câmara de Vereadores teve, segundo o jornal local, mais de oitenta populares que vaiaram e aplaudiram os vereadores, conforme se manifestavam, e queriam a rejeição do Projeto de Lei nº 171/91. O presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores passa a representar o governo municipal nas negociações.

Na edição de domingo do jornal local é publicada a síntese de um debate realizado na tarde do dia 21, data em que deveria ter sido votado o Projeto de Lei nº 171/91. O debate publicado em 24 de maio foi feito entre doze representantes de diversas entidades, inclusive do governo municipal e da Câmara de Vereadores.

O Secretário de Saúde do Município explica a importância da Fundação Joinvillense de Saúde a partir da necessidade de exercer o comando do Sistema Único de Saúde (SUS):

Ela significa o comando único dos serviços de saúde em Joinville. Tais serviços são compostos pelos hospitais São José, Hans Dieter Schmidt, Maternidade Darci Vargas, dois postos de assistência médica, 37 ambulatórios e uma unidade sanitária. No setor trabalham 2.350 funcionários e há uma verba de 40 a 50 bilhões de cruzeiros... A nova situação resultou num conjunto de profissionais federais, estaduais e do município, contratados, que se configura como uma verdadeira babilônia salarial. É preciso acertar isso. A política de saúde deve ser definida por um órgão que se chama Conselho Municipal de Saúde, que deverá aprovar o que chamamos de Plano Municipal de Saúde, o qual fixa as diretrizes para o setor. Partindo da premissa de que o fundo Municipal de Saúde, onde serão agrupados todos os recursos, e cuja administração compete ao Conselho, o que nós precisamos é de um instrumento que possa executar o Plano Municipal de Saúde. Esse instrumento é a Fundação Municipal de Saúde, entidade de caráter privado, e com a vantagem da autonomia, da flexibilidade, da agilidade e do poder de decisão (1992:27).

O Secretário de Saúde do Município é contestado pelo representante do Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Joinville no Conselho Municipal de Saúde:

Eu gostaria de dizer que existem dois princípios referentes à organização jurídico-administrativa do Sistema Único de Saúde dos quais não se pode abrir mão. Um é a existência do Conselho Municipal de Saúde, como órgão deliberativo do sistema de saúde no município. Até o momento os membros desse Conselho não foram nomeados, o que constitui uma irregularidade.

Segundo, a Lei Federal determina que o município tenha um conselho, um fundo e um plano... O projeto de lei que cria a Fundação absorve funções que seriam do Conselho Municipal de Saúde. O projeto da Fundação não dá conta daquilo que deve ser gestão pública. Eu defendo que as normas que devem reger a administração do sistema de saúde devem ser as normas do direito público. No momento eu tenho certeza que a eventual aprovação do projeto seria danosa na medida que o órgão que representa a população, que é o Conselho Municipal de Saúde, seria aliado das decisões da política municipal de saúde e da aprovação do Plano Municipal de Saúde, assim como da fiscalização do uso do dinheiro público (1992:27).

O Secretário de Saúde do Município afirma que a crise hospitalar existe por causa da lentidão da Câmara de Vereadores em aprovar o projeto da Fundação. O vereador Altair Carlos Pereira, que também é médico, contesta na hora:

Isso não é verdade. O que entendemos é que se não houver uma ampla discussão em torno do assunto, mais problemas surgirão no futuro... Uma possível solução é devolver a Maternidade e o Regional ao Estado. Florianópolis está batendo palmas por ter se livrado desses dois encargos... Discordo de que os setores de representação da comunidade vão participar na elaboração do estatuto da Fundação. No projeto da Fundação está escrito que a estrutura, competência, atribuições e funcionamento do órgão serão definidos por Decreto, pelo chefe do Poder Executivo. Portanto, não teremos qualquer ingerência na elaboração do estatuto... (1992:27).

A pedido do vereador Altair Carlos Pereira a assessoria jurídica da Câmara de Vereadores redige o Parecer nº 14/92, para esclarecimento sobre o projeto de lei que autoriza a instituição da Fundação Municipal de Saúde:

Não vemos como poderia o município administrar um hospital, tendo-o como órgão da administração direta: um departamento ou uma divisão da Secretaria de Saúde do Município, como sugere a primeira pergunta do vereador... A Fundação, a nosso ver, é o tipo de entidade que mais se adapta à situação em debate... A Fundação se afigura como solução para o problema da administração da assistência hospitalar... Como

o maior problema a ser administrado é o que diz respeito ao pessoal, o município se veria livre desse encargo... Essa posição se baseia na norma constitucional contida no art. 173 de nossa Lei Maior e com ela concordamos plenamente. Joinville, 29 de maio de 1992.

As pressões da maioria do Conselho Municipal de Saúde paralisam a tramitação do Projeto de Lei nº 171/91, abrindo um espaço para as discussões e as negociações do planejamento, da execução e do controle das ações e dos serviços do Sistema único de Saúde em Joinville. É assim que os vereadores Hercílio Rohrbacher e Altair Carlos Pereira, com a assessoria técnica de membros do Conselho Municipal de Saúde elaboram um substitutivo global do Projeto de Lei nº 171/91.

A partir das disposições da Constituição Federal, das Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90, da Lei Orgânica do Município de Joinville, e das Leis Municipais nºs 2.297/88 e 2.590/91, é feita uma articulação de princípios e de normas, que é transformado em emenda substitutiva global ao Projeto de Lei nº 171/91, que dispõe sobre as condições para as ações integradas em saúde, a organização e o funcionamento da Secretaria de Saúde do Município.

O vereador Hercílio Rohrbacher, na qualidade de relator da análise do Projeto de Lei nº 171/91 na Comissão Educação, Cultura, Saúde e Assistência Social da Câmara de Vereadores, elabora um parecer, o Parecer nº 113/92 de 24 de junho de 1992, que enuncia: “Considerando que não concordamos quanto ao mérito do projeto em análise, viemos apresentar à consideração do plenário o seguinte substitutivo global:...”

Esta emenda substitutiva global preserva todas as atribuições do Conselho Municipal de Saúde, regulamenta o uso do Fundo Municipal de Saúde e define a administração direta de todos os órgãos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Abre-se também a possibilidade para a administração indireta da assistência hospitalar e para a terceirização de serviços, através de Lei Municipal específica.

Em 24 de junho de 1992, 23 representantes de órgãos e entidades membros do Conselho Municipal de Saúde protocolam uma moção na Câmara de Vereadores, aprovando a emenda substitutiva global dos vereadores Hercílio Rohrbacher e Altair Carlos Pereira. É feita também a solicitação para que a Câmara de Vereadores inclua o Fundo Municipal de Saúde no orçamento suplementar do exercício de 1992.

O Projeto de Lei nº 171/91 e a emenda substitutiva global são extremos em um conflito de interesses que não se resolve. Assim, no dia 26 de junho de 1992 o prefeito municipal assina o Decreto nº 6.813, que introduz mudanças nas disposições do Decreto nº 6.779/92, que regulamentava a administração da assistência hospitalar. É especialmente relevante a subordinação administrativa dos hospitais públicos municipalizados ao Hospital Municipal São José:

As receitas e despesas do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e da Maternidade Darci Vargas deverão integrar, para fins de contabilização, as receitas e despesas do Hospital Municipal São José.

A outra face deste conflito de interesses é a batalha política e jurídica para garantir a efetivação do Conselho Municipal de Saúde, que se estabelece a partir da própria sanção da Lei Municipal nº 2.503, de 22 de março de 1991, que o criou. O governo municipal nega-se a aceitar os profissionais de saúde e 50% de usuários como seus interlocutores na definição da política de saúde.

Em 7 de abril de 1992 é entregue uma moção ao Prefeito Municipal em audiência pública, assinada por dezoito representantes de órgãos e entidades membros do Conselho Municipal de Saúde, para “solicitar respeitosamente a V. Exma. que nomeie os mesmos para que possam cumprir as normas estabelecidas... : Certos de estarmos contribuindo para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços e para a satisfação dos usuários, aguardamos a posse oficial dos representantes das entidades membros para breve”.

Em 8 de maio o Secretário de Saúde do Município expede o Memorando nº 382/92 para a assessoria jurídica da

Prefeitura Municipal, fazendo a solicitação de portaria para nomear representantes do Conselho Municipal de Saúde:

Anexo elencamos nominativa dos representantes: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários especificando órgãos e entidades, endereços e nomes dos respectivos indicados titulares e suplentes. Observamos, outrossim, que o Senhor Prefeito definiu, a princípio, que até o dia 18 de maio de 1992 deveríamos estar com a portaria assinada e publicada.

Em 30 de junho de 1992 é feita uma comunicação à Promotoria de Justiça da Comarca de Joinville, assinada por dez representantes de órgãos e entidades do Conselho Municipal de Saúde, que enuncia “os atos ilegais e abusivos do Poder Executivo Municipal de Joinville na administração do Sistema Único de Saúde e solicita a ação do Ministério Público para a urgente e efetiva defesa das leis, do direito e da sociedade”. É citada especialmente a não nomeação do Conselho Municipal de Saúde.

A Promotoria de Justiça da Comarca de Joinville orienta os membros do Conselho Municipal de Saúde para agir diante das ações do Poder Executivo Municipal. No que se refere à nomeação do Conselho Municipal de Saúde, é recomendado o uso do mandado de segurança contra o ato do Prefeito Municipal.

No dia 13 de julho de 1992, o advogado Francisco Lessa, em nome do médico Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, representante do Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Joinville, e do operário Valdir Schaeffer, representante do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Material Plástico de Joinville, membros titulares indicados para o Conselho Municipal de Saúde, entra na Primeira Vara Cível da Comarca de Joinville para impetrar mandado de segurança contra ato de omissão do prefeito Municipal de Joinville, Luiz Gomes.

O advogado faz a exposição dos fatos, apresentando a nominativa do Memorando nº 382/92 da Secretaria de Saúde do Município e a Lei Municipal nº 2.590/91, acrescentando:

Vê-se, pois, Excelência, que passado um ano de realização da Conferência Municipal de Saúde, que elegeu os membros do Conselho Municipal de Saúde... até o presente momento do Senhor Prefeito Municipal não nomeou nem deu posse aos mesmos, em flagrante ato omissivo ilegal, uma vez que não obedece ao mandamento das Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90... A Digna Autoridade Coadadora, infelizmente, não fez sua parte! Não os nomeando, omite-se ilegalmente, omissão esta que acarreta ilegalidades corolárias, como trataremos a seguir, sempre em prejuízo da coletividade, preocupação primeira dos impetrantes... Em síntese, e até por estima à brevidade, após tantos cuidados administrativos, para que seja estancada a temporada de irregularidades no setor de saúde desta cidade de Joinville, e para que se restaure o equilíbrio jurídico com a obediência das Leis, é de ser concedido o presente mandamis, pois outro recurso não tem os impetrantes, a não ser à força do Judiciário, único Poder que neste momento pode coibir abusos, estabelecer o cumprimento legal, no intuito de destacar o bem comum, neste caso a saúde da comunidade de Joinville.

Por fim, o advogado Francisco Lessa solicita que no prazo de 48 horas faça publicar portaria de nomeação e posse dos membros do Conselho Municipal de Saúde como medida liminar a ser confirmada na sentença de mérito. Requer ainda benefício da Justiça gratuita, uma vez que o exercício de funções junto ao Conselho Municipal de Saúde não é remunerado.

No dia 13 de julho, o juiz de Direito da Primeira Vara Cível, Dr. Newton Trisotto, denega a liminar postulada, que não inviabilizará, em suas palavras, o direito substantivo invocado, caso venha a ser reconhecido ao final. E determina também que seja notificado o impetrado, o prefeito municipal, para que em 10 dias preste as informações que entender necessárias.

No dia 16 de julho os membros do Conselho Municipal de Saúde se reúnem e assinam uma moção: “Maioria quer nomeação e posse imediata!” O texto é direto: “Os representantes dos órgãos e entidades membros do Conselho Municipal de Saúde, criado pela Lei Municipal nº 2.590/91, vem por meio desta moção manifestar-se pela nomeação e posse imediata do Conselho Municipal de Saúde de Joinvil-

le. A participação comunitária é uma diretriz da Constituição Federal (art. 198) e está regulamentada na Lei Federal nº 8.142/90. Estamos favoráveis ao cumprimento das leis e na defesa da ordem social.”

Assinam a moção: Escola Auxiliar de enfermagem, FURJ/Univille, ACE, Unimed – cooperativa de trabalho médico, Sociedade Joinvillense de Medicina, Associação Brasileira de Enfermagem, Núcleo de Nutricionistas, Associação Joinvillense de Farmacêuticos e Bioquímicos, Associação de Assistentes Sociais, Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde, Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos, Associação de Aposentados e Pensionistas, Pastoral da Saúde, Centro de Defesa Direitos Humanos, Profis, APREMA, UJES, FAMJO – Federação das Associações de Moradores, Sindicato dos Empregados em Rádio e TV, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Material Plástico, Sindicato dos Trabalhadores de Oficinas Mecânicas, seis representantes de associações de moradores.

Em 14 de agosto de 1992, durante a IX Conferência Nacional de Saúde em Brasília, 40 dos 46 delegados de Santa Catarina assinam moção dirigida ao Juízo de Direito da Comarca de Joinville, exigindo a nomeação e posse imediata do Conselho Municipal de Saúde.

Em 21 de agosto o Promotor de Justiça, Dr. Vilmar José Loef, pronuncia-se sobre o Mandado de Segurança nº 2.235/92 contra o ato de omissão do Prefeito Municipal:

Trata-se de mandado de segurança impetrado para obter a publicação de portaria de nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, criado pela Lei Municipal nº 2.590... Havendo, como afirmam os impetrantes, irregularidades no setor de saúde desta cidade, e no intuito de destacar o bem comum da comunidade de Joinville, entendemos que de acordo com o art. 1º da Lei nº 1.553/51, basta que haja justo receio de que venha a se efetivar a violação do direito, para que se invoque o remédio do mandado de segurança... A inércia da administração, retardando ato ou fato que deva praticar, é abuso de poder que enseja correção judicial e indenização pelo ato prejudicado... Os impetrantes comprovaram com clareza o

legítimo interesse da coletividade e a legitimidade ativa... Ante o exposto, opinamos pela concessão do direito.

A sentença do juiz de Direito da Primeira Vara Cível da Comarca de Joinville é assinada em 11 de setembro: “Em vista do exposto, defiro a segurança. Concedo ao ilustre impetrado prazo de dez dias para que promova a nomeação dos impetrantes e demais pessoas indicadas pelas suas respectivas representadas, para comporem o Conselho Municipal de Saúde.” É relevante mencionar que o juiz afirma que não procedem as preliminares levantadas pela assessoria jurídica da Prefeitura Municipal e que, no tocante ao mérito, também assiste razão aos impetrantes.

Em 24 de setembro, os assessores jurídicos da Prefeitura Municipal, Evi Alexandre Varela e Marcia da Silva Petry, entram com apelação da sentença do juiz de Direito da Primeira Vara Cível ao Tribunal de Justiça: “A respeitável decisão ora sob recurso, *data vênia* ao seu ilustre prolator, afastou-se do direito aplicável à espécie, devendo, portanto, ser reformada, para que se declare a improcedência do pedido dos impetrantes.”

A assessoria jurídica da Prefeitura Municipal argumenta várias preliminares: a ilegitimidade dos impetrantes para propor o *mandamus*, a decadência do prazo de 120 dias, a partir de 27 de novembro de 1991, para valer-se do mandado de segurança, a ausência do interesse legítimo dos impetrantes para propor a ação, a ausência de direito líquido e certo.

No que se refere ao mérito, à assessoria jurídica da Prefeitura Municipal assume que a omissão está direta e indissociavelmente inserida em um só problema, que se poderia denominar municipalização dos serviços de saúde: “A nova Constituição Federal, seguida pela Estadual e, por último... pela Lei Orgânica do Município, trouxeram às administrações em todos os níveis situações de grande complexidade, que somente pouco a pouco vão se superando. As administrações que, sem maior cuidado, criaram situações jurídicas definidas em algumas questões municipais já estão arrependidas pelos malefícios e confusões que provocaram.”

Por fim, a assessoria jurídica da Prefeitura Municipal expõe a indisposição para o diálogo e a negociação:

Ademais, é fácil perceber-se que, se intempestivamente nomeado o Conselho Municipal de Saúde, este passaria a exercer atribuições que incluem: – formular a estratégia, o controle, a execução da política municipal de saúde; definir as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde; definir critérios de padrões e parâmetros assistenciais. Dessas funções decorre o encargo de definir as atribuições de pessoal, qualificação requerida e quantificação, para que as necessidades detectadas possam ser satisfeitas... Tais considerações demonstram que não poderão ser cumpridas com eficiência as competências do Conselho Municipal de Saúde enquanto os organismos de prestação de serviços não tiverem sua estrutura e regime jurídico definidos pela Câmara Municipal para atender a Constituição Federal... Não se poderá, coerentemente, via Poder Judiciário, fixar prazo para que o Poder Executivo nomeie dito Conselho. Não há direito líquido e certo que ampare a pretensão dos impetrantes... Face o exposto, pede o Recorrente, haja por bem esse Egrégio Tribunal, reformar a sentença ora recorrida, declarando a improcedência do pedido dos impetrantes.

Em 25 de setembro, a mesma assessoria jurídica da Prefeitura Municipal muda a sua estratégia em função da greve dos servidores públicos municipais de Joinville a partir de 10 de setembro.

O requerente adotou todos os procedimentos voltados a conduzir à normalidade os seus serviços. Lamentavelmente, foram baldados os esforços despendidos, pois até esta data o movimento grevista continua e as Secretarias não poderão ainda reiniciar suas atividades, com o que tornou-se impossível colher as informações necessárias para completar a nominativa dos membros que comporão o Conselho Municipal de Saúde. Face o exposto, pede o Requerente que determine a V.Exa. que a sentença no que concerne à nomeação dos membros do conselho Municipal de Saúde possa ser cumprida no prazo de 10 dias contados do término do movimento paredista.

O juiz de Direito da Primeira Vara Cível da Comarca de Joinville despacha uma linha no próprio requerimento da

Prefeitura Municipal: “Defiro o pedido, nos termos solicitados.” Os membros do Conselho Municipal de Saúde contestam o requerimento do Prefeito Municipal e se reúnem no dia 30 para discutir as diretrizes orçamentárias e o orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 1993 no auditório do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos.

No dia 5 de outubro de 1992, o advogado Francisco Lessa entra com agravo de instrumento a partir do requerimento da Prefeitura Municipal, deferido pelo juiz de Direito. O advogado adverte:

Em que pese o costumeiro zelo e equilíbrio do Ilustre Magistrado, no caso vertente laborou em equívoco, uma vez que a ocorrência da greve não poderia obstar o cumprimento de decisão judicial, soberana em todos os seus termos, e mesmo porque provaremos por aqui que tinha sim, como tem, a DD. Autoridade Coatora, condições para o cumprimento da referida sentença de Primeiro Grau.

O advogado esclarece que na edição de 25 de setembro do jornal local, o mesmo dia em que requereu novo prazo para a nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, foi noticiado que “O prefeito Luiz Gomes informou que a prefeitura voltou a funcionar depois de 14 dias de paralisação, e que está gradativamente colocando em dia os serviços parados. Através de decretos e portarias, Lula está dando continuidade à parte administrativa”. E também foi publicado um informe publicitário sob o título “Esclarecimentos sobre a greve dos Servidores Municipais”, onde produz a determinação judicial no sentido de que qualquer manifestação dos trabalhadores ocorresse sempre a mais de 200 metros dos locais de trabalho. E, finalmente, cita decreto e portarias e decretos assinados pelo Prefeito Municipal publicados no jornal local em 24, 26 e 29 de setembro.

O advogado apela a autoridade do Poder Judiciário que reafirme a sentença com prazo para a nomeação do Conselho Municipal de Saúde:

Vê-se com clareza lapidar que as alegações do Senhor Prefeito Municipal de Joinville, lançadas na petição de adiamento de cumprimento da determinação judicial, deferida por este MM^o

Juízo, vêm eivadas de incrível falácia, ou mente à população quanto aos resultados da greve, forçando a volta ao trabalho dos servidores públicos, sem a negociação das reivindicações, comportamento que, em qualquer caso, merece a dura censura do Poder Judiciário, bastão de análise e resolução dos desmandos, muito mais quando sua origem é a Autoridade Coatora, investida de mandato popular... O senhor prefeito Municipal tem assessoria para requerer judicialmente, para fazer publicar extensa peroração acerca do movimento grevista, mas não para datilografar uma portaria de nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde. A autoridade Judiciária não poderá manter o despacho, porque revestido de mentira!, o que não se aceita de qualquer cidadão, menos ainda do chefe do Executivo Municipal...

No mesmo dia 5 de outubro de 1992, o médico Clóvis Montenegro de Lima e o operário Valdir Schaefer, membros titulares do Conselho Municipal de Saúde, com fundamento no art. 29, inc. VIII, da Constituição Federal e especialmente nos arts. 70 e 71 da Lei orgânica do Município oferecem à Câmara de Vereadores denúncia por crimes de responsabilidade contra o prefeito municipal de Joinville, Luiz Gomes. A denúncia quer a decretação da perda do cargo e a inabilitação temporal para o exercício de função pública.

A denúncia em seu preâmbulo afirma que os denominados crimes de responsabilidade não se definem como mera transgressão de normas legais, mas antes de tudo significam traição ao povo, este que escolheu pelo sufrágio universal os seus representantes, no caso o Prefeito Municipal de Joinville. E sustenta que a ausência de cuidado e a omissão do administrador público, no caso concreto, não escandalizam apenas o corpo administrativo do Município, mas o próprio município, uma vez que a confiança é o mais importante elemento entre o povo e seus eleitos, e sem ela o perigo do turbilhão das relações será, ou é sempre uma constante.

A denúncia exige que o rigor de pedra deve nortear a investigação, o estudo e a aplicação da sanção mais dura, vez que não se trata aqui de interesses pessoais pequenos, mas antes de tudo o esforço em esculpir a ética política e a moral

pública enquanto valores universais e imprescindíveis no trato das coisas da coletividade.

A denúncia contra o prefeito municipal refere-se principalmente ao mau uso do dinheiro público no Sistema Único de saúde (SUS):

A omissão, que no caso se transforma em brutal abuso de poder, exclui a comunidade das decisões que lhe dizem respeito na área de fundamental importância – saúde – em flagrante violação legal, em relação às Leis Federais e do próprio âmbito do Município. Houve-se, portanto, o prefeito municipal de Joinville, com grave omissão, permitindo tácita ou expressamente infração à Lei Federal e Municipal, de ordem pública, de vez que sanciona Lei de Diretrizes Orçamentárias contrárias à norma legal, e impedindo a participação da comunidade na elaboração da política de saúde, o que fere de morte os preceitos contidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e Leis Municipais nº 2.590/91.

Uma nota a comunidade dos dois denunciantes contra o prefeito municipal tenta esclarecer:

Queremos que o prefeito municipal, Luiz Gomes, responda publicamente sobre o uso do dinheiro público do Sistema Único de Saúde – SUS, sem o entendimento com o Conselho Municipal de Saúde e sem ter um Plano Municipal de Saúde para Joinville. O país não aceita mais a impunidade na administração pública e a falta de ética na política!.

O jornal *Diário Catarinense* publica em 9 de outubro a matéria: “Aceita denúncia contra o prefeito Luiz Gomes”. O texto diz: “A Câmara de Vereadores aceitou ontem à noite a denúncia de crime de responsabilidade contra o prefeito Luiz Gomes. O documento será analisado na Comissão de Legislação e Justiça... A decisão do Legislativo pode resultar no afastamento do prefeito acusado de omissão, abuso de poder e administração ilegal do recurso do SUS.”

O jornal local publica no dia 10 de outubro sob o título: “Conselho pede *impeachment*”. O texto diz de modo brando: “O prefeito Luiz Gomes ficou surpreso ao tomar conhecimento da denúncia e pedido de *impeachment* feito contra ele

por membros do Conselho Municipal de Saúde... Lula diz desconhecer o teor da denúncia e aguarda que a comunicação chegue até ele. O prefeito explica que o Conselho Municipal de Saúde não tem prazo para sua implantação: “Os Sistemas Únicos de Saúde são implantados gradativamente. Acreditamos que a partir do ano que vem este trabalho será mais eficaz...”

No dia 9 de outubro é publicada a Portaria nº 080/92, assinada pelo prefeito Luiz Gomes em 7 de outubro de 1992, que nomeia os membros para integrar o Conselho Municipal de Saúde. São nomeadas para integrar o Conselho as pessoas indicadas pelos órgãos e entidades. O mandato dos membros do Conselho será de dois anos, a contar desta data. No caso de substituição de membros do Conselho, o substituto complementarará o mandato do substituído.

No mesmo dia 9 de outubro, diversos membros do Conselho Municipal de Saúde se reúnem no auditório do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos para abrir a discussão do Plano Municipal de Saúde e definir as diretrizes orçamentárias do Sistema Único de Saúde para o exercício de 1993.

Os membros do Conselho Municipal de Saúde decidem convocar uma sessão extraordinária, a partir de edital assinado por mais de um terço dos membros titulares e publicado no jornal local do dia 10 de outubro. Dezesete conselheiros assinam o edital, que convoca a sessão para o dia 14 de outubro.

No dia 14, a sessão não obtém *quorum*, apesar de poder ser legalmente realizada em função da Portaria nº 080/92. Os conselheiros decidem convocar outra sessão extraordinária para ocorrer nos dias 19 e 21 de novembro com a seguinte ordem do dia:

- 1) Discussão do projeto de Plano Municipal de Saúde apresentado pela Sociedade Joivillense de Medicina;
- 2) Aprovação das diretrizes orçamentárias do Sistema Único de Saúde para 1993. Vinte e três conselheiros assinam este edital.

No dia 15 de outubro, a Secretaria de Saúde do Município expede ofícios para os membros do Conselho Municipal de Saúde, convidando-os para a posse pelo prefeito Luiz Gomes no dia 26 de outubro, no auditório da Unimed. O ofício se refere à Lei Municipal nº 2.590/91 e à Portaria nº 080/92.

Na reunião dos membros do Conselho Municipal de Saúde, em 21 de outubro resolvem convocar sessão extraordinária do Conselho exatamente para o mesmo dia, hora e local para os quais todos os membros haviam sido convidados pela Secretaria de Saúde do Município. Os 24 conselheiros presentes querem obrigar a realização de uma sessão oficial que discuta o Plano Municipal de Saúde e as diretrizes orçamentárias do Sistema Único de Saúde para o exercício de 1993.

No dia 13 de outubro de 1993 o representante do Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Joinville no Conselho Municipal protocola um ofício ao presidente da Câmara de Vereadores, Durival Lopes Pereira, onde comunica as irregularidades na Lei de Diretrizes Orçamentárias para o exercício de 1993 e na Mensagem nº 106/92 do Poder Executivo com a proposição de Orçamento Geral do Município.

Este ofício recorda que o Conselho Municipal de Saúde não participou da elaboração das diretrizes orçamentárias e aponta que os recursos financeiros destinados à Secretaria de Saúde do Município e ao Hospital São José devem ser acrescidos aos do Fundo Municipal de Saúde.

A Lei Municipal nº 2723, de 19 de outubro de 1992, dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 1993. As diretrizes da Secretaria de Saúde são: 1) Instituição do Fundo Municipal de Saúde; 2) Aquisição de equipamentos e material permanente; 3) Construção, ampliação e reforma dos ambulatórios; 4) Limpeza e desinfecção de caixas de água nas escolas municipais; 5) Construção do Hospital Infantil de Joinville. As diretrizes do Hospital Municipal São José são definidas em separado: 1) Aquisição de materiais e equipamentos para o hospital.

A Lei Municipal nº 2.590/91 estabelece que o plano de aplicação de recursos deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em acordo com o Plano Municipal de Saúde. A principal iniciativa de elaboração de projeto de Plano Municipal de Saúde para Joinville parte da Sociedade Joinvillense de Medicina, que convida um grupo de profissionais para preparar o documento.

A Sociedade Joinvillense de Medicina publica um projeto de Plano Municipal de Saúde de Joinville, a ser apresentado para compromisso dos candidatos a prefeito municipal e para a aprovação do Conselho Municipal de Saúde em agosto de 1992. O Plano de Saúde para 1992, apresentado pela Secretaria de Saúde do Município para a Secretaria do Estado de Saúde não foi aceito por não ter sido apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

No dia 16 de setembro, a Sociedade Joinvillense de Medicina publica um convite público no jornal local:

A SJM em sua posição apartidária vem a público convidar o Senhor Prefeito de Joinville, os senhores vereadores, os senhores membros do Conselho Municipal de Saúde de Joinville, os senhores políticos atuais candidatos à prefeitura e aos cargos de vereadores em Joinville, profissionais médicos e paramédicos, autoridades locais da área da saúde, para apresentação e debate do projeto de Plano de Saúde de Joinville a realizar-se no dia 17 de setembro de 1992... Este projeto foi elaborado por uma comissão de profissionais relacionados pela Sociedade Joinvillense de Medicina e abrange todos os atuais aspectos, deficiências e necessidades, porém sua criação, estudo, discussões e realização se basearam na busca das reais soluções a se encontrar, para uma melhor qualidade de vida e saúde da comunidade de Joinville.

O projeto de Plano Municipal de Saúde apresentado pela Sociedade Joinvillense de Medicina faz um balanço do processo de municipalização:

Em Joinville o processo de municipalização está paralisado pela falta de vontade política do poder executivo municipal que, apesar de contar com os instrumentos legais para tan-

to, não dialoga com o Conselho de Saúde, não usa o Fundo de Saúde, não elabora o Plano de Carreira e Salários e não apresenta relatórios de gestão do SUS para a sociedade. O desenvolvimento do SUS exige, antes de mais nada, o acordo e a obediência às leis.

No seu boletim de outubro, a Sociedade Joinvillense de Medicina esclarece aos seus associados sobre o Plano de Saúde:

Infelizmente não foi possível realizar assembleia com a categoria para discussão com respeito ao plano de saúde. A premência das eleições de 3 de outubro e a necessidade de afirmação da responsabilidade da SJM no contexto de saúde para compromisso prévio dos candidatos ao Executivo de nossa cidade, fez com que o grupo de trabalho se responsabilizasse pelo projeto e o apresentasse em 17 de setembro. Os membros do Conselho Municipal de Saúde, os demais presentes, colegas médicos, o candidato Luiz Henrique da Silveira e representantes de candidatos presentes mostraram-se convencidos, após debate, da seriedade e do conteúdo do programa. Marcaremos agora uma apresentação com a classe médica.

É necessário dizer que o projeto de Plano Municipal de Saúde é articulado com outra iniciativa da corporação médica por espaços de exercício de poder. A partir de 1º de julho, a Sociedade Joinvillense de Medicina passa a subsidiar a campanha eleitoral de cinco candidatos médicos a vereador.

Estes cinco candidatos foram escolhidos em prévias realizadas entre os médicos para escolher entre 11 candidatos por diversos partidos:

A Sociedade Joinvillense de Medicina vem realizando algumas reuniões com lideranças, vereadores e candidatos a vereadores médicos, tentando viabilizar formas de chamar o médico a participar do processo político eleitoral que se aproxima. Temos percebido e os jornais noticiado que vários segmentos da sociedade vêm realizando processo seletivo e apoio maciço aos seus candidatos de categoria, vide segurança pública, política militar, empresários, assembleias de Deus, gays, negros etc... Cabe lembrar ao colega que enquanto acomodados e sem participação efetiva, estaremos sempre marginalizados das decisões

que se referem à nossa categoria, com cargos ligados à área de saúde sendo ocupados por outros profissionais, projetos elaborados sem nossa opinião, fundações criadas, autarquias desaparelhadas e tantas outras atitudes onde o médico efetivamente só pode tomar parte para reclamar depois de instituído o processo. Lembramos também ao colega que a SJM está extra-partidária no processo, querendo apenas que médicos possam trilhar o caminho político caminhando ao lado da classe...

O resultado dessa mobilização da corporação médica é que são eleitos três vereadores médicos: um pelo Partido Liberal (PL), aliás, o vereador mais votado do estado de Santa Catarina, um pelo Partido Democrático Social (PDS), e um pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Os candidatos do Partido da Frente Liberal (PFL) e do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) não foram eleitos. Os seis candidatos médicos não apoiados formalmente pela SJM tiveram votações pouco expressivas.

Esta participação no processo de escolha da representação política e os espaços conquistados expressam a amplitude da política e os espaços conquistados expressam amplitude da política de saúde no Município de Joinville. São intensos conflitos de interesses econômicos no setor de serviços que mais se desenvolveu em uma cidade industrial.

No dia 19 de outubro, o representante do Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Joinville no Conselho Municipal de saúde entrega cópia do Plano Municipal de Saúde apresentado pela Sociedade Joinvillense de Medicina a Câmara de Vereadores, para ser anexada à denúncia por crime de responsabilidade contra o Prefeito Municipal, Luiz Gomes. O representante destaca que o projeto foi aprovado pela maioria do Conselho Municipal de Saúde como documento base para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Na sessão do Conselho Municipal de Saúde, em 26 de outubro, após a posse pelo Prefeito Municipal, a maioria dos membros presentes exige que se discutam o Plano de Saúde e as diretrizes orçamentárias. É definido que o Secretário de Saúde do Município deveria enviar mensagem à Câmara de Vereadores para que o Conselho fosse ouvido nas diretrizes

orçamentárias e no orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 1993. O ofício foi protocolado na Câmara de Vereadores em 29 de outubro de 1992.

Em 31 de outubro foi publicado no jornal local uma mensagem do Conselho Municipal de Saúde à Câmara de Vereadores que afirma: “O Conselho Municipal de Saúde não aprovou resolução sobre diretrizes orçamentárias e os recursos financeiros do SUS estão dispersos em três rubricas no orçamento geral proposto pelo Poder Executivo.” Vinte e seis membros do conselho assinam esta mensagem.

São realizadas, então, por decisão dos seus membros, várias sessões extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde, até que em 18 de novembro de 1992 é aprovada resolução sobre as diretrizes orçamentárias, a administração financeira no Fundo Municipal de Saúde e a especificação de despesas para o exercício de 1993. Esta resolução é protocolada na Câmara de Vereadores em 19 de novembro.

As resoluções sobre a execução orçamentária são: aprovação prévia dos planos de aplicação de recursos pelo Conselho Municipal de Saúde, apresentar planilhas de custos de todos os serviços próprios e contratados, regularizar a participação complementar da iniciativa privada, enquadrar o pessoal em plano de carreira. É feita uma especificação de diretrizes orçamentárias em operacionalização, em saneamento básico e vigilância sanitária, em serviços de programas básicos de saúde, em serviços diagnósticos e terapêuticos, em assistência hospitalar, assim como das despesas dos 98 bilhões de cruzeiros estimados para 1993.

A Mensagem nº 106/92 do Poder Executivo à Câmara de Vereadores com proposição de orçamento geral do Município para o exercício de 1993 dispersa os recursos do SUS em três rubricas: Secretaria de Saúde do Município, Hospital Municipal São José e Fundo Municipal de Saúde. Após negociação dos representantes do Conselho Municipal de Saúde com os líderes partidários na Câmara de Vereadores, é definida a administração financeira do SUS no fundo Municipal de Saúde. A Lei Municipal aprovada em 26 de novembro na

Câmara de Vereadores homologa este acordo. O orçamento geral do Município estima despesas totais de 329 bilhões.

Em 24 de novembro de 1992 é sancionada a Lei Municipal nº 2.752, que reformula o Fundo Municipal de Saúde, que define que o mesmo será subordinado diretamente ao Secretário de Saúde do Município. Esta lei tem conteúdo bastante semelhante ao Decreto nº 6.623/91.

Em 16 de dezembro é assinado o Decreto nº 6.947, que aprova o orçamento que estima a receita e fixa a despesa do Fundo Municipal de Saúde, em conformidade com o estabelecido na Lei Municipal nº 2.761, de 15 de dezembro de 1992. O orçamento do fundo Municipal de Saúde estima a receita e fixa a despesa em 92 bilhões de cruzeiros no exercício de 1993.

As receitas de serviços hospitalares são de 58,5 bilhões de cruzeiros e as transferências do Município são de 22,4 de bilhões de cruzeiros. As despesas com manutenção e assistência médico sanitária são de 33,6 bilhões, com o funcionamento e manutenção do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt são de 13,2 bilhões e com o funcionamento e manutenção da Maternidade Darci Vargas são de 2,4 bilhões de cruzeiros.

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville, durante as suas sessões extraordinárias, a partir de sua posse em 26 de outubro, aprova também o seu regimento interno. É curioso notar que várias sessões extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde não são realizadas por falta de *quorum* de maioria de seus membros presentes.

O regimento interno do Conselho reproduz todas as atribuições definidas na Lei Municipal nº 2.590/91, com um parágrafo único que diz: “Para atender os objetivos do Conselho Municipal de Saúde serão levadas em consideração às prioridades estabelecidas nos conselhos locais de saúde existentes ou a serem organizadas pelas comunidades dos bairros e distritos do Município.” A disposição da Lei Orgânica do Município excluída na Lei Municipal nº 2.590/91 é recuperada no regimento interno.

É definida também uma mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde no regimento interno, composta pela presidência do secretário de Saúde do Município e por um vice-presidente e um secretário geral aprovados pelo plenário. É definida também uma secretaria executiva com pessoal da Secretaria de Saúde do Município. O regimento interno é a Resolução nº 9 do Conselho Municipal de Saúde.

O processo de organização do Conselho Municipal de Saúde de Joinville e, de certa forma, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é fortemente marcado pela realização das eleições municipais em dois turnos: 3 de outubro e 15 de novembro. Alguns problemas na política municipal de saúde adquirem contornos de posição partidária, a começar pela própria nomeação e posse do Conselho Municipal de Saúde. O próprio secretário de Saúde do Município é candidato a vice-prefeito em uma das várias chapas.

Cabe citar as posições na política de saúde dos candidatos do segundo turno. De um lado o deputado federal Luiz Henrique da Silveira, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), e do outro o deputado estadual Wittich Freitag, do Partido da Frente Liberal (PFL). Ambos são ex-prefeitos municipais.

Luiz Henrique propõe sobre “saúde”: “Construir hospitais infantil e psiquiátrico. Fazer entrar em funcionamento o Sistema Único de Saúde e elaborar o Plano Municipal de Saúde com a participação do Conselho Municipal.” Wittich Freitag propõe: “Ampliar a construção de ambulatórios médicos e postos de saúde.” Assim está em reportagem especial sobre o segundo turno do jornal *Diário Catarinense* de 15 de novembro.

No jornal de campanha de Luiz Henrique, *O Povo de Novo*, ele expõe elementos de uma política de saúde:

Joinville é caracterizada pelo confronto que se acentua mais entre regiões, uma dotada de infra-estrutura e outras se expandindo veloz e indiscriminadamente. Vou mudar o sentido da administração, dirigindo-a com toda a força para as regiões de problemas crescentes e que estão localizados numa periferia distante e carente. Com relação à saúde é bom salientar que

criamos o programa de medicina comunitária e odontologia preventiva. Vamos reincrementá-lo. Entendemos que havendo um bom sistema preventivo de saúde a demanda hospitalar cairá brutalmente (1992:04).

No jornal de campanha de Wittich Freitag, “Novamente pela comunidade”, são feitas promessas que incluem elementos de uma outra política de saúde:

Construir o hospital infantil em Joinville e uma ala para doentes mentais no Hospital Municipal São José. Mais ambulatórios e postos de saúde nos bairros. A saúde terá prioridade na administração Freitag. Instalação de pronto-socorro nos ambulatórios maiores dos bairros, com funcionamento dia e noite, sem interrupção do atendimento... Adotar o orçamento regionalizado para os bairros. Os moradores vão decidir onde aplicar os recursos destinados ao bairro.

No dia 7 de outubro o secretário de Saúde do Município, que fora candidato a vice-prefeito, assume outra vez o cargo com a seguinte declaração:

A área da saúde é uma das três prioridades do Prefeito Luiz Gomes, juntamente com educação e habitação, absorvendo investimentos, em quatro anos, superiores a 20 milhões de dólares. O sistema de saúde implantado em Joinville é considerado modelo e trouxe um grande avanço nos serviços à disposição da população. Seguramente mais de 200 mil pessoas utilizam o sistema público de saúde, que deverá fechar os quatro anos da atual administração realizando mais de 2 milhões de atendimentos ambulatoriais básicos, mais de 500 mil atendimentos médicos, mais de 700 mil procedimentos odontológicos e tendo distribuído mais de 11 milhões e 200 mil unidades de medicamentos, de forma totalmente gratuita, além de todo o atendimento prestado pelas três unidades hospitalares: Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e Maternidade Darci Vargas (1992:09).

É curioso serem apresentadas neste balanço 30 realizações com a definição de um percentual arbitrário de concretização. Por exemplo, o Fundo Municipal de Saúde não usado é de 100%. O Plano Municipal de Saúde não aprovado pelo

Conselho e não aceito pela Secretaria de Estado da Saúde é de 95%. A Fundação Municipal de Saúde com projeto de lei engavetado na Câmara de Vereadores é de 30%. O conselho Municipal de Saúde até então não nomeado e empossado é de 95%. E por aí vai.

Em 27 de novembro, o Secretário de Saúde do Município, que assina como presidente do Conselho Municipal de Saúde, envia ofício aos conselheiros fazendo uma avaliação do seu funcionamento:

Entendemos, sim, um saldo altamente positivo, considerando o tempo decorrido da posse até a presente data. Oportuno evidenciar o espírito de democracia e entendimento que vem imperando no Conselho, que esperamos se estenda para o próximo exercício...

Em 27 de dezembro, o Secretário de Saúde do Município publica uma carta no jornal local, no qual faz uma breve análise do papel dos meios de comunicação:

A colaboração desta empresa de comunicação foi decisiva para a melhoria da qualidade de vida e saúde da nossa população, e a tem identificado com aqueles que realmente contribuem para o desenvolvimento de nossa comunidade. Foi realmente gratificante poder contar com o jornal A Notícia durante este período, seja para nos estimular, para nos ajudar, ou para nos orientar através de críticas construtivas. Na interação crescente entre os meios de comunicação e os órgãos públicos, como de resto com todas as áreas de atuação, vislumbramos uma das maiores armas para a solução dos problemas, que afetam nossa sociedade em todos os seus segmentos e níveis (1992:02).

No dia 30 de dezembro o prefeito municipal assina o Decreto nº 6.958, publicado em 31 de dezembro, que exonera a partir de 31 de dezembro os secretários do Município, entre eles o Secretário de Saúde. De acordo com a Lei Municipal nº 2.590/91 e a Portaria nº 080/92 saem nove representantes do governo municipal, mas ficam os 37 representantes dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários no Conselho Municipal de Saúde em Joinville.

A SOCIEDADE DA COMUNICAÇÃO E A ÉTICA DA DISCUSSÃO

As sociedades modernas se caracterizam pela sua organização burocrática. A sociedade chega a se transformar em uma sociedade dotada de racionalidade através do que Max Weber chama de ação comunitária, cujo aspecto fundamental é a dominação. A dominação é um estado de coisas no qual as ações dos dominados aparecem como se estes houvessem adotado como seu o conteúdo da vontade manifesta do dominante. A dominação é uma forma de poder e se manifesta sob a forma de governo.

Prestes Motta e Bresser Pereira caracterizam o caráter racional das organizações burocráticas: são sistemas sociais formais, impessoais, dirigidos por administradores profissionais, que tendem a controlá-los cada vez mais completamente. A autoridade deriva de normas racionais legais. As normas são escritas e exaustivas. A burocracia se caracteriza pelo seu caráter hierárquico e uma divisão horizontal do trabalho. A administração burocrática é realizada sem consideração às pessoas.

Estes autores mostram que entre os excessos da burocracia na organização social está a “papelada”, que deriva diretamente do excesso de formalismo, do princípio de que tudo que ocorre em uma organização deve ser documentado. Estes documentos são convenientemente arquivados e de uma imensa variedade, desde atos constitutivos da organização, de seus estatutos, de seus regulamentos básicos, até notas, faturas, livros contábeis, cartas, relatórios, planos etc. São esses documentos que permitem a racionalização do tra-

balho e sem eles não é possível a realização de comunicações eficientes dentro da organização.

A burocracia é a organização formal que impõe um padrão de comportamento fixo, mas existe uma diversidade de fenômenos que lhes escapa e que vão constituir os elementos da organização informal. A organização informal abrange todas as relações, todas as normas, todos os valores não estabelecidos na organização formal, não previstos e que resistem a ela.

É necessário distinguir a organização informal, o grupo informal e as relações informais. A organização informal é algo indefinido e sem estrutura, a soma de todas as relações sociais que não foram previamente definidas. O grupo informal é, geralmente, um conjunto suficientemente pequeno para que as pessoas se comuniquem face a face com frequência. As intenções que se manifestam principalmente pelas comunicações podem forjar modos de cooperação e solidariedade.

Prestes Motta e Bresser Pereira (1988, p.84) consideram que a organização informal é um fenômeno irracional, na medida em que, por definição, não é liberado:

Um sistema informal de comunicações dentro de uma organização, quando aliado a um sistema formal torna as comunicações mais rápidas e mais completas. As comunicações horizontais, especialmente, são muito facilitadas pela organização informal. Além disso, muitas vezes surgem novas idéias e decisões importantes são tomadas com base em comunicações informais... A organização informal, portanto, funciona como um meio de comunicação dentro da organização burocrática... Entretanto, nem sempre a influência da organização informal é benéfica para a administração...

Analisando a formação burocrática das organizações sociais que entram na discussão da descentralização na administração, Prestes Motta e Bresser Pereira (1988, p.107) afirmam que um dos problemas básicos é exatamente a comunicação e a adaptação ao meio ambiente

A fábrica isolada, a loja, a repartição, o sindicato local, enfim, a unidade da organização que for descentralizada, torna-se muito capaz de se adaptar ao ambiente, de responder com rapidez e precisão aos estímulos circundantes, às ações dos concorrentes, às flutuações do mercado, aos problemas políticos locais, ao clima da região, às reclamações do público etc...

Contudo, os autores acreditam que com o uso de computadores e dos sistemas eletrônicos de processamento de dados haverá uma reversão da tendência atual no sentido da descentralização organizacional. A conseqüência por excelência da automação é a de levar a um extraordinário desenvolvimento os sistemas de comunicação e controle. As deficiências de controle tendem a ser superadas com a automação, pois, de um modo geral, a qualidade e quantidade de informações que a cúpula das empresas poderá receber com grande rapidez aumentará.

As mudanças sociais e as tensões resultantes exigem que se consolidem métodos de solução dos conflitos organizacionais: o método da força, o da barganha e o da integração. Pode-se também incluir o método do paternalismo. O método da força ameaça de redução a satisfação de necessidades. No método da barganha os conflitos são resolvidos através de uma troca de concessões, através de um compromisso entre gerentes e geridos, com satisfação parcial das necessidades de ambos. No método de integração haveria uma composição de interesses.

Prestes Motta e Bresser Pereira afirmam que os capitalistas preferem a organização burocrática a qualquer outra porque somente assim poderão controlar a renda obtida na produção, e, além disso, poderão evitar que os trabalhadores adquiram elementos como iniciativa e experiência, para se envolverem em uma produção cooperativa própria, ou ainda colocarem em jogo a dominação. E citam também as formas de controle da burocracia: participação, co-gestão, controle operário, cooperativo.

A participação é, segundo os autores, uma contribuição dada a uma atividade já estruturada e direcionada. A co-gestão é uma semiliberalização do trabalho através da concessão

aos executantes, de certa dose de auto-organização, ou seja, da permissão de escolha do meio a ser utilizado para se alcançar os fins propostos. O controle operário é uma concessão do poder patronal visando a um acordo entre ambas as partes. A cooperativa é uma sociedade voluntária de pessoas que têm como finalidade prestar serviços aos seus associados, sem visar lucros.

A filósofa Marilena Chauí argumenta as condições sociais da democracia e advoga que a definição da qualidade do ganho e da perda é necessária para responder aos riscos da homogeneidade coletiva sob o império de certas racionalidades imprescindíveis ao bom funcionamento da vida econômica, enfim, da organização burocrática sobre a pseudo-igualdade socioeconômica após a transformação do modo de produção.

Na esfera da representação política, uma das condições da democracia consiste em admitir que se trata de uma forma política não só aberta aos conflitos, mas essencialmente definida pela capacidade de conviver com eles e de acolhê-los, legitimando-os pelas representações partidárias e sindicais.

Entretanto, Marilena Chauí afirma que a condição social mais premente na democracia, aquela que incide nas anteriores, é o problema da informação:

Seja qual for o estatuto econômico, a posição dentro de um sistema global de dependências sociais, um indivíduo participa da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possui, mas, especialmente, em função de sua possibilidade de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de nelas intervir como produtor do saber (CHAUÍ, 1980, p.94).

Marilena Chauí atesta que nas sociedades burocráticas uma fórmula precisa rege o processo de informação: não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer lugar sob qualquer circunstância. Há, portanto, regras de interdição quanto ao emissor, ao receptor, à mensagem, seu tempo e seu lugar.

Chauí cita Claude Lefort na sua crítica da burocracia, que propõe organizar e multiplicar as comunicações entre os trabalhadores, articular as atividades, favorecer a socialização dos indivíduos e, por esta via, reduzir a inércia de um conjunto, reduzir as condutas de defesa estereotipadas, estimular as condutas inovadoras e desejosas de mudança. É necessário romper com a segregação e a especialização de papéis.

Esta sociedade que vive os conflitos e acolhe a produção interna de suas diferenças, uma sociedade para a qual o poder está sempre na ordem do dia, porque suas contradições impedem de fixar-se em uma imagem idêntica, é uma sociedade histórica:

É uma sociedade na qual a informação circula livremente, percorre todos os níveis da atividade social, enriquecendo-se ao circular, isto é, em uma circulação que não é consumo, mas produção da própria informação. No entanto, não é a liberdade de informação que define a democracia, mas uma outra idéia do espaço público que não se confunde com o da mera opinião pública (CHAUÍ, 1980, p.157).

É aí que adquire toda a sua riqueza o conceito estudado por Marilena Chauí de competência: a desigualdade entre os detentores do saber e os despossuídos, que se conserva na magia dos meios de comunicação que prometem a todos a possibilidade de alcançar e deter esse saber. A competência acrescenta à regra da interdição que pesa sobre o saber, a regra da exclusão, as quais vêm acrescentar-se uma terceira: o monopólio da informação e, conseqüentemente, do saber e de sua manipulação. Esta terceira regra é mais grave porque nela se concentra a impossibilidade da democracia e porque nela se anuncia a possibilidade de uma caricatura democrática de manipulação da coisa pública e do fazer coletivo.

O discurso competente é aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro e autorizado porque perdeu os laços com o lugar e o tempo de sua origem. O discurso competente é o discurso instituído. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida e autorizada, isto é, com um discurso no qual os

interlocutores foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, e onde os lugares e as circunstâncias foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência.

Marilena Chauí estabelece três registros do discurso competente: há o discurso competente do administrador-burocrata, o discurso competente do administrado-burocrata, o discurso competente e genérico do homem coisificado na organização burocrática. Por outro lado, existe o discurso competente do conhecimento especializado. Este discurso dissimula sob a capa da neutralidade científica a existência real da dominação.

O discurso competente como discurso do conhecimento entra em cena para tentar devolver aos objetos socioeconômicos e sociopolíticos a qualidade de sujeitos que lhes foi roubada. Essa devolução é uma fraude burocrática. Este discurso competente é um artifício mediador e promotor de conhecimento que constroem todos e cada um a se submeterem à linguagem dos especialistas que detêm os segredos da vida.

Os mil pequenos modelos científicos definem o modo de o homem se relacionar com a vida, com seu corpo, com a natureza e com os demais seres humanos, esvaziando a dimensão propriamente humana da experiência.

A invasão do espaço público por discursos do conhecimento é uma manifestação da dominação, que cria a ilusão de conhecer, mas apenas confirma o poder da burocracia e do saber autorizado.

Jurgen Habermas investiga a categoria da esfera pública, assim como as mudanças nas suas estruturas sociais políticas. A gênese da esfera pública burguesa acontece a partir do século XIV, quando a antiga troca de cartas comerciais é transformada em uma espécie de sistema de correspondência. As associações comerciais organizaram, a serviço de seus interesses, os primeiros correios ordinários. As grandes cidades são, ao mesmo tempo, centros de troca de mercadorias e de informações.

A troca de informações desenvolve-se não só em relação às necessidades do intercâmbio de mercadorias: as próprias notícias se tornam mercadorias. Por isso, o processo de informação profissional está sujeito às mesmas leis do mercado, a cujo surgimento elas devem, sobretudo, a sua existência. Não por acaso os jornais impressos desenvolvem-se frequentemente a partir dos mesmos escritórios de correspondência que já providenciavam os jornais manuscritos.

Um setor privado delimita nitidamente a sociedade em relação ao poder público, mas eleva a reprodução da vida acima dos limites do poder privado doméstico, fazendo dela algo de interesse público. A referida zona de contato administrativo torna-se uma zona crítica também no sentido de que exige a crítica de um público pensante. O público pode aceitar esta exigência tanto mais porque precisa apenas trocar a função do instrumento com cuja ajuda a administração tinha tornado a sociedade uma coisa pública em sentido estrito: a imprensa.

Habermas sintetiza a esfera pública burguesa enquanto a esfera das pessoas privadas reunidas em um público:

Elas reivindicam esta esfera pública regulamentada pela autoridade, mas diretamente contra a própria autoridade, a fim de discutir com ela as leis gerais da troca na esfera fundamentalmente privada, mas publicamente relevantes, as leis de intercâmbio de mercadorias e do trabalho social. O meio dessa discussão política não tem, de modo peculiar e histórico, um modelo anterior: a racionalização pública... (HABERMAS, 1984, p.42).

Com o surgimento de uma esfera social, cuja regulamentação a opinião pública disputa com o poder público, o tema da esfera pública moderna, em comparação com a antiga, deslocou-se das tarefas propriamente políticas de uma comunidade de cidadãos agindo em conjunto para as tarefas mais propriamente civis de uma sociedade que debate publicamente. A tarefa política da esfera pública burguesa é a regulamentação da sociedade civil.

Tão importante quanto a institucionalização da esfera pública política é a sua regulamentação jurídica. A constituição francesa de 1791, que, de modo geral, adota a Declaração dos Direitos do Homem e dos Cidadãos de 1789, suplementa o complexo da esfera pública no §11: “A livre comunicação de idéias e opiniões é um dos mais preciosos direitos do ser humano. Por isso, cada um pode falar, escrever e imprimir livremente, resguardando-se a responsabilidade quanto ao mau uso dessa liberdade nos casos previstos por lei.”

Como decorrência da esfera pública e de suas funções constitucionalmente descritas, resultou, para o procedimento dos órgãos do Estado, a própria esfera pública como princípio de organização. Neste sentido é que se fala de publicidade. Kant considera a publicidade como sendo, ao mesmo tempo, princípio da ordenação jurídica e método iluminista. O princípio a garantir o acordo da política com a moral é a publicidade.

A própria legislação se baseia na vontade do povo decorrente da razão, pois leis têm sua origem empiricamente na concordância pública do público pensante: por isso é que Kant também as chama de leis públicas, diferenciando-as das leis privadas que, como usos e costumes, não têm necessidade de serem reconhecidas expressamente.

Diante do tribunal da esfera pública, todas as ações políticas devem poder ser remetidas às leis que fundamentem e que, por sua vez, estão comprovadas perante a opinião pública como leis universais e racionais. No âmbito de um regime plenamente sujeito a normas, a lei natural da dominação é substituída pela soberania das leis jurídicas – a política passa a ser fundamentalmente moral. A soberania das leis é conseguida mediante publicidade, ou seja, por meio de uma esfera pública cuja capacidade funcional é imposta, sobretudo, com a base natural do estado de direito.

Habermas sustenta que a política não pode ser entendida exclusivamente como um agir exclusivamente moral, como um comportamento de acordo com obrigações sob leis positivamente existentes:

A positivação delas (das leis) como meta autêntica de sua ação precisa muito mais levar em conta uma vontade coletiva unificada no interesse geral do público, ou seja, em seu bem-estar. Isto, por sua vez, deve ser efetivado através da publicidade. Mas agora a publicidade deve mediatizar política e moral em um sentido específico: nela deve efetuar-se uma unificação inteligível dos objetivos empíricos de todos; legalidade deve decorrer de moralidade (HABERMAS, 1984, p.140).

No percurso histórico de sua concretização, como correspondência à unidade inteligível da consciência, a razão exige uma unificação das consciências empíricas. A publicidade deveria intermediar uma com a outra. A sua generalização é, sobretudo, a de uma consciência empírica, à qual a filosofia do direito de Hegel há de dar o nome: opinião pública. A liberdade formal, subjetiva, que os indivíduos enquanto tais têm e expressam em seus próprios juízos, opiniões e conselhos, encontra a sua manifestação no contexto do que se chama de opinião pública.

A esfera pública reduzida a um meio de formação não mais é considerada um princípio do iluminismo ou uma esfera em que a razão se realiza. A publicidade serve aí apenas para a integração da opinião subjetiva na objetividade que o espírito se deu na figura do Estado. A opinião pública das pessoas privadas reunidas em um público não conserva mais uma base para a sua unidade e verdade: retorna ao nível de uma opinião subjetiva de muitos.

Marx também faz uma crítica da esfera pública burguesa a partir da destruição dos pressupostos para a igualdade de oportunidade na qualificação de um homem privado admitido à esfera pública: formação cultural e propriedades. Marx contradiz o princípio da acessibilidade universal, isto é, a concepção segundo a qual as pessoas privadas reunidas em um público, depois da argumentação, concordem não pode, portanto, ser confundida com o justo e o verdadeiro. Isto enquanto as relações de poder não tiverem sido neutralizadas.

A crítica de Marx encontrará a sua solução verbal na palavra de ordem: socialização dos meios de produção. Sob tais pressupostos, a esfera pública deveria, então, poder rea-

lizar a sério o que ela sempre prometera: a racionalização da dominação política como uma dominação de homens sobre homens. Não há que desaparecer a autoridade enquanto tal, mas sim a autoridade política: as funções públicas remanescentes ou a serem constituídas transformam o seu caráter político em caráter administrativo.

Esse modelo de esfera pública politicamente ativa, pretendendo a convergência da opinião pública com a razão, supõe como objetivamente possível, através da ordem natural, ou, o que dá no mesmo, através de uma organização da sociedade rigorosamente orientada segundo o interesse geral, reduzir conflitos de interesses e decisões burocráticas a um mínimo e, à medida que não totalmente inevitáveis, submetê-los a critérios confiáveis de julgamento público.

Os conflitos, até então contidos na esfera privada, estouram agora na esfera pública: necessidades grupais, que não podem esperar serem satisfeitas por um mercado que se auto-regula, tendem a serem reguladas pelo Estado. A esfera pública que agora precisa mediatizar essas exigências torna-se campo de concorrência de interesses nas formas mais brutalizadas da discussão violenta. Por outro lado, a concentração do poder na esfera privada do intercâmbio e, por outro, a esfera pública estabelecida, com a sua institucionalizada promessa de acesso a todos, reforçam a tendência dos economicamente mais fracos: contrapor-se, agora com meios políticos, a quem seja superior graças a posições de mercado.

A desvinculação da esfera pública frente aos interesses privados fracassou assim que as próprias condições em que deveria ocorrer a privatização dos interesses foram trazidas para a disputa de interesses organizados. Os sindicatos não só formam no mercado de trabalho um contrapeso organizado, mas, através dos partidos, pretendem influir nas próprias leis. Os empresários, e as forças conservadoras do Estado vêm de encontro a isso com a imediata conversão de sua força social em força política. As intervenções do Estado vão, em parte, ao encontro dos interesses dos economicamente mais fracos, em parte servem para repeli-los.

Enfim, o Estado assume, além das ações de administração habituais, inclusive prestação de serviços que até então era deixada à iniciativa privada: seja confiando tarefas públicas a pessoas privadas, seja coordenando ações economicamente privadas através de planos de governo. O Estado intervém profundamente na esfera do intercâmbio de mercadorias e do trabalho social. A partir da esfera privada publicamente relevante, a sociedade civil burguesa constitui-se em uma esfera social repolitizada, em que as instituições estatais e sociais se sintetizam em um único complexo de funções que não é mais diferenciável.

Habermas assinala que a grande empresa assume em relação aos seus funcionários e trabalhadores certas garantias de *status*, no sentido de uma integração no local de trabalho, que são marcantes em nível subjetivo:

Uma série de funções que, originalmente, eram preenchidas por instituições públicas não só no sentido jurídico, mas também no sentido sociológico, passam a ser assumidas por organizações cuja atividade não é pública. O oikos de uma grande empresa determina assim a vida de uma cidade e acarreta o fenômeno que, corretamente, é designado como feudalismo industrial... (HABERMAS, 1984, p.143).

E neste processo de polarização da vida social entre o público e privado, sem uma esfera privada protetora e sustentadora, o indivíduo cai na esfera pública, que se desnatura. Desaparecendo o momento de distância, constitutivo da esfera pública, se os seus membros ficam ombro a ombro, então o público se transforma em massa. A correlação entre a esfera pública e esfera privada está perturbada. O homem de massa não tem uma visão da vida na cidade de um modo tal que ela lhe seja pública.

Certas necessidades podem ser satisfeitas nas condições do público, ou seja, em massa, mas disso não surge a própria esfera pública. As leis do mercado, que dominam a esfera do intercâmbio de mercadorias e do trabalho social, também penetram na esfera reservada às empresas privadas enquanto público, e a racionalidade se converte em consumo

e o contexto de comunicação pública se dissolve nos atos estereotipados da recepção isolada.

Acontece também a formalização dos debates, que se tornam pedagógicos e especializados. A discussão pode não ter limites para a sua expansão. No entanto, ela mesma assume a configuração de um bem de consumo. O raciocínio público das pessoas privadas torna-se mercado e é formalizada, com posição e oposição submetidas às regras de apresentação em um consenso de procedimento. O mundo criado pelos meios de comunicação só na aparência é ainda esfera pública, mas também a integridade da esfera privada que ela garante aos seus consumidores é ilusória.

A integração do público com o privado correspondia a uma desorganização da esfera pública como intermediadora entre o Estado e a sociedade. Essa função mediadora passa do público para aquelas instituições que, como as associações e os sindicatos, se constituíram a partir da esfera privada, ou, como os partidos, a partir da esfera pública, e que exercem agora o poder e a distribuição do poder em jogo com o Estado. Nesse contexto, lhes interessa que os meios de comunicação, as mídias, lhes sejam favoráveis, no sentido de obter do público mediatizado um assentimento mais ou menos favorável.

Neste apagamento dos fundamentos da esfera pública é que ela assume as funções de propaganda. Quanto mais ela pode ser usada como meio de influir política e economicamente, tanto mais apolítica ela se torna e tanto mais aparenta estar privatizada. A concorrência de interesses privados organizados penetra na esfera pública. Outrora, neutralizados no denominador comum do interesse geral, pretendendo uma certa racionalidade porque eram interesses privados isolados, permitia-se a efetiva discussão pública, mas agora, no lugar disso, aparece apenas a manifestação de interesses concorrentes.

Habermas descreve a mudança na função política como a refuncionalização do princípio da esfera pública, a reestruturação da esfera pública que pode ser observada nas transformações da imprensa. A história dos grandes jornais

na segunda metade do século XIX demonstra que a própria imprensa se torna manipulável à medida que ela se comercializa. Desde que a venda da parte relacional está em correlação com a venda da parte dos anúncios, a imprensa, que até então fora instituição de pessoas privadas enquanto público, torna-se instituição de determinados membros do público enquanto pessoas privadas – ou seja, espaço de privilegiados interesses privados na esfera pública.

O desenvolvimento técnico dos meios de transmissão de notícias acelerou em parte a unidade organizacional e possibilitou a cartelização econômica das empresas. À sincronização do serviço de informações através das agências organizadas em monopólios, acrescentou logo a sincronização relacional de pequenos jornais por meio de correspondências padronizadas e fábricas de suplementos.

O grau de concentração econômica e sua coordenação técnico-organizatória dos novos mídias do século XX – rádio, cinema falado e televisão – exigem tão grande necessidade de capital e o poder jornalístico-publicitário pareceu ser tão ameaçador que, em alguns países, a organização desses mídias foi desde o início colocada sob a direção e o controle do Estado. Os novos mídias passam de instituições privadas de um público de pessoas privadas para instituições públicas ou concessões públicas.

A separação entre esfera pública e esfera privada implicava que a concorrência de interesses privados tenha sido deixada para ser regulada pelo mercado, ficando fora da disputa pública de opiniões. À medida que a esfera pública é, porém, tomada pela publicidade comercial, pessoas privadas passam imediatamente a atuar enquanto proprietários privados sobre pessoas privadas enquanto público. Nisso, por certo, a comercialização da imprensa vai ao encontro da metamorfose da esfera pública em um meio de propaganda.

No entanto, apenas na ação de relações públicas é que o anúncio econômico chega a ter afirmado o seu caráter político. Esta ação de trabalhar a opinião pública se acentua após a Segunda Guerra, quando se diferencia da propaganda por assumir a esfera pública como expressamente política.

O destinatário das relações públicas é a opinião pública, são as pessoas privadas enquanto público e não enquanto consumidores imediatos. Por outro lado, faltam critérios para ser tão somente razoável o consenso gerado sob o signo de um pseudointeresse público, através de refinados serviços de formação de opinião.

A esfera pública burguesa que se subverte com as relações públicas reassume traços feudais: os emissores ostentam roupagens e gestos de representação perante clientes dispostos a segui-los. A publicidade imita aquela aura de prestígio pessoal e de autoridade supranatural que antigamente era conferida pela esfera pública representativa e divina. Esta feudalização da esfera pública submete à publicidade a própria burocracia estatal.

Assim que, no entanto, os interesses privados, organizados coletivamente, foram obrigados a assumir uma configuração política, também na esfera pública passa a ser descarregados conflitos que alteraram na base a estrutura do pacto político. A esfera pública passa a ser sobrecarregada com tarefas de compensação de interesses, que escapam às formas tradicionais de acordos e compromissos parlamentares. O acordo precisa ser negociado através de pressões e contrapressões na esfera do mercado, levando ao resultado apoiado imediatamente no precário equilíbrio de uma constelação de grupos de forças e grupos de interesses.

Habermas afirma que a crescente integração do Estado com uma sociedade que já não é, enquanto tal, uma sociedade política, exige decisões em forma de acordos temporários de grupos, portanto em um intercâmbio direto de favores e indenizações particulares, sem passar pelo processo institucionalizado da esfera pública política.

As associações, os sindicatos e os partidos continuam a ser fundamentalmente instituições privadas: algumas nem sequer são organizadas em formas de sociedades juridicamente constituídas e, apesar disso, participam da tomada de posições públicas. Elas legitimam a pressão social exercida sobre o Estado, transcendendo uma mera relação de força, e subvertem de fato os limites do direito burguês: a sua meta

declarada é a transformação dos interesses privados de muitos indivíduos em um interesse público comum, a representação e demonstração do interesse da associação como sendo confiavelmente universal.

O trabalho na esfera pública visa reforçar o prestígio da posição que se tem, sem transformar em tema de uma discussão pública a própria matéria do compromisso: organizações e funcionários desenvolvem uma representatividade. A esfera pública se torna uma corte, perante cujo público o prestígio é encenado – ao invés de nele desenvolver-se a crítica. A publicidade perde a sua função crítica em favor da função de demonstração: mesmo os argumentos são pervertidos em símbolos, aos quais não se pode, por sua vez, responder com argumentos, mas apenas com identificações.

Esta mudança estrutural e funcional na esfera pública permite entender a relação do usuário com o Estado, que não é uma participação política, mas uma posição genérica de demanda, e também a massa da população com direito a voto, com seu padrão de comportamento pouco democrático.

Os partidos e as suas organizações auxiliares vêm-se obrigados a influenciar as decisões eleitorais de modo publicitário, de um modo bem análogo à pressão dos comerciais sobre as decisões de compra: surge o negócio de *marketing* político. Os agitadores partidários e os propagandistas ao velho estilo dão lugar a especialistas em publicidade, que são contratados para vender política partidária apoliticamente.

O público de cidadãos, desintegrado enquanto público, é de tal maneira mediatizado por meios publicitários que, por um lado, pode ser chamado a legitimar acordos políticos sem que, por outro lado, ele seja capaz de participar de decisões efetivas ou até mesmo de participar.

É preciso diferenciar nitidamente as funções das duas publicidades: a crítica e a de manipulação. O conflito de ambas as figuras da publicidade, do qual a esfera pública está hoje impregnada, precisa ser levada a sério na avaliação da organização social. Opiniões não-públicas funcionam em grande número e a opinião pública é uma ficção.

Habermas afirma, contudo, que existe entre ambos os setores uma conexão efetuada sempre através de comunicação de massa, e isso por meio daquela publicidade desenvolvida de modo demonstrativo e manipulativo, cujo apoio é procurado pelos grupos que participam do exercício do poder político e no equilíbrio entre os poderes junto ao público mediatizado a fim de conseguir uma disponibilidade plebiscitária de adesão.

Habermas dá os critérios para uma dimensão em que a opinião pública pode constituir-se sob as condições da democracia:

Uma opinião rigorosamente pública só pode estabelecer-se na medida em que ambos os setores de comunicação passam a ser intermediados por aquele outro, que é o da publicidade crítica. Certamente, uma tal mediação só é possível, hoje, em uma ordem de grandeza sociologicamente relevante, por meio da participação de pessoas privadas em um processo de comunicação formal conduzido através das esferas públicas internas às organizações. Uma minoria de pessoas privadas já pertence, como membros, aos partidos e às associações públicas. À medida que tais organizações permitem uma esfera pública interna não só em nível de funcionários e administradores, mas em todos os níveis, existe então a possibilidade de uma correspondência recíproca entre as opiniões políticas das pessoas privadas e aquela opinião quase-pública... O grau de caráter público de uma opinião pode ser medido pelo seguinte: até que ponto esta provém da esfera pública interna à organização de um público constituído por associações e até que ponto a esfera pública interna à organização se comunica com uma esfera pública externa que se constitui no intercâmbio jornalístico-publicitário através das mídias e entre organizações sociais e instituições estatais (HABERMAS, 1984, p.287).

A idéia de esfera pública institucionalizada na democracia de massa é, primeiro, a racionalização da dominação no âmbito do pensamento público das pessoas privadas, que só pode ser realizada como racionalização – certamente limitada pelo pluralismo dos interesses privados organizados – do exercício social e político do poder sob o controle mú-

tuo das organizações rivais, presas à esfera pública em sua estrutura interna bem como no relacionamento com o Estado e delas entre si.

Jurgen Habermas fala das utopias como médium para as possibilidades alternativas de vida, que devem estar potencializadas no próprio processo histórico, e assinala um certo esgotamento das energias utópicas nos dias atuais. O futuro afigura-se negativamente no limiar do século XXI: desenha-se o panorama aterrador da ameaça mundial aos interesses da vida em geral, a espiral armamentista, a difusão incontrolada de armas nucleares, o empobrecimento estrutural dos países em desenvolvimento, o desemprego e o desequilíbrio social crescente em países desenvolvidos, problemas com o meio ambiente sobrecarregando, altas tecnologias operadas às raias da catástrofe, que invade a esfera pública através dos meios de comunicação de massa.

Habermas acredita que existem bons motivos para o esgotamento das energias utópicas:

As utopias clássicas traçaram as condições de uma vida digna para o homem, para a felicidade socialmente organizada; as utopias sociais fundidas ao pensamento histórico – que interferem nos debates públicos desde o século XIX – despertaram expectativas mais realistas. Elas apresentaram a ciência, a técnica e o planejamento como instrumentos promissores e seguros para um verdadeiro controle da natureza e da sociedade. Contudo, precisamente essa expectativa foi abalada por evidências massivas... E quanto mais complexos se tornam os sistemas necessitados de controle, tanto maiores as probabilidades de efeitos colaterais disfuncionais. Nós percebemos diariamente que as forças produtivas transformam-se em forças destrutivas e que a capacidade de planejamento transforma-se em potencial desagregador... (HABERMAS, 1987, p.105).

Os clássicos da teoria social, de Marx a Weber, estavam de acordo que a estrutura da sociedade burguesa moldou-se através do trabalho abstrato, por um tipo de trabalho remunerado, regido pelo mercado, aproveitado de forma capitalista e organizado empresarialmente. Como a força desse trabalho abstrato, desenvolveu uma força que penetrou todos

os domínios, as expectativas utópicas também puderam dirigir-se à esfera da produção, em suma, para a emancipação do trabalho da determinação externa.

Habermas afirma que a utopia do trabalho perdeu a sua força persuasiva – e isso não apenas porque as forças produtivas perderam sua inocência ou porque a abolição da propriedade privada dos meios de produção manifestamente não só resulta por si só no governo autônomo dos trabalhadores. Acima de tudo, a utopia perdeu seu ponto de referência na realidade: a força estruturadora e socializadora do trabalho abstrato.

Claus Offe sustenta que é possível encontrar amplas evidências para a conclusão de que o trabalho e a posição dos trabalhadores no processo de produção não são o princípio básico da organização das estruturas sociais; que a dinâmica do desenvolvimento social não é concebida como emergente de conflitos a respeito de quem controla a empresa industrial; e que a otimização das relações entre meios e fins técnico-organizacionais ou econômicos através da racionalidade capitalistas industrial não é compreendida como a forma de racionalidade precursora de mais desenvolvimento social.

Offe argumenta que uma pessoa trabalhe no sentido formal de ser empregada é um fato que tem se aplicado a um segmento sempre crescente da população. Entretanto, esse fato tem cada vez menos importância para o conteúdo da ação social, para a percepção de interesses e estilos de vida. Os sintomas de heterogeneidade crescente colocam em dúvida se o trabalho assalariado dependente enquanto tal pode ainda ter um significado preciso e compartilhado pela população trabalhadora e seus interesses e atitudes sociais e políticas.

Offe afirma que o conteúdo objetivo e a subjetivação da experiência do trabalho assalariado se diversificou:

A diferenciação interna contínua da coletividade dos trabalhadores assalariados, assim como a erosão dos alicerces culturais e políticos de uma identidade coletiva centrada no trabalho, ampliaram esses dilemas das formas de trabalho contemporânea a tal ponto de o fato social do trabalho ou da dependência com

relação ao salário não serem mais o foco de intenção coletiva e de divisão social e política... (OFFE, 1989, p.177).

O crescimento contínuo e estável da produção do trabalho social empregado na produção de serviços indica que os problemas de escassez e de eficiência, que determinam a racionalidade da produção de mercadorias industrializadas, são acrescidos dos problemas de ordem e de normalização, que não podem ser tratados adequadamente por meio da supremacia técnica e econômica sobre a escassez, mas requerem uma racionalidade separada do trabalho em serviços.

O que é paradoxal é, que ao mesmo tempo, que uma parcela sempre crescente da população participa do trabalho assalariado dependente, há um declínio no grau em que o trabalho assalariado participa na vida dos indivíduos, envolvendo-os e ajustando-os de diferentes maneiras.

Essa descentralização do trabalho em relação a outras esferas da vida, seu confinamento às margens da biografia, são confirmados por muitos diagnósticos contemporâneos. A descontinuidade na biografia do trabalho e o declínio da parte do tempo de trabalho na vida de uma pessoa podem reforçar a concepção do trabalho como um interesse entre outros e relativizar sua função como uma pedra de toque da identidade pessoal e social.

É neste contexto de esgotamento das energias utópicas da sociedade do trabalho que Jurgen Habermas situa a sua tese: a nova inteligibilidade é própria de uma situação na qual um programa de Estado social perdeu a capacidade de abrir possibilidades futuras de uma vida coletivamente melhor e menos ameaçada.

Habermas considera que as extensas discussões sobre a regulamentação e a burocratização em geral, sobre os efeitos contraproducentes da política social estatizada em particular e sobre a profissionalização e cientificação do serviço social chamam a atenção para fatos que deixam claro o seguinte: os instrumentos jurídico-administrativos de implementação do programa sócio-estatal não conformam um médium passivo, por assim dizer desprovido de significações:

Pelo contrário, a esses instrumentos concatenou-se uma práxis de singularização dos fatos, normatização e vigilância, cuja brutalidade reificante e subjetivante Foucault perquiriu nas capilaridades mais tênues da comunicação cotidiana. As deformações de um mundo da vida regulamentado, analisado, controlado e protegido são, certamente, mais refinadas do que as formas palpáveis de exploração material e empobrecimento. Mas nem por isso os conflitos sociais deslocados e internalizados no psíquico e corpóreo são menos destrutivos. Em suma, o projeto sócio-estatal como tal aloja uma contradição entre fins e meios (HABERMAS, 1987, p.109).

O legitimismo sócio-estatal da sociedade industrial e os neoconservadores partilham a visão que a chave de uma modernização social livre o mais possível de crises consiste equanimente na distribuição das cargas de problemas entre os subsistemas – Estado e economia. Uns vêem a causa da crise desenfreada dinâmica interna da economia, outros a vêem nos grilhões burocráticos que são impostos a essa mesma dinâmica.

A domesticação social do capitalismo ou a retransferência ao mercado dos problemas da administração planejadora são as terapias correspondentes. Um lado vê a fonte da desordem na força de trabalho contabilizada, o outro a vê na contenção burocrática da iniciativa privada. Entretanto, ambos os lados concordam em que os domínios de interação do mundo da vida carentes de proteção só podem desempenhar um papel passivo diante do Estado e da economia. Ambos os lados estão convencidos de que o mundo da vida só pode ser suficientemente desatrelado e protegido contra as invasões sistêmicas se Estado e economia se recompuserem em uma relação equânime e reciprocamente se estabilizarem.

Habermas afirma que somente a dissidência dos críticos do crescimento da sociedade industrial parte de que o mundo da vida está ameaçado na mesma medida pela mercantilização e pela burocratização:

... somente os dissidentes julgam necessário fortalecer a autonomia de um mundo da vida ameaçado em seus fundamentos vitais e em sua tessitura comunicativa. Só eles exigem que

a dinâmica interna de subsistemas governados pelo poder e pelo dinheiro seja quebrada ou pelo menos contida por formas de organização mais próximas da base e autogestionárias (HABERMAS, 1987, p.111).

Entretanto, Habermas adverte que na medida em que os dissidentes críticos não ultrapassam a mera dissidência, na medida em que permanecem restritos os fundamentalismos da grande recusa e não oferecem mais do que o programa de negação e de interrupção do crescimento e indiferenciação, eles tornam a ficar aquém de uma noção de projeto de Estado social. Sua resposta só poderia converter-se em uma ofensiva se o projeto do Estado social fosse não simplesmente assentado ou interrompido.

Claus Offe trabalha com o modelo de três arenas políticas. Na primeira arena, facilmente reconhecível, elites políticas levam a termo suas resoluções de dentro do aparelho estatal. Na segunda, um grande número de grupos anônimos e de atores coletivos influi uns sobre os outros, formam coalizões, controlam o acesso aos meios de produção e comunicação e demarcam o campo para a tematização e resolução das questões políticas. Por fim, uma terceira arena na qual os fluxos de comunicação dificilmente palpáveis determinam a forma da cultura política e com referência nas estruturas sociais rivalizam em torno do que Gramsci chamou de hegemonia cultural (GRAMSCI *apud* HABERMAS, 1989).

A partir desse modelo de três arenas políticas é que Habermas apreende mais concretamente o problema prático: todo projeto que quiser redirecionar forças em favor do exercício solidário do governo tem de mobilizar a arena inferior ante as duas de cima. Nessa arena não se luta diretamente por dinheiro ou poder, mas por definições. Trata-se da integridade e da autonomia de estilos de vida, como, por exemplo, a defesa de subculturas tradicionalmente estabelecidas ou a transformação da gramática de formas de vida legadas. Exemplos de um oferecem os movimentos regionais e, de outro, os movimentos feministas ou ecologistas. Essas lutas permanecem quase sempre latentes e têm lugar nos microdomínios da comunicação cotidiana, e apenas de vez em

quando se condensam em discursos públicos e em intersubjetividades em nível mais alto.

Habermas acredita que em tais teatros podem constituir-se esferas públicas autônomas, que também se põem em comunicação umas com as outras tão logo o seu potencial é aproveitado para a auto-organização e para o emprego auto-organizado dos meios de comunicação. As esferas públicas autônomas teriam de alcançar uma combinação de poder e autolimitação meditada que poderia tornar os mecanismos de auto-regulação do Estado e da economia suficientemente sensíveis diante dos resultados orientados afins da formação radicalmente democrática de vontade.

Habermas deduz dessas observações que a solidariedade da subcultura dos trabalhadores tem se desagregado tanto que é duvidoso que sua capacidade de instituir-se a partir das relações de cooperação no emprego possa ser restaurada. Seja como for, o que para a utopia de uma sociedade do trabalho era pressuposto ou condição agora se converte em tema. E com esse tema os acentos utópicos deslocam-se do conceito de trabalho para o conceito de comunicação.

Habermas fala em acentos porque com a mudança de paradigmas da sociedade do trabalho para a sociedade da comunicação o tipo de ligação com a tradição utópica também muda. O abandono dos conteúdos utópicos da sociedade do trabalho não acaba com a dimensão utópica da consciência da história e do conflito político.

O conteúdo utópico da sociedade da comunicação se reduz, aos aspectos formais de uma intersubjetividade intacta. A expressão lingüística ideal ainda engana tanto quanto sugere uma forma concreta de vida. O que se deixa discernir normativamente são condições necessárias, embora reais, para uma práxis comunicativa cotidiana e para um processo de formação discursiva da vontade, e que poderiam criar as condições para os próprios participantes realizarem possibilidades concretas de uma vida melhor e menos ameaçada. É necessário remover a ilusão metodológica de uma totalidade concreta de possibilidades futuras de vida.

Em suas notas para fundamentação de uma ética da discussão, Jürgen Habermas faz considerações propedêuticas para defender a abordagem cognitiva, e responder em que sentido e de que maneira podem ser fundamentados os mandamentos e normas morais. As interações comunicativas são aquelas nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, o acordo alcançado em cada caso medindo-se pelo reconhecimento intersubjetivo de pretensões de validade.

No caso de processos de entendimento mútuo-lingüísticos os atores erguem com seus atos de fala, ao se entenderem uns com os outros sobre algo, pretensões de validade, pretensões de correção e pretensões de sinceridade, conforme se reparam a algo no mundo objetivo (enquanto totalidade dos estados de coisas existentes), a algo no mundo social comum (enquanto totalidade das relações interpessoais legitimamente reguladas de um grupo social), ou a algo no mundo subjetivo próprio (enquanto totalidade das vivências a que têm acesso privilegiado).

No agir comunicativo, um é motivado racionalmente pelo outro para uma ação de adesão, em virtude do efeito ilocucionário de comprometimento que a oferta de um ato de fala suscita. Que um falante possa motivar racionalmente um ouvinte à aceitação de semelhante oferta não se explica pela validade do que é dito, mas, sim, pela garantia assumida pelo falante, tendo um efeito de coordenação, de que se esforçará, se necessário, para resgatar a pretensão erguida. Sua garantia, o falante pode resgatá-la, no caso de pretensões da verdade e correção, discursivamente, isto é, aduzindo razões, e no caso de pretensões de sinceridade, pela consistência de seu comportamento. Tão logo o ouvinte confie na garantia pelo falante, entram em vigor aquelas obrigações relevantes para a seqüência da interação que estão contidas no significado do que foi dito.

De acordo com a ética da discussão, uma norma só deve pretender validade quando todos os que possam ser concernidos por ela cheguem ou possam chegar, enquanto participantes de uma discussão prática, a um acordo quanto a va-

lidez dessa norma. Esse princípio ético discursivo pressupõe que a escolha de normas pode ser fundamentada. A regra de argumentação possibilita o acordo em discussões práticas sempre que as matérias possam ser regradas no interesse igual de todos os concernidos.

As argumentações morais servem, pois, para dirimir consensualmente os conflitos de ação. Os conflitos no domínio das interações governadas por normas remontam imediatamente a um acordo normativo perturbado. A reparação só pode consistir, conseqüentemente, em assegurar o reconhecimento intersubjetivo para uma pretensão de validade inicialmente controversa e em seguida desproblematizada ou, então, para uma pretensão de validade que veio substituir a primeira. Essa espécie de acordo dá expressão a uma vontade comum.

Habermas diz, então, que uma ética da discussão sustenta-se ou cai por terra, com as duas seguintes suposições: a) que as pretensões de validade normativas tenham um sentido cognitivo e possam ser tratadas como pretensões de verdade; b) que a fundamentação de normas e mandamentos exija a efetivação de uma discussão e não seja possível monologicamente, sob a forma de uma argumentação hipotética.

As normas fundamentais do direito e da moral não são absolutamente da competência da teoria moral e devem ser consideradas como conteúdos que precisam ser fundamentados em discussões práticas. Como os contextos históricos mudam, cada época lança a sua própria luz sobre as representações básicas de natureza moral e prática. Nessas discussões recorreremos sempre a regras argumentativas de conteúdo normativo, que podem ser derivadas de um modo pragmático-transcendental que opera como princípio de universalização.

As argumentações aparecem como processo de entendimento mútuo que são regulados de tal maneira que proponentes e oponentes possam, em hipótese, e liberados da pressão da ação e da experiência, examinar as pretensões de validade que se tornaram problemáticas. Nesse plano, estão pressupostos pragmáticos de uma forma especial de intera-

ção; uma busca cooperativa da verdade, organizada como uma competição.

Os pressupostos para uma competição sem restrições em busca de melhores argumentos são relevantes para os fins éticos de discussão, na medida em que são incompatíveis com as éticas tradicionais, as quais tem que subtrair a toda crítica em núcleo de dogmas de convicções fundamentais.

A discussão argumentativa apresenta-se, finalmente, como um processo de comunicação, que, em relação com o objetivo de um acordo racionalmente motivado, tem que satisfazer a condições inverossímeis. Na discussão argumentativa mostram-se estruturas de uma situação de fala que está particularmente imunizada contra a repressão e a desigualdade: ela apresenta-se como uma forma de comunicação suficientemente aproximada de condições ideais.

É a partir desses pressupostos que Habermas esboça as condições de simetria, que todo falante, na medida em que pensa entrar de todo em uma argumentação, pressupõe. É essa a idéia de uma comunidade ilimitada de comunicação, que exclui toda coerção atuando do exterior sobre o procedimento de entendimento mútuo ou procedendo dele próprio, com exceção da coerção do melhor argumento, e que assim neutraliza todas as motivações, com exceção da busca cooperativa da verdade.

Habermas apresenta a fundamentação da sua ética de discussão:

- 1) a indicação de um princípio de universalização que funcione como regra de argumentação;
- 2) a identificação de pressupostos pragmáticos de argumentação que sejam inevitáveis e tenham um conteúdo normativo;
- 3) a exposição explícita desse conteúdo normativo, por exemplo, sob a forma de regras de discussão;
- 4) a comprovação de que há uma relação de implicação material entre 3 e 1 em conexão com a idéia de justificação de normas.

Os sujeitos que agem comunicativamente, ao se entenderem com os outros no mundo, também se orientam por

pretensões de validade assertóricas e normativas. Não existe forma de vida sociocultural que não esteja pelo menos implicitamente orientada para o prosseguimento do agir comunicativo com meios argumentativos – por mais rudimentar que tenha sido o desenvolvimento das formas de argumentação e por mais pobre que tenha sido a institucionalização dos processos discursivos do entendimento mútuo. Tão logo as consideremos como intenções reguladas de maneira especial, as argumentações dão-se a conhecer como forma de reflexão do agir orientado para o entendimento mútuo.

A fundamentação da ética da discussão defende teses universalistas, logo teses muito fortes, mas reivindica para essas teses um *status* muito fraco. Habermas trabalha com a confirmação indireta da ética da discussão pela teoria do desenvolvimento moral elaborada por Kohlberg e seus colaboradores. Esta teoria oferece a possibilidade de: a) reduzir a multiplicidade empírica de concepções morais encontradas a uma variação de conteúdos em face de formas universais do juízo moral e b) explicar as diferenças estruturais que ainda subsistam como diferenças dos estádios e desenvolvimento da capacidade de julgar moral.

Kohlberg compreende a passagem de um para outro estádio do desenvolvimento moral como um aprendizado. Essa passagem significa que a pessoa em crescimento transforma e diferencia de tal maneira as estruturas cognitivas já disponíveis, em cada caso, que ela consegue resolver melhor do que anteriormente a mesma espécie de problema, a saber, a solução consensual de conflitos de ação moralmente relevantes (KOHLBERG *apud* HABERMAS, 1989).

A ética da discussão vem ao encontro dessa concepção construtivista da aprendizagem na medida em que compreende a formação discursiva da vontade como forma de reflexão do agir comunicativo e na medida em que exige, para a passagem do agir para a discussão, uma mudança de atitude da qual a criança em crescimento e que se vê inibida na prática comunicacional cotidiana não pode ter um domínio nativo.

Comparada com o agir moral do cotidiano, a mudança de atitude que a ética de discussão tem que exigir para o procedimento por ela privilegiado, precisamente a passagem para a argumentação encerra algo de antinatural – ela significa um rompimento com a ingenuidade das pretensões de validade erguidas diretamente e de cujo reconhecimento intersubjetivo depende a prática comunicativa do cotidiano.

Habermas enuncia os elementos da estrutura de perspectivas do agir orientado para o entendimento mútuo, a partir das interações sociais. No agir comunicativo, os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e as conseqüências esperadas. Os atos de entendimento mútuo não precisam ser reduzidos ao agir estratégico orientado para o sucesso. Esses atos visam um acordo que depende do assentimento racionalmente motivado ao conteúdo de um proferimento.

O agir comunicativo extrai do domínio da situação o aspecto comunicativo da interpretação comum de ação, sobretudo a formação de um consenso. Uma situação representa um segmento do mundo da vida recortado em vista de um tema. Um tema surge em conexão com interesses e objetivos de ação participantes: ele circunscreve o domínio de relevância. Os planos de ação individuais acentuam o tema e determinam a carência de entendimento mútuo atual que é preciso suprir por meio do trabalho de interpretação. Nesse aspecto, a situação de ação é, ao mesmo tempo, uma situação de fala na qual os agentes assumem papéis comunicacionais de falantes, destinatários e pessoas presentes. A cada papel corresponde uma perspectiva dos participantes, que está entrelaçado com o sistema de perspectivas do mundo.

O mundo da vida comum a cada caso oferece uma provisão de obviedades culturais de onde os participantes tiram seus esforços de interpretação dos modelos de exegese consentidos. O mundo da vida constitui o contexto da situação de ação e ao mesmo tempo fornece recursos para os processos de interpretação com os quais os participantes da

comunicação procuram suprir a carência de entendimento mútuo que surgiu em cada situação de ação. Se os agentes da comunicação querem executar os seus planos de ação em bom acordo, eles têm de se entender acerca de algo no mundo.

Na medida em que os participantes da comunicação compreendem aquilo sobre o que se entendem como algo em um mundo, como algo que se desprende do pano de fundo do mundo da vida para ressaltar em face dele, o que é explicitamente sabido separa-se das certezas que permanecem implícitas, os conteúdos comunicados assumem o caráter de um saber que se vincula a um potencial de razões, pretendo validade e pode ser criticado, isto é, contestado com base em razões.

As normas de ação são pensadas agora como também normalizáveis. O conceito de legitimidade das normas de ação é decomposto nos componentes do reconhecimento factual e da qualidade de ser digno de reconhecimento. Essas diferenciações nos conceitos de norma e de validez deontológica correspondem a uma diferenciação no conceito de dever: o respeito à lei não serve *per se* como motivo ético.

A heteronímia, isto é, a dependência de normas existentes, opõe-se à exigência de que o agente, ao invés da validez social de uma norma, exija, ao contrário, a sua validade em princípio de determinação de seu agir. Com esse conceito de autonomia, o conceito de capacidade de agir responsavelmente também se desloca. A responsabilidade torna-se um caso especial de imputabilidade: esta significa a orientação do agir em função de um acordo representado de maneira universal e motivado racionalmente – age moralmente quem age com discernimento.

Habermas afirma que apenas o processo de discussão do resgate de pretensões de validez normativas conserva uma força de justificação. Essa força a argumentação deve-a ao seu enraizamento no agir comunicativo. O almejado ponto de vista anterior a todas as controvérsias orienta-se de uma reciprocidade fundamental embutida no agir orientado para o entendimento mútuo:

Essa reciprocidade apresenta-se inicialmente, como vimos, sob as formas da complementaridade regulada pela autoridade e da simetria regulada por interesses; em seguida, na reciprocidade de expectativas de comportamento que se encontram vinculadas nos papéis sociais, bem como na reciprocidade de direitos e deveres, que estão vinculados em normas; e, finalmente, na troca ideal de papéis de fala discursiva que deve assegurar a possibilidade de se valer sem coações e igualitariamente dos direitos de acesso universal e a participação equitativa na argumentação. Nesse terceiro estágio da interação, uma forma idealizada de comunicação torna-se a destinação da busca cooperativa da verdade de uma comunidade comunicacional em princípio ilimitada. Nessa medida, a moral fundamentada na ética do discurso apóia-se em um modelo que é, por assim dizer, desde o início inerente à empresa do entendimento mútuo lingüístico (HABERMAS, 1989, p.197).

A REVOLUÇÃO MOLECULAR NO CAMPO DA SUBJETIVIDADE

O analista francês Félix Guattari acredita que em todas as escalas individuais e coletivas, naquilo que concerne tanto à vida cotidiana quanto à reinvenção da democracia, trata-se de se debruçar sobre o que poderiam ser os dispositivos de produção de subjetividade, indo no sentido de uma singularização, ao invés de ir no sentido de uma usinagem pela mídia, que é sinônimo de miséria e desespero.

Guattari elabora o conceito de ecosofia para articular as práticas específicas que tendam a modificar e a reinventar as maneiras de ser, nas quais não existe o delírio de retorno às formações anteriores de mais fraca densidade demográfica e mais forte relação social. Essas mudanças de reconstrução não serão apenas pelas intervenções comunicacionais, mas também por mutações existenciais que dizem respeito à subjetividade. É necessário ir além das recomendações e fazer funcionar as experiências moleculares e molares.

É fundamental entender que não se trata de um retorno ao sujeito, examinando melhor a relação dos componentes subjetivação, entre o indivíduo e a subjetividade, e separando esses conceitos. A subjetivação não passa necessariamente pelo indivíduo, o qual, na realidade, encontra-se na posição de terminal nos processos que implicam os grupos humanos, as máquinas informacionais etc. A interioridade se instaura no cruzamento de múltiplos componentes relativamente autônomos uns em relação aos outros e, em muitos casos, francamente discordantes e dissidentes.

Os protagonistas individuais e coletivos da liberação social devem forjar referências teóricas que iluminem uma

via de saída possível para a história que atravessamos, a qual é mais aterradora do que nunca. Não somente as espécies desaparecem, mas também as palavras, as frases e os gestos de solidariedade humana. Tudo é feito no sentido de esmagar e canalizar os fluxos.

Guattari percebe ser essencial que se organizem, assim como novas práticas microsociais e micropolíticas, novas solidariedades, uma nova suavidade juntamente com novas práticas estéticas e novas práticas analíticas do inconsciente. É necessário agir para que as práticas trabalhem para a humanidade e não para a restauração dos códigos capitalistas:

Os diversos níveis de prática, não só têm de ser homogeneizados, ajustados uns aos outros sob uma tutela transcendente, mas, ao contrário, convém engajá-los em processos de heterogeneidade (GUATTARI, 1990, p.35).

Os territórios existenciais com as quais estamos em confronto não se dão como um em-si, fechado sobre si mesmo, mas como um para-si precário, finito, finitizado, singular, singularizado, capaz de bifurcar em reiterações estratificadas e mortíferas ou em abertura processual a partir de práticas que permitam torná-lo habitável por um projeto humano. É essa abertura prática que constitui a ecosofia, articulando todas as maneiras de domesticar os territórios existenciais, sejam eles concernentes a maneiras íntimas de ser, ao corpo, ao meio ambiente ou a grandes conjuntos contextuais relativos à etnia, à nação ou aos seres humanos. Trata-se de liberar as antinomias de princípio no meio ambiente, nas relações sociais e na subjetividade humana.

Guattari ouve o rumor que lhe diz que nada disso se dá por si mesmo. Por toda parte impõem-se invólucros neurolépticos para evitar qualquer singularidade intrusiva. É preciso invocar a história:

No mínimo pelo fato de que corremos o risco de não mais haver história humana se a humanidade não reassumir a si mesma radicalmente. Por todos os meios possíveis, trata-se de conjurar o crescimento entrópico da subjetividade dominante... Trata-se de se reapropriar de universos de valor no seio dos quais proces-

... sos de singularização poderão reencontrar consistência. Novas práticas sociais, novas práticas estéticas, novas práticas de si na relação com o outro, com o estrangeiro, como o estranho: todo um programa que parecerá bem distante das urgências do momento! E, no entanto, é exatamente na articulação: da subjetividade em estado nascente, do socius em estado mutante, do meio ambiente no ponto em que pode ser reinventado, que estará em jogo a saída das crises maiores da nossa época (GUATTARI, 1990, p.55).

Guattari mostra que há uma política que se dirige ao desejo do indivíduo quanto ao desejo que se manifesta no campo social mais amplo. E isso sob duas formas: uma micropolítica que vise tanto os problemas individuais quanto os problemas sociais, ou outra macropolítica que vise os mesmos campos. O problema não é o de construir pontes entre campos já constituídos e separados uns dos outros, mas de criar novas máquinas teóricas e práticas, capazes de varrer as estratificações anteriores e estabelecer as condições para um novo exercício do desejo.

Uma micropolítica do desejo não se proporia a representar as massas e a interpretar suas lutas. Isso não quer dizer que ela condene, *a priori*, toda ação de partido, toda idéia de linha, de programa, ou mesmo de centralismo, mas que ela se esforça para situar e relativizar sua ação, em função de uma prática analítica, opondo-se passo a passo aos hábitos repressivos, ao burocratismo, ao maniqueísmo moralizante que contaminam atualmente os movimentos revolucionários.

A idéia de micropolítica do desejo implica um questionamento radical dos movimentos de massa decididos centralizadamente e que fazem funcionar indivíduos serializados. O que se torna essencial é conectar uma multiplicidade de desejos moleculares, conexão esta que pode desembocar em lutas coletivas de grande envergadura.

Não se está mais em presença de unidade ideal, representando e mediando interesses múltiplos, mas de uma multiplicidade equívoca de desejo, cujo processo secreta seus próprios sistemas de referências e de regulagem. Essa multiplicidade de máquinas desejantes não é composta de siste-

mas estandardizado e ordenado, que se poderia disciplinar e hierarquizar, em função de um objetivo central. Ela se estratifica, segundo diferentes conjuntos sociais. É a univocidade dos desejos e dos afetos das massas, e não o seu agrupamento em torno de objetivos padronizados que funda a unidade de sua luta.

O objeto social é colocado em condições de tomar a palavra, sem ter que recorrer a instâncias representativas, exprimir-se. Isso implica que exista uma escuta constante de qualquer pessoa que exprima a partir de uma posição de desejo, mesmo e, sobretudo, que ela se situe fora do assunto e fora do sujeito. É preciso estar no assunto e no sujeito, mas o desejo tem sempre a tendência a sair do assunto e sair do sujeito e derivar.

Um agenciamento coletivo de enunciação dirá algo do desejo sem reduzi-lo a uma individuação subjetiva, sem enquadrá-lo em um sujeito, em um assunto pré-estabelecido ou em significações previamente codificadas. Quando dizer é fazer, atenua-se a divisão de trabalho entre os especialistas do dizer e do fazer.

Os agenciamentos coletivos de enunciação produzem seus próprios meios de expressão. Não se tem mais face a face um sujeito e um objeto e, em terceira posição, um meio de expressão. O que se tem é um agenciamento coletivo que é, ao mesmo tempo, sujeito, objeto e expressão. O indivíduo não é mais aquele que responde universalmente pelas significações dominantes. Um enunciado individual só tem alcance na medida em que pode entrar em conjunção com agenciamentos coletivos já funcionando efetivamente. Um discurso só pode se sustentar na condição de ser revezado com aqueles que o escutam, trabalhando um fluxo semiótico, quebrando as significações, abrindo a linguagem para outros desejos e forjando outras realidades.

A subjetivação capitalista trata de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo. A produção de subjetividade do capital mundial integrado não consiste unicamente em

uma produção de poder para controlar as relações sociais e as relações de produção. A produção de subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção.

A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de semiotização – ou seja, toda a produção de sentido, de eficiência semiótica – não são centrados em agentes individuais, nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam em funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal e extra-individual, quanto de natureza infrapessoal e infra-humana.

Seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Os indivíduos são o resultado de uma produção em massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. A subjetividade não é possível de totalização e de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individualização do corpo. Outra é a multiplicidade de agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social.

A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que Félix Guattari chama de singularização.

O capital mundial integrado afirma-se através de uma dupla opressão. Primeiro, pela repressão direta no plano econômico e social – o controle da produção de bens e das relações sociais através de meios de coerção material externa e sugestão de conteúdos de significação. A segunda opressão, de igual ou maior intensidade que a primeira, consiste em o capital instalar-se na própria produção de uma subjetividade: uma imensa máquina de produtividade de uma subjetividade industrializada e nivelada em escala mundial tornou-se dado

de base na formação da força coletiva de trabalho e da força de controle social coletivo.

Uma função da economia da subjetividade capitalística, talvez a mais importante de todas, é a infantilização. Pensam por nós, organizam por nós a produção e a vida social. São estabelecidas coisas que não devem perturbar nossa harmonia no local de trabalho e nos postos de controle social que ocupamos, a começar pelo controle social que exerce sobre nós mesmos. O que faz a força da subjetividade capitalística é que ela se produz tanto em nível dos opressores quanto dos oprimidos.

A tentativa de controle social através de produção da subjetividade em escala planetária se choca com fatores de resistências consideráveis, processos de diferenciação permanente que Guattari chama de revolução molecular. O que caracteriza essa mobilização no social não somente uma resistência contra esse processo geral de serialização da subjetividade, mas também a tentativa de produzir modos de subjetividade originais e singulares, processos de singularização subjetiva.

Guattari chama de processos de singularização a algo que frustra os mecanismos de interiorização dos valores capitalísticos, a algo que pode conduzir à afirmação de valores em um registro particular, independentemente das escalas de valores que nos cercam de todos os lados:

O traço comum entre todos os diferentes processos de singularização é um dever diferencial que recusa a subjetivação capitalística. Isso se sente por um calor nas relações, por determinada maneira de desejar, por uma afirmação positiva da criatividade, por uma vontade de amar, por uma vontade de simplesmente viver ou sobreviver, pela multiplicidade dessas vontades. É preciso abrir espaço para que isso aconteça. O desejo só pode ser vivido em vetores de singularidade (GUATTARI, 1986, p.47).

Guattari acredita que é preciso que cada um se afirme na posição singular que ocupa, que a faça viver, que a articule com outros processos de singularidade, e que resista a todos

os empreendimentos de nivelção da subjetividade. Esses empreendimentos são responsáveis pelo fato de o imperialismo se afirmar hoje através da manipulação da subjetividade coletiva, no mínimo, tanto quanto através da dominação econômica. Em qualquer escala em que essas lutas se expressem ou se agenciem, elas têm um alcance político, pois tendem a questionar esse sistema de produção de subjetividade.

Um ponto de singularidade pode ser orientado no sentido de uma estratificação que o anule completamente, mas pode também entrar em uma micropolítica que fará dele um processo de singularização. Nos sistemas culturais capitalísticos pretende-se recuperar os valores de singularidade, através de um processo de integração. Os pontos de singularidade, os processo de singularização são as próprias raízes produtivas da subjetividade em sua pluralidade.

A micropolítica consiste em criar um agenciamento que permita que os processos de singularização se apoiem uns nos outros de modo a intensificar-se. Guattari fala da experiência das rádios livres francesas que se ergueram contra o monstro burocrático a partir da campanha eleitoral que levou o partido socialista de Mitterand ao governo:

No início era apenas uma minoria: o pessoal das rádios livres era um bando de loucos, um pouco como D. Quixote atacando o grande monopólio. Era espantoso. É como se as pessoas no Brasil resolvessem agora ir atacar um quartel. Rapidamente, o fenômeno ganhou uma força incrível, produzindo um impacto sobre a grande mídia, como se o ato da ilegalidade tivesse criado uma rachadura no edifício do monopólio. Parece que, de repente, implantou-se uma dúvida sobre a legitimidade desse monopólio. É como se uma vidraça, já trincada, se partisse totalmente sob o impacto de um simples pedregulho (GUATTARI, 1986, p.105).

A rádio livre é uma utilização inteiramente diferente da mídia rádio. Não se trata de fazer como a rádio dominante – nem melhor, nem na mesma direção. Trata-se de encontrar um outro uso, uma outra escuta, uma forma de *feedback* e de fazer falar línguas menores. Trata-se ainda de promover um certo tipo de criação que não poderia acontecer em nenhum

outro lugar. A coisa consiste em varrer as redundâncias dominantes.

O que vai permitir o desmantelamento da produção de subjetividade capitalística é que a reapropriação dos meios de comunicação de massa se integre em agenciamento de enunciação que tenha uma micropolítica e uma política no campo social. Uma rádio livre só tem interesse se ela é vinculada a um grupo de pessoas que querem mudar sua relação com a vida cotidiana, que querem mudar o tipo de relação que têm entre si no seio da própria equipe que fabrica a rádio livre, que desenvolvem uma sensibilidade, pessoas que têm uma perspectiva ativa no em nível desses agenciamentos e, ao tempo, não se fecham em guetos nesse nível.

Guattari afirma que só poderemos mudar a relação com a mídia – com esse modo de produção de subjetividade –, mediante um mínimo de reapropriação dos meios de comunicação. Não é o caso de ficar esperando que algum líder, que algum partido autorize ou crie rádios livres, mas sim de começar desde logo a criar, todos e cada um, suas próprias rádios livres, pois é hoje que a situação se apresenta com essa possibilidade.

As antigas margens se encontram agora substituídas por um processo de marginalização que permeia todos os estratos e todos os componentes da sociedade. Os problemas cruciais do futuro da sociedade estão sendo colocados pelas diferentes minorias, que levam em consideração os problemas da subjetividade inconsciente no campo social, sem a qual se deixa escapar a mola mestra da crise e do impasse no qual se afundou.

É por isso que Guattari considera que o diálogo entre as minorias pode ter um alcance muito maior do que o simples acordo entre os grupos oprimidos marginais. Esse diálogo pode desembocar em uma ação muito positiva, muito mais ofensiva, que vai se chocar com a mola mestra, com os fins estruturados das sociedades atuais.

Há mutações que foram trazidas pelos movimentos de minorias que não precisam de um estado maior central para serem discutidas e difundidas, pois se transmitem por meio

de outros modos de comunicação. Não são somente transmissões programáticas ou transmissões de idéias. São transmissões de sensibilidade e de experimentação.

Estão sendo criados dispositivos que possibilitam uma articulação de um outro tipo, dispositivos que permitem criar tanto estruturas de defesa, como estruturas mais ofensivas, dispositivos que permitem criar aberturas e contatos, impossíveis de se realizar no isolamento. São dispositivos vivos, porque encarnados no próprio campo social, em relações de complementaridade, de escoramento – enfim, as relações que Guattari e Deleuze chamam de rizomáticas.

Estes dispositivos e estruturas estabelecem um modo de contato totalmente diferente: uma espécie de autogestão, de auto-organização, em que os problemas colocados não partem de um ponto central que vai dispor os elementos, esquadrihar, fazer uma ordem do dia, mas que, pelo contrário, deixa os diferentes processos singulares tentarem um desdobramento rizomático. Isso é muito importante, mesmo quando não funciona.

Se aceitamos a hipótese de que o capital mundial integrado – o CMI se sustenta também através da subjetividade, somos obrigados a constatar que os antagonismos sociais, que antes só eram circunscritos aos campos econômicos e políticos, encontram-se deslocados. Não se trata mais de se reapropriar apenas dos meios de produção ou dos meios de expressão política, mas também de sairmos do campo da economia política e entrarmos no campo da economia subjetiva.

Guattari insiste que lhe parece importante esconder o menos possível o problema da organização, da constituição de uma máquina de luta de um novo tipo: como fazer emergir em escala nacional (em termos de mídia) os novos componentes da subjetividade? O que conta aqui é a emergência do problema, e não o resultado.

Guattari advoga que a construção das máquinas de luta, de máquinas de guerra, de que se precisa para derrubar as situações do capital, não pode ter objetivos políticos

e sociais que se inscrevam em um programa, encarnado por algum tipo de líder ou de representantes:

A função de autonomia não é a de um simples grau de tolerância para adoçar o centralismo com uma pitada de autonomia. A função de autonomia é aquela que permitirá captar todos os impulsos de desejo, todas as inteligências, não para fazê-las convergir em um mesmo ponto central arborescente, mas para dispô-las em um imenso rizoma, que atravessará todas as problemáticas sociais, tanto em nível local, regional, quanto em nível nacional e internacional... E isso não só em grandes proclamações abstratas, mas em uma prática imediata e concreta (GUATTARI, 1986, p.177).

A máquina de guerra é algo que, no interior das estruturas, em coexistência, em coagenciamento com elas, colocaria fatores de irreversibilidade. Guattari situa a máquina de guerra em nível de três articulações:

Há sempre uma máquina de guerra concreta que é a tecnologia militar, as mutações tecnológicas. Há sempre potencialidades, maneiras pelas quais as máquinas de guerra estão articuladas ao conjunto das ordens maquínicas, ao conjunto das posições das estruturas sociais. Há sempre maneiras de situá-las no phylum, não ousa dizer históricos, pois é um certo tipo de história que atravessa a História. Esse tipo de história pode permanecer suspenso por muito tempo... Aí, de repente, há uma mutação maquínica e é como se a História se fizesse subitamente, a partir dessa mutação e isso, enquanto, em outros níveis, séculos de história institucional se passaram. É como se houvessem bruscas rupturas da história maquínica que, de certo modo, é o que pontua a História, dando-lhe seu caráter de irreversibilidade (GUATTARI, 1986, p.180).

Se há uma micropolítica a ser praticada, ela consiste em fazer com que os níveis moleculares não caiam sistematicamente em sistemas de recuperação, em sistemas de neutralização, em processos de implosão ou de autodestruição. Ela consiste ainda em apreender como outras montagens de produção de vida, de produção de arte, podem encontrar

sua plena expansão fazendo com que sejam respondidos os problemas do poder.

O problema da produção, segundo Guattari, é inseparável do problema do desejo. O desejo não é nem a pulsão orgânica, nem algo que estaria sendo trabalhado de maneira inexorável em uma direção. O desejo, ao contrário, tem infinitas possibilidades de montagem. O problema está em tentar apreciar a economia do desejo, em todos os níveis do campo social.

Deleuze e Guattari afirmam que não há, de um lado, uma produção social de realidade e, do outro, uma produção desejaste de fantasma:

A produção social é unicamente a própria produção desejan- te em condições determinadas. Dizemos que o campo social é imediatamente percorrido pelo desejo, que ele é seu produto historicamente determinado, e que a libido não precisa de nenhuma mediação ou sublimação, de nenhuma operação psíquica, de nenhuma transformação, para investir as forças produtivas e as relações sociais de produção. Não há senão o desejo e o social, e nada mais. Mesmo as forças mais repressivas e mais mortíferas da reprodução social são produzidas pelo desejo, na organização que deriva dele sob essa ou aquela condição que devemos analisar! (DELEUZE; GUATTARI, 1976, p.46).

Deleuze e Guattari retomam o problema político fundamental da filosofia política que Espinoza soube colocar: porque os homens combatem pela sua servidão como se fosse a sua salvação? Como se chegar a gritar: mais impostos e menos pão? Eles citam o pensador analista Reich:

O espantoso não é que pessoas roubem, que outros façam greve, mas antes que os famintos não roubem sempre e que os explorados não façam greve sempre: por que os homens suportam desde séculos a exploração, a humilhação, a ponto de querer isso, não apenas para os outros, mas para si próprios? Nunca Reich foi maior pensador do que quando recusa a invocar um desconhecimento ou uma ilusão das massas para explicar o fascismo, e pede uma explicação pelo desejo, em termos de desejo: não, as massas não foram enganadas, mas desejaram o fascismo nesse momento, nessas circunstâncias, e é isso que é preciso explicar,

essa perversão do desejo gregário (DELEUZE; GUATTARI, 1976, p.47).

Se o desejo é recalcado, é porque toda posição de desejo, tão pequena quanto seja, tem com que pôr em questão a ordem estabelecida de uma sociedade: não que o desejo seja a-social, ao contrário. Mas ele é agitador: não há máquina desejante que possa ser colocada sem explodir setores sociais inteiros. Apesar do que dizem certos revolucionários, o desejo é em sua essência revolucionário e nenhuma sociedade pode suportar uma posição de desejo sem que suas estruturas de exploração, de sujeição e de hierarquia sejam comprometidas.

Deleuze e Guattari consideram que a identidade do desejo do trabalho é antes, não um mito, mas a utopia ativa por excelência que designa o limite a atravessar do capitalismo na produção desejante: “Os revolucionários esquecem, freqüentemente, ou não querem reconhecer que se quer e se faz a revolução por desejo, não por dever...” (DELEUZE; GUATTARI, 1976, p.437).

É assim que estabelece uma diferença entre os grupos sujeitados e os grupos sujeito. O grupo revolucionário permanece um grupo sujeitado, mesmo conquistando o poder, pois este poder remete a uma forma de potência que continua a submeter e a esmagar a produção desejante. O grupo sujeito, ao contrário, é aquele cujos investimentos libidinais são revolucionários, faz o desejo penetrar no campo social, e subordina o social ou a forma de potência à produção desejante.

Deleuze e Guattari acreditam que não se trata mais de confrontar o homem e a máquina para avaliar as correspondências, os prolongamentos, as substituições possíveis ou impossíveis de um e de outro, mas fazê-los comunicar para mostrar como o homem forma peça com a máquina, ou forma peça com outra coisa para constituir uma máquina. A outra coisa pode ser uma ferramenta, ou até um animal, ou outros homens. O homem forma máquina desde que esse caráter é comunicado por recorrência ao conjunto de que ele faz parte em condições bem determinadas.

É assim que Guattari afirma que a força das rádios livres está exatamente no seu efeito de *nonsense* e de repercussões, que não se situam no campo dos valores dominantes da mídia. O importante não era a invenção de um novo meio de comunicação, mas a invenção de um novo tipo de relação com a coisa comunicada.

Guattari não tem medo das máquinas, pois elas ampliam a percepção e simplificam os comportamentos humanos:

Não sou um pós-moderno. Não acho que os progressos científicos e tecnológicos se acompanham, necessariamente, de um reforço da esquizofrenia em relação aos valores de desejo, de criação. Penso, ao contrário, que é preciso utilizar as máquinas, todas as máquinas – concretas e abstratas, técnicas, científicas, artísticas –, para fazer muito mais do que revolucionar o mundo: para recriá-lo de ponta a ponta (GUATTARI, 1986, p. 277).

Gilles Deleuze aponta os esboços de ruptura na subjetivação dominante nos exercícios do pensamento de Michel Foucault. Deleuze afirma essas rupturas quando comenta *Vigiar e Punir* no seu estudo da filosofia de Foucault:

É como se, enfim, algo de novo surgisse depois de Marx. É como se uma cumplicidade em torno do Estado fosse rompida. Foucault não se contenta em dizer que é preciso repensar certas noções, ele não diz, ele o faz, e assim propõe novas coordenadas para a prática. Ao fundo, ressoa uma batalha, com suas táticas locais, suas estratégias de conjunto, que não procedem, todavia, por totalização, mas por transmissão, concordância, convergência e prolongamento. Trata-se justamente da questão: que fazer? O privilégio teórico que se dá ao Estado como aparelho de poder leva, de certa forma, à concepção prática de um partido dirigente, centralizador, procedendo à conquista do poder de Estado: mas, inversamente, é esta concepção organizacional do partido que se faz justificar por esta teoria do poder. Outra teoria, outra prática – é esta a aposta do livro de Foucault (DELEUZE, 1988, p.40).

Deleuze fala do silêncio de Foucault depois de *A Vontade de Saber*:

Talvez Foucault tenha percebido um certo equívoco ligado a esse livro – não estava ele preso nas relações de poder? Ele faz, a si mesmo, a seguinte objeção: “Aqui estamos, como sempre incapazes de ultrapassar a linha, de passar para o outro lado... Sempre a mesma escolha, do lado do poder, do que ele diz ou faz dizer...” E provavelmente ele responde a si próprio que ‘o ponto mais intenso das vidas, aquele no qual se chocam com o poder, se debatem contra ele, tentam utilizar suas forças ou escapar às suas armadilhas’. Ele poderia lembrar igualmente que, segundo ele, os centros difusos de poder não existem sem pontos de resistência que têm de alguma forma, o primado – e que o poder, ao tomar como objetivo a vida, revela, suscita uma vida que resiste ao poder – e, enfim, que a força do lado de fora não pára de subverter, de derrubar os diagramas (DELEUZE, 1988, p.101).

Se, no final de *A Vontade de Saber*, Foucault chega a um impasse, não é devido à sua maneira de pensar o poder, é antes porque ele descobriu o impasse no qual o próprio poder nos coloca, tanto em nossa vida quanto em nosso pensamento, nós que nos chocamos contra ele nas mais íntimas verdades. Foucault sentia como era inevitável operar uma revisão geral, para desemaranhar esse caminho que mal se discernia enquanto estivesse enrolado junto com os outros. Foucault é lançado de volta ao alto mar.

É então que Foucault elabora a idéia fundamental de uma dimensão da subjetividade, que deriva do saber e do poder, mas que não depende deles:

Se Foucault tem necessidade de uma terceira dimensão, é porque tem a impressão de se fechar nas relações de poder, que a linha termina ou que ele não consegue transpô-la, que ele não dispõe de uma linha de fuga... Embora invoque focos de resistência, de onde vêm tais focos? Ele precisará de muito tempo para achar uma solução, já que de fato trata-se de criá-la... Foucault não emprega a palavra sujeito como pessoa ou forma de identidade, mas o termo subjetivação, no sentido de processo, e si, no sentido de relação... Não a existência como sujeito, mas como obra de arte. Trata-se de inventar modos de existência, segundo regras facultativas, capazes de resistir ao poder bem como se furtar ao saber, mesmo se o saber tentar penetrá-los

e o poder tentar apropriar-se deles. Mas o modo de existência ou possibilidade de vida não cessa de se recriar, e surgem novos (DELEUZE, 1992, p.116).

Deleuze considera idiota dizer que Foucault descobre ou reintroduz um sujeito oculto depois de o ter negado. Não existe sujeito, mas uma produção de subjetividade: a subjetividade deve ser produzida, quando chega o momento, justamente porque não há sujeito. E o momento chega quando transpomos as etapas do saber e do poder, que nos forçam a colocar o problema que não podia ser colocado antes. A subjetividade não é de modo algum uma formação do saber ou uma função de poder, mas operação artística que se distingue do saber e do poder e não tem lugar no interior deles.

As dimensões do saber, do poder e do si são históricas, porque elas não designam condições universais. Em Foucault tudo é colocado em variáveis e variação: as variáveis do saber e a variação das relações de formas, as singularidades variáveis do poder e variações das relações de forças, e as subjetivações variáveis e a variação da subjetivação.

Toda forma é uma composição das relações de forças. Toda forma é precária, pois depende das relações de forças e suas mutações. Se as formas no homem só compõem uma forma entrando em relação com as forças do lado de fora, com quais novas forças elas correm o risco de entrar em relação agora, e que a nova forma poderia advir que não seja mais nem Deus nem o homem? Aqui Foucault é como Nietzsche, ele só pode indicar esboços, no sentido embriológico, ainda não funcionais. Nietzsche dizia: o homem aprisionou a vida, o super-homem é aquele que libera a vida dentro do próprio homem, em proveito de uma outra forma...

Deleuze pergunta quais seriam as forças em jogo, com as quais as forças do homem entrariam então em relação. Não seria mais a elevação ao infinito, nem a plenitude, responde ele próprio, mas um finito-ilimitado, se dermos esse nome a toda situação de força em que um número finito de componentes produz uma diversidade praticamente ilimitada de combinações.

As forças no homem entram em relação com forças de fora do silício, que se vingam do carbono, as dos componentes genéticos, que se vingam do organismo, as dos agramaticais que se vingam do significante. O que é, então, o super-homem, pergunta Deleuze? É o composto formal das forças no homem com essas novas forças. É a forma que é uma nova relação de forças.

Como diria Foucault, o super-homem é muito menos que o desaparecimento dos homens existentes e muito mais que a mudança de um conceito: é o surgimento de uma nova forma, nem Deus, nem homem, a qual, esperamos, não será pior do que as duas precedentes (DELEUZE, 1988:142).

CONCLUSÕES

Os conselhos de saúde são um espaço aberto, que pode oscilar entre um órgão burocrático de acordo entre clientelas segmentadas do Sistema Único de Saúde (SUS) e um instrumento de concretização dos princípios de universalização e de equidade assistencial.

São as composições das forças sociais que deverão definir significação prevalente dos conselhos de saúde em nível nacional, como esfera de discussão e de deliberação permanente das políticas de saúde em todos os níveis de governo. Essa definição está em aberto e muito longe de acontecer.

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville destacou três conceitos a serem pensados a partir da experiência concreta: informação, poder e política social. Em torno destes três conceitos gravitam os principais problemas da política de saúde.

A política de saúde é uma política social que age de modo contínuo no controle social, especialmente no controle da produção e da reprodução social nas formas urbanas de vida. A disciplina dos corpos e o governo das populações estão articulados na política de saúde.

As políticas de saúde são sociais porque acontecem no espaço social, sobre o social, modulando a relação dos homens consigo e com os outros. As políticas de saúde se transformam de acordo com os contextos sociais em que estão inseridas e com as atribuições que lhes são conferidas.

A política de saúde é um exercício de poder de uns homens sobre os outros e de todos sobre si mesmos. As políticas de saúde resultam das relações de poder no espaço social, operando como médium entre os diferentes interesses e desejos que se expressam e se agenciam.

A política de saúde serializa as pessoas, produzindo os padrões de normalidade e as normas de controle desta mesma normalidade. Neste sentido, a política de saúde é individualizante, ao mesmo tempo em que produz uma massa de corpos despidos de contingências e de populações adequadas ao trabalho no modo de produção do capital integrado mundial.

A política de saúde produz saber, a partir do seu exercício e dos registros de informação. Este saber está desigualmente distribuído no que se refere à sua produção, à sua comunicação, ao seu armazenamento, ao seu processamento, à sua recuperação e ao seu uso. Essas desigualdades são fundamentais para que a política de saúde funcione como exercício de poder de uns sobre outros.

A experiência em Joinville mostrou que a informação pode ser uma poderosa alavanca de mobilização social. Pode-se mesmo afirmar que o deslocamento de um *quantum* de informação para um espaço capaz de se mover em defesa de interesses de desejos provocou uma subversão nas relações sociais.

A informação precisa sobre as exigências da legislação e a capacidade de mobilizar atores interessados nas mudanças na esfera de discussão, canalizaram a construção de uma ampla base de sustentação ética e política para a legalização e a organização do Conselho Municipal de Saúde de Joinville.

A informação canalizada pelas redes capilares do tecido social foi capaz de fazer convergir múltiplos interesses de forças sociais que sequer se conheciam em função de um interesse comum subjetivo: a possibilidade de discutir e de deliberar a política municipal de saúde.

Em Joinville acontece algo como a informação certa com as pessoas erradas, em termos de conservação do *status* quanto na política de saúde. No momento em que grupos periféricos e marginalizados puderam reivindicar para si o *status* de participantes da comunidade de diálogo, abriu-se a porta por onde entraram forças suficientes para literalmente isolar o governo municipal.

Quando estes atores periféricos e marginais puderam articular os seus interesses e os seus desejos mais diversos com a simples reconstrução de uma esfera pública com funções políticas plenas, criou-se um fluxo de forças que exerceu uma poderosa força de atração até se tornar majoritária.

A especificidade da pauta, restrita exclusivamente à legalização e à organização do conselho de saúde, viabilizou a aproximação de sindicatos operários, associações de moradores, profissionais de saúde, instituições de ensino e prestadores de serviços privados. O eixo era a disposição para o diálogo em oposição ao discurso monológico do governo municipal.

É impossível antecipar o que acontecerá com o Conselho Municipal de Saúde de Joinville depois que ele passar a se dedicar aos problemas de conteúdo da política de saúde no município, uma vez que o problema de forma processual foi resolvido com a nomeação e a posse dos membros do Conselho após o deferimento do mandado de segurança contra o ato de omissão do prefeito municipal.

É certo que os efeitos concretos do Conselho Municipal de Saúde ultrapassam em muito o espaço da política municipal de saúde, para se constituir em uma referência do modo de discussão das políticas sociais e das políticas públicas. Muitas experiências singulares se produziram e muitas outras se produzirão.

Esta experiência do Conselho Municipal de Saúde de Joinville ensinou também que os conceitos devem ser usados de acordo com necessidades, instrumentos e contextos, muitas vezes fora do espaço de idéias no qual foram produzidos. É apenas desse modo que se pode entender o uso de conceitos de autores tão eficientes quanto Jurgen Habermas, Michel Foucault e Félix Guattari.

Esta dissertação não tem a pretensão de esgotar o tema dos conselhos de saúde. Ela apenas indica caminhos por onde o pensamento pode trilhar a partir deste tema. Muitos outros caminhos podem ser trilhados. E eles não necessariamente se encontram em uma síntese lógica. Eventualmente, algumas

destas trilhas conduzem a locais sem saída. Será necessário ter paciência para recomeçar.

A experiência do Conselho Municipal de Saúde de Joinville permite distinguir muito bem a ação ética do apego aos dogmas morais. É assim que a disposição para o diálogo a partir de pequeninos interesses difusos pode se articular para enfrentar um poderoso bloco de governo que simplesmente não queria conversa.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO/CEBES. Saúde é qualidade de vida: contribuição da ABRASCO e do CEBES para os debates da IX Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEBES, 1992.
- ACEITA denúncia contra o prefeito Luiz Gomes. Diário Catarinense, Florianópolis, 9 out. 1992.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Propostas: encontro sobre a medicina previdenciária. São Paulo: APM, jun. 1992. Suplemento.
- BRASIL. Constituição (1988). A Constituição do Brasil – 1988. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1988.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais n. 8.080/90 e 8.142/90). Brasília, 1990.
- BERGLER, Cristina da Motta. Promotora de Justiça envia comunicação ao Prefeito Municipal sobre irregularidades no SUS. Joinville, 26 nov. 1991.
- CÂMARA DE VEREADORES DE JOINVILLE. Projeto de lei: protocolado sob o n. 53/90. Joinville, 1990.
- _____. Assessoria jurídica. Parecer n. 21/90. Joinville, 1990.
- CARTA DE BRASÍLIA. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Carta de Brasília do VIII Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Brasília, 1992.
- CENTRAL ÚNICA DE TRABALHADORES. Tese da CUT à IX Conferência Nacional de Saúde. São Paulo: CUT, 1992, 4p.
- CHAUÍ, M. S. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1980.
- CHAVES, M. Saúde – uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982.

COMITÊ DA SAÚDE DA FRENTE POPULAR DE SANTA CATARINA. Esboço antes de um projeto “Canto, corpo e vida”. Joinville, 1990.

_____. O núcleo de saúde do Centro de Defesa dos Direitos Humanos. Joinville, 1990.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE. Regimento Interno. Joinville, 1992.

_____. Presença n. 8. Porto Alegre: Conasems, abr./maio 1992.

_____. Publicações Técnicas n. 2. 3. ed. Porto Alegre: Conasems, 1992.

CONSELHO pede “Impeachment”. A Notícia, Joinville, 10 out. 1992.

CORDEIRO, H. A reforma sanitária II: propostas do presidente do Inanps; Saúde e Constituinte; democratização da Saúde; administração da saúde; e distrito sanitário. Brasília: [s.n.], 1987.

DECLARAÇÃO do secretário de saúde do Município. A Notícia, p. 9, 7 out. 1992.

DELEUZE, G. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O anti-Édipo. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia. Valencia: Pré-Textos, 1988.

DEMISSÕES na secretária de saúde. A Notícia, p. 5, 12 out. 1991.

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e sociedade. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1980.

DUARTE, J. Parecer sobre o projeto de criação do Conselho Municipal de Saúde. Joinville: [s.n.], 1990.

ERIBON, D. *Michel Foucault*. São Paulo: Companhia de Letras, 1990.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS. Presidência da República. Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987.

FÁBRICA de saúde já desenvolve trabalhos. A Notícia, p. 5, 23 fev. 1991.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. Entidades não-governamentais se unem em defesa da descentralização. Brasília: FBH, 1992.

FLORIANÓPOLIS (Município). Secretaria de saúde e Desenvolvimento Social. Ofício Gabinete do Secretário n. 239/89. Encaminha Projeto de Lei que cria e atribui funções ao Conselho Municipal de Saúde. Florianópolis, 1989.

FÓRUM DE DEBATES SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE EM JOINVILLE, 1., 6 jul. 1991, Joinville.

_____. 2., 14 ago. 1991, Joinville.

FOUCAULT, M. Dossier. Organização de Carlos Henrique Escobar. Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

_____. História da sexualidade – a vontade de saber. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. Microfísica do poder. Tradução e organização de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, 1977.

FUNDAÇÃO joinvillense de saúde. A Notícia, p. 2, 15 nov. 1991.

GUATTARI, F. As três ecologias. Campinas: Papirus, 1990.

GUATTARI, F.: ROLNIK, S. Micropolíticas – cartografias do desejo. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUATTARI, F. Revolução molecular – pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

HABERMAS, J. A Nova intrasparência: a crise do estado de bem-estar e o esgotamento das energias utópicas. In: Novos Estudos, CEBRAP, n. 16, p. 103-114, set. 1987.

_____. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. Mudança estrutural da esfera Pública. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

IRREGULARIDADES no hospital regional. A Notícia, p. 5, 22 maio 1991.

JOINVILLE (Município). Decreto n. 6.623, de 9 de agosto de 1991. Regulamenta a lei que cria o Fundo Municipal de Saúde. Joinville, 1991.

_____. Decreto n. 6.947, de 16 de dezembro de 1992. Aprova o orçamento que estima a receita e fixa a despesa do Fundo Municipal de Saúde. Joinville, 1992.

_____. Decreto n. 6.958, de 31 de dezembro de 1992. Exoneira os secretários do Município. Joinville, 1992.

_____. Lei Municipal n. 2.297. Cria o Fundo Municipal de Saúde, em 9 de dezembro de 1988. Joinville, 1988.

_____. Lei Municipal n. 2.553. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para 1992. Joinville, 1991.

_____. Lei Municipal n. 2.723, de 19 de outubro de 1992. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para 1993. Joinville, 1992.

_____. Lei Municipal n. 2.752, de 24 de outubro de 1992. Regulamenta o Fundo Municipal de Saúde. Joinville, 1992.

_____. Lei Municipal n. 2.590/91, de 27 de novembro de 1991. Dá nova redação a lei n. 2.503 que criou o Conselho Municipal de Saúde. Joinville, 1991.

_____. Lei Orgânica do Município de Joinville, 1990.

_____. Mensagem n. 118/90 à Câmara de Vereadores. Joinville, 1990.

_____. Mensagem n. 133/91 à Câmara de Vereadores. Projeto de Lei n. 171/91. Autoriza a instituição da fundação Joinvillense de Saúde. Joinville, 1991.

_____. Portaria n. 080/92, de 7 de outubro de 1992. Nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde. Joinville, 1992.

_____. Secretaria de Saúde do Município. Ofício n. 119/91. Joinville, 17 jun. 1991.

LABORATÓRIOS de análises rompem convênio com SUS. A Notícia, p. 5, 7 nov. 1990.

LIMA, C. R. M. Arte e indústria na medicina. A Notícia, p. 7, 4 maio 1991.

_____. A vez dos usuários na saúde. A Notícia, p. 2, 9 maio 1991.

_____. Conselhos de Saúde: auto-organização e cidadania. Edição de resultados parciais de pesquisa. Joinville, 25 de setembro de 1991, p. 1.

_____. Dignidade e cidadania. A Notícia, 26 jul. 1991,

_____. Ética da discussão. A Notícia, p. 2, 15 nov. 1991.

_____. Fábrica de Saúde. A Notícia, p. 2, 23 out. 1991.

_____. Governo na saúde. A Notícia, p. 5, 1 set. 1991.

_____. Organização do SUS. A Notícia, p. 4, 31 jul. 1991.

_____. Os médicos e a política social. A Notícia, p. 7, 4 jun. 1991.

_____. Os interesses na saúde. A Notícia, p. 2, 29 maio 1991.

_____. Outros médicos. A Notícia, p. 2, 12 out. 1991.

MACHADO, R. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. Deleuze e a filosofia. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

_____. Nietzsche a verdade. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

MÁRIO BREHM completa um ano com muitas mudanças na saúde. A Notícia, p. 6, 25 ago. 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.

_____. Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1992.

_____. Plano Quinquenal de Saúde 1990/95: a Saúde do Brasil Novo. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991. 80p.

MORTE de Magnólia Pereira de Araújo. A Notícia, p. 3, 1 ago. 1991.

MOVIMENTO EM DEFESA DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO MDS-Rio. Rio de Janeiro; MDS, ago. 1992. 4p.

MPAS. Coletânea da Legislação Básica do SUDS. Brasília: MPAS, 1989. 156p.

MULHER morre por falta de insulina em Joinville. Diário Catarinense, p. 3, 25 jul. 1991.

NOVAMENTE PELA COMUNIDADE. Jornal de campanha de Wittich Freitag. (Coligação Informativo oficial de campanha.) Joinville, set. 1992. 4p.

O POVO DE NOVO. Jornal da campanha de Luiz Henrique (PMDB – Informativo oficial de campanha n. 1.) Joinville, set. 1992. 4p.

OFFE, C. Problemas estruturais do estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. Capitalismo Desorganizado. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PLENÁRIA PRÓ-PARTICIPAÇÃO NA CONSTITUINTE MUNICIPAL DE JOINVILLE. O processo de organização e regulamentação do Conselho Municipal de Saúde. Joinville, 1990.

_____. Projeto de Lei; cria e define as atribuições do Conselho Municipal de Saúde. Joinville, 1990.

PRESTES MOTTA, F. C. Burocracia e autogestão: a proposta de Proudhon. São Paulo: Brasiliense, 1981.

PRESTES MOTTA, F. C.; BRESSES PEREIRA, L. Introdução e organização burocrática. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

PRÓ-SAÚDE. Municípios da região assumem compromisso de trabalho integrado. In: A Notícia, 23 dez. 1990.

_____. A Notícia, p. 5, 14 set. 1991.

REFORMA do regional deve começar em sessenta dias. A Notícia, p. 5, 14 jun. 1991.

RELÓGIO de ponto nos postos de saúde. A Notícia, p. 7, 24 abr. 1991.

ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SAÚDE em crise. A Notícia, p. 2, 10 jul. 1991.

SAÚDE em Joinville. A Notícia, 22 jul. 1990. Editorial, p. 2.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Propostas para a I Conferência Estadual de Saúde/SP. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 1991.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Saúde. São Paulo: SMS, out. 1991. 4p.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA, DAS MINAS E ENERGIA – CONCIET. Edital de Divulgação n. 01/90.

SILVA JÚNIOR, Antônio. SOS Erro do Prefeito. In: SOCIEDADE JOINVILLENSE DE MEDICINA. Boletim Informativo, Joinville, n. 5, 1990. (Especial)

_____. Aos colegas da Prefeitura. In: SOCIEDADE JOINVILLENSE DE MEDICINA. Joinville, 10 set. 1990.

SOCIEDADE JOINVILLENSE DE MEDICINA. Projeto Plano Municipal de Saúde de Joinville. Joinville, ago. 1992, 186p.

SUS em Joinville. A Notícia, p. 3, 1 ag. 1991.

VILA PARANAENSE GANHA À TARDE A FÁBRICA DE SAÚDE. A Notícia, Joinville, p. 5, 16 de mar. 1991.

IMAGENS



FOTO 1: Igreja Católica da Vila Paranaense, onde funcionava a sede do Projeto Fábrica de Saúde, Joinville (SC). (03/91)

FOTO: AUTORIA DESCONHECIDA



FOTO 2: Promoção de saúde bucal na Escola Municipal Navarro Lins, Vila Paranaense, Joinville. (03/91)

FOTO: PAULO ARAUJO



FOTO 3: Casa de Magnólia Pereira de Araujo, na rua Paranaense, nº 30,
Vila Paranaense, Joinville.

FOTO: PAULO ARAUJO



FOTO 4: O corpo de Magnólia Pereira de Araujo, morta por falta de insulina na
Vila Paranaense, Joinville.

FOTO: PAULO ARAUJO



FOTO 5: Representantes do Conselho Municipal de Saúde de Joinville ficam surpresos com o aumento do prazo para o prefeito Luiz dar posse. (09/92)

FOTO: PAULO ARAUJO



FOTO 6: O advogado Chico Lessa, o sindicalista Valdir Schaeffer e Clóvis Montenegro de Lima entram com agravo de instrumento contra o Prefeito Luiz Gomez no Fórum de Joinville. (05/11/92).

FOTO: PAULO ARAUJO



FOTO 7 e 8: Apresentação de proposta de Plano Municipal de Saúde para os membros do Conselho Municipal de Saúde de Joinville. (09/92).

FOTO: PAULO ARAUJO

ANEXOS

- 252 LEI MUNICIPAL Nº 2503/91
- 255 LEI MUNICIPAL Nº 2590/91
- 259 MANDADO DE SEGURANÇA CONTRA ATO DE
OMISSÃO DO PREFEITO MUNICIPAL
- 272 SENTENÇA DO JUIZ DE DIREITO
- 274 PARECER DO PROMOTOR DE JUSTIÇA
- 275 SENTENÇA DO JUIZ DE DIREITO

LEI Nº 2.503

Cria o Conselho Municipal de Saúde.

O Prefeito Municipal de Joinville, no uso de suas atribuições, FAZ SABER a todos os habitantes deste município que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão de composição deliberativa e paritária entre instituições públicas e sociedade civil organizada, vinculado à Secretaria de Saúde do Município conforme estabelece o Art. 142 da Lei Orgânica do Município.

Art. 2º – Ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), compete:

I – Avaliar todas as questões pertinentes à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), emitindo parecer.

II – Atuar na formulação de estratégia e no controle da execução da Política de Saúde, em nível municipal, acordados com as esferas estadual e federal.

III – Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, em função das necessidades do município, características epidemiológicas e organização dos serviços.

IV – Participar da elaboração e atualização do Plano Municipal de Saúde e supervisionar a sua execução.

V – Propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais.

VI – Acompanhar, apreciar e opinar sobre a proposta orçamentária do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e sua programação financeira.

VII – Supervisionar e controlar a execução do cronograma orçamentário do Fundo Municipal de Saúde, bem como a sua aplicação e operacionalização.

VIII – Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da Saúde credenciado mediante contrato ou convênio.

IX – Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do Município.

X – Aprovar o Plano de Aplicação das verbas da Saúde e fiscalizar sua destinação de acordo com o que preconiza o Plano Municipal de Saúde.

XI – Articular-se com a Secretaria de Educação e outros órgãos pertinentes para criação e manutenção de cursos de ensino na área de Saúde no que concerne à caracterização de necessidades sociais.

Art. 3º – O Conselho Municipal de Saúde será constituído por 2 (dois) representantes dos seguintes órgãos e entidades, sendo 1 (um) titular e 1 (suplente):

I – Representação do Órgão Público

- a) 1 representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) 1 representante da Secretaria Municipal da Educação;
- c) 1 representante da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Comunitário;
- d) 1 representante do Hospital Municipal São José;

- e) 1 representante do Hospital Regional Hans Diether Schmidt;
- f) 1 representante da Maternidade Darci Vargas;
- g) 1 representante da Fundação de Desenvolvimento do Meio Ambiente (FUNDEMA);
- h) 1 representante do 8º Batalhão da Polícia Militar;
- i) 1 representante da Sociedade Corpo de Bombeiros Voluntários de Joinville;
- j) 1 representante do 62º Batalhão de Infantaria de Joinville;

II – Representação das entidades civis e comunidades

- a) 1 representante da Sociedade Joinvilense de Medicina;
- b) 1 representante da Associação Brasileira de Ondontologia – Subseção Joinvilense;
- c) 1 representante da Associação Bethesda;
- d) 1 representante do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde de Joinville;
- e) 1 representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- f) 1 representante do Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de Joinville;
- g) 1 representante da Associação dos Profissionais de segurança e Saúde Ocupacional de Joinville (AAPEJ);
- h) 1 representante da Associação de Administradores de Pessoal e Joinville (AAPEJ);
- i) 1 representante da Associação Joinvilense de Obras Civas;
- j) 1 representante do Conselho Comunitário de Saúde;
- l) 1 representante da Associação Beneficente Evangélica de Joinville;
- m) 1 representante da Federação das Associações de Moradores de Joinville (FAMJO).

§1º – Os membros do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos, e serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicações dos respectivos órgãos e entidades a que se refere este artigo.

§2º – Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão, a qualquer tempo, propor, por intermédio do Prefeito Municipal, a substituição dos seus respectivos representantes.

§3º – Será dispensado do Conselho Municipal de Saúde o representante do órgão ou entidade que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano.

§4º – Os membros titulares do Conselho Municipal de Saúde serão substituídos em suas ausências ou impedimentos por seus respectivos suplentes.

§5º – As funções de Membro do Conselho Municipal de Saúde não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço prestado à preservação da saúde da população.

Art. 4º – O Secretário Municipal de Saúde será membro nato e presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 5º – Consideram-se colaboradores do Conselho as universidades, faculdades e entidades de âmbito nacional representativas de profissionais e usuários do serviço de saúde.

Art. 6º – O apoio técnico e administrativo ao Conselho será prestado por um funcionário, designado pela Secretaria Municipal de Saúde, que integre a respectiva secretaria, tendo por principais atribuições:

I – Secretariar as reuniões do Conselho, lavrando as respectivas atas em livro próprio.

III – Elaborar relatórios trimestrais de trabalho, submetendo-os à consideração do Conselho.

Art. 7º – O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á ordinariamente, quinzenalmente em datas e horários pré-estabelecidos semestralmente e extraordinariamente quando convocado por seu presidente ou requerimento da maioria de seus membros.

§1º – As sessões plenárias do Conselho instalar-se-ão com a presença da maioria de seus membros que deliberarão por maioria dos votos presentes.

§2º – Cada membro terá direito a um voto.

§3º – O presidente do Conselho Municipal de Saúde terá direito a voto quando ocorrer empate.

§4º – As decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em resoluções.

§5º – Na ausência ou impedimento do presidente do Conselho será eleito outro conselheiro especialmente para a coordenação dos trabalhos.

Art. 8º – A requerimento de qualquer um de seus membros do Conselho poderá convidar entidades, autoridades, especialistas, técnicos nacionais ou estrangeiros para colaborarem em estudos, informações e participarem de sessões do próprio Conselho.

Art. 9º – A organização funcional e o detalhamento das competências do Conselho, serão definidos em regulamento prévio.

Art. 10º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11º – Revogam-se as disposições em contrário.

Joinville, 22 de março de 1991.
LUIZ GOMES
Prefeito Municipal

LEI Nº 2.590

Da nova redação à Lei nº 2.503, de 22 de março de 1991, que criou o Conselho Municipal de Saúde

O Prefeito Municipal de Joinville no uso de suas atribuições FAZ SABER a todos os habitantes deste Município que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º – Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão de caráter permanente e deliberativo, de composição paritária entre Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, vinculado à Secretaria de Saúde do Município conforme estabelece o Art. 142 da Lei Orgânica do município e o Art. 1º, # 2º da Lei (federal) nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art.2º – O Conselho Municipal de Saúde tem as seguintes atribuições e competências:

- I- acompanhar, controlar e avaliar a implementação do Sistema Único de Saúde;
- II- formular a estratégia, o controle e a execução da Política Municipal de Saúde;
- III- definir as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde em função dos princípios do SUS;
- IV- acompanhar e avaliar as ações e serviços do Sistema Único de Saúde a nível municipal;
- V- aprovar periodicamente a elaboração e atualização do Plano Municipal de Saúde,;
- VI- definir critérios de padrões e parâmetros assistenciais;
- VII- acompanhar, apreciar e avaliar a proposta orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e sua programação financeira;
- VIII- controlar a execução do cronograma orçamentário do Fundo Municipal de Saúde, bem como a sua aplicação e operacionalização;
- IX- acompanhar e avaliar a compra de ações e serviços provados de acordo com o Capítulo II, da Lei nº 8.080, de 19.09.90;
- X- avaliar as demonstrações de resultados do Fundo Municipal de Saúde;
- XI- aprovar o Plano de Aplicação de Recursos de acordo com o Plano Municipal de Saúde, acompanhando e controlando a sua execução;
- XII- avaliar os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde a nível municipal;
- XIII- articular-se com a secretária de Educação do Município e instituições de ensino e pesquisa para a criação e manutenção de cursos de interesses na área de saúde;
- XIV- aprovar, acompanhar e avaliar a participação do Município em ações e serviços regionais de promoção, proteção e recuperação de saúde;

XV- convocar em caráter extraordinário a conferência Municipal de Saúde, nos termos da Lei (federal) nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em seu art.1º#1º.

Art.3º – O Conselho Municipal de Saúde será composto por representantes do Governo, prestadores de serviços profissionais de saúde e de usuários.

Parágrafo único – A representação dos usuários no Conselho será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art.4º – O Conselho Municipal de Saúde será constituído por representantes dos seguintes órgãos e entidades, sendo um titular e um suplente;

I–Representação do:

a) Governo

- 1) Secretaria de Saúde do Município;
- 2) Secretaria da Educação do Município;
- 3) Secretaria de desenvolvimento Comunitário do Município;
- 4) Fundação Municipal do Meio Ambiente;
- 5) Hospital Municipal São José;
- 6) Hospital Regional Hans Dieter Schmidt;
- 7) Maternidade Darci Vargas;
- 8) Escola Auxiliar de Enfermagem da Secretaria de Saúde da prefeitura Municipal de Joinville;
- 9) IIº CARS – Centro Administrativo Regional de Saúde.

b) Prestadores de Serviços:

- 1) Fundação Educacional da Região de Joinville;
- 2) Associação Catarinense de Ensino;
- 3) Associação dos laboratórios de Análises Clínicas;
- 4) UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico de Joinville;
- 5) Hospital e Maternidade Dona Helena;
- 6) Instituto Bethesda – Hospital e Maternidade.

c) Profissionais de Saúde:

- 1) Sociedade Joinvilense de Medicina;
- 2) Associação Brasileira de Odontologia – Seção Joinvilense;
- 3) Associação Brasileira de Enfermagem – núcleo de Joinville;
- 4) Núcleo de Nutricionistas de Joinville;
- 5) Associação Joinvilense Regional de Farmacêuticos e Bioquímicos;
- 6) Associação de Assistentes Sociais de Joinville;
- 7) Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde;
- 8) Associação dos Profissionais de Segurança e Saúde Ocupacional.

- d) Usuários:
- 1) Associação Comercial e Industrial de Joinville;
 - 2) Sindicato dos Trabalhadores em Oficinas Mecânicas de Joinville;
 - 3) Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos e da Indústria do Material Elétrico de Joinville;
 - 4) Associação dos Aposentados e Pensionistas de Joinville;
 - 5) CNBB – Pastoral da Saúde de Joinville
 - 6) Centro de Defesa dos Direitos Humanos;
 - 7) Rede Feminina de Combate ao Câncer;
 - 8) Associação de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal;
 - 9) Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais;
 - 10) um representante de organizações não governamental de proteção ao meio ambiente;
 - 11) um representante das entidades de estudantes secundaristas e universitários;
 - 12) um representante das Associações de Pais, Amigos e Funcionários dos CERJ/ CERJ;
 - 13) Federação das Associações de Moradores de Joinville;
 - 14) 06 (seis) representantes das Associações de Moradores de Joinville;
 - 15) Sindicato dos Empregados em Empresa de Rádio Difusão e Televisão do Norte e Nordeste do Estado de Santa Catarina;
 - 16) Associação dos Administradores de Pessoal de Joinville;
 - 17) Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
 - 18) Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Materiais Plásticos de Joinville.

§ 1º – Os membros do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos, e serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicações dos respectivos órgãos e entidades a que se refere este artigo.

§ 2º – Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão, a qualquer tempo, propor por intermédio do Prefeito Municipal, a substituição dos seus respectivos representantes.

§ 3º – Será dispensado do Conselho Municipal de Saúde o representante do órgão ou entidade que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano.

§ 4º – Os membros titulares do Conselho Municipal de Saúde serão substituídos em suas ausências ou impedimentos por seus respectivos suplentes.

§ 5º – As funções de Membro do Conselho Municipal de Saúde não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço prestado a comunidade.

§ 6º – Os 06 (seis) representantes das Associações de Moradores serão escolhidos em reunião especialmente convocada para esta finalidade pela Federação das Associações de Moradores de Joinville, em que cada uma das Associações de Moradores legalmente constituídas terá direito a um voto.

Art. 5º – O representante Titular da Secretaria de Saúde do Município será o Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Art.6º – O apoio administrativo ao Conselho Municipal de Saúde será prestado por funcionário da Secretaria de Saúde do Município indicado por seu titular, tendo as seguintes atribuições:

I – secretariar as reuniões do Conselho, lavrando as respectivas atas em livro próprio;

II – viabilizar a comunicação formal, inclusive no que se refere ao fluxo de documentos, entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria de Saúde do Município;

Art.7º – O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á ordinariamente, mensalmente, em data, horário e local pré-estabelecidos, semestralmente e extraordinariamente quando convocado por seu presidente ou requerimento de um terço de seus membros titulares.

§1º – As sessões do Conselho instalar-se-ão com a presença de maioria simples de seus membros que deliberarão por maioria simples dos membros presentes.

§2º – Cada membro terá direito a um voto.

§3º – O Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá direito a voto de qualidade em caso de empate.

§4º – As decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em resoluções que serão homologadas pelo Secretário de Saúde do Município, nos termos do art. 1º # 2º Lei (federal) nº 8.142, 28 de dezembro de 1990.

§5º – Na ausência ou impedimento do presidente do Conselho e seu suplente, será escolhido entre os presentes, outro membro representante para presidir a sessão.

Art.8º – Os membros do Conselho Municipal de Saúde poderão convidar órgãos, entidades profissionais de Saúde ou usuários para participarem das sessões do mesmo.

Parágrafo único – O Conselho Municipal de Saúde poderá criar comissões especiais e grupos de trabalho, entre os seus membros, para assessoramento no exercício de suas atribuições.

Art.9º – O Conselho Municipal de Saúde terá sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo próprio Conselho de acordo com o Art.1º # 5º da Lei (federal) nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 10º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11º – Fica revogada a Lei nº 2.503, de 22 de março de 1991 e demais disposições em contrário.

Joinville, 27 de novembro de 1991.

JULIO FIALKOSKI

Prefeito Municipal em exercício

FRANCISCO J. LESSA
CYNTHIA MARIA PINTO DA LUZ
MARCO AURELIO FAGUNDES
Advogados

MMO JUIZO DE DIREITO DA PRIMEIRA VARA CIVEL,
COMARCA DE JOINVILLE,
ESTADO DE SANTA CATARINA.

13.11.73 737 25.014352

ATENÇÃO : SRS. ADVOGADOS
Cumprindo o Prov. 03/92 da
Corregedoria Geral da Justiça,
informo que a INTIMAÇÃO DOS
ATOS JUDICIAIS, será efetuado
através do Diário da Justiça do
Estado, a partir de 12/07/92.
- Distribuidora Judicial -

CLOVIS RICARDO MONTENEGRO DE LIMA,
brasileiro, separado, médico, membro titular eleito pa-
ra compor o Conselho Municipal de Saúde, representando
o Centro dos Direitos Humanos de Joinville, residente e
domiciliado nesta cidade, na Rua Itaiópolis, nº 483,
apartamento 204; e

VALDIR SCHAEFFER,
brasileiro, casado, operário, membro titular eleito pa-
ra compor o Conselho Municipal de Saúde, representando
o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Mate-
rial Plástico de Joinville;

vêm perante Vossa Excelência, por seu advogado, que re-
cebe notificações e intimações na Rua João Flaminio,
nº 157, na cidade de Jaraguá do Sul, fone (0473) 22-
2100, para com base na Lei nº 1.533/51, impetrar

MANDADO DE SEGURANÇA contra ato de omissão do

PREFEITO MUNICIPAL DE JOINVILLE, SENHOR LUIZ GOMES,
esta que veio violar direito líquido e certo dos Impetr-
tantes, dos membros do Conselho Municipal de Saúde, e
por decorrência de toda a comunidade joinvilense, como
passarão a expor, demonstrar e requerer;

PRELIMINARMENTE

Em sede preliminar requerem os Impetrantes os benefícios da Justiça Gratuita, uma vez que o objeto do presente *mandamus* - nomeação como legítimos membros do Conselho Municipal de Saúde - é função não remunerada (Lei Municipal nº 2.590/91), servindo única e tão somente aos interesses da comunidade joinvilense.

DOS FATOS

1- Em 27 de novembro de 1991 entrou em vigor a Lei Municipal nº 2.590, que nos termos de seu art. 1º, instituiu o Conselho Municipal de Saúde, nos seguintes termos:

Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão de caráter permanente e deliberativo, de composição paritária entre Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, vinculado à Secretaria de Saúde do Município conforme estabelece o Art. 142 da Lei Orgânica do município e o Art. 1º, ss2º da Lei (federal) nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

2- Já o ss1º, do art. 4º do mesmo Diploma, estabelece, *verbis*:

Os membros do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos, e serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicações dos respectivos órgãos e entidades a que se refere este artigo.

3- Mesma Lei, no inciso I do já aludido art. 4º, oferece a composição do Conselho Municipal de Saúde, nos termos que se seguem:

a) Governo

- 1) Secretaria de Saúde do Município;
- 2) Secretaria de Saúde do Município;
- 3) Secretaria de Desenvolvimento Comunitário do Município;
- 4) Fundação Municipal do Meio Ambiente;
- 5) Hospital Municipal São José;
- 6) Hospital Regional Hans Dieter Schmidt;
- 7) Maternidade Darci Vargas;
- 8) Escola Auxiliar de Enfermagem da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Joinville;
- 9) IIº CARS - Centro Administrativo Regional de Saúde.

b) Prestadores de Serviços

- 1) Fundação Educacional da Região de Joinville;
- 2) Associação Catarinense de Ensino;

- 3) Associação dos Laboratórios de Análises Clínicas;
 - 4) UNIMED - Cooperativa de Trabalho Médico de Joinville;
 - 5) Hospital e Maternidade Dona Helena;
 - 6) Instituto Bethesda - Hospital e Maternidade;
 - 7) Profissionais de Saúde;
- c) Profissionais de Saúde**
- 1) Sociedade Joinvilense de Medicina;
 - 2) Associação Brasileira de Odontologia - Seção Joinville;
 - 3) Associação Brasileira de Enfermagem - núcleo Joinville;
 - 4) Núcleo de Nutricionistas de Joinville;
 - 5) Associação Joinvilense Regional de Farmacêuticos e Bioquímicos;
 - 6) Associação de Assistentes Sociais de Joinville;
 - 7) Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde;
 - 8) Associação dos Profissionais de Segurança e Saúde Ocupacional;
- d) Usuários**
- 1) Associação Comercial e Industrial de Joinville;
 - 2) Sindicato dos Trabalhadores em Oficinas Mecânicas de Joinville;
 - 3) Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos e da Indústria do Material Elétrico de Joinville;
 - 4) Associação dos Aposentados e Pensionistas de Joinville;
 - 5) CNBB - Pastoral da Saúde de Joinville;
 - 6) Centro de Defesa dos Direitos Humanos;
 - 7) Rede Feminina de Combate ao Câncer;
 - 8) Associação de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal;
 - 9) Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais;
 - 10) um representante de organizações não governamentais de proteção ao meio ambiente;
 - 11) um representante das entidades de estudantes secundaristas e universitários;
 - 12) um representante das Associações de Pais, Amigos e Funcionários dos CRI/CERJ;
 - 13) Federação das Associações de Moradores de Joinville;
 - 14) O6 (seis) representantes das Associações de Moradores de Joinville;
 - 15) Sindicato dos Empregados em Empresa de Rádio Difusão e Televisão do Norte e Nordeste do Estado de Santa Catarina;
 - 16) Associação dos Administradores de Pessoal de Joinville;
 - 17) Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
 - 18) Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Materiais Plásticos de Joinville.

4- O art. 2º, da Lei Municipal nº 2.590/91, por sua vez, enumera as atribuições e competências do Conselho Municipal de Saúde.

5- Destaque-se que entre 23 e 25 de agosto de 1991, realizou-se nesta cidade de Joinville, a Conferência Municipal de Saúde, esta que, além de um importante leque de propostas de organização e prática para a área, escolheu os componentes da Comissão Municipal de Saúde, que se enumeram abaixo, de acordo com incluso documento do próprio Governo do Município de Joinville:

Representantes:

a) Governo

a.1) Secretaria de Saúde do Município

Titular: Mário Brehm

Suplente: Ilson José Vitorio

a.2) Secretaria de Educação de Joinville

Olivette Tanner

Silvana Pohl

a.3) Secretaria de Desenvolvimento Comunitário do Município

Mônica Wippel

Rita de Cássia Martins

a.4) Fundação Municipal do Meio Ambiente

Luiz C. Porto

Pedro T. Alacon

a.5) Hospital Municipal São José

Luiza Jordan

Celson José Ely

a.6) Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

Braz Vieira

Irmã Maria Silvia

a.7) Maternidade Darcy Vargas

Roberto Becker

Gastão Schwars

a.8) Escola de Auxiliar de Enfermagem de Joinville

Lígia Rohrbacher

Maria Goreti de L. Cardoso

a.9) IIG CARS - Centro Administrativo Regional de Saúde

Laerte C. Lisboa

Roland Ristow Júnior

b) Prestadores de Serviços:

b.1) FURJ - Fundação Educacional da Região de Joinville

Mariano Sanchez

Ana L. Gomes

b.2) Associação Catarinense de Ensino

Carlos A. Costa

Edson S. André

b.3) Associação dos Laboratórios de Análises Clínicas
Carlos Bezerra
Lincoln Neulaender

ville
b.4) UNIMED - Cooperativa de Trabalho Médico de Joinville
Jaime Ferreira
Dalmo de Oliveira

b.5) Hospital e Maternidade Dona Helena
Rolf Koentop
Helmuth Arntz

b.6) Instituto Bethesda - Hospital e Maternidade
Walter Burg
Edonir Werlich

c) Profissionais de Saúde:

c.1) Sociedade Joinvilense de Medicina
Antonio de Mello
Antonio B. Dias

ville
c.2) Associação Brasileira de Odontologia - Seção Joinville
Luiz C. Miguel
Rubens Petry

Joinville
c.3) Associação Brasileira de Enfermagem - Núcleo de Joinville
Beatriz Schumacher
Márcia Bett

c.4) Núcleo de Nutricionistas de Joinville
Juracy T. Verdi
Arilede Fröstäck

Bioquímicos
c.5) Associação Joinvilense Regional de Farmacêuticos e
Lencir Josino
Laércio Batista Júnior

c.6) Associação de Assistentes Sociais de Joinville
Edeltraut Steiner
Dineusa de Souza

Saúde
c.7) Sindicato dos empregados em Estabelecimentos de
Lourival Pisetta
Aloisio Lipinski

Ocupacional
c.8) Associação dos Profissionais de Segurança e Saúde
Gilvan J. Farias

Antonio Viana

d) Usuários

d.1) Associação Comercial e Industrial de Joinville
Hercilio Hardt
Udo Böler

d.2) Sindicato dos Trabalhadores em Oficinas Mecânicas
de Joinville
Alcimar de Mello
Arnoldo de Sena

d.3) Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos e da In-
dústria do Material Elétrico de Joinville
Aristeu Cabral
Reinaldo Gonçalves

d.4) Associação dos Aposentados e Pensionistas de Join-
ville
Luiz Carlos de Freitas
Sebastião de Castro

d.5) CNBB - Pastoral da Saúde de Joinville
Imelda Körbes
Umbelina Ribeiro

d.6) Centro de Defesa dos Direitos Humanos
Clóvis Ricardo Montenegro de Lima
Alvaro Koneski

d.7) Rede Feminina de Combate ao Câncer
Milton de Miras
Joselys Bigliazi

d.8) Associação de Promoção Social do Fissurado Lábio-
Palatal
Hélio S. Moreira
Ana Marise Roeder

d.9) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
Claudineia Moreira
Andréa de Oliveira

d.10) APREMA - Associação de Preservação e Equilíbrio
do Meio Ambiente de Santa Catarina
Sionara Fagundes
Carlos A. Vieira

d.11) Diretório dos Estudantes Secundaristas e Univer-
sitários
Claudinei do Nascimento
Marcelo Schtzel

d.12) Associação de Pais, Amigos e Funcionários dos CE-
RIS/CERJ

Edson Menslin
Josefa Dias

d.13) Federação das Associações de Moradores de Joinville (FAMJO)

Eliete Espindola
Albano C. Serafim

d.14) O6 (seis) representantes das Associações de Moradores de Joinville

Titulares: João da Silva
João Tavares
Orides Bernardino
Maria da Graça Braz
Maria Izilda Longo
José L. Scodel

Suplentes: Mônica Voilnath,
Maria Mazzuco
Márcio do Nascimento
Paulo R. Ochoa
Gilmar Ferreira
Emir C. Madeiros

d.15) Sindicato dos Empregados em Empresa de Rádio, Difusão e Televisão do Norte e Nordeste do Estado de Santa Catarina

Aires Z. da Rosa
José R. Faixão

d.16) Associação dos Administradores de Pessoal de Joinville

Carlos A. Ginjo
Ronni S. Rentz

d.17) Sindicato dos Trabalhadores Rurais

Nelson Holz
Leonardo Boettcher

d.18) Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Materiais Plásticos de Joinville

Valdir Schaeffer
Carlos Schmidt.

6- Vê-se pois, Excelência, que passado um ano da realização da Conferência Municipal de Saúde de Joinville, que elegeu os membros da Comissão Municipal de Saúde de Joinville, (23, 24 e 25.8.91), na forma da Lei Municipal nº 2.503, de 22 de março de 1991, revogada pela Lei Municipal nº 2.590/91, até o presente momento o sr. Prefeito Municipal não nomeou nem deu posse aos mesmos, em flagrante ato omissivo ilegal, uma vez que não obedece ao mandamento das Leis (federalis) nº 8.080 (19.09.90), e 8.142 (28.12.90), anexas.

7- Aliás, o Digno Secretário de Saúde de Joinville, sr. Mário Brehm, membro titular da Comissão Municipal de Saúde, em memorando de nº 382/90, datado de 08.05.92 (incluso), endereçado à Assessoria Jurídica da Prefeitura Municipal de Joinville, asseverava:

Considerando a Lei nº 2.590 de 27-11-91 (dá nova redação à Lei nº 2.503 de 22-03-91, que criou o Conselho Municipal de Saúde), solicitamos fineza elaborar mensagem para Portaria que deverá ser assinada pelo sr. Prefeito, nomeando os representantes que farão parte do Conselho Municipal de Saúde (Cfe. Art. 4º, parágrafo 1º).

Anexo, elencamos nominata los representantes: Governo, Prestadores de Serviços, Profissionais de Saúde e Usuários, especificando órgãos e entidades, endereços e nomes dos respectivos indicados: titulares e suplentes.

Observamos outrossim, o Sr. Prefeito definiu, a princípio, que até o dia 18-05-92 deveríamos estar com a Portaria assinada e publicada.

Na expectativa da sua especial atenção e habituais providências, colocamo-nos ao inteiro dispor, agradecendo e firmando-nos.

Atenciosamente.

*Mário Brehm
Secretário da Saúde*

8- Até o dia de hoje não existe no mundo jurídico pertinente, a portaria de nomeação e posse dos membros do Conselho Municipal de Saúde, apesar da expressa recomendação da autoridade supra indicada.

9- Mas os esforços dos Impetrantes para que isto acontecesse foi à exaustão, como se vê pelos expedientes anexos:

a) em 06 de novembro de 1991 enviaram expediente ao Ministério Público Joinvilense, onde relatam irregularidades cometidas pela digna Autoridade Coatora, e a ausência da nomeação da Comissão Municipal de Saúde;

b) em 17 de dezembro de 1991 o MMJ Juízo de Direito desta Comarca foi alertado também desta situação;

c) em 10 de março de 1992 a Comissão de Legislação e Justiça do Legislativo Municipal foi comunicada da preocupação dos Impetrantes e outros membros do Conselho Municipal de Saúde, acerca da omissão do sr. Prefeito Municipal, no aspecto do cumprimento da legislação da saúde;

d) em 07 de abril de 1992 diversos componentes do Conselho Municipal de Saúde dirigiram-se diretamente ao sr. Prefeito, ora Digna Autoridade Coatora, para pedir a nomeação, referindo ainda que o Sistema Unico de Saúde (SUS) encontra suas diretrizes nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90;

e) divulgaram também os Impetrantes e outros membros do Conselho Municipal de Saúde, NOTA A POPULAÇÃO JOINVILENSE, falando da situação em apreço, em 15 de maio de 1992;

f) dirigiram-se também à Comissão de Educação, Cultura, Saúde e Assistência Social da Câmara de Vereadores de Joinville, onde noticiam o aguardo da sua nomeação;

g) à Câmara de Vereadores enviaram officio em 18 de maio de 1992;

h) em 22 de junho de 1992 dirigiram-se os Impetrantes ao Presidente da Câmara de Vereadores de Joinville;

i) por fim, em 30 de junho de 1992, dirigiram-se mais uma vez à Promotoria de Justiça, esplanando os fatos.

10- Gize-se que já em 26 de novembro de 1991, a dra. Cristina da Motta Bergler, Promotora de Justiça Substituta, dizia em expediente enviado ao sr. Prefeito:

Face as irregularidades apontadas no Sistema Unico de Saúde, em nível municipal, requisitamos a Vossa Excelência, esclarecimentos, por escrito e com a máxima urgência, sobre os fatos narrados, bem como sejam tomadas as devidas providências para urgente correção da ordem jurídica e administrativa do respectivo Sistema de Saúde de Joinville.

11- Vê-se pois, Excelência, que em obediência aos termos das Leis nº 8.080 e 8.142/90, e Lei Municipal 2.590/91, usuários, profissionais da saúde, prestadores de serviços e Secretaria Municipal da Saúde, reuniram-se em Conferência Municipal de Saúde (23, 24 e 25.08.91), onde foram discutidas e aprovadas diretrizes para o setor, e procedida foi a escolha dos membros do Conselho Municipal de Saúde.

12- A Digna Autoridade Coatora, infelizmente, não fez sua parte! Não os nomeando, **omite-se ilegalmente**, omissão esta que acarreta ilegalidades corolárias, como trataramos a seguir, sempre em prejuizo da coletividade, preocupação primeira dos Impetrantes.

DAS IRREGULARIDADES

13- A Lei nº 8.080/90 estabelece em seu art. 33, ver-

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

14- A Conferência de Saúde de Joinville deliberou sobre o financiamento dos serviços de saúde, da seguinte forma:

Os recursos da União e Estado serão repassados diretamente aos municípios, com transparência, para ser gerenciado pelo Conselho Municipal de Saúde, através do Fundo Municipal de Saúde.

15- Cumpre-se por aqui destacar, que não consta da Lei Municipal nº 2.553 qualquer referência ao Fundo Municipal de Saúde, criado por Lei e sancionado em 09 de agosto de 1991, pela Digna Autoridade Coatora. Esta omissão fere de morte o mandamento da Lei nº 8.142/90, art. 4º, I.

16- O princípio da unidade das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde foi rompido, na medida em que a Lei Municipal nº 2.553/91 (que dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 1992) manteve rubrica específica do Hospital Municipal São José, que nos termos no art. 4º, da Lei nº 8.080/90, pertence ao Sistema Único de Saúde - SUS, e deve assim ter seus recursos financeiros gerenciados pelo Fundo Municipal de Saúde.

17- Por outro norte, o mais grave reside no fato de que as indicadas *diretrizes orçamentárias* para o SUS - Sistema Único de Saúde, para o exercício de 1992, contidas na Lei Municipal nº 2.553 (13.09.91), não foram elaboradas com a participação da comunidade, nos exatos termos das Lei nº 8.080 e 8.142/90.

18- A Conferência Municipal de Saúde de Joinville, realizada entre 23 e 25 de agosto de 1991, anterior pois à aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (nº 1.553, de 13.09.91), definiu relevantes propósitos para o Sistema Único de Saúde, omitidas e ignoradas pela Digna Autoridade Coatora, responsável pela mensagem e sanção da destacada Lei Municipal.

19- Outras irregularidades são apontadas pela Ilustre Representante do Ministério Público, no aludido expediente que endereça à Autoridade Impetrada, junto a este feito.

20- Em síntese, e até por estima à brevidade, após tantos cuidados administrativos, para que seja estancada a temporada de irregularidades no setor de saúde desta cidade de Joinville, e para que se restaure o equilíbrio jurídico com a obediência das Leis, é de ser concedido o presente *mandamus*, pois outro recurso não tem os Impetrantes, a não ser a força do Judiciário, único Poder que neste momento pode coibir abusos, estabelecer o cumprimento legal, no intuito de destacar o bem comum, neste caso a saúde da comunidade joinvilense.

21- As funções dos membros do Conselho Municipal de Saúde, por força do ss5º, do art. 4º, da Lei Municipal nº 2.590/51, não são remuneradas.

ASSIM

CONSIDERANDO o texto legal das Leis:

- a) nº 8.080/90 (federal);
- b) nº 8.142/90 (federal);
- c) nº 2.590/91 (municipal);

CONSIDERANDO a regular realização da Conferência Municipal de Saúde, de 23 a 25 de agosto de 1991;

CONSIDERANDO a relevância da participação democrática de todos os setores organizados e interessados na área da saúde;

CONSIDERANDO as irregularidades apontadas pelos Impetrantes, e pela Ilustre dra. CRISTINA DA MOTTA BERGLER, nobre Representante do Ministério Público, decorrentes do comportamento abusivo e autoritário da Digna Autoridade Coatora;

CONSIDERANDO a omissão irreparável da Autoridade Impetrada, em não nomear os membros do Conselho Municipal de Saúde, impedindo o exercício democrático da participação popular nos destinos do setor;

CONSIDERANDO, por fim, o direito líquido e certo dos Impetrantes, e do conjunto dos membros do Conselho Municipal de Saúde, de serem imediatamente nomeados e empossados para o mister legal;

CONSIDERANDO, por derradeiro, que as funções dos membros do Conselho Municipal de Saúde não são remuneradas (ss5º, art. 4º, da Lei nº 2.590/91);

REQUEREM:

21- Digne-se Vossa Excelência de, recebido, registrado, e autuado o presente Remédio Heróico,;

a) com base nos dispositivos legais invocados, e diante da ilegalidade do ato de omissão apontado, determinar à Digna Autoridade Coatora, *instituto litis*, após ouvido o Ilustre Representante do Ministério Público, por Mandado Judicial ao sr. Prefeito Municipal de Joinville, LUIZ GOMES, a ser cumprido de acordo com o ss10, do art. 172 do CPC, se necessário, que no prazo de 48 horas faça publicar Portaria de nomeação e posse dos membros do Conselho Municipal de Saúde (ss10, art. 40, da Lei Municipal nº 2.590/91), como exposto no item 5 supra, para que possam os mesmos darem conta de suas tarefas legais, *ex vi* da inteligência do inciso II, art. 70, da Lei nº 1.533/51;

b) que o mesmo Mandado Judicial notifique a Digna Autoridade Coatora, para que preste as devidas informações, no prazo do inciso I, do art. 70 da Lei nº 1.533/51;

c) após, seja proferida a r. sentença de mérito, que mantenha o despacho requerido na letra a, caso deferido, ou que o faça na oportunidade deferindo a Segurança pleiteada, determinando que o sr. Prefeito Municipal de Joinville publique Portaria nomeando os membros do Conselho Municipal da Saúde, cuja nominata foi apresentada no item 5 desta peça vestibular, declarando assim o direito líquido e certo dos Impetrantes;

d) declaração de procedência do presente Mandado de Segurança, condenando a Digna Autoridade Coatora em custas de processo e honorários de advogado, na forma do art. 20 do CPC.

e) provam os Impetrantes suas alegações exordiaes, pelos documentos que trazem inclusos;

f) requerem ainda os AA. o benefício da Justiça Gratuita, uma vez que o exercício de suas funções junto ao Conselho Municipal da Saúde não são remuneradas, de conformidade com o ss50, do art. 40, da Lei Municipal nº 2.590/91;

g) ao Mandado de Segurança dão o valor, para os efeitos meramente processuais, de CR\$ 100.000,00.

FRANCISCO J. LESSA
CYNTHIA MARIA PINTO DA LUZ
MARCO AURELIO FAGUNDES
Advogados

Termos em que,
Pedem Deferimento.

JSUL/311E, 13 de julho de 1992.

FRANCISCO J LESSA
OAB-SC 4686



ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO



Vistos etc.

De acordo com o art. 7º, inc. II, da Lei nº 1.533/51, ao despachar a inicial do mandado de segurança o juiz ordenará "que se suspenda o ato que deu motivo ao pedido, quando for relevante o fundamento e do ato impugnado puder resultar a ineficácia da medida, caso seja deferida". Comentando-o, assinala HELY LOPES MEIRELLES que "Para concessão da liminar devem concorrer os dois requisitos legais, ou seja, a relevância dos motivos em que se assenta o pedido na inicial e a possibilidade de ocorrência de lesão irreparável ao direito do impetrante, se vier a ser reconhecido na decisão de mérito" (in "MANDADO DE SEGURANÇA e AÇÃO POPULAR", pág. 46, da 9ª ed.)

Acerca do aspecto enfocado, decidiu o egrégio 1º Tribunal de Alçada Civil de São Paulo:

"Concede-se a liminar no mandado de segurança quando seus fundamentos são razoáveis, isto é, quando o pedido é viável, à primeira vista e se o direito do impetrante em razão de sua transitoriedade, corre risco de perecer".

(in "JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA", 9/330)

No presente caso, não se encontra presente o segundo requisito.

A decisão denegatória da liminar não inviabilizará o direito substantivo invocado, caso venha a ser reconhecido a final. Nem dela advirão prejuízos irreparáveis ou de difícil reparação.

Destaco que sequer foram apresentadas ra-



ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO



zões que pudessem justificar a concessão da liminar.

Em vista do exposto, denego a liminar postu-
lada.

Notifique-se o Impetrado para que, em dez
dias, preste as informações que entender necessárias.

Intimem-se.

Joinville, 13 de julho de 1992



NEWTON TRISOTTO

Juiz de Direito da 1ª Vara Cível

MANDADO DE SEGURANÇA:

Impetrante: CLÓVIS RICARDO MONTENEGRO DE LIMA

Impetrado: PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE



VISTA

Faço estes autos, com vista ao 12
Promotor de Justiça
Joinville, 07 de 08 de 1992
C. E. J. 1.1.1.1

MM. JUIZ:

1. Com parecer em separado em cinco laudas datilografadas.
2. Consoante a Lei Federal nº 8.142/90, as funções dos (s) membro do Conselho Municipal de Saúde não são remuneradas; assim, o pedido de Justiça Gratuita (cf. Lei nº 7.510/86) formulado às f. 03 deve ser deferido.

Em, 21 de agosto de 1992

Vilmar José Loef
Promotor de Justiça



Mandado de Segurança nº 2235/92

Impetrantes: Clóvis Ricardo Montenegro de Lima

Impetrado : Prefeito Municipal de Joinville

MM. JUIZ:

Trata-se de mandado de segurança impetrado para obter a publicação de 'portaria' de nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, criada através da Lei Municipal nº 2.590/91.

Os Impetrantes esclarecem, "que passado um ano da realização da Conferência Municipal de Saúde de Joinville, que elegeu os membros da Comissão Municipal de Saúde de Joinville (23, 24 e 25.8.91), na forma da Lei Municipal nº 2.503, de 22 de março de 1991, revogada pela Lei Municipal nº 2.509/91, até o presente momento o sr Prefeito Municipal não nomeou nem deu posse aos mesmos, em flagrante ato omissivo ilegal, uma vez que não obedece ao mandamento da Leis (federais) nº 8.080 (19.09.90), e 8.142 (28.12.90)" (f. 08).

Negada a liminar (f. 92/93), nos informes (f. 97/103) a autoridade coatora alega: ilegitimidade de parte e má-fé dos Impetrantes; ausência de direito líquido e certo; falta de interesse de agir, con



conforme estabelece o art. 3º, do CPC., e finalmente a decadência de direito dos impetrantes.

Havendo, como afirmam os Impetrantes irregularidades no setor de saúde desta cidade, e no intuito de destacar o bem comum da comunidade joinvilense, entendemos que de acordo com o art. 1º, da Lei nº 1.533/51, basta que haja justo receio de que venha a se efetivar a violação de direito, para que se invoque o remédio do mandado de segurança.

ULDERICO PIRES DOS SANTOS ensina: "Se ocorre ameaça de violação de direito líquido e certo, praticada pela autoridade, cabe o mandado preventivo. Seria absurdo esperar primeiro a violação do direito para depois a Justiça determinar, compulsoriamente, a modificação de uma situação que podia ser previamente corrigida. Se, pela incontestabilidade e evidência do direito invocado se percebe, sem sombra de dúvida, que este será lesado se a autoridade consumir a ameaça de violação, a proteção legal se impõe desde logo. Constituiria autêntica denegação de justiça esperar a lesão iminente, para depois exercer o controle jurisdicional" (O Mandado de Segurança na Doutrina e na Jurisprudência, pág. 85).

O próprio ex-Secretário da Saúde - Mário Brehm - assevera: " Considerando a Lei nº 2.590 de 27-11-91 (dá nova redação à Lei nº 2.503 de 22-03-91, que criou o Conselho Municipal de Saúde), solicitamos fineza elaborar mensagem para Portaria que

deverá ser assinada pelo Sr. Prefeito, nomeando os representantes que farão parte do Conselho Municipal de Saúde (Cfe. Art. 4º, parágrafo 1º). Anexo, elencamos nominata dos representantes: Governo, Prestadores de Serviços, Profissionais de Saúde e Usuários, especificando órgãos e entidades, endereços e nomes dos respectivos indicados : titulares e suplentes. Observamos, outrossim, o Sr. Prefeito definiu, a princípio, que até o dia 18-05-92 deveríamos estar com a Portaria assinada e publicada" (f. 49 - o grifo é nosso).


"A inércia da Administração, retardando ato ou fato que deva praticar, é abuso de poder que enseja correção judicial e indenização pelo ato prejudicado.

"Quando não houver prazo legal, regulamentar ou regimental para a decisão, deve-se aguardar por um tempo razoável a manifestação da autoridade ou do órgão competente, ultrapassado o qual o silêncio da Administração converte-se em abuso de poder, corrigível pela via judicial adequada, que tanto pode ser ação ordinária, medida cautelar ou mandado de segurança. E, tal hipótese não cabe ao Judiciário praticar o ato omitido pela Administração, mas, sim, impor a sua prática, ou desde logo suprir os seus efeitos para restaurar ou amparar o direito do postulante, violado pelo silêncio administrativo" (HELY LOPES MEIRELLES, Direito Administrativo Brasileiro, pág. 77).

Através da Conferência Municipal de Saúde, realizada entre 23 e 25 de agosto do ano próximo passado, foram escolhidos os seus respectivos componentes, dentre eles, os ora Impetrantes, atendendo as normas da Lei Federal nº 8.142/90.

A propósito, o Conselho Municipal de Saúde, além de ter caráter permanente e deliberativo, de composição paritária entre Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, fica vinculado à Secretaria da Saúde do Município (artigo 142 da LOM., e art. 1º e 2º da Lei nº 8.142/90).

No tocante a ilegitimidade de parte, vale ressaltar, que os Impetrantes representam o Centro de Defesa dos Direitos Humanos e o Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Materiais Plásticos de Joinville, respectivamente (cf. Nominata do Conselho Municipal de Saúde acostada às f. 50/56).



"O essencial para a impetração é que o Impetrante - pessoa física ou jurídica, órgão público, ou universalidade legal - tenha prerrogativa ou direito próprio ou coletivo, a defender, e que esse direito se apresente líquido e certo ante o ato impugnado.

"Quanto aos órgãos públicos, despersonaliza-
dos mas com prerrogativas próprias (Mesas
de Câmaras Legislativas, Presidências de Tribunais, Che-
fias de Executivo e de Ministério Público, Presidências

de Comissões autônomas, etc.), a jurisprudência é uniforme no reconhecimento de sua legitimidade ativa e passiva para mandado de segurança" (Hely Lopes Meirelles, Mandado de Segurança, 13ª ed., pág. 5).

Segundo dispõe o art. 3º, do CPC., "Para propor ou contestar ação é necessário ter interesse e legitimidade".

Com efeito, os Impetrante comprovaram com clareza o legítimo interesse da coletividade e a legitimidade ativa.

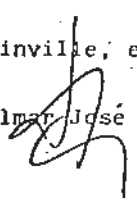
Da mesma forma, a preliminar de decadência deve ser repelida, face a inércia da Administração Municipal, retardando o ato, ou melhor, retardando a publicação da 'Portaria' de nomeação e posse dos membros do Conselho Municipal de Saúde, inegavelmente, em prejuízo de toda a comunidade de Joinville.

"Conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por habeas corpus ou habeas data, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público" (art. 5º, LXIX, da Carta Magna).

Ante o exposto, opinamos pela concessão do Writ.

Joinville, em 21 de agosto de 1992

Vilmar José Loef - Promotor de Justiça





ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO

Autos nº 2.235/92

Vistos etc.

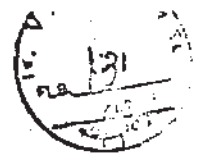
CLÓVIS RICARDO MONTENEGRO DE LIMA e VALDIR SCHAEFFER, qualificações nos autos, impetraram MANDADO DE SEGURANÇA contra ato omissivo do Excelentíssimo Senhor LUIZ GOMES, Prefeito do Município de Joinville.

Como fatos incontroversos, colhe-se dos autos que a Lei Municipal nº 2.590, de 27.11.91, criou "o Conselho Municipal de Saúde, órgão de caráter permanente e deliberativo, de composição paritária entre Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, vinculado à Secretaria de Saúde do Município conforme estabelece o Art. 142 da Lei Orgânica do município e o Art. 1º, § 2º, da Lei (federal) nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990" (art. 1º), estabelecendo que "Os membros do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos, e serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicações dos respectivos órgãos e entidades a que se refere este artigo" (art. 4º, § 1º).

Também se infere deles que o primeiro Impetrante foi indicado para integrar o Conselho representando o Centro de Direitos Humanos e o segundo o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias do Material Plástico, sendo os seus nomes, bem como os dos demais componentes das entidades ex-



LIVRO DE SENTENÇA
n.º 41 de 136



ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO

tra-oficiais, aprovados pela Conferência Municipal de Saúde.

Sustentando que o Impetrado se recusa a expedir e publicar a portaria de nomeação e a lhes dar posse nos cargos do Conselho Municipal de Saúde, os Impetrantes visam, com o mandamus, que seja compelido judicialmente a fazê-lo no prazo de quarenta e oito horas.

Denegada a liminar (fls. 92/93), o Impetrado prestou informações (fls. 96/103).

Em preliminar, arguiu a ilegitimidade dos Impetrantes para defender direito que entende ser das entidades que representam, a inexistência de direito líquido e certo e de interesse de agir.

Aduz, em resumo, que somente as entidades que representam teriam legitimidade para demandar em Juízo com o objetivo proposto.

No tocante ao mérito, acrescentam que o pedido não pode ser acolhido porque diversos membros indicados pelas entidades com representante no Conselho, constantes da relação apresentada pelos Impetrantes, já foram substituídos por outras, e que na Câmara de Vereadores tramita projeto de lei que ajusta a situação do Hospital São José como autarquia, "o que é indispensável à composição plena do sistema de saúde do Município.

Também se insurge contra o pedido de assistência judiciária gratuita formulado pelos Impetrantes, afirmando que possuem recursos para custear as despesas do processo.

Em seu parecer, o ilustre representante do Ministério Público manifestou-se pela concessão da segurança por entender que assiste aos Impetrantes direito à posse e que "A inércia da Administração, retardando ato ou fato que deva praticar, é abuso de poder que enseja correção judicial e indenização pelo ato prejudicado", corrigível via mandado de segurança.

É o relatório.

DECIDO:

fls. 2



LIVRO DE SENTENÇAS
41 125



ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO

Não procedem as preliminares levantadas.

Conforme FREDERICO MARQUES, surge "o interesse de agir quando, configurado o litígio, a providência jurisdicional invocada é cabível à situação concreta do lide, de modo que o pedido apresentado ao juiz traduza formulação adequada à satisfação do interesse contrariado, não atendido, ou tornado incerto" (in "Manual de Direito Processual Civil", Editora Saraiva, 1982, 10 vol., pág. 177).

Ora, os Impetrantes sustentam que têm direito à nomeação e posse no Conselho Municipal de Saúde, como representantes das entidades componentes do mesmo que os indicaram para tanto, e que o Impetrado se recusa a nomeá-los.

Independentemente de se perquirir se lhes assiste direito à nomeação, é evidente que há interesse de agir na postulação, ante a resistência do Impetrado em atendê-la.

A circunstância de não estarem autorizados pelas entidades que representam a demandar em Juízo não afasta o interesse de agir.

Poder-se-ia questionar a existência de legitimidade, em face do disposto no art. 69 do Código de Processo Civil.

Todavia, em que pese possam as entidades componentes do Conselho Municipal de Saúde promover a substituição, em qualquer tempo, dos representantes indicados (art. 4º, § 2º, da Lei nº 2.590/91 - fls. 110/115), tenho para mim que enquanto não ocorrer terão aqueles direito ao exercício pleno das funções que lhes são definidas e atribuídas na lei, nos regulamentos e regimentos do Conselho.

Destarte, detêm eles, concorrentemente, legitimidade para demandar em juízo na defesa de seus direitos como integrantes do Conselho, independentemente daquela das entidades que representam.

A nomeação e a posse no cargo ou nas funções definidas em lei, é direito daquele que a ela faz jus.



ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO

Retardada, injustificadamente, pela autoridade competente para o ato, sem dúvida há violação de direito líquido e certo, assegurável via mandado de segurança, conforme bem destacado pelo insigne Promotor de Justiça, com respaldo em lição de HELY LOPES MEIRELLES que, por oportuno, também transcrevo:

"A omissão da Administração pode representar aprovação ou rejeição da pretensão do administrado, tudo dependendo do que dispuser a norma pertinente. Não há, em doutrina, um critério conclusivo sobre a conduta omissiva da autoridade. Quando a norma estabelece que ultrapassado tal prazo o silêncio importa em aprovação ou denegação do pedido do postulante, assim se deve entender, menos pela omissão administrativa do que pela determinação legal do efeito do silêncio. Quando a norma limita-se a fixar prazo para a prática do ato, sem indicar as consequências da omissão administrativa, há que se perquirir, em cada caso, os efeitos do silêncio. O certo, entretanto, é que o administrado jamais perderá o seu direito subjetivo enquanto perdurar a omissão da Administração no pronunciamento que lhe compete.

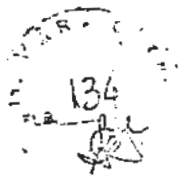
Quando não houver prazo legal, regulamentar ou regimental para a decisão, deve-se aguardar por um tempo razoável a manifestação da autoridade ou do órgão competente, ultrapassado o qual o silêncio da Administração converte-se em abuso de poder, corrigível pela via judicial adequada, que tanto pode ser ação ordinária, medida cautelar, mandado de injunção ou mandado de segurança. Em tal hipótese, não cabe ao Judiciário praticar o ato omitido pela Administração, mas, sim, impor a sua prática, ou desde logo suprir os seus efeitos para restaurar ou amparar o direito do postulante, violado pelo silêncio administrativo."

(in "Direito Administrativo Brasileiro",
Editora Revista dos Tribunais, 1991, 16ª ed., págs. 93/94).

Conforme decisão do extinto Tribunal Feço
fls. 4



LIVRO DE CONTEÚDO
Nº 41
FOLHA 133



ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO

ral de Recursos, em se tratando de atos que devem ser praticados de ofício, por força de lei, "enquanto a autoridade não os executar, verifica-se omissão contínua, não havendo falar, no caso, em prazo de decadência para impetração de segurança" (v. "Mandado de Segurança", de J.M. OTHON SIDOU, Editora Revista dos Tribunais, 1969, pág. 505), salvo se na própria lei vier fixado prazo para que seja realizado (v. "Comentários à Lei do Mandado de Segurança", de CRETELLA JUNIOR, Editora Forense, 1989, pág. 338).

No tocante ao mérito, também assiste razão aos Impetrantes.

O art. § 1º, do art. 4º, da Lei Municipal nº 2.520, de 22.03.91, dispõe que "Os membros do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos, e serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicação dos respectivos órgãos e entidades a que se refere este artigo".

Feita a indicação pela entidade com assento no Conselho, nasce para o indicado um direito líquido e certo à nomeação.

Se a lei confere-lhe o direito de participar das deliberações relativas às questões da saúde pública, o retardamento, injustificado, da nomeação viola-o.

As razões apresentadas pelo Impetrado não justificam a sua omissão.

Se alguns dos indicados já foram substituídos, que nomeie os substitutos.

A fragilidade dos seus argumentos se revela numa só indagação: acaso alguma entidade não viesse a indicar o seu representante, o Conselho deixaria de ser constituído?

Refere-se o Impetrado à tramitação de projeto de lei na Câmara de Vereadores tratando sobre a situação jurídica do Hospital São José.

Não vislumbro qualquer relação entre esse fato e a negativa de nomear os integrantes do Conselho. Se-



LIVRO DE SENTENÇAS
41 137



ESTADO DE SANTA CATARINA
PODER JUDICIÁRIO

quer o Impetrado esclareceu em que aquele projeto, se aprovado, poderia obstar a aplicação plena dos dispositivos da lei em referência.

Em vista do exposto, defiro a segurança.

Concedo ao ilustre Impetrado prazo de dez dias para que promova a nomeação dos Impetrantes e demais pessoas indicados pelas suas respectivas representadas, para comporem o Conselho Municipal de Saúde.

Custas na forma da lei

P.R.I.

Joinville, 11 de setembro de 1993

NEKTOR TRISOTTO

Juiz de Direito da 1ª Vara Cível

