UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA GERÊNCIA DISTRITAL 5 DE PORTO ALEGRE: GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL (1980-2000)

Dissertação de Mestrado

Janete Cardoso Reós

Porto Alegre, 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA GERÊNCIA DISTRITAL 5 DE PORTO ALEGRE: GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL (1980-2000)

Dissertação de Mestrado

Janete Cardoso Reós

Porto Alegre, 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

JANETE CARDOSO REÓS

PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA GERÊNCIA DISTRITAL 5 DE PORTO ALEGRE: GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL (1980-2000)

Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia no Programa de Pós-graduação em Sociologia.

Orientadora: Profª. Drª. Soraya M. Vargas Cortes

Porto Alegre, 2003

JANETE CARDOSO RÉOS

PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA GERÊNCIA DISTRITAL 5 DE PORTO ALEGRE: GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL (1980-2000)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovado em 2003

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Clarissa Baeta Neves
PPGS/IFCH/UFRGS

Profª. Drª. Lúcia Silva e Silva
PPGP/IFCH/UFRGS

Profª. Drª. Luiza Helena Pereira
Departamento de Sociologia/IFCH/UFRGS

à Clarissa Réos Wolff

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq

Instituição de fomento à pesquisa que possibilitou a realização desse trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação

A todos os professores e funcionários do PPGS/UFRGS, em especial as funcionárias e amigas Denise e Rejeane, pelo trabalho competente e empenho em solucionar problemas no decorrer do curso.

A minha orientadora

Profª Drª Soraya M. Vargas Cortes, pelo estímulo para a conclusão do presente trabalho; pelos ricos momentos de orientação que muito contribuíram para o meu aprendizado; pelos almoços e cafés e, acima de tudo, por sua amizade. Meu eterno agradecimento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Pelo acesso aos documentos.

A Gerência Distrital de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5)

Pelo acolhimento e disposição em colaborar com este estudo.

Aos entrevistados

Que disponibilizaram-se em falar sobre suas vivências em termos de organização e luta no campo da saúde, proporcionando-me momentos de intenso aprendizado.

Aos meus amigos

À Ana Paula, pela realização da correção gramatical; pelo companheirismo e ensinamento de que "os caminhos são para jornada, não para o destino";

À Elisabete (Beti), pelas discussões teóricas; pela partilha das aflições que envolvem a elaboração de um trabalho científico e principalmente, pelo forte estímulo para seguir adiante;

À Lorena, pela ajuda na coleta de dados e transcrição das entrevistas; pelos cafés e troca de idéias sobre o presente trabalho e sobre a vida;

À Luciane (Cri), pelo coleguismo e pelas horas de terapia de bar;

À Luiza, professora e amiga, por me iniciar no fascinante mundo da pesquisa científica;

À Walcy, pela troca de experiências sobre a elaboração de um trabalho científico, pelas críticas construtivas e orientação sobre a formatação dessa dissertação e,

Aos amigos Mairi e César, pela leitura atenta e informações preciosas.

A minha família

Aos meus pais, pela presença e apoio, em especial a minha mãe me dando o exemplo de mulher com iniciativa;

A minha irmã Jane, pela leitura atenta, por suas críticas construtivas e sobretudo por sua presença confortante nos momentos de angústia;

Ao meu cunhado Ronald;

Aos meus afilhados Clarissa, Elisa, Henrique e Pedro,

A minha tia Olíria e aos meus primos Cíntia e Carlos e

À Roberta, pelo cuidado e dedicação ao meu filho.

Ao meu filho Fernando

Que muito tempo de convívio comigo lhe foi furtado, devido as intermináveis horas dedicadas a esse trabalho.

Ao meu companheiro José

Por seu amor, amizade e compreensão; por sua dedicação integral ao nosso filho e pelo ensinamento de que é possível iniciar e terminar algo.

Dá muito trabalho isso? Dá muito trabalho sim. As pessoas que se envolvem nisso elas deixam um pedaço da sua vida. (...) tem grupos que resistem muito ainda, estão lá até hoje, porque as suas demandas não foram todas atendidas. Então essas pessoas persistem. Eu fico impressionada com a capacidade de resistência que as pessoas têm (ENTREVISTA 8).

RESUMO

Esse trabalho apresenta a relação estabelecida entre os atores sociais envolvidos no campo da saúde em Porto Alegre, ao longo das décadas de oitenta e noventa. O estudo focou, especificamente, a relação entre (a) lideranças do movimento popular e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) das regiões Glória, Cruzeiro e Cristal, (b) profissionais e trabalhadores em saúde da área de planejamento da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5) e (c) gestores públicos municipais. Procurou-se verificar quais os fatores que determinaram a ação governamental nas regiões que compõem a GD5, a partir da (a) organização popular e participação, (b) existência de uma *policy community* reformista regional na área da saúde e (c) sensibilidade e resposta política dos gestores municipais. Para isso realizou-se um estudo qualitativo, baseado em entrevistas e análise documental. A utilização dessa abordagem permitiu identificar a forma peculiar como os atores sociais foram constituindo estratégias de lutas, disputas, conflitos e negociações no campo da saúde que resultaram em ampliação e melhoria dos bens e serviços disponíveis nas regiões da GD5.

Palavras-chave: organização popular, participação, *policy community,* política de saúde, r*esponsiveness.*

ABSTRACT

This work presents the relationship established between social actors in health area in Porto Alegre, during the eighties e nineties. The study focuses, specifically, the relationship between (a) popular movement's leaderships and the Sistema Único de Saude's users from the region Glória, Cruzeiro e Cristal, (b) health workers of the area covered by gerência distrital Glória/Cruzeiro/ Cristal (GD5) and (c) public managers. To do that, one tried to check the possible reasons why determined the government action in the GD5, in term of (a) intensity of organization and popular participation, (b) existence of a reformist and regional policy community in that medical area and (c) responsiveness of public managers municipal. To do so, one accomplished a qualitative study, based on interviews and analysis of documents. This approach, made possible identified the peculiar way these agents were constructing strategies of fights, disputes, conflicts and negotiations in the medical area that end up widening and improving the health services available in the regions of GDS.

Key-words: popular organization, participation, policy community, health policy, responsiveness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPA 1 – Município de Porto Alegre (macrozonas)..... 115
MAPA 2 – Município de Porto Alegre (antigos distritos sanitários)..... 116
MAPA 3 – Município de Porto Alegre (antigas gerências distritais de saúde)..... 117
MAPA 4 –Município de Porto Alegre (atuais distritos sanitários)..... 118
MAPA 5 – Município de Porto Alegre (atuais gerências distritais de saúde)..... 119

ORGANOGRAMA 1 - Prefeitura Municipal de Porto Alegre..... 120
ORGANOGRAMA 2 - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre..... 121

QUADRO 1 – Comparativo das áreas de atuação das antigas e novas gerências distritais, Porto Alegre, 2003..... 53
QUADRO 2 – Distribuição dos serviços da rede básica por gerência distrital, Porto Alegre, 2003..... 113

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição da população por Regiões do Orçamento Participativo (ROP), Porto Alegre, 2002 51

TABELA 2 Distribuição dos recursos humanos da SMS, por lotação, Porto Alegre, 2003 56

TABELA 3 Distribuição dos serviços e recursos humanos da rede básica, próprios da SMS, por gerência distrital, Porto Alegre, 2003 57

TABELA 4 Distribuição da população total, população residente em núcleos irregulares e por domicílios em núcleos e vilas irregulares, por gerência distrital, Porto Alegre, 2002 62

TABELA 5 Distribuição da população das gerências distritais de saúde, por médicos e consultórios médicos, Porto Alegre, 1999 65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAR	Centro Administrativo Regional
CLIS	Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMIS	Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CS	Centros de Saúde
DS	Distrito Sanitário
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FROP	Fórum Regional do Orçamento Participativo
GDS	Gerência Distrital de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OP	Orçamento Participativo
PAM	Posto de Assistência Médica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PSF	Programa da Saúde da Família
RMPA	Região Metropolitana de Porto Alegre
ROP	Região do Orçamento Participativo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES 10

LISTA DE TABELAS 11

LISTA DE ABREVIATURAS 12

INTRODUÇÃO 14

1 MUDANÇA INSTITUCIONAL E AÇÃO POLÍTICA: AÇÃO COLETIVA, AÇÃO GOVERNAMENTAL 20

1.1 Capital social, capital político e campo 20

1.2 Ação coletiva, *policy community* e *responsiveness* 23

1.3 Participação na área da saúde 29

1.4 Distrito sanitário, usuário e acesso 32

2 PROCESSO DAS REFORMAS DO ESTADO E DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 36

2.1 Reforma do Estado brasileiro e do sistema de saúde 36

3 CARACTERIZAÇÃO DE PORTO ALEGRE: ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E DA GESTÃO EM SAÚDE 49

3.1 Características socioeconômicas, demográficas e da saúde 49

3.2 A setorização da saúde 51

3.3 Características da rede de saúde 56

3.4 A municipalização da saúde 57

4 GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL (GD5): ORGANIZAÇÃO POPULAR E PARTICIPAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE 61

4.1 Características socioeconômicas e demográficas 61

4.2 Características da rede de saúde 64

4.3 Organização popular e participação 66

4.4 Organização popular e participação na área da saúde 71

4.5 *Policy community* na área da saúde 77

4.6 Ação governamental 82

CONCLUSÃO 88

REFERÊNCIAS 91

APÊNDICES 98

ANEXOS 115

INTRODUÇÃO

A reforma do Estado brasileiro, que teve início em meados da década de setenta, foi desencadeada, fundamentalmente, pelo esgotamento do regime burocrático-autoritário, o qual possibilitou o surgimento de propostas alternativas de modelos de intervenção do Estado nas relações deste com a sociedade civil. O projeto de reforma objetivava, inicialmente, a redução dos gastos públicos e a diminuição da exclusão social, através da efetivação de políticas racionalizadoras. Como estratégia fundamental para a eficácia dessas políticas foram sendo abertos, gradualmente, mecanismos que permitiram o envolvimento de atores sociais que eram, até então, excluídos do processo decisório das políticas públicas (PAIM, 1983).

O movimento sanitário foi um dos protagonistas do processo de discussão sobre a reforma do setor saúde, resultando em uma agenda reformista, que preconizava a universalização da atenção à saúde, a descentralização administrativa e a participação. Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que o movimento sanitário e outros atores políticos, como representantes do movimento popular e sindical, formularam uma concepção ampliada de saúde, considerando os fatores sociais, econômicos, políticos e institucionais como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Essa concepção foi incorporada pela Constituição Federal de 1988, que apresentou a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Nessa carta constitucional foi apresentado um novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu como principais diretrizes a universalidade do acesso, a equidade, a gratuidade e a integralidade das ações.

De acordo com Melo (1993), as inovações na área de saúde teriam constituído a experiência mais bem sucedida dentre as reformas que ocorreram no país, pois a descentralização, conduzida através da municipalização, além de conferir maior poder aos gestores municipais, viabilizou, também, o controle social[1] através da institucionalização da participação. Os estudos sobre organização popular e participação, no processo de redemocratização do país, têm destacado a importância da criação dos fóruns institucionalizados de participação no setor. A participação teria garantido um processo

1 O termo controle social é utilizado pelos atores sociais do campo da saúde e designa a participação no processo decisório de formulação e acompanhamento das diretrizes públicas de saúde (SILVA, 1983).

crescente de democratização da gestão pública e a racionalização das ações estatais, visando a ampliação e qualidade do acesso à saúde (CECCIM, 1990; CORTES, 1995).

Estudos sobre participação em saúde em Porto Alegre (CECCIM, 1990; CORTES, 1995, RAMOS, 1998), constataram a existência de intensa organização e participação a partir da década de oitenta. Nesses estudos foram destacados que diferentes regiões da cidade, com características semelhantes em termos de indicadores socioeconômicos e demográficos, distinguiam-se quanto a organização e a participação de usuários em torno do setor. Segundo Ramos (1998), antes mesmo da implantação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Porto Alegre, em 1985, "já existiam movimentos fortes, embora isolados, nos quais os usuários se reuniam com os técnicos de saúde para discutir suas questões de organização" (RAMOS, 1998). Caso exemplar seria o da região Grande Cruzeiro, que, antes mesmo da criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) - com vigência a partir de 1984 e que previam a criação de Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde - já havia constituído, em 1978, uma comissão de saúde e saneamento em seu conselho popular, denominado União de Vilas. Nessa comissão estavam envolvidas lideranças dos movimentos populares e profissionais da área de saúde vinculados aos serviços públicos da região (CECCIM, 1990; CORTES, 1995; RAMOS, 1998).

Essa diferenciação, quanto a organização e participação de usuários, pode ser um dado significativo ao analisarmos as ações de gestores públicos em Porto Alegre, nas décadas de oitenta e noventa. Partindo dessa concepção é que se buscou, nesse estudo, contribuir com o debate atual sobre a participação no setor saúde. A questão fundamental deste trabalho, portanto, consiste em investigar **em que medida a organização popular, a participação e a existência de uma *policy community* reformista, sensibilizam os gestores públicos municipais a darem respostas políticas positivas que tenham impacto sobre a qualidade e a oferta de bens e serviços de saúde.**

A delimitação do objeto de pesquisa considerou o critério de organização e mobilização popular em Porto Alegre. Nesse sentido, a escolha das regiões Grande Glória e Grande Cruzeiro[2] deveu-se à existência de intensa mobilização, através dos movimentos populares, que reivindicavam, frente aos administradores públicos, a ampliação do acesso a bens e serviços de saúde.

---

[2]As denominações Grande Cruzeiro e Grande Glória traduzem uma articulação fundamental de atores sociais envolvidos nos movimentos populares dessas regiões, que tiveram início no final da década de setenta através da criação do conselho popular União de Vilas e do conselho popular da Grande Glória (CECCIM, 1990).

O objetivo central desse estudo foi, por um lado, o de identificar os fatores que sensibilizaram os gestores públicos municipais a darem respostas políticas positivas na área da saúde, ao longo das décadas de oitenta e noventa, nas referidas regiões que pertencem a área de atuação da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5). E, por outro lado, verificar se a existência de articulação entre atores, com diferentes origens institucionais, resultou em acúmulo de capitais (social, cultural, simbólico e político), possibilitando uma participação política ativa no campo da saúde.

Buscou-se analisar, principalmente através das entrevistas, os seguintes aspectos: **(1) intensidade de organização popular e participação em torno do setor saúde**, através (a) da existência de acúmulo organizativo e de participação em torno da temática de saúde ao longo das décadas de oitenta e noventa e (b) do protagonismo da participação de representantes do CLS da GD5 no Conselho Municipal de Saúde, aferida através da atuação em comissões permanentes do referido conselho; **(2) existência de uma *policy community* reformista regional na área da saúde**, através (a) da participação ativa de técnicos da área de saúde no CLS da GD5 e (b) da relação de confiança estabelecida entre os atores que compõem o campo da saúde na GD5 (lideranças do movimento popular e dos usuários, técnicos e gestores da SMS); **(3) ação governamental** implementada nas áreas de atuação da GD5, através (a) do empenho da parte dos administradores públicos em comparecer às reuniões nos fóruns populares quando convocados pelas lideranças da região, (b) da preocupação desses em se informarem antecipadamente sobre o teor das demandas que geraram a convocação e (c) da preocupação em estarem preparados com respostas previamente elaboradas, com encaminhamentos já definidos ou, no mínimo, com explicações sobre porque certas coisas não foram realizadas.

A pesquisa partiu de duas hipóteses. A primeira delas pressupõe que a intensa organização popular, a participação e a existência de uma *policy community* reformista regional na área da saúde, sensibilizam os gestores públicos municipais a darem respostas políticas positivas que tenham impacto sobre a qualidade e oferta de bens e serviços de saúde nas áreas de atuação da GD5. Já a segunda, pressupõe que a existência de uma *policy community* contribui para o acúmulo de capitais (social, cultural, simbólico e político) dos atores envolvidos no campo da saúde, capacitando-os para influenciar nas políticas de saúde adotadas pelo município.

Este trabalho norteou-se pela abordagem qualitativa, de coleta e de análise de dados, mediante a realização de pesquisa documental e de entrevistas[3]. A técnica utilizada sobre o material empírico foi a análise de conteúdo. Essa técnica permitiu passar da descrição à interpretação dos dados, que segundo Bardin (1977), aplicada a partir de referenciais teóricos, permite oscilar "entre os pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade". Desta forma, possibilitou, também, uma análise dinâmica da relação entre o mundo real e a subjetividade dos sujeitos pesquisados (BARDIN, 1977, p. 126).

Nesse mesmo sentido, Bauer, Gaskell e Allum (2000), destacam que o modo como os atores sociais estabelecem relações no seu cotidiano se daria através de conceitos - crenças, opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, hábitos, práticas, ideologias, discurso (BAUER, GASKELL e ALLUM, 2000). Esse enfoque pressupõe a necessidade de compreender as interpretações que os atores sociais possuem do mundo vivencial, pois são as cosmovisões que se expressam nos comportamentos humanos e que criam o próprio mundo em que estão inseridos (BAUER e AARTS, 2000).

A pesquisa documental foi realizada a partir de três fontes: (a) Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sobre capacidade instalada (rede de saúde e recursos humanos) e mapas a partir do geoprocessamento do setor na cidade, (b) Conselho Municipal de Saúde (CMS), sobre regimento do CMS e CLS e sobre as diferentes dinâmicas desses conselhos e (c) no Departamento Municipal de Habitação de Porto Alegre (DEMHAB), sobre a distribuição da população em núcleos e vilas irregulares, histórias do surgimento e remoção dos primeiros núcleos de ocupação irregular da cidade.

Foram realizadas entrevistas com **lideranças do movimento popular** e **lideranças dos usuários do SUS** das regiões Grande Glória e Grande Cruzeiro, **técnicos** (profissionais de saúde da GD5) e **gestores públicos** regionais e municipais, totalizando quinze entrevistas. As referidas entrevistas foram aplicadas a partir de roteiro estruturado[4], gravadas e transcritas na íntegra. Com lideranças do movimento popular, foram realizadas quatro: Glória (Entrevista 12), Cruzeiro (Entrevista 8 e 9) e Cristal (Entrevista 14). Essas entrevistas tiveram o objetivo de reconstituir a história de luta e mobilização popular durante as décadas de oitenta e noventa. Com lideranças dos usuários do SUS, foram realizadas quatro: Glória (Entrevista 6), Cruzeiro (Entrevista 13), Cristal (Entrevista 7) e um representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde (Entrevista 5). Essas entrevistas visaram resgatar a história de luta e mobilização dos usuários do setor saúde, durante as décadas de oitenta e noventa. Com

---

[3] Ver Apêndice 1 - Lista de entrevistas (p. 98).

[4] Ver Apêndices 2 a 8 – Roteiros de entrevistas (p. 100-112).

técnicos, foram realizadas três: (Entrevistas 1, 3 e 4). Essas entrevistas verificaram a existência de participação ativa desses nos fóruns da política de saúde e a relação de confiança estabelecida com os usuários. Com gestores, foram realizadas três: (Entrevistas 2, 10 e 11). Essas entrevistas objetivaram verificar os fatores que afetaram a ação pública em cada região. E uma, com assessor de assuntos comunitários (Entrevista 15) que resgatou a dinâmica da organização popular e participação na cidade focando as regiões em estudo. Além das quinze entrevistas, foram realizadas duas com roteiro estruturado visando a obtenção e checagem de dados, sendo uma delas realizada com (a) um assessor da administração central da Secretaria Municipal de Saúde (Entrevista 16) e com (b) um assessor da administração central da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Entrevista 17).

A escolha dos entrevistados foi feita a partir de uma lista previamente construída, que relacionou os atores envolvidos no campo da saúde com atuação destacada, ao longo das décadas de oitenta e noventa. Essa lista resultou de um conhecimento prévio do campo, obtido através de pesquisa exploratória, a qual foi confirmada por uma rede de informantes que atuavam nas regiões.

Nesse estudo foram utilizados conceitos fundamentais e operacionais, que tiveram o objetivo de auxiliar na compreensão da problemática de pesquisa. Os conceitos fundamentais foram os de **capital social**, principalmente incorporando as concepções de Putnan (1993) de capacidade organizativa autônoma; **campo**[5], **capital político**, **capital cultural**, no sentido que Bourdieu (1996, 1998) atribui aos termos, como se tratando de um espaço estruturado de posições e de luta entre os diferentes atores que compõe o campo, no qual cada ator ocupa uma posição na sua hierarquia, determinada pelos diferentes níveis de capital; ***policy community***, no sentido empregado por Jordan (1990), como se tratando de um ator novo que nas sociedades modernas tem sido protagonista das mudanças na relação Estado e sociedade; **ação coletiva**, no sentido que Melucci (1994) lhe atribui ao considerá-la como resultado de interações sociais que culminam em ação organizada em torno de demandas específicas, ***responsiveness***[6] a partir de Hadley & Young (1990), traduzida por sensibilidade e resposta dos gestores públicos para aumentar a eficiência e qualidade dos serviços estatais e,

---

[5] A utilização do conceito de *campo da saúde* expressará a existência de um espaço estruturado de posições em que os atores sociais envolvidos nesse campo (usuários, trabalhadores e profissionais, gestores, prestadores privados de serviços), realizam ações, disputam posições, estabelecem alianças. Já a utilização do conceito de área da saúde e setor saúde expressará a idéia de política governamental. Ou seja, a ação dos gestores públicos dos três esferas de governo que, setorizadamente, planejam e executam políticas públicas e políticas sociais.

[6] A sensibilidade expressa uma maior recepção e acolhimento do Estado às demandas da população. A noção de resposta dos gestores públicos expressa a idéia de ação governamental, na qual o Estado pode (a) não responder, (b) responder no sentido de somente dar uma explicação/satisfação e (c) responder indo além de uma satisfação/explicação, havendo repercussão sobre o acesso aos serviços públicos (tradução livre).

participação, no sentido que Cortes (1996) atribui ao termo como possibilidade dos usuários do sistema público de saúde tomarem parte dos processos decisórios do setor.

Já os conceitos operacionais foram os de **distrito sanitário**, conforme a definição de Mendes et al. (1995), a partir das perspectivas topográfico-burocrática e de processo social, **acesso**, no sentido funcional, que conforme Unglert (1995, apud RAMOS, 2001), refere-se à relação entre oferta de serviços e necessidades da população e **usuário**, utilizando a definição de Cortes (2002b), segundo a qual existiriam dois tipos de usuários, os preferenciais e os usuários eventuais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A dissertação está dividida em cinco capítulos. No primeiro, desenvolveu-se os conceitos de capital social, capital político e campo; ação coletiva, *policy community* e *responsiveness*; participação no setor saúde; distrito sanitário, usuário e acesso. No segundo abordou-se a reforma do sistema de saúde brasileiro, destacando o papel do movimento sanitário nesse processo, que apresentou a universalização do acesso, a descentralização político-administrativa e a participação no setor. No terceiro, realizou-se uma caracterização da cidade de Porto Alegre em termos de organização administrativa e da gestão em saúde, a fim de delimitar e situar o objeto de pesquisa. No quarto, analisou-se os dados empíricos da pesquisa, a partir da abordagem qualitativa e da análise de conteúdo. Por fim, foram apresentadas as conclusões e sugestões para o desenvolvimento de novas pesquisas que busquem aprofundar a análise sociológica da temática proposta.

1 MUDANÇA INSTITUCIONAL E AÇÃO POLÍTICA: AÇÃO COLETIVA, AÇÃO GOVERNAMENTAL

Este capítulo apresenta os conceitos fundamentais (capital social, capital político e campo, ação coletiva, *policy community, responsiveness* e participação) e os conceitos operacionais (distrito sanitário, usuário e acesso). Os conceitos fundamentais foram utilizados para explicar os fatores que influenciam na sensibilidade e resposta dos gestores públicos municipais na área de saúde. A sensibilidade expressa uma maior recepção e acolhimento do Estado às demandas da população. A noção de resposta dos gestores públicos expressa a idéia de ação governamental, na qual o Estado pode (a) não responder, (b) responder no sentido de somente dar uma explicação/satisfação e (c) responder indo além de uma satisfação/explicação, havendo repercussão sobre o acesso aos serviços públicos. Os conceitos operacionais foram utilizados para auxiliar na compreensão dos processos burocráticos e administrativos envolvidos na dimensão empírica do objeto de estudo.

1.1 Capital social, capital político e campo

Kliksberg (2000) define o conceito de capital social como se tratando de um fenômeno subjetivo, que compreende valores, atitudes e normas; os quais influenciam o modo como as pessoas se relacionam em uma comunidade ou sociedade. O capital social auxiliaria no desenvolvimento de comportamentos não-conflitivos e não-competitivos, possibilitando, assim, a formação de redes sociais horizontais. Essas redes estariam sedimentadas por princípios de confiança, reciprocidade e normas de ação, cujo impacto positivo pode levar ao bom governo e à equidade social (KLIKSBERG, 2000, p. 10). São os estoques de confiança social, a existência de normas compartilhadas e as redes de engajamento cívico, que, quando acionadas por pessoas, podem contribuir para a auto-organização visando a resolução de problemas comuns.

Em Putnan (1993), encontramos outra utilização do conceito de capital social, considerado como central no debate existente em torno do conceito. Foi a análise desenvolvida pelo referido autor, na obra *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*, que se encontra a matriz das idéias mais difundidas em torno desse conceito. O

sentido atribuído ao termo faz referência ao estoque de relações sociais empenhadas (compromissos tácitos, ou não) em uma comunidade, que baseia seu êxito no fortalecimento da cooperação e da confiança mútuas. Para o referido autor, a superação de dilemas coletivos é possível quando se tem "um bom estoque de capital social", que serve de cimento à consolidação e enraizamento das instituições formais, melhorando a eficiência de uma sociedade no enfrentamento de seus dilemas. As redes comunitárias produzem atitudes positivas dos membros da comunidade em relação às instituições, formando uma comunidade cívica (PUTNAN, 1993, p. 167-171).

Para Putnan (1993), os fatores que caracterizariam uma comunidade cívica são (a) a reciprocidade e confiança e (b) as normas e sistemas de participação, que transformam-se em estoques de capital social. No entanto, uma comunidade não-cívica seria caracterizada pela existência de desconfiança entre os membros, anomia e um sistema de participação precário, o que dilapidaria os estoques de capital social. Os "equilíbrios sociais duradouros" (PUTNAN, 1993) são tendências evolutivas auto-reforçadoras das características cívicas ou não-cívicas de uma sociedade. De tais tendências, o equilíbrio social positivo e negativo, decorrerão desempenhos institucionais e econômicos distintos. A continuidade das regras e sistemas de participação cívica, bem como os tipos de desenvolvimento perpetuados, deve-se ao caráter de subordinação à trajetória dos sistemas sociais, no qual o contexto social, herdado da história, influi no comportamento humano racional, produzindo, assim, diferenças duradouras no desempenho institucional das sociedades. Ou seja, o distinto desempenho institucional deve-se, entre outros fatores, à capacidade organizativa das comunidades e ao contexto social herdado da história (PUTNAN, 1993, p. 167-171). O essencial, na análise de Putnam (1993), é a base cultural e o enraizamento histórico do processo de institucionalização, mostrando que ali no local onde o capital social existe, ele é um elemento decisivo de desenvolvimento.

Segundo Morrow (2000), o termo capital social é um conceito que tem sido definido de várias formas, por diferentes atores. Entre eles destacam-se Putnan (1993) e Bourdieu (1995, 1996, 1998). A separação drástica entre as esferas políticas, estatal e institucional, e da sociedade civil, que pressupõe a abordagem de Putnam, limita as possibilidades de entendimento da dinâmica que constitui e propicia a acumulação e distribuição de estoques de capital por diversos atores. Dessa forma, para fins desse estudo, tomou-se da noção de capital social de Putnan (1993), o sentido de capacidade organizativa autônoma da comunidade, para resolver seus dilemas coletivos, a partir da existência de redes sociais, de confiança e de reciprocidade entre seus membros. Para analisar a dinâmica social e política das relações entre Sociedade Civil e Instituições Públicas, parece mais adequado seguir a sugestão de Morrow

(2000), e utilizar os conceitos de capital e campo no sentido que Bourdieu atribui aos termos (1998). Para Bourdieu (1998), capital social é um conjunto de processos e práticas que podem promover a aquisição de outras formas de capital, como por exemplo o capital humano e o cultural. A competência social no campo é adquirida através dos instrumentos materiais (capital econômico) e culturais (capital cultural), que auxiliam na formação de discursos. Os quais, por sua vez promovem uma participação ativa no campo política. Nesse sentido, o campo político, segundo Bourdieu (1998),

> [...] é o lugar em que se geram, na concorrência entre os agentes que nele se acham envolvidos, produtos políticos, problemas, programas, análises, comentários, conceitos, acontecimentos, entre os quais os cidadãos comuns, reduzidos ao estatuto de consumidores, devem escolher, com probabilidades de mal-entendido tanto maiores quanto mais afastados estão do lugar de produção (BOURDIEU, 1998, p. 164).

Para Bourdieu (1996), o campo é um espaço estruturado de posições, no qual cada ator ocupa uma posição na hierarquia do campo. É também um espaço de luta entre os diferentes atores, pois as posições são desigualmente distribuídas no seu interior, gerando assim, as diferentes estratégias de conservação dessas posições (BOURDIEU, 1996, p. 52).

Os instrumentos necessários para a produção de discurso dentro do campo, são de difícil acesso para a maioria dos cidadãos, principalmente em países em desenvolvimento. Nesses países a maioria da população detém baixos estoques de capital cultural, fazendo com que sua percepção de mundo e a forma de expressá-la, seja limitada. Sendo assim, o campo político "exerce de fato um efeito de censura ao limitar o universo do discurso político" (BOURDIEU, 1998, p. 165). Esses limites se expressam pela questão do acesso aos instrumentos materiais e culturais, atravessando tanto a esfera estatal quanto a sociedade civil. Essas fronteiras, na verdade, seriam importantes, mas não restritivas para o exercício de práticas políticas e para o trânsito de diferentes capitais.

O Estado, segundo Bourdieu (1995), é formado por um conjunto de campos burocráticos ou administrativos, onde os diversos agentes disputam posições, expressam diferentes interesses e estabelecem relações de conflito e de poder. Desprende-se daí a regulação de uma esfera particular de práticas através da acumulação de capitais (econômico, cultural, social e simbólicos) que tem como objetivo o monopólio da violência simbólica legítima (BOURDIEU, 1995, p. 74).

No presente estudo a utilização do conceito campo da saúde expressou a existência de um espaço estruturado de posições, no qual os atores sociais envolvidos (usuários do SUS, técnicos e gestores da Secretaria Municipal de Saúde) realizam ações, disputam posições e

estabelecem alianças. Já a utilização do conceito área da saúde e setor saúde expressou a idéia de política governamental. Ou seja, a ação dos gestores públicos nas três esferas de governo, planejando e executando setorizadamente, políticas públicas e sociais.

1.2 Ação coletiva, *policy community* e *responsiveness*

Nas análises clássicas das ciências sociais, sobre a ação coletiva e movimentos sociais, destacam-se os estudos realizados pela escola norte-americana. Foi a Escola de Chicago que realizou os primeiros estudos sobre os movimentos sociais e ações coletivas, forjando-se como uma matriz teórica-explicativa, predominante nas décadas de sessenta e setenta, com base no enfoque da Psicologia de Massas. Essas análises procuravam compreender os comportamentos coletivos, explicando a ação coletiva e a adesão aos movimentos sociais como respostas cegas e irracionais de indivíduos desorientados pelo processo de mudança, que a sociedade industrial produzia (GOHN, 1997, p. 24-25; MELUCCI, 1994, p. 153).

Segundo GOHN (1997), outra perspectiva teórica sobre a ação coletiva e os movimentos sociais é desenvolvida pelo paradigma europeu, que apresenta duas vertentes. A primeira seria a marxista, centrada no estudo dos processos históricos globais, nas contradições existentes e nas lutas de classes sociais, tratando a ação coletiva apenas no nível da estrutura. A segunda seria a abordagem dos novos movimentos sociais, que parte de explicações mais conjunturais, localizados em âmbito político ou dos microprocessos da vida cotidiana, fazendo recortes na realidade para observar a política dos atores sociais emergentes (GOHN, 1997, p. 14-15). Essa abordagem analisa os atores sociais sob o aspecto da ação coletiva e pela identidade coletiva criada no processo. Enfatiza-se a identidade coletiva, criada por grupos e não a identidade social criada por estruturas sociais, que pré-configuram certas características dos indivíduos (GOHN, 1997, p. 123).

As abordagens americanas e européias foram questionadas recentemente por Melucci (1994), pois elas explicam os fenômenos coletivos, respectivamente, a partir de uma perspectiva centrada no indivíduo (abordagem microssocial, interacionista) e na estrutura (abordagem macrossocial, estruturalista marxista). Para Melucci, a ação coletiva deve ser analisada a partir de três fatores quais sejam: (1) potencial de mobilização, (2) redes de recrutamento e (3) motivação para a participação (MELUCCI, 1994, p. 154).

O potencial de mobilização se expressa através da capacidade dos indivíduos criarem uma identidade, em torno de certos temas, negociando uma ação. De acordo com Melucci (1994), "a mobilização nunca se inicia no vazio e não acontece a partir de indivíduos ilhados e desenraizados" (MELUCCI, 1994, p. 167). As redes de recrutamento referem-se às redes de relações pessoais, "que facilitam a ação e reduzem os custos da inversão individual na ação coletiva" (MELUCCI, 1994, p. 168). Já a motivação para a participação não pode ser considerada, exclusivamente, como uma variável individual, ainda que opere no nível do indivíduo. O autor referido considera que a motivação para a participação tem um caráter psicológico individual, porém se constrói e se consolida na interação entre os atores sociais e se desenvolve em um sistema de oportunidades e obrigações. Portanto, essa perspectiva combinada, entende a ação coletiva como construção social, na qual os atores coletivos, continuamente, negociam e renegociam os aspectos de sua ação (MELUCCI, 1994, p. 169).

Já a produção brasileira sobre movimentos sociais nas últimas duas décadas caracterizou-se por três pontos: (1) uma grande gama de estudos de natureza mais empírico-descritiva, centrada nas falas dos agentes, (2) estudos realizados nas áreas da sociologia urbana e política, sobre os movimentos sociais populares, da antropologia, estudando os movimentos indígenas e (3) a utilização teórica das abordagens européias com ênfase na teoria marxista e dos novos movimentos sociais, em detrimento de estudos baseados na abordagem norte-americana (GOHN, 1997, p. 9-10).

Estudos sobre o surgimento dos movimentos sociais no Brasil destacam as transformações ocorridas nos princípios norteadores da ação coletiva ao longo das últimas três décadas. Nas décadas de setenta e oitenta, os movimentos sociais limitavam-se à práticas e discursos reivindicatórios, visando melhorar as condições de vida da classe popular. Já na década de noventa, esses movimentos sofreram uma profunda transformação, demandando por intervenção direta ou indireta na ordem institucional (SILVA, 1997, p. 40-44).

Segundo Silva (1997), os movimentos sociais no Brasil inscrevem-se nos grandes centros urbanos, como resultado da crescente urbanização e do agravamento das más condições de vida da população. O surgimento de vilas e núcleos irregulares carentes de infra-estrutura básica, produziu uma organização para a luta por melhores condições de vida. Essa organização forneceu aos atores sociais uma certa unidade política e uma identidade coletiva, constituindo-se através do questionamento sobre a forma como o Estado redistribui benefícios (SILVA, 1997, p. 40-44). Nesse sentido, segundo o referido autor,

> [...] o processo de ação coletiva de atores sociais urbanos, baseados numa identidade compartilhada, que instituem relações conflitivas e tensionam os

> limites da ordem social e das instituições políticas ao desenvolverem suas práticas em busca do acesso das classes populares aos direitos sociais e a participação na gestão da cidade (SILVA, 1997, p. 46).

Segundo Jacobi (1989), os movimentos sociais no Brasil desenvolveram-se pela inexistência de canais de diálogo com o Estado e pela necessidade de organizar as lutas sociais para reivindicar melhores condições de vida nos centros urbanos (JACOBI, 1989, p.16). Com o processo de redemocratização, criaram-se as condições necessárias para produzir transformações na ação do Estado, através da implementação de mudança nas burocracias públicas. A sociedade civil organizada, até então, via o Estado como "inimigo" e se caracterizava como um forte grupo de pressão, realizando ações que visavam obter do poder público respostas políticas favoráveis (JACOBI, 1989, p.18).

Para o referido autor, a intensificação da urbanização acentuou as desigualdades sociais, produzindo segregação no nível de apropriação dos bens e serviços (públicos e privados) entre o centro e a periferia das cidades (JACOBI, 1989, p. 19). Os movimentos sociais atuavam neste contexto como grupos de pressão que visavam, principalmente, a transformação dos núcleos e vilas irregulares através de obras de infra-estrutura e a ampliação do acesso a bens e serviços públicos (JACOBI, 1989, p. 25). Nesse sentido, de acordo com Jacobi (1989),

> [...] na dinâmica de pressão, diálogo direto e negociações que os movimentos sociais estabelecem com as distintas agências públicas com que se defrontam, verifica-se que o enquadramento institucional torna-se tônica dominante, onde o Estado é cada vez mais forçado a assumir compromissos com soluções concretas para reivindicações da população (JACOBI, 1989, p. 20).

Conforme destaca o autor, pode-se verificar que a existência de pauperização e de carências era recorrente no país, no entanto, não há relação direta entre segregação e mobilização. A segregação pode não produzir uma mobilização, propiciando a existência de um grupo social, fadado a fazer parte da cidade informal e destituída da possibilidade do exercício de sua cidadania. Em outras circunstâncias, a segregação pode estimular a construção de um projeto coletivo de melhoria das condições de vida da comunidade. De acordo com Jacobi (1989), podem ser dadas algumas explicações para tal fenômeno, a partir da abordagem microssocial, centrada na motivação dos indivíduos para empreender uma ação (JACOBI, 1989, p. 24). O autor destaca a presença de "agentes externos" (JACOBI, 1989) aos movimentos (igreja, partidos de esquerda, profissionais, políticos, funcionários públicos, etc.), que a partir de uma militância ativa nos movimentos populares teriam contribuído para a sua

UFRGS
Biblioteca Setorial de Ciências Sociais e Humanidades

organização popular, qualificando o processo de pressão e negociação com o Estado (JACOBI, 1989, p. 30).

A sobrevivência do movimento da saúde, ao longo das décadas de oitenta e noventa, pode expressar a capacidade das lideranças em manter níveis significativos de participação (JACOBI, 1989, p. 25). Isso pode expressar, também, a existência de um elemento articulador, constituído por um conjunto de mecanismos internos ao movimento, que permitiu a passagem da etapa necessidade-reivindicação para a etapa necessidade-participação. Ainda de acordo com Jacobi (1989), o elemento articulador, que promoveu a superação da etapa reivindicativa do movimento da saúde, foi a presença de "agentes externos" (JACOBI, 1989), principalmente pela presença dos médicos sanitaristas. Estes, identificados com as lutas populares, auxiliaram na formação de uma consciência crítica da população, subsidiando-a com informações para qualificar sua participação na arena de disputas políticas por melhoria das condições de acesso a saúde (JACOBI, 1989, p. 26-29). Para o referido autor,

> [...] no movimento da saúde, o processo de envolvimento dos moradores e a resposta da Secretaria de Saúde face às demandas, somada à participação dos médicos sanitaristas, possibilita a acumulação de conhecimento sobre o tema saúde, criando condições para a formulação de demandas junto ao Poder Público (JACOBI, 1989, p. 27).

Segundo Ceccim (1990), nesse mesmo sentido, os profissionais de saúde teriam contribuído de forma decisiva para a passagem da luta reivindicativa dos usuários, por qualificação e ampliação dos serviços públicos de saúde, para uma luta visando a ocupação de espaços de participação direta na arena política, através da formação de comitês de ação política e conselhos locais, os quais passaram a incidir sobre a gestão pública da saúde (CECCIM, 1990, p. 76). Eles defendiam o controle social sobre o Estado, demandando por participação direta de usuários e trabalhadores nas decisões públicas que poderiam afetar as condições de trabalho e de vida (CHAUÍ, 1986, p.76).

A aproximação de diferentes atores sociais, em torno de um projeto de Estado, é explicado pelo conceito de *policy community*, que se refere a relação estabelecida entre atores com diferentes origens institucionais, configurando-se como um grupo de pressão capaz de influenciar nas políticas adotadas pelo Estado (JORDAN, 1990, p. 470). Nas *communities* compartilham-se as mesmas visões sobre as políticas setoriais. Suas deliberações ocorrem em processos fechados, envolvendo um conjunto estável de pessoas com origens em diferentes grupos sociais (JORDAN, 1990, p. 472). A *policy community* é um ator novo, que nas sociedades modernas tem sido protagonista das mudanças na relação Estado-sociedade. Ela tem provocado, inclusive, mudanças nos centros tradicionais de decisões políticas

(Parlamento, Congresso e Ministérios), forjando-se como fonte substancial de decisões (JORDAN e RICHARDSON, 1982 apud CORTES, 2002a, p. 11). Os atores envolvidos nas *policy communities,* são geralmente, acadêmicos, profissionais, lideranças sindicais e funcionários públicos do alto escalão da burocracia estatal, que, em conformidade de idéias sobre determinada ação do Estado, influenciam no processo de tomada de decisão em áreas específicas do governo. Para Smith (1994), uma *policy community,*

> é uma forma institucionalizada das relações entre um grupo de interesse e o governo, que favorece certos interesses. Em uma comunidade política existe uma estrutura institucional - um comitê consultivo - que inclui certos grupos e exclui a outros, e tem um conjunto de crenças que levam a um acordo sobre as opções políticas disponíveis (SMITH, 1994, p. 166).

De acordo com WALT (1994), as *policy communities* são compostas por atores, tanto de organizações privadas como de públicas, que compartilham as mesmas concepções acerca de determinados problemas e das políticas que podem solucioná-los. Fazem parte das *policy communities* indivíduos com diferentes origens institucionais, membros do público em geral, representantes políticos, profissionais, cientistas e acadêmicos das mais diversas áreas disciplinares, os quais realizam constantes trocas de idéias e informações entre si e com o governo. Formando-se a partir de interesses compartilhados que, em conformidade, promovem uma causa particular, trazendo para a atenção pública, a fim de influenciar a política governamental. O estabelecimento de alianças confere aos indivíduos uma identidade enquanto grupo de pressão formal, podendo atuar como movimento social (WALT, 1994, p. 110-111).

A formação de *policy community* na área da saúde se dá através da articulação de diferentes atores sociais vinculados, direta ou indiretamente, à área. Podem ser considerados como protagonistas dessas *communities* os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais); os administradores de hospitais e de equipamentos de apoio-diagnóstico; as lideranças dos usuários; as lideranças comunitárias; os representantes do alto escalão do governo, os pesquisadores e os representantes de companhias farmacêuticas. Esses diversos atores sociais, envolvidos na área de saúde, podem apresentar concepções e perspectivas comuns em relação à política de saúde, defendendo na arena pública a mesma proposta, formando, dessa forma, uma *policy community* (CORTES, 2002b, p. 167-170).

Esse conceito é importante, uma vez que no caso brasileiro, a *policy community,* representada pelo movimento sanitário, foi protagonista imprescindível no processo de reforma do sistema de saúde brasileiro. Essa *community* refletiu a articulação de influentes profissionais públicos da área da saúde (principalmente médicos sanitaristas), de técnicos das

secretarias municipais e estaduais com lideranças do movimento popular e sindical. O movimento sanitário representou um grupo de pressão, capaz de sensibilizar e obter dos gestores públicos respostas políticas no sentido de viabilizarem a reforma do setor. Essa idéia está presente na concepção de *responsiveness* de Hadley & Young (1990), traduzida por resposta e sensibilidade dos gestores públicos, para aumentar a eficiência e qualidade dos serviços estatais. A descentralização e a transferência de poder para o âmbito local, aceleram os processos de decisões burocrático-estatais, tornando as respostas do Estado mais adequadas e comprometidas com as demandas da população (HADLEY & YOUNG, 1990, p. 8). No caso brasileiro, o movimento sanitário defendia, principalmente, a descentralização político-administrativa, através do processo de municipalização, maior integração das ações de saúde no país e a participação de usuários em processos deliberativos, como uma forma de democratizar a gestão da saúde (MELO, 1993, p. 130-150).

> As diretrizes constitucionais de "participação da comunidade" (grifo do autor) e de "descentralização, com direção única em cada esfera de governo" (grifo do autor) (Brasil, 1989, Art. 198, I e III), com o objetivo de fortalecer a expressão e a legitimidade política das demandas da população e para aproximar dela a decisão sobre a aplicação de recursos e a execução de prioridades, são, na verdade, as idéias inovadoras fundamentais para o sistema de saúde tal como definido pela Constituição e pleiteado pela Reforma Sanitária. O lema "Saúde e Democracia" (grifo do autor) , naquele momento associado ao processo de redemocratização do país, buscou fundamentalmente efeitos no modo de funcionamento do Estado na sua capacidade de responder às demandas da população (FERLA et al., 2002, p. 16).

A política pública, em um contexto democrático, resulta de um tipo de interação entre Estado e Sociedade Civil. Fatores econômicos, políticos e sociais, assim como a correlação de força estabelecida entre grupos de interesses, tanto do Estado quanto da Sociedade Civil, podem influenciar na formulação de uma política pública (SCHRAIBER, 1995, p. 30). Ou seja, as respostas dos gestores públicos, muitas vezes, podem ser afetadas pelas condições políticas, técnico-administrativas e financeiras; assim como pelos atores envolvidos no processo. Por isso, é condição para o êxito, o fato de que todos possam participar e definir o desenho da política pública a ser adotada.

Caracterizou-se aqui, de forma sucinta, a articulação de conceitos chaves que auxiliaram na compreensão e análise de objeto empírico do presente trabalho, quais sejam: (1) a noção de ação coletiva, perfilada pela concepção de Melluci (1994), que concebe o potencial de mobilização, as redes de recrutamento e a motivação para a participação, como elementos estruturadores centrais do agir coletivo, (2) a *policy community* (JORDAN, 1990) como um tipo de ação coletiva, na qual há uma interação *sui generis* entre atores

institucionais e não institucionais e (3) o conceito de *responsiveness* (HADLEY, Roger & Young, Ken 1990), que refere-se ao efeito direto da ação coletiva sobre o Estado. Esse instrumental analítico conecta-se com as noções de capital social, campo e Estado já mencionados, e com o conceito de participação que será apresentado a seguir.

1.3 Participação na área da saúde

Desde os anos setenta, basicamente três fatores teriam influenciado o debate sobre participação em instâncias governamentais e não-governamentais, tais como: (1) crise de legitimidade das instituições políticas tradicionais de representação de interesses, (2) crescimento dos movimentos sociais a partir da segunda metade dos anos sessenta e (3) recomendações das agências internacionais de desenvolvimento (CORTES, 1996, p. 52).

Segundo Cortes (1996), existiriam cinco matrizes teóricas sobre o Estado, cada uma delas contendo noções diferenciadas, quanto à administração descentralizada e às formas de participação na gestão pública. A primeira, denominada de teoria das elites, parte do pressuposto da inexistência de um sistema político que possa ser democrático. A segunda, denominada teoria pluralista, privilegia o caráter democrático das instituições políticas e a participação através de pleitos eleitorais. A terceira, denominada teoria da nova direita, defende a redução das atribuições do Estado (Estado Mínimo) e a participação do consumidor individual, tendo esse a liberdade e a possibilidade de escolher os bens e os serviços ofertados no mercado. Essa concepção encerra uma idéia da provisão privada de bem-estar. A quarta, denominada teoria neo-pluralista, comportaria duas noções acerca da descentralização e da criação de mecanismos participatórios. A primeira noção defende a centralização estatal e descarta a possibilidade de participação pública através das instituições representativas. Já a segunda noção, defende a descentralização e a criação de mecanismos participatórios. Por fim, a quinta teoria, denominada teoria marxista, possuiria três concepções de participação, quais sejam: na primeira seria uma forma de manipulação dos indivíduos pelas organizações estatais, objetivando legitimar o sistema capitalista, na segunda seria uma oportunidade de organização dos trabalhadores, a fim de promover a mudança do sistema e na terceira, a qual é defendida pelos neo-marxistas, seria adotar o conceito gramsciano de Estado ampliado, que fundamenta a questão da participação em fóruns institucionalizados como meio para construção de um novo tipo de hegemonia política (CORTES, 1996 , p. 52-55).

Segundo Carvalho (1997), no caso brasileiro, a concepção de participação na área da saúde teria sido influenciada pelas correntes marxista e pluralista. Ao longo da década de setenta, a corrente marxista teria influenciado fortemente os movimentos sociais da área da saúde, os quais criticavam o modelo assistencial biomédico de explicação do processo saúde-doença. Nos anos oitenta, com a ampliação de espaços democráticos, cresceu a influência da concepção gramsciana de Estado ampliado, ocorrendo um alargamento das demandas sociais por bens e serviços de saúde e por acesso aos mecanismos de poder. Já a corrente pluralista teria excercido sua influência a partir do crescimento das demandas sociais, para a formulação de reformas e políticas na metade dos anos oitenta. De acordo com Carvalho (1997), o processo de redemocratização do país teria impulsionado a inclusão de representantes da sociedade no plano jurídico-institucional do Estado, com a finalidade de legitimar a diversidade de interesses e projetos (CARVALHO, 1997, p. 95-96).

Nesse mesmo sentido, Gohn (2001) destaca que essa prática participatória, presente no processo de democratização da sociedade brasileira, já existia antes mesmo da criação dos mecanismos participatórios. Para a referida autora, os estudos sobre participação estariam relacionados a esse processo e, principalmente, às lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania, ou seja às lutas por melhores condições de vida (GOHN, 2001, p. 13-14).

A criação de mecanismos institucionalizados de participação ocorreu no final da década de oitenta e no início da década de noventa, através dos conselhos setoriais, como instâncias para promover a participação de grupos organizados no processo decisório. Os fóruns participatórios da saúde foram, primeiramente, recomendados pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de 1984, as quais previam o repasse de verbas federais para os estados e os municípios, mediante convênios. Mais tarde, a partir da criação do SUS, os fóruns participatórios foram regulamentados pela Lei Federal 8.142/90, que definia a forma como se daria a participação. Esses conselhos foram estruturados, principalmente, para operacionalizar o funcionamento do sistema de saúde, de acordo com os princípios de descentralização e de participação, e para controlar os gastos e recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (CORTES, 1995, p. 85).

Segundo Campos (1997), as instâncias colegiadas de participação podem expressar uma estratégia do Estado para controlar a participação de atores sociais, assim como podem significar a existência de um canal potencializador da ação política das organizações populares sobre o Estado (CAMPOS, 1997, p. 95, 105). No caso da saúde, os espaços colegiados de representação se constituíram como mecanismos de participação que

democratizaram a gestão do sistema, pois possibilitaram o envolvimento de setores, historicamente excluídos, nas discussões sobre os projetos de desenvolvimento do país. Segundo Junqueira (JUNQUEIRA, 1997, p. 174),

> [...] esse processo que se instalou no setor saúde no Brasil nas duas últimas décadas; centrado na descentralização, como uma das condições da mudança, buscou-se implementar um novo modelo de saúde, em oposição ao modelo dominante, centralizado, burocratizado e excludente. [...] Isso, no entanto, não significou, necessariamente, dar maior eficiência à organização, mas torná-la mais permeável aos interesses dos cidadãos e, portanto, mais eficaz. A criação de mecanismos de comunicação e participação possibilita aos cidadãos acesso aos tomadores das decisões. Com isso não se quer dizer que a descentralização seja sinônimo de democratização e de participação, mas, de fato, constitui uma condição desse processo (JUNQUEIRA, 1997, p. 193).

De forma geral há uma tendência em ver a institucionalização da participação como um novo patamar de cidadania, pois os participantes passaram a compor a arena de disputas políticas e a tomar parte dos processos decisórios. Para Fedozzi (1999), o novo contexto democrático vivido no país é marcado pela questão da cidadania, que aparece associada à ação coletiva dos atores sociais e à descentralização do Estado. Contudo, segundo o referido autor,

> [...] a descentralização do Estado deixa de ser portadora de um fim democrático em si mesmo, uma vez que a ela corresponde uma igual descentralização das relações de poder e dos conflitos que transformam os municípios em territórios de disputa e incerteza quanto às condições criadas par a emergência da cidadania (FEDOZZI, 1999, p. 24).

Nessa mesma linha de argumentação, Arretche (1996) alerta para o perigo de conceber a descentralização como essencialmente democrática, pois tratam-se de noções diferentes e não possuem necessariamente uma interdependência. Para entender esse processo, sem o risco de torná-lo essencial, seria necessário levar em conta os arranjos político-institucionais e as suas especificidades, além de considerar o envolvimento e a participação de diferentes atores sociais que direcionam e dão ritmo ao processo (ARRETCHE, 1996, p. 46).

A descentralização[7] é um tipo de relação, que não supõe a democratização, mas contribui para o fortalecimento do poder local, isto é, dos municípios, ao ser acionada por

---

[7] A discussão sobre o tema da descentralização é ampla e complexa, pois o termo possui significados variados que podem ser compreendidos e empregados conforme a perspectiva teórica política ou administrativa que a define. Na concepção formulada por Cheema e Rondinelli (1983), a descentralização pode se apresentar através de quatro diferentes formas. São elas: (1) a desconcentração, significando a transferência de responsabilidades administrativas dentro da agência pública estatal; (2) a delegação, significando a transferência de responsabilidades gerenciais da estrutura burocrática central para organizações externas, (3) a devolução, significando a transferência de responsabilidade fiscal e administrativa para os estados e municípios, ou para autoridades locais dentro das unidades administrativas e (4) a privatização, entendida como transferência de responsabilidades públicas para órgãos privados (CHEEMA e RONDINELLI, 1983; GUIMARÃES, 2000).

projetos de governos democráticos. A concepção socialista de democracia adicionou à concepção liberal de democracia a idéia de direitos sociais, ampliando a cidadania a partir da criação de canais para uma gestão participativa da administração dos bens e serviços públicos (LESSA, 2002, p. 49-52).

No setor saúde, a municipalização viabilizou o processo de descentralização político-administrativa e redefiniu os papéis dos gestores públicos nos três níveis de governo. Essa redefinição de papéis produziu uma nova sensibilidade dos governos nacional, estadual e municipal, frente aos atores envolvidos no campo da saúde. Nesse sentido, foi a municipalização, combinada com a participação, que garantiu uma gestão democrática do setor. Os espaços participatórios municipais, como os Conselhos Municipais de Saúde, e distritais, como os Conselhos Locais de Saúde, tiveram um papel importante no processo de democratização da gestão, pois aproximaram os atores sociais do campo da saúde. Nos casos em que a descentralização político-administrativa foi levada a cabo pelos gestores municipais, através da criação e implantação das gerências distritais, a democratização teve maior expressão. O Gerente Distrital passou a responder pelo seu território de atuação, isto é, pelos serviços públicos da rede básica de sua jurisdição. Tal fato possibilitou a realização de um planejamento mais adequado às necessidades da região e o controle sobre a qualidade dos serviços disponibilizados à população. Os Gerentes Distritais, por representarem a direção política das secretarias municipais de saúde nos conselhos locais, são os que primeiro se sensibilizam às pressões dos usuários do sistema de saúde. Nesse caso, são eles que emitem respostas políticas nesses espaços locais de discussão da política, fazendo com que a presença do secretário seja reivindicada somente naqueles casos em que o gerente distrital se vê sem condições de resolver os problemas de maior magnitude.

1.4 Distrito sanitário, usuário e acesso

De acordo com Mendes et al. (1995), a noção de distrito sanitário pode compreender tanto as dimensões topográfico-burocrática, quanto as de processo social. Embora essas noções possuam diferenças conceituais quanto a finalidades, elas indicam a criação de instâncias de coordenação em um certo espaço geográfico, voltadas para a racionalização administrativa dos serviços prestados à população local. Por um lado, a primeira dimensão concebe o distrito sanitário como um rearranjo institucional, de caráter funcional, podendo

reproduzir as estruturas administrativas das secretarias de saúde, sejam elas estaduais ou municipais. Nessa perspectiva, a concepção topográfico-burocrática não conseguiria ultrapassar os limites de uma reforma administrativa, representando apenas mais uma instância burocrática de cunho liberal na forma de prestar serviços.

Por outro lado, pensar o distrito sanitário como um processo social, permitiria conceber ações voltadas para a transformação das formas de organização dos serviços prestados. Ou seja, além das questões administrativas, desencadeadas pelo processo de descentralização, torna-se, também, fundamental a idéia de reorientação do modelo assistencial de saúde, no sentido de transformar as formas de intervenção dos serviços em relação aos problemas e às necessidades que demandam a população local. Nesse sentido, Mendes (1995) argumenta que seria melhor conceber o distrito sanitário

> [...] seja como elemento tático fundamental na estratégia da reforma sanitária, seja como processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (MENDES, 1995, p. 95).

Portanto a perspectiva de distrito sanitário como processo social possibilita pensar dinamicamente as práticas sanitárias, pois estas estariam em constante transformação, em um processo criativo e conflitivo que não poderia ser definido *a priori*. Isso seria possível, de acordo com Mendes et al., porque

> [...] apesar de materializar-se em ações gerenciais, organizativas e operativas ao nível local no espaço singular do distrito sanitário, também dinamiza outros processos de natureza política, técnica e administrativa que se passam, tanto ao interior do conjunto das instituições que fazem parte do sistema de saúde, quanto ao interior de outras instituições estatais e no âmbito das organizações populares. Ou seja, pressupõe e implica ações a serem desencadeadas em outros planos da realidade social que determina e condiciona a situação de saúde objeto de intervenção no âmbito do distrito (MENDES et al., 1995, p. 162).

Podemos considerar, então, que a regionalização da saúde por distrito sanitário, segundo a concepção de processo social, pode corroborar as ações organizativas e gerenciais com o envolvimento dos atores em fóruns institucionalizados e não-institucionalizados de participação, assim como viabilizar a participação entre os vários atores sociais envolvidos na área, como por exemplo, os usuários, os prestadores de serviço, os profissionais e trabalhadores em saúde e os gerentes distritais, como representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

Os usuários aparecem como novos atores sociais na área da saúde, com a possibilidade de influenciar na definição de políticas públicas na década de noventa, a partir da Lei 8.142/90, que institucionaliza a participação de segmentos sociais, até então sem voz e

sem poder decisório, no campo da saúde pública. Segundo a classificação de Cortes (2002b), basicamente existiriam dois tipos de usuários do SUS, quais sejam: usuários preferenciais, que se referem àqueles usuários que contam exclusivamente com o sistema de saúde público e usuários eventuais, aqueles que acessam somente serviços de urgência, de média e alta complexidade. São principalmente os usuários preferenciais que participam das instâncias colegiadas de participação, como os Conselhos Locais de Saúde (CLS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS) (CORTES, 2002b, p. 171; PORTO ALEGRE, 1999, p. 13).

Nesse estudo, os conceitos de acesso aos serviços de saúde e acesso à saúde, serão empregados de acordo com a definição de Unglert (1995), que classifica quatro principais tipos de acesso: (1) geográfico, entendido como forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde; (2) funcional, envolvendo o acesso propriamente dito aos serviços de que o cidadão necessita, assim como os tipos de serviços oferecidos, horário de funcionamento e qualidade do atendimento, (3) cultural, no sentido do exercício de técnicas adequadas aos hábitos da população e da forma como o serviço de saúde se insere em um determinado contexto e (4) econômico, caracterizado em função das facilidades e dificuldades colocadas para a obtenção do atendimento, relativos aos gastos diretos (como deslocamento, procedimentos e medicamentos) e indiretos (tempo gasto). Todos esses fatores podem tanto facilitar como obstruir o acesso do usuário aos serviços (UNGLERT, 1995, apud RAMOS, 2001, p. 60-95).

A descentralização municipal, através dos distritos sanitários, e a implantação das gerências distritais possibilitam uma reorganização da rede de saúde, a partir de critérios técnicos, populacionais e, principalmente, sociais. A rede de saúde, organizada através de um sistema de referência[8] e contra-referência[9] bem estruturados, facilita o acesso da população aos bens e serviços de saúde. Por um lado, o resultado de uma ação governamental nesse sentido demonstra uma maior sensibilidade dos gestores públicos às necessidades da população, quanto ao acesso aos bens e serviços públicos de saúde. Por outro, demonstra a sua capacidade de resposta política para integrar o sistema, racionalizar a dinâmica das ações de saúde e, principalmente, torná-lo mais resolutivo.

Este capítulo procurou desenvolver os conceitos fundamentais e operacionais utilizados no presente trabalho, respectivamente: de capital social, capital político e campo;

---

[8] Significa o ato formal de encaminhamento de um cliente atendido em um determinado estabelecimento de saúde, para outro de maior complexidade. A referência sempre deverá ser feita após a constatação da insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos (BRASIL, 1987).

ação coletiva, *policy community* e *responsiveness;* participação; distrito sanitário, usuário e acesso. Também buscou demonstrar a possibilidade dos referidos conceitos em auxiliarem nas explicações dos fatores que desencadearam a reforma do setor saúde brasileiro, a qual resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

[9] Significa o ato formal de encaminhamento de um cliente ao estabelecimento de origem, após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do cliente deverá ser sempre acompanhada das informações necessárias ao seguimento do mesmo, no estabelecimento de origem (BRASIL, 1987).

2 PROCESSO DAS REFORMAS DO ESTADO E DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Este capítulo aborda a Reforma do Estado, a partir da crise do *Welfare State*, focalizando a reforma do Estado brasileiro no contexto da redemocratização da América Latina. Apresenta as peculiaridades do processo de descentralização das políticas públicas brasileiras, dando ênfase às reformas setoriais, em especial a reforma do setor saúde. Destaca os principais atores envolvidos nesse processo, especialmente o papel da *policy community* reformista da saúde, que foi ator central para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta, também, as características fundamentais do SUS, destacando a municipalização da saúde como fundamental estratégia da descentralização ainda em curso. Na área de saúde, a municipalização significou a redefinição dos papéis dos gestores públicos, nas três esferas de governo, afetando principalmente a sensibilidade e a capacidade de resposta dos gestores públicos municipais.

2.1 Reforma do Estado brasileiro e do sistema de saúde

As reformas de Estado, tanto em países de capitalismo avançado quanto na América Latina, se processaram a partir da crise do *Welfare State* e das políticas de tipo Keynesiano. Bodstein (1990), aponta a existência de dois tipos de abordagem sobre o desenvolvimento, consolidação e crise do *Welfare State*. Um deles, denominado Teoria da Convergência, vê a necessidade de intervenção do Estado nas atividades econômicas, uma vez que o mercado não seria capaz de gerar e distribuir isoladamente riquezas. É o Estado que deve orientar e planejar o desenvolvimento econômico e social. O outro tipo de abordagem, em contrataste com o primeiro, encara o Estado protetor como sendo o próprio núcleo da crise, causa do *déficit* e inflação e da crescente ingovernabilidade. Ambos colocam a segurança e o bem-estar como cerne da problemática das economias capitalistas modernas. O conjunto de direitos e instituições criados pelo *Welfare State,* de caráter redistributivo, é visto como sobrecarga excessiva que penaliza o setor produtivo (BODSTEIN, 1990, p. 22).

Durante os anos oitenta, a segunda abordagem dominou a agenda internacional de discussões sobre o papel do Estado e do mercado na provisão do bem-estar social (MELO e

COSTA, 1995a, p. 51). Há vigorosa retomada dos principais aspectos da teoria liberal que (a) postula a recuperação em graus variados das leis de mercado e da livre iniciativa; (b) condena a intervenção do Estado, (c) coloca os gastos sociais sob suspeita e (d) acusa o programa econômico Keynesiano como o causador do déficit público crescente e do desestímulo aos investimentos econômicos e produtivos. Entre as principais medidas políticas resultantes, preconizadas pela agenda política liberal, estavam a contenção do gasto público e o incentivo aos programas de privatização e de enxugamento da máquina estatal.

Entretanto, haviam posições conflitantes. Apesar da predominância da agenda política liberal, alguns grupos de interesses, identificados com o ideário socialista e social democrata, defendiam projetos alternativos de reforma de Estado. Se por um lado havia a proposta reformadora liberal que propunha a redução da capacidade regulatória dos Estados nacionais, com a finalidade de reduzir as suas funções produtivas e administrativas (MELO e COSTA, 1995b, p. 154); de outro, existiam aqueles que defendiam a redefinição dos contornos do Estado, visando diminuir as desigualdades de acesso aos serviços públicos (BARROS, 1996, p. 6).

Esses dois grupos convergiam em relação a visão de que a descentralização se constituía em um instrumento eficiente de engenharia político-institucional da democracia. Inicialmente, a noção de descentralização foi utilizada no final da década de setenta, pelos países de capitalismo avançado, como alternativa à crise do *Welfare State*. Momento em que ocorreu um questionamento acerca do papel do Estado como provedor, o qual havia burocratizado a gestão das políticas sociais e gerado uma centralização das decisões políticas, fato que comprometera a sua eficácia (JUNQUEIRA, 1997, p. 173). No caso da América Latina, a descentralização foi assimilada como possibilidade de reestruturar o Estado para o gerenciamento das políticas sociais. A agenda reformista se deu em um contexto de crise política e econômica dos regimes políticos autoritários. Tal regime, que havia se alicerçado sobre as bases da centralização política administrativa, caracterizava-se pelas práticas clientelistas, pelos seus entraves burocráticos e pelas corrupções.

Ambos os grupos - tanto os identificados com o ideário socialista e social democrata, como aqueles alinhados com a proposta reformadora liberal - defendiam a racionalização do gasto público nas áreas sociais, mas com sentido e finalidade distintas. Para aqueles que defendiam o Estado mínimo, racionalizar o gasto público significava retirar do Estado a função de provedor de bem-estar social. Para tal, fazia-se necessário implementar reformas econômicas, políticas e administrativas (ARRETCHE, 1996, p. 44). Já para aqueles que defendiam a ampliação do papel regulador e provedor de bem-estar, a racionalização do gasto

público significava redirecionar o gasto público, mediante controle social, sobre a aplicação dos recursos públicos nas áreas sociais. Racionalizar gastos evitando desperdício e democratizando a gestão através da criação de instâncias de participação (ARRETCHE, 1996, p. 44; Melo, 1993, p. 121).

Essas duas posições, de acordo com Garretón (1994), também cindiram o debate político em torno da redefinição do papel do Estado e do mercado, na provisão de bem-estar no contexto de redemocratização da América Latina. Nas duas últimas décadas, os processos de redemocratização política da América Latina conviveram com os desafios relativos (1) ao modelo político-institucional; (2) a forma de produzir e acumular riquezas (esgotamento do modelo de desenvolvimento), (3) a transformação acentuadamente desigual da estrutura social e (4) a redefinição de um modelo de modernidade.

> Los cambios propios de la política, de la economía, de la organización social y de la cultura se orientan hacia una transformación de la matriz constitutiva de las sociedades o matriz sociopolítica. Por ella, entendemos las relaciones entre el Estado, el sistema político de representación y la base socioeconómica de los actores sociales, mediatizadas por el régimen político (GARRETÓN, 1994, p. 63).

Segundo Garretón (1994), para além das transformações de um regime político - passagem do regime autoritário para o democrático – e das transformações de um modelo econômico – passagem para uma economia de mercado aberta ao exterior – pressupõe-se a transformação da sociedade e o surgimento de uma nova matriz sociopolítica. Para o referido autor,

> [...] La democracia es, en sentido stricto, un régimen político, caracterizado por cirtos principios y mecanismos específicos: soberanía popular, Estado de derecho que garantiza las liberdades públicas y, en general, lo que se llama «derechos del hombre» sufragio universal para la eleción de gobernantes, alternacia en el poder y pluralismo ideológico-político, cuya principal pero no única expressión son los partidos políticos (GARRETÓN, 1994, p. 64).

No caso brasileiro, o esgotamento do modelo burocrático-autoritário, ao final da década de setenta, segundo Costa (1989), possibilitou o surgimento de propostas alternativas de estruturação das relações entre Estado e mercado e Estado e Sociedade Civil. O regime militar promoveu políticas econômicas e sociais, que privilegiaram a provisão privada de bens e serviços públicos, ao mesmo tempo em que restringiu direitos políticos de trabalhadores e sindicatos, criando condições para o surgimento de movimentos reivindicatórios (COSTA, 1989, p. 48). As políticas sociais (saúde, educação, habitação e saneamento) tiveram pouco destaque na agenda governamental e os gastos sociais com o bem-estar coletivo tiveram pouca efetividade na resolução das questões sociais (JACOBI, 1989, p.18-19).

De acordo com PAIM (1983), a crise do capitalismo mundial, a maior visibilidade do fracasso do milagre econômico[10], e o decréscimo de legitimidade do regime militar, evidenciado pela vitória da oposição (MDB) nas eleições em 1974, possibilitaram que a questão social fosse ganhando espaço na agenda política nacional. A reativação da sociedade civil, através da multiplicação dos movimentos populares, desencadeou um amplo debate público, que questionava a legitimidade política do modelo vigente e a defesa da volta do Estado de Direito. Esses fatores fizeram com que o governo Ernesto Geisel (1974–1979), buscasse reconstituir suas bases de apoio do governo, implementando o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). O II PND foi marcado pelo discurso de resgate da dívida social, possibilitando a reativação, de forma gradual, da sociedade civil. Abre-se espaço para a participação comunitária, defendida por alguns técnicos reformistas, amplia-se benefícios sociais e estabelecem-se novas estratégias de planejamento social. No caso do setor saúde, implementam-se políticas racionalizadoras, as quais incorporam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma em saúde de cunho modernizante e autoritário (PAIM, 1983, p. 9).

O primeiro movimento no sentido da criação de um sistema previdenciário brasileiro ocorreu na década de vinte. Oliveira e Teixeira (1986) consideram a Lei Eloy Chaves, de 1923, como sendo um marco nesse processo, pois representa uma ruptura com o liberalismo anteriormente dominante frente a problemática trabalhista e social (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p.21). As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), criadas então, eram organizadas por empresas e financiadas: (1) pelas empresas empregadoras (1% de sua receita bruta), (2) pelos empregados (3% do salário mensal) e (3) através do valor dos serviços pagos pelos consumidores (1,5%) (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p. 32). Previam, além da aposentadoria, pensão para dependentes e financiamento dos gastos com funerais, a oferta de assistência médica e o fornecimento de medicamentos[11].

---

[10] O governo Emílio Garrastazu Médici (1969-1974) concretizava a *Doutrina de Segurança Nacional e Desenvolvimento*, através do combate à inflação, empréstimos externos e aplicação destes recursos na economia interna. Nesse período ocorreu o *milagre econômico*, com o crescimento da economia nacional, sem igual na história do Brasil (crescimento em 1970 de 11,3%; 1972 de 10,4%; 1973 de 11,4%). O milagre econômico baseou-se no endividamento externo para a obtenção de tecnologia estrangeira e na concentração de renda para criar um mercado interno consumidor.

[11] As primeiras CAPs criadas foram as dos Marítimos, Ferroviários e Estivadores, que se tratavam das categorias mais organizadas e reivindicativas. Já as pequenas empresas tinham limitações quanto ao cálculo atuarial, ficando impossibilitadas de financiar benefícios para os seus empregados. Caracterizavam-se por um sistema descentralizado de proteção social da sociedade civil, relacionando-se com a União somente pelas leis que normatizavam o seu funcionamento e excludente, pois deixavam de fora do sistema os trabalhadores rurais, os demais trabalhadores urbanos e a população desempregada (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p. 33).

A partir da década de trinta, a atenção e cuidados com a saúde da população estavam divididos em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública era direcionado para aqueles que não tinham assistência médica e previdenciária. Já o subsetor de medicina previdenciária estava organizado em torno da previdência social, restringindo o público beneficiário aos trabalhadores urbanos, vinculados ao setor formal da economia (BRAGA e PAULA, 1981, p. 52).

O subsetor de medicina previdenciária se expandiu através da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados nacionalmente por categorias profissionais e não mais por empresas. Esses Institutos tratavam-se de autarquias governamentais, vinculados ao Ministério do Trabalho. Sua base de financiamento era feita pela contribuição compulsória do salário mensal dos trabalhadores (3%), pelas firmas e pela União[12]. Os IAPs não distribuíam benefícios uniformes e deixavam de fora do sistema os trabalhadores rurais, trabalhadores do setor informal e desempregados (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p. 68-85). Até 1967 não ocorreram mudanças organizacionais importantes no subsetor de medicina previdenciária, mas constatou-se o crescimento dos gastos[13] com assistência à saúde contratados do setor privado (MENDES, 1999, p. 15). Segundo Mendes,

> a ineficiência dos sistemas de saúde tem a sua face visível na crise do financiamento, determinada, de um lado, por um constante e incontrolável crescimento dos custos em atenção médica e, de outro, numa irracionalidade na alocação dos recursos decorrente, em grande parte, da força política e ideológica do modelo médico hegemônico (MENDES, 1999, p. 15).

Em 1967 criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir da unificação de todos os IAPs, padronizando a atenção médica a todos os segurados. Os serviços de saúde eram financiados, principalmente, por recursos oriundos de contribuições compulsórias de empregados e empregadores. Paulatinamente vão sendo incorporados no novo sistema previdenciário setores anteriormente excluídos, como domésticas (em 1972), trabalhadores rurais (em 1973) e trabalhadores autônomos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p. 196).

O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) era o órgão responsável pelo complexo médico e financeiro. Esse órgão privilegiava um modelo de assistência curativista que chegava a cobrir, no final dos anos setenta, cerca de 90% do atendimento à população

---

[12] Os primeiros institutos a serem criados foram o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, Bancários, Industriários, dos Servidores Públicos, dos Empregados em Transportes e Cargas e dos Comerciários.
[13] Os gastos em saúde, no mundo, atingiram, em 1990, valores próximos a 1,7 trilhões de dólares americanos, o que equivale a 8% do produto mundial (MENDES, 1999, p. 15).

brasileira. O modelo se caracterizava, principalmente, pela compra maciça de serviços médicos em hospitais privados conveniados ao INPS, o que gerava altíssimos gastos com o pagamento de prestadores privados de saúde, pagos com recursos públicos. Esse modelo, inviável de ser sustentado, gerou uma forte crise financeira no sistema previdenciário, como também corrupções, devido à falta de controle sobre as unidades contratadas (despesas hospitalares). A dificuldade de financiamento desse modelo produziu uma crise previdenciária no país, que somava-se à crise do modelo de desenvolvimento do regime militar, após 1973, produzida em grande medida, devido a crise ocasionada pela elevação do preço do petróleo, que resultou em aumento das importações e em diminuição das exportações (CORTES, 1995, p. 80).

O sistema de saúde brasileiro, até meados da década de oitenta, se caracterizava pela (a) centralização político-administrativa; (b) ausência de controle social; (c) gasto governamental, principalmente em ações curativas (assistência médico-hospitalar); (d) ineficiência para diminuir as desigualdades de acesso; (e) privilégio do produtor privado e do empresariamento da medicina, sobretudo os proprietários de hospitais e de equipamentos de apoio diagnóstico, (f) relações institucionais corporativas (fortemente influenciadas pelo complexo médico-hospitalar e clientelista), no que tange às relações entre níveis federal, estadual e municipal de governo e (g) excludente, no sentido de permitir o acesso somente aos trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social (MELO, 1996, p. 13). Além desses aspectos, o sistema de saúde era ineficaz para garantir a qualidade dos serviços, reflexo de uma gestão centralizada qúe produzia uma indefinição quanto às responsabilidades de cada esfera de governo (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p. 209).

As principais ações, para implementar as reformas do setor saúde, ocorreram através (a) da implantação, em 1979, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), (b) da criação, em 1981, do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), (c) da implantação, em 1984, do Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) e (d) da implantação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), foi a primeira tentativa de integração dos subsetores de saúde pública e o de medicina previdenciária. A integração objetivava ampliar a cobertura de cuidados primários de saúde e realizar uma revisão dos tipos de serviços oferecidos. Ele incorporava algumas propostas racionalizadoras preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos profissionais de saúde, que eram contrários ao modelo médico hospitalocêntrico. Outros objetivos do programa eram: (a)

integrar as atividades de promoção, recuperação e reabilitação de saúde; (b) aumentar o controle do setor público sobre o sistema de saúde, (c) promover a descentralização operacional e (d) estimular a participação. Entretanto, o PREV-SAÚDE não foi implementado, dado o seu caráter fortemente conflitivo com o modelo médico-curativista vigente, o que deixava em evidência a existência de uma crise ideológica da Previdência (PAIM, 1983, p.10-11).

O Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) congregava interesses organizados do setor hospitalar, da corporação médica e de equipamentos médico-hospitalares e tinha como objetivo racionalizar gastos da previdência social. Para isso, o conselho criou um novo mecanismo de controle sobre os serviços hospitalares contratados. Passaram a vigorar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), substituindo as Unidades de Serviços (US), que haviam possibilitado a corrupção do setor saúde, a medida em que não havia controle sobre os gastos hospitalares (CORTES, 1995, p. 84). As propostas formuladas pelo CONASP resultaram, também, na elaboração das Ações Integradas de Saúde (AIS) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Programa que redefiniu totalmente o modelo assistencial de saúde e implicou em mudanças na estrutura funcional do sistema. Como por exemplo a criação de órgãos colegiados de participação para planejar, gerir e acompanhar as AIS (COSTA, 1998, p. 101). Também foram criadas as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS), as Comissões Estaduais Interinstitucionais de Saúde (CIS), as Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde (CIMS) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS). Essa estratégia, de acordo com Costa (1998), teria resultado no

> [...] deslocamento dos gastos em internações hospitalares e consultas médicas do setor para agências de governo, especialmente os hospitais universitários e secretarias municipais e locais (COSTA, 1998, p. 104).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram implementadas através do convênio trilateral entre o Ministério da Previdência e Ação Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os princípios que nortearam as AIS foram: (a) a universalidade do atendimento; (b) a integração da atenção; (c) a equidade da atenção; (d) regionalização e hierarquização dos serviços; (e) descentralização das ações e do poder decisório; (f) democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários; (g) planejamento e controle efetivo do setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo setor filantrópico e privado (CORTES, 1995, p. 85-86).

As AIS foram criadas como estratégia de reorganização institucional, de integração do sistema e de racionalização da atuação do sistema público através de convênios. As AIS previam, fundamentalmente, o repasse de recursos financeiros da União, por intermédio do INAMPS, para custeio e investimento nos sistemas municipais e estaduais. Como requisito para o repasse, os municípios e os estados tinham de criar um plano de saúde, prestar contas dos recursos ao Ministério da Saúde e constituir instâncias colegiadas de participação (CAMPOS, 1997, p. 92; CORTES, 1995, p. 85).

A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), assim como as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS), constituíram-se como instâncias colegiadas, abertas à participação de usuários organizados, profissionais de saúde, representantes dos governos estadual e municipal e prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados. Tanto a CIMS como a CLIS eram responsáveis pelo planejamento e gestão das AIS nos municípios ou grupos de municípios. Uma das suas principais funções era fiscalizar a aplicação de recursos públicos, oriundos da Previdência Social, na esfera municipal (CORTES, 1995, p. 85).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), visava consolidar as AIS através de repasses financeiros aos estados e municípios. O SUDS preconizava: (a) a universalização da cobertura; (b) a estadualização das ações - repasse de pessoal, patrimônio e recursos da esfera federal para a estadual; (c) a integração do sistema de previdência e saúde; (d) a equidade - com critérios que garantiam o acesso a todo o cidadão brasileiro à rede de saúde pública, independente de ser ou não contribuinte da previdência social, (e) a participação em instâncias colegiadas e (f) a descentralização das ações de saúde, através da municipalização (MENDES, 1995, p. 43). Contudo, as primeiras experiências de municipalização, durante a vigência do SUDS, foram pouco expressivas em função (a) da insuficiência e inconstância dos repasses de recursos financeiros; (b) da ausência de uma reorganização técnica e administrativa das secretarias, (c) da ausência de um modelo assistencial e (d) de não prever um sistema de referência e contra-referência (CORTES, 1995, p. 89).

De acordo com Melo (1993), a implantação do SUDS, por determinação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), significou um avanço em direção à descentralização do setor e o fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde. No entanto, fortes resistências ao programa teriam resultado no fracasso de sua implementação. Entre os que se posicionavam contrários ao SUDS, encontravam-se empresários do complexo médico-hospitalar e da medicina liberal, burocratas ligados ao Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência (INAMPS) - que era uma autarquia do MPAS - e parlamentares, especialmente deputados federais do PFL. Tais resistências ao SUDS decorriam da possível desarticulação dos arranjos clientelistas, consolidados na estrutura do setor saúde em âmbito federal, destituindo os "mecanismos de patronagem" (grifo do autor) existentes nas transferências de recursos financeiros a estados e municípios (MELO, 1993, p. 134-135).

O debate e implementação de reformas setoriais ganhou fortes proporções em meados dos anos oitenta, impulsionado pela participação de novos atores sociais no cenário político. Esses atores ganharam expressão no processo redemocratizante do país, os quais passaram a reivindicar políticas distributivas e redistributivas, como também a extensão dos direitos sociais a todos os cidadãos brasileiros, sem pré-condições de qualquer natureza. Dentre os movimentos sociais constituídos nesse período, destacava-se o movimento pela reforma sanitária e pelo direito à saúde. Segundo Almeida,

> [...] as forças que se opuseram ao autoritarismo e impulsionaram a democratização convergiam quanto a necessidade de reformas profundas das políticas sociais, consideradas ineficazes e iníquas. A descentralização era considerada meio e condição para atingir esses objetivos (ALMEIDA, 1995, p. 95).

O processo de redemocratização do país trouxe consigo uma perspectiva de ampliação de benefícios sociais, o que gerou, do ponto de vista da oferta de serviços públicos, um grande problema para o governo federal. Múltiplos fatores frustraram inicialmente tal perspectiva. Do ponto de vista político, tinha-se um governo federal fraco (o presidente em exercício era o vice na chapa majoritária), sem base de sustentação política, que não contava com apoio político dos governadores, incapacitando-o, assim, de realizar as reformas necessárias. Do ponto de vista econômico, havia o crescimento desordenado da população urbana, problemas relacionados às precárias condições de moradia e de acesso a serviços por parte das populações residentes nas áreas de núcleos e vilas irregulares (população que anteriormente não era atendida pelo estado). Isso gerou um aumento das demandas pela ampliação do acesso a serviços públicos.

Além disso, aumentou a precarização do trabalho, gerando uma crise da Previdência Social, pela diminuição das suas bases de financiamento. Esse contexto conduziu o Estado brasileiro a uma crise de financiamento para a execução e implementação de políticas sociais. Como o financiamento da Previdência Social era baseado nas contribuições compulsórias de salários, a base de recolhimento foi afetado devido ao aumento do emprego informal, resultando, assim, na diminuição da arrecadação. Destaca-se que os recursos da Previdência

Social financiavam não só o setor previdenciário (aposentadorias e pensões), como também os serviços de saúde oferecidos pelo INAMPS (MELO, 1993, p. 154).

Basicamente existiam dois projetos de reforma em disputa para a área de saúde, a partir de grupos de interesse[14]. De um lado, encontravam-se os gestores públicos, identificados com interesses privatistas que defendiam a racionalização do gasto público em saúde, através da ampliação da medicina de grupo (incentivo a ampliação dos convênios privados de saúde). De outro, o grupo representado pelo movimento sanitário que pautava a necessidade da descentralização e a integração das ações e serviços de saúde, dada a magnitude da crise do setor (MELO, 1993, p. 132-133). Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, que foi aberta a participação para usuários, intelectuais e partidos políticos. Nessa conferência, a participação na área de saúde apresentou-se entre as questões centrais para a realização da reforma do sistema de saúde brasileiro e de sua democratização (CECCIM, 1990, p.40).

A Constituição Federal de 1988 apresenta como diretrizes básicas do SUS (a) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, (b) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e (c) a participação da comunidade. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90, normatiza a sua implementação e estabelece (a) a universalidade da atenção, garantindo o acesso de todos às ações e aos serviços de saúde, (b) a hierarquização dos serviços e (c) a equidade, garantindo a assistência à saúde a todo cidadão sem preconceito, discriminação ou privilégio (BRASIL, 1990a).

No início dos anos noventa, uma crise fiscal no Ministério da Previdência Social, teria sido desencadeada pela distribuição de verbas entre os setores da seguridade social. Sobretudo, era defendida a idéia de que o desequilíbrio fiscal evidenciava distorções, devido (a) à natureza contributiva da previdência, que tinha sua base de financiamento na arrecadação via folha de salários e (b) ao caráter distributivo da saúde, que não contava com contribuições próprias. O Ministério da Previdência Social passou, então, a defender a proposta de separação de recursos para financiar os gastos em cada setor. A separação institucional, consolidada através da criação do Ministério da Previdência Social e do Ministério da Saúde, desencadeou uma forte crise no setor saúde, desacelerando o processo de

---

[14] Os grupos de interesse, enquanto formuladores de políticas, atuam em arenas decisórias específicas (por exemplo, no Estado), configurando uma determinada política pública como política governamental. A política envolve representação de interesses e, por conseguinte, formulação de políticas que implementam e bloqueiam interesses. Esse universo social envolve ainda a natureza do Estado, pois é no seu interior que ocorrem os mecanismos de decisão (COUTINHO apud MERHY, 1992, p. 46).

implantação do SUS. Para Costa (1998), a ruptura institucional teria provocado disputas decisórias em torno do controle de recursos financeiros. Para o referido autor,

> [...] apesar do esforço da instituição de auditorias e fortalecimento do controle sobre os mecanismos de pagamento dos prestadores públicos e privados [...] o período entre os anos 1993-1995 sublinhou a extrema fragilidade do setor saúde no interior do conflito interburocrático. O setor sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o censo comum como problemas de escassez de financiamento ou de *accountability* na alocação de recursos (COSTA, 1998, p. 120-121).

Almeida (1995) afirma que é no setor da saúde que se tem as melhores experiências da reforma no âmbito da descentralização. No entanto, mesmo sendo defendida, de uma forma geral, como principal estratégia para a implementação do SUS, o desencadeamento do processo de descentralização apresentou especificidades diversificadas no país, em função do arranjo político e das características financeiras e administrativas dos governos locais (ALMEIDA, 1995, p. 97). Um exemplo disso são as reformas setoriais na habitação, previdência social e saúde, cujas características refletiram diferenças substanciais, se comparadas uma com a outra. Diferenças que, segundo Melo (1993), podem ser explicadas, tendo em vista que tais políticas constituíam arenas distintas de intermediação de interesses (MELO, 1993, p. 144).

De acordo com Melo (1993), das reformas setoriais ocorridas entre o final do regime militar e a década de noventa, a do setor saúde teve um sucesso mais expressivo. Esse sucesso teria sido garantido pela existência de uma *policy community* reformista na área de saúde e pelo fato de muitos atores dessa *community* integrarem o governo da Nova República, assumindo cargos estratégicos no Ministério da Saúde e no INAMPS. Outrossim, o apoio dado pelos governos e deputados do MDB, fortalecidos com as primeiras eleições diretas em 1974, foi de suma importância ao processo de reforma do sistema de saúde brasileiro. Pois, a descentralização, além de dizer respeito às transferências de patrimônio, de recursos humanos e financeiros entre esferas de governo, implicaria no deslocamento do poder decisório, o que gerou disputas políticas entre nação, estados e municípios (MELO, 1993, p. 137).

Assim como Melo (1993) e Almeida (1995), Guimarães (1997) faz referência a intensidade da reforma do setor saúde, devido à existência de um forte movimento de abrangência nacional, denominado movimento sanitário. Esse movimento, teria garantido, entre outras coisas, (a) a implementação de estratégias, como a municipalização do setor, para torná-lo mais eficiente e resolutivo, (b) a democratização da gestão através da participação dos cidadãos nos processos decisórios em nível nacional, estadual e municipal e (c) o controle

social sobre os prestadores de bens e serviços de saúde, principalmente na esfera municipal (GUIMARÃES, 1997).

A municipalização da saúde significou um comando único das ações de saúde desenvolvidas no âmbito dos municípios, visando, fundamentalmente, a universalização da atenção, a unificação gerencial das instituições públicas de saúde e a participação. Com a municipalização da saúde, há uma redefinição do papel dos gestores municipais no setor, contribuindo para o seu fortalecimento, graças, principalmente, ao repasse de verbas, fundo a fundo, da esfera federal para a municipal (RABELO, 1998, p. 52). Com isso, a descentralização político-administrativa do setor saúde tem produzido uma maior responsabilidade dos gestores públicos municipais, a medida em que esses passam a responder pelas políticas de saúde (elaboração, implantação e avaliação) no nível local. Essa redefinição de papéis dos gestores em saúde nas três esferas de governo, vem contribuindo para uma maior racionalização do sistema, assim como aproximando gestores e usuários através dos canais institucionalizados de participação. A municipalização é entendida como estratégia para,

> [...] obtenção de maior impacto possível nos principais problemas de saúde da população com vistas à melhoria do seu estado de saúde e para fortalecimento da gestão descentralizada e participativa do Sistema Único de Saúde a nível local visando a democratização e o controle social sobre a produção e consumo de serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Além das Leis 8.080/90 e 8.142/90, foram estabelecidas Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde, NOB/93 e NOB/96, que normatizaram a implantação do SUS. A proposta de descentralização, a partir da municipalização do setor saúde, foi executada através de fases para a municipalização da gestão pública. A NOB/93, previa três etapas de habilitação dos municípios para a gestão da saúde do sistema municipal, que eram as modalidades Incipiente, Semi-plena e Plena. A habilitação dos municípios para a gestão do sistema municipal, segundo a NOB/93, previa (a) a elaboração do Plano Municipal de Saúde, (b) a criação do Conselho Municipal de Saúde e (c) a criação de um Fundo Municipal, para viabilizar o repasse de recursos financeiros das esferas estadual e federal. Além desses requisitos, o município tem de elaborar relatórios de gestão, dar uma contrapartida de recursos para o setor e constituir uma comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários (BRASIL, 1993).

Já a NOB/96, previu duas etapas: a primeira denominada Gestão Plena da Atenção Básica Municipal e a segunda, Gestão Plena do Sistema Municipal. Aquela, compreende a gestão municipal da rede básica de saúde e essa compreende a gestão municipal da totalidade

das ações e serviços de atenção, promoção e proteção a saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 1996). Sendo que os requisitos para a habilitação permaneceram os mesmos da NOB/93.

O interesse na municipalização no setor saúde fica evidenciado pelo alto percentual de adesão dos municípios a essas novas formas de gestão. Em 1999, da totalidade dos municípios brasileiros, 88,07% (4.849 dos 5.506) encontravam-se na Gestão Plena de Atenção Básica Municipal e, 8,97% (494 dos 5.506) encontravam-se na Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1999). Neste mesmo ano 92% (432 dos 467) dos municípios do estado do Rio Grande do Sul encontravam-se na Gestão Plena de Atenção Básica Municipal e 1,5% (7 dos 467) na Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo Norma Operacional de 1996 (NOB/96) do Ministério da Saúde. Em 1994, Porto Alegre habilitou-se para a gestão Incipiente, segundo a NOB/93, e em 1996 para a Gestão Semi-plena (BRASIL, 1999). A municipalização da saúde em Porto Alegre será tratada no terceiro capítulo.

Procurou-se apresentar, nesse capítulo, os fatores que desencadearam a reforma do Estado brasileiro, que teve início nos anos setenta, ganhando maior expressão no processo de redemocratização do país. A partir de 1974, o regime militar realizou medidas liberalizantes, visando reconstruir as suas bases de apoio político, abrindo espaço para a reativação gradual da sociedade civil e permitindo o surgimento de vários movimentos sociais, entre eles o movimento sanitário. Esse movimento resultou da articulação de atores sociais com diferentes origens institucionais, que defendiam, fundamentalmente, a descentralização político-administrativa do setor saúde e a institucionalização da participação.

A reforma do setor saúde, resultou na criação do novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado pela Constituição Federal de 1988. A reforma visava, por um lado, racionalizar a administração dos serviços públicos de saúde no país, e, por outro, garantir a universalização do acesso à parcelas da população historicamente excluídas, como a população do meio rural, trabalhadores do setor informal e desempregados. O novo modelo de atenção à saúde, expresso na implantação do SUS, foi viabilizado através da municipalização, ocorrendo uma redefinição de papéis dos gestores públicos nas três esferas de governo. No caso da saúde, o município constituiu-se como espaço mais sensível e permeável a pressão e controle social, possibilitando, assim, o enfrentamento direto entre os atores sociais do campo da saúde, alterando a relação Estado-sociedade através da institucionalização da participação.

3. CARACTERIZAÇÃO DE PORTO ALEGRE: ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E DA GESTÃO EM SAÚDE

Este capítulo apresenta inicialmente uma caracterização geral da cidade de Porto Alegre[15],com um breve histórico da organização político-administrativa[16]. A seguir, o texto tratará da setorização da saúde em Porto Alegre, focalizando os distritos sanitários como instâncias de gestão, planejamento e ação das políticas da Secretaria Municipal de Saúde[17] (SMS).

3.1 Características socioeconômicas, demográficas e da saúde

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul, com uma área de 496 Km^2 e população que representa 13,33% da estadual (1.371.082 de 10.289.396) (FEE, 2001a). Corresponde a Região Centro-Leste do estado e pertence a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde. É considerada o maior pólo urbano do estado e de atração de fluxos migratórios (PORTO ALEGRE, 2002).

A estimativa da distribuição da população total de Porto Alegre em 2003, por faixa-etárias, demonstra que 32,25% é constituída por crianças e adolescentes (até 19 anos), 55,95% são adultos (entre 20 e 59 anos) e 11,8% são idosos (60 anos ou mais) (IBGE, 2003a). Já a distribuição da população por sexo revela que 47% são homens e 53% são mulheres. A esperança de vida média ao nascer é de 70 anos, 65 anos para homens e 74 anos para mulheres (IBGE, 2003b).

Porto Alegre é o centro econômico e político da Região Metropolitana (RMPA)[18], sendo formada por 31 municípios. Em 2001, o Produto Interno Bruto (PIB) de Porto Alegre representava 11,96% na participação do PIB do estado (R$ 10.570.826,00 de 97.310.195,00). Já o PIB per capita correspondia a R$ 7.710,00, enquanto que o PIB do estado era de R$ 9.457,00 (FEE, 2001b). A taxa de desemprego era maior entre as mulheres, girando em torno

---

[15] Ver Anexo 1 - Mapa 1 - Município de Porto Alegre (macrozonas) (p. 115).

[16] Ver Anexo 6 - Organograma 1 - Prefeitura Municipal de Porto Alegre (p. 120).

[17] Ver Anexo 7 - Organograma 2 - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (p. 121).

[18] Constituem a RPMA, os seguintes município: Alvorada, Araricá, Arroio dos Ratos, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Capela de Santana, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Ivoti, Montenegro, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Parobé, Portão, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, São Leopoldo, São Jerônimo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Taquara, Triunfo e Viamão.

de 18%, contra 13% para homens. O setor terciário da economia (comércio e serviços) é responsável pela ocupação da maior parte da população, seguido do secundário (indústria e madeireiras), ficando o primário (agricultura, pecuária e silvicultura) quase sem expressão. O nível médio de escolaridade é de oito anos, superando a média da RMPA que é de 7,3 e a da estadual que é de 6,6 anos (IBGE, 2002).

Em 1998, 99% das moradias de Porto Alegre tinham acesso a água potável (IBGE, 2000a) estando 1% da população não atendida localizadas nas áreas do Arquipélago, com exceção da Ilha da Pintada e de algumas áreas dos Bairros Belém Novo e Lami (PORTO ALEGRE, 1999, p. 26). A coleta de lixo atende 100% dos domicílios da cidade, com coleta diária nas áreas centrais e dias alternados nas demais regiões (IBGE, 2000b). O esgoto misto (cloacal e pluvial) atinge 84% dos domicílios sendo 25% deste, tratado por estação de Tratamento de Esgotos (PORTO ALEGRE, 2002).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (1999), os tradicionais indicadores das condições de saúde de uma população são aqueles predominantemente relacionados à morbidade, à natalidade, à mortalidade infantil e geral (PORTO ALEGRE, 1999, p. 26). A ocorrência de morte neonatal[19] e mortalidade infantil tardia[20] obedecem a recortes territoriais da desigualdade social urbana, associado às condições socioeconômicas da população (LAST, 1988, apud CORTES, 1995, p. 111).

A mortalidade infantil[21] em Porto Alegre apresentou a taxa de 14,19% em 2001; 14,84% em 2000; 15,7% em 1997, 18,4% em 1996, sendo que em 1980 foi de 37%. A série histórica revelou a queda da taxa ao longo da década de oitenta e noventa (PORTO ALEGRE, 1999, p. 26). Em 1999, a taxa de mortalidade geral em Porto Alegre, foi de sete mortes para cada mil habitantes (7,8/1000). As principais doenças que causam óbitos são as relacionadas ao aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório; seguido de causas externas, como por exemplo, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios; e por último, doenças infecto-parasitárias (PORTO ALEGRE, 2002).

Na Tabela 1 pode ser observado que 22,34% da população total da cidade reside em núcleos e vilas irregulares. A distribuição dessa população, nas dezesseis Regiões do Orçamento Participativo (ROP), não é uniforme, existindo maior concentração de residentes

---

[19] Mortalidade infantil neonatal, significa a morte durante os primeiros 28 dias de vida (LAST, 1988, apud CORTES, 1995, p. 111).

[20] Mortalidade infantil tardia, significa a morte durante o primeiro ano de vida exceto os primeiros 28 dias de vida (LAST, 1988, apud CORTES, 1995, p. 111).

[21] Taxa de mortalidade infantil corresponde ao nº de crianças mortas entre crianças de menos de um ano de idade por 1000 nascidos vivos (LAST, 1988, apud CORTES, 1995, p. 111).

UFRGS
Biblioteca Setorial de Ciências Sociais e Humanidades

em núcleos e vilas irregulares nas regiões Nordeste[22] e Cruzeiro[23] (PORTO ALEGRE, 2001-2002). A concentração de população residente em núcleos e vilas irregulares é um indicador da existência de profundas desigualdades sociais entre as diferentes áreas da cidade. É essa população que pressiona pela ampliação dos serviços públicos.

TABELA 1 - Distribuição da população por Regiões do Orçamento Participativo, Porto Alegre, 2002.

Regiões	Denominação	População total	População núcleos e vilas	% População núcleos e vilas
Região 1	Humaitá/ Naveg./ Ilhas	52.360	15.666	29,92
Região 2	Noroeste	124.637	7.617	6,11
Região 3	Leste	107.985	33.719	31,23
Região 4	Lomba do Pinheiro	47.407	16.208	34,19
Região 5	Norte	98.497	38.122	38,70
Região 6	Nordeste	31.402	20.810	66,27
Região 7	Partenon	125.594	43.321	34,49
Região 8	Restinga	46.476	6.891	14,83
Região 9	Glória	43.159	16.676	38,64
Região 10	Cruzeiro	60.580	33.326	55,01
Região 11	Cristal	24.383	8.498	34,85
Região 12	Centro-Sul	104.186	12.250	11,76
Região 13	Extremo-Sul	23.901	3.584	15,00
Região 14	Eixo-Baltazar	76.216	13.841	18,16
Região 15	Sul	59.531	12.004	20,16
Região 16	Centro	259.213	4.625	1,78
Total	**Porto Alegre**	**1.285.527**	**287.158**	**22,34**

Fonte: PORTO ALEGRE 2001-2002 (Estimativa)

3.2 A setorização da saúde

Desde a década de sessenta, no intuito de racionalizar o desenvolvimento econômico, administradores da cidade têm buscado planejar o crescimento urbano, dividindo o território de Porto Alegre em regiões administrativas. Até o final da década de oitenta, Porto Alegre contava com quatro regiões[24] de planejamento público (Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de 1978), que concebia, basicamente, a cidade formal. Em 1989, com a primeira

[22] Composta pelo bairro: Mário Quintana (66,27% da população residente em vilas).
[23] Composta pelos bairros: Cruzeiro, Medianeira e Santa Tereza (55,01% da população residente em vilas).
[24] 1. Zona Norte, 2. Zona Leste, 3. Zona Sul, 4. Zona Central.

administração da Frente Popular[25], realizou-se uma nova regionalização da cidade devido a implantação do Orçamento Participativo[26]. A partir de 1990 passaram a vigorar dezesseis regiões do Orçamento Participativo (ROP), definidas segundo critérios demográficos, geopolíticos e sociais discutidos pela Administração Popular, conjuntamente com a União das Associações Moradores de Porto Alegre (UAMPA) (ENTREVISTA 17, TÉCNICO, 2003).

Além da regiões de planejamento do OP, Porto Alegre conta atualmente com oito Centros Administrativos Regionais (CAR)[27], que são estruturas descentralizadas da administração pública municipal, com basicamente quatro funções: (1) representar politicamente o prefeito e todas as secretarias do governo; (2) coordenar a prestação de serviços, (3) ordenar o OP e (4) realizar o planejamento regional, articulado com o planejamento municipal. Esses centros foram implantados entre 1989 e 1999, sendo instituídos primeiro os CARs da Restinga, da Zona Norte, e das Ilhas e, em 1994, o da Glória/Cruzeiro (ENTREVISTAS 15 e 17, TÉCNICOS, 2003). Segundo relatos de entrevistas, os movimentos populares da Grande Glória e Grande Cruzeiro teriam tido um papel central para a implantação dessas instâncias administrativas descentralizadas.

> [...] E daí tem uma estrutura que nem essa aqui, que não é grande coisa, mas é uma estrutura, e nós brigamos durante anos prá ter isso aqui. Porque o nosso sonho é que tivesse uma prefeitura de bairro, onde nós fosse administrar os nossos problemas, porque quem conhece aqui somos nós, e nós soubemos o que tem que ser feito, porque nós soubemos quem é a Beti da Vila, a Dalva. Então, nós conhecemos todo mundo e eles também nos conhecem, entendeu. Mas não é...o nosso sonho é que aqui fosse que nem a França que tem 25 vice-prefeitos, mas o PT não chegou a tanto (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Em 2000, quando da III Conferência Municipal, recomendou-se a compatibilização do território do distrito sanitário com as regiões do Orçamento Participativo. Assim, Porto Alegre passou a contar com dezesseis distritos sanitários[28], aumentando de seis para oito o número de

---

[25] A Frente Popular é uma coligação de partidos políticos de esquerda que vem governando o município de Porto Alegre desde 1989. Na primeira gestão (1989-1992) a Frente Popular foi composta pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo ex-Partido Comunista Brasileiro (atual PPS). Na segunda gestão (1993-1996), a coligação eleitoral foi ampliada com as adesões do Partido Socialista Brasileiro (PSB) e do Partido Verde (PV) (FEDOZZI, 1999).

[26] O Orçamento Participativo (OP) é uma estrutura proposta pelo governo municipal de Porto Alegre, o qual foi implantada no primeiro ano do governo Olívio Dutra (1989-1992). O OP é um modelo político-administrativo de gestão socioestatal, calcada na participação direta da população nas diferentes etapas da composição do orçamento público municipal. O seu funcionamento tem como principal fator a indicação de prioridades pela comunidade sobre a aplicação dos recursos de investimentos[26] (FEDOZZI, 1997, 105). O OP prevê fóruns participatórios que processam as discussões regionais, através nas Plenárias Regionais, e as discussões mais gerais nas Plenárias Temáticas[26], criadas na segunda gestão da Administração Popular (1993-1996).

[27] CAR Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; CAR Leste/Nordeste; CAR Partenon/Lomba do Pinheiro; CAR Restinga/Extremos-Sul; CAR Norte/Eixo-Baltazar; CAR Glória/Cruzeiro/Cristal; CAR Centro-Sul/Sul; Sub-CAR Arquipélagos.

[28] Ver Anexo 4 - Mapa 4 - Município de Porto Alegre (atuais distritos sanitários) (p. 118).

gerências distritais[29] (GD) e 13 CLS[30]. Em 2001, a antiga GD Nordeste/Eixo-Baltazar/Leste foi dividida em duas, dando origem as atuais gerências distritais Norte/Eixo-Baltazar e GD Leste/Nordeste. E em 2002, a antiga GD Sul/Centro-Sul/Restinga/Extremo-Sul deu origem as atuais gerências distritais Sul/Centro-Sul e GD Restinga/Extremo-Sul (PORTO ALEGRE, 2000a, p. 36-39). A correspondência entre as áreas dos distritos sanitários e gerências distritais antigas com as atuais é apresentada no quadro abaixo. Tal correspondência reflete uma aproximação entre elas.

QUADRO 1 - Comparativo das áreas de atuação das antigas e novas gerências distritais, Porto Alegre, 2003.

Antigas GD	**Antigos Distritos sanitários**	**Atuais gerências distritais**	**Atuais distritos sanitários**
GD1	DS1 Ilhas/Humaitá/Naveg DS8 Centro	GD1 Centro	DS16 Centro
GD2	DS2 Nordeste/Eixo-Baltazar DS7 Leste	GDS3 Norte/Eixo-Baltazar	DS5 Norte DS14 Eixo-Baltazar
		GDS4 Leste/Nordeste	DS3 Leste DS6 Nordeste
GD3	DS3 Sul/Centro-Sul DS9 Restinga/Extremo-Sul	GD6 Sul/Centro-Sul	DS15 Sul DS12 Centro-Sul
		GD8 Restinga/Extremo-Sul	DS8 Restinga DS13 Extremo-Sul
GD4	DS4 Glória/Cruzeiro/Cristal	GD5 Glória/Cruzeiro/Cristal	DS9 Glória DS10 Cruzeiro DS11 Cristal
GD5	DS5 Noroeste DS11 Norte	GD2 Hum/Naveg/Ilhas/Noroeste	DS2 Noroeste DS1 Hum/Naveg/Ilhas
GD6	DS6 Partenon DS10 Lomba do Pinheiro	GD7 Lomba/Partenon	DS7 Partenon DS4 Lomba Pinheiro

Fonte: PORTO ALEGRE, 1996, 1999; 2000a.

A setorização da saúde na cidade teve origem em 1980, tendo sido realizada pelo INAMPS-RS/SSMA que a dividiu em dez distritos sanitários. De acordo com Ceccim (1990), a distritalização considerava variáveis como população, nível de renda, rede de transporte coletivo, rede de infra-estrutura básica e rede de equipamentos de saúde existentes, previa ainda a hierarquização dos serviços (CECCIM, 1990, p. 68). Segundo o referido autor, "a finalidade da setorização era a de delimitar a abrangência geográfica de cada unidade de serviço, organizar a supervisão das unidades sanitárias maiores às menores e racionalizar alguns recursos" (CECCIM, 1990, p. 75; CORTES, 1995, P. 126).

---

[29] Ver Anexo 5 - Mapa 5 - Município de Porto Alegre (atuais gerências distritais de saúde) (p. 119).

[30] CLS Humaitá/Navegantes/Ilhas (ex-CLS 1); CLS Nordeste (ex-CLS 2); CLS Sul/Centro-Sul (ex-CLS 3); CLS Glória/Cruzeiro/Cristal (ex-CLS 4); CLS Noroeste (ex-CLS 5); CLS Partenon (ex-CLS 6); CLS Leste (ex-CLS 7); CLS Centro (ex-CLS 8); CLS Restinga (ex-CLS 9); CLS Lomba do Pinheiro (ex-CLS 10); Norte (ex-CLS 11); Extremo Sul; Eixo-Baltazar.

O Plano Municipal de Saúde de 1991 ampliou o número de distritos para onze,[31] adequando-se as áreas de atuação das Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS)[32] (PORTO ALEGRE, 1991). O Plano de 1999 manteve os onze distritos sanitários, seis gerências distritais[33] e onze Conselhos Locais de Saúde[34], consolidando o processo de descentralização político-administrativa. Essa organização sofreu alterações após a III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, como mencionado anteriormente.

A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde[35] existiu entre 1985 à 1991, funcionando regularmente, tendo reuniões semanais a partir de 1987. Segundo Cortes (1995), alguns aspectos peculiares ao contexto sociopolítico de Porto Alegre contribuíram favoravelmente para o envolvimento progressivo dos usuários na CIMS, foram eles: (a) o funcionamento regular desde sua criação, que permitiu a continuidade de suas atividades e o estabelecimento de uma dinâmica que persistiu durante todo período de mudanças do sistema de saúde brasileiro, (b) a sociedade civil tinha forte tradição de mobilização política, o que respaldava os representantes dos usuários à participarem de modo sistemático no fórum e (c) havia autoridades, profissionais médicos e técnicos da saúde que participavam ativamente no processo da reforma do sistema de saúde. Fator que beneficiou o envolvimento dos usuários devido ao estímulo que recebiam à participação. No primeiro ano de seu funcionamento a CIMS não contava com representação de profissionais e trabalhadores em saúde e nem de usuários (CORTES, 1995, p. 127-128)

As Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS), criadas a partir de 1987, tinham funcionamentos diferenciados. Algumas regiões da cidade contavam com comissões locais bastante atuantes, como foi o caso da CLIS4 (CORTES, 1995, p. 127). A peculiaridade da atuação do Conselho Local de Saúde da gerência distrital 5 (antiga CLIS4) pode ser

---

[31] Ver Anexo 2 - Mapa 2 - Município de Porto Alegre (antigos distritos sanitários) (p. 116).

[32] CLIS 1 – Ilhas do Arquipélago do Guaíba, bairros Navegantes e Anchieta; CLIS 2 – Bairros Sarandi, Passo das Pedras, Rubem Berta e Grande Santa Rosa; CLIS 3 – Bairros Camaquã, Cavalhada, Ipanema, Tristeza, Vila Nova, Assunção e Pedra Redonda; CLIS 4 – Bairros Nonoai, Teresópolis, Medianeira, Santa Tereza, Santo Antônio, Cristal, Cascata, Grande Glória e Grande Cruzeiro do Sul; CLIS 5 – Bairros Cristo Redentor, São João, Higeanópolis, Passo D'Areia, Petrópolis, Três Figueiras e Lindóia; CLIS 6 – Bairros São José, Aparício Borges e Grande Partenon; CLIS 7 – Bairros Chácara das Pedras, Bom Jesus, Chácara da Fumaça, Morro Santana e Mato Sampaio; CLIS 8 – Bairros Centro, Cidade Baixa, Praia de Belas, Menino Deus, Santana, Bom Fim, Auxiliadora, Bela Vista, Rio Branco, Moinhos de Vento, Mont'Serrat e Jardim Botânico; CLIS 9 – Belém Velho, Lami, Restinga, Ponta Grossa e Rincão; CLIS 10 – Bairros Agronomia, Lomba do Pinheiro, Mapa e Passo do Sabão.

[33] Ver Anexo 3 - Mapa 3 - Município de Porto Alegre (antigas gerências distritais de saúde) (p. 117).

[34] Os Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre (CLS) tiveram origem nas CLIS e foram formalizados através do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (CMS), aprovado em 1992 (PORTO ALEGRE, 1992).

[35]Em função da adesão de Porto Alegre ao convênio SUDS-RS/85, com vistas ao estabelecimento de repasse de recursos financeiros para investimentos e manutenção da rede pública de saúde municipal, a Secretaria Municipal de Saúde teve de criar a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS) (Cortes, 1995, p. 127).

atestada pelos seguintes aspectos: (1) existência de organização burocrático-administrativa do CLS da GD5, (2) participação ativa dos representantes dos usuários do CLS da GD5 no CMS e (3) perfil das lideranças dos usuários membros do CLS da GD5.

A existência de organização burocrático-administrativa do CLS da GD5 pode ser verificada através (a) da existência de registros das reuniões em atas desde a sua criação, (b) da realização de reuniões semanais, (c) de pautas previamente discutidas e elaboradas, (d) da estabilidade de participantes e maior número de membros efetivos de representantes dos usuários e (e) do maior tempo de estruturação e acúmulo participativo e organizativo.

> O CLS4 se destaca, porque a gente faz sempre ata da reunião, a gente programa as pautas. Eu realmente não sei se em todos os CLS é feito assim. Dessa forma que é feito aqui, não. Então, tem bastante material, em termos de registro do que aconteceu. Então, isso eu acho que é um patrimônio que não é todos os CLS que têm. [...] A cada reunião da CLS, que é as 19h, as 18 horas o pessoal se reúne prá organizar a reunião, prá ver o que ficou pendente, prá construir as pautas. [...] Mas uma coisa que a gente vê bem é que muitos que participam e que são técnico, não gostariam talvez que o CLS se reunisse semanalmente, gostariam que se reunisse quinzenalmente ou mensalmente, só que a população já se habituou a participar semanalmente as terças-feiras, já faz parte da cultura desse povo (ENTREVISTA 4, TÉCNICO, 2002).

A participação ativa dos representantes dos usuários do CLS da GD5 no CMS pode ser verificada a partir: (a) do peso do conselho para propor temas para as pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e, (b) da participação de membros do CLS DA GD5 em comissões permanentes do CMS.

> [...] foi sempre um dos conselhos puxadores, na realidade, do conselho municipal. E pautas, principalmente, porque quando a Beti levantava num canto e dizia que "nós temos que discutir não sei o que", tu podia ter certeza que 15 dias depois isso era pauta no conselho municipal. [...] nesse período de 93-96, 92-96, era um conselho altamente vibrante e aí fundamentalmente a Cruzeiro, tinha no conselho municipal uma ação muito forte, muito contundente. A comissão de fiscalização, olha, era algo, assim. Funcionava a milhão, e a gente tinha longos debates, era botar no pé na porta e ir entrando nos hospitais (ENTREVISTA 10, GESTOR, 2003).

> [...] do nosso conselho saiu coordenadoras para outras regiões para tentar organizar e reoganizaram a saúde direitinho. [...] sempre houve muito engajamento da parte técnica que acreditavam na organização, que sabiam que quando tinham dificuldade de conseguir as coisas se levava para o conselho, a gente lutava junto, ia pressionar de forma organizada (ENTREVISTA 13, USUÁRIO, 2003).

O perfil das lideranças dos usuários membros do CLS DA GD5, expressa pela (a) capacidade de agilizar e mobilizar rapidamente a comunidade quando necessário, (b) pela atuação em outros fóruns institucionais (conselhos da educação, assistência social, habitação),

o que lhes permite ter um conceito ampliado de saúde, (c) história anterior e atual de engajamentos nas lutas mais gerais da comunidade, através da atuação em associações comunitárias, conselhos populares União de Vilas e conselho popular da Grande Glória, temática de Saúde do OP (d) autoridade na área, respaldada pelo movimento popular.

> [...] existia um sucesso antes de 88, 89 na CLIS4, porque existia uma forte organização social que se expressava através da União de Vilas da Grande Cruzeiro e do conselho popular da Glória. Então, essas duas estruturas de participação popular elas deram organicidade prá que CLIS4 funcionasse. Isso fez com que o corpo técnico que militava na área da saúde fosse um corpo técnico mais consciente, mais lúcido, mas respeitador das posições da população (ENTREVISTA 11, GESTOR, 2003).

3.3 Caracterização da rede de saúde

No primeiro semestre de 2003, os profissionais e trabalhadores em saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), totalizam 5.450 funcionários, exclusivamente servidores públicos municipais e municipalizados, sendo que 16% de origem Federal (866 de 5.450), 14% de origem estadual (756 de 5.450) e 70% de origem municipal (3.828 de 5.450). Estavam fora dessa contagem os trabalhadores dos PSF, contratados pela FAURGS, e os estagiários. Os números da Administração Central incluem o Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Público Municipal, com sede no Centro de Saúde IAPI (PORTO ALEGRE, 2003).

TABELA 2 - Distribuição dos recursos humanos da SMS por lotação, Porto Alegre, 2003.

Lotação	**Total**
Unidades e Centros de Saúde (atenção básica)	2184
Administração Central	280
Vigilância Sanitária	173
Regulação de Serviços de Saúde	70
Pronto Atendimentos (PACS, PABJ, PALP)	640
Hospital de Pronto Socorro	1467
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	636
Total	**5.450**

Fonte: PORTO ALEGRE, 2003.

Nesse mesmo período, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contava com 118 serviços da rede básica: 06 Centros de Saúde, 62 Unidades de Saúde, 43 Programas da Saúde da Família e 07 Equipes de Saúde. Como pode ser visto na Tabela 3, a gerência distrital Norte/Eixo-Baltazar (GD3) contava com maior número de serviços distribuídos nas suas áreas de atuação, totalizando 23 serviços (15 Unidades Sanitárias, 08 Programa da Saúde da Família). Em terceiro lugar, encontrava-se a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5),

contando com 19 serviços (01 Centro de Saúde, 09 Unidades Sanitárias e 09 Programas de Saúde da Família) e com o maior número de recursos humanos da rede básica da cidade 23,35% (510 de 2184).

TABELA 3 - Distribuição dos serviços e recursos humanos da rede básica, próprios da SMS, por gerência distrital, Porto Alegre, 2003

Gerência Distrital	CS	US	PSF	ES	Total	RH	%RH
GD 1 – Centro	2	1	0	0	3	397	18,18
GD 2 – Humaitá/Navegantes/Ilhas/Noroeste	2	10	0	0	12	440	20,15
GD 3 – Norte/Eixo-Baltazar	0	15	8	0	23	89	4,08
GD 4 – Leste/Nordeste	1	8	10	0	19	250	11,45
GD 5 – Glória/Cruzeiro/Cristal	1	9	9	0	19	510	23,35
GD 6 – Sul/Centro-Sul	0	9	5	0	14	200	9,16
GD 7 – Lomba/Partenon	0	6	7	7	20	185	8,47
GD 8 –Restinga/Extremo Sul	0	4	4	0	8	113	5,17
Total	**6**	**62**	**43**	**7**	**118**	**2184**	**100,00**

Fonte: PORTO ALEGRE, 2003.

3.4 A municipalização da saúde

Com a municipalização da saúde nos anos noventa, as Secretarias Municipais de Saúde passaram a ocupar lugar central no processo de decisão e de disputas políticas na área de saúde. A política de descentralização dos serviços de saúde, financiada com recursos públicos, resultou no fortalecimento da capacidade decisória das instâncias subnacionais de governo. Segundo Draibe (1995), esses novos processos de gestão pública combinaram noções de democracia representativa[36] e de democracia participativa[37] (DRAIBE, 1995, p. 206).

O setor saúde em Porto Alegre, antes da municipalização, caracterizava-se pela (a) existência de uma desarticulação das instituições de saúde; (b) falta de uma programação conjunta; (c) ausência de um sistema de referência e contra-referência; (d) baixa

[36] A expressão da democracia representativa significa que as deliberações coletivas são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para essa finalidade. É orientada por quatro princípios: governantes eleitos pelos governados; governantes que conservam certa margem de independência em relação aos governados; a opinião pública sobre temas políticos pode expressar-se fora do controle dos governantes e a decisão coletiva deriva da deliberação (BOBBIO, 1986).

[37] A democracia participativa significa mais do que alternância no poder. Representa um processo que, consolidando o poder civil em contextos específicos e com a proposta de articular interesses diferenciados, gera condições que possibilitam o surgimento de demandas e a participação popular na tomada de decisões que lhes afetam (cidadania) (CARRION, 1992). Sobre os debates e controvérsias referentes ao tema, a literatura específica é extensa (ver BENEVIDES, 1991; BOBBIO, 1986: MANIN, 1992). Segundo Bobbio (1986) e seguidores, a democracia representativa e a participativa não são dois sistemas alternativos, mas que se integram reciprocamente.

resolutividade no atendimento e cobertura inadequada da população, (e) a não racionalização dos gastos e (f) a superposição de ações. Somando-se, ainda, a escassez de recursos humanos e a ausência de uma política de capacitação dos profissionais e trabalhadores em saúde (RAMOS, 2001, p. 16).

Até 1990, antes da municipalização as ações e serviços de saúde públicos estavam distribuídas sob a gestão das esferas municipal, estadual e federal. Estavam sob responsabilidade da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSSS), 11 Unidades Sanitárias; a Unidade de Pronto Atendimento do PAM3 (funcionando 24h); a Unidade de Saúde de Referência; o Centro Anti-Reumático; o Hospital de Pronto Socorro (HPS), o Centro de Controle de Zoonoses e a Unidade de Perícia e Saúde dos Servidores Municipais (PORTO ALEGRE, 1991).

Havia uma certa unanimidade entre os representantes dos usuários e dos gestores municipais que participavam da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), sobre a necessidade da municipalizar a gestão da saúde, a única voz destoante era do governo estadual. Em muitas ocasiões em que a pauta das reuniões da CIMS era sobre a habilitação à gestão Incipiente do sistema municipal, ou os representantes do governo estadual não vinham ou apresentavam propostas que não interessavam nem aos usuários e nem ao Governo Municipal. A participação do CLS da GD5 muito contribuiu com as discussões sobre o tema, pressionando os gestores estaduais para que viabilizassem a municipalização.

> A municipalização aconteceu também por pressão popular sobre os gestores estaduais que não queriam passar para o município a gestão dos serviços de saúde. Se não tivesse havido toda uma mobilização e o nosso conselho teve uma participação bem importante no CMS, e a pressão da Secretaria Municipal, a secretaria estadual não teria repassado para a gestão do PT (ENTREVISTA 2, GESTOR, 2002).

Segundo Ramos (2001), já eram previstas dificuldades, pelos gestores municipais da SMS, para o gerenciamento da totalidade das ações em saúde, antes mesmo da assinatura do termo de adesão à municipalização. Sabia-se que as condições físicas das redes estadual e federal eram precárias. Os locais de atendimento, equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico não recebiam manutenção, havendo, também, problemas quanto a reposição de medicamentos. Somando-se a isso, a administração de planos de carreiras distintos, das esferas municipal, estadual e federal, e ações visando a readequação de profissionais e trabalhadores em saúde à nova cultura institucional do setor (RAMOS, 2001, p. 28). Além dessas questões, não havia garantias quanto ao repasse, regular e suficiente, de recursos

financeiros da esfera federal e estadual para a municipal que assegurassem a oferta de serviços compatíveis com as necessidades de saúde da população.

> [...] Em 2001 a Prefeitura gastou 35 milhões a mais do que o governo federal, repassou para pagamento dos procedimentos e compra de medicamentos. Então, isso faz muita diferença no tesouro municipal. Tu vê, é uma política de tal complexidade que nem a prefeitura, como a de Porto Alegre, tem condições de financiar sozinha. Então, o governo federal tem que aumentar o repasse e o estadual também (ENTREVISTA 11, GESTOR, 2003).

O gasto público municipal em saúde foi sempre superior ao recurso repassado pelos governos estadual e federal, por conta da complexidade crescente de procedimentos e do aumento da demanda "interna" e "externa". A demanda "interna" crescente é formada pela parcela da população que migra dos seguros de saúde privados para o SUS, tendo em vista o aumento do desemprego e do trabalho precário. Acresce-se a isso o aumento da resolutividade do sistema.

> O grau de pauperização...o pessoal não segura mais os planos privados de saúde. E outra, que eu também acho que o pessoal está acreditando mais no próprio sistema público, acreditando no SUS mesmo. [...] Eu me lembro, eu estou há 30 anos nessa coisa. Eu recordo que antes eu não tinha compromisso com nada, inclusive o serviço público era rico, todos nós pensávamos assim. E agora tu vês que inclusive ... está mais resolutivo. Até tem uma central de marcação de consultas, eu não diria que não funciona bem, é que é muito solicitado, muita demanda. Mas esses problemas existiram sempre. Eu dava um papel da receita a um neurologista prá criança. Sabia eu se a mãe ia buscar ou não? Agora pelo menos, mesmo que não venha a contra-referência, eu sei que tem uma central de marcação que pode dizer: "o absenteísmo foi 'X'. Tem especialidade estrangulada" (ENTREVISTA 3, TÉCNICO, 2002).

O aumento da demanda "externa" se deve ao fato de que a rede municipal de saúde de Porto Alegre, além de atender a sua população residente, é referência em serviços de média e alta complexidade, principalmente, para a população da RMPA e demais municípios do estado; como também, em alguns casos, para a região sul do país. Tal fato cria uma defazagem entre oferta de serviços e demanda, comprometendo a qualidade e resolutividade dos serviços públicos municipais, isso porque parte dos recursos *per capita* repassados tomam como base a população municipal.

Uma das estratégias para a reorganização do sistema de referência e contra-referência, foi a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde e implantado em Porto Alegre na segunda gestão da Administração Popular (1993-1996). As formas de acessar o sistema público de saúde, até então, eram duas: através das unidades de saúde e das urgências, ambas trabalhando com demanda espontânea. Com a introdução dos

PSF ampliou-se o acesso, porém trabalhando-se com território[38] fechado de atendimento e população adscrita. Ou seja, trabalhando com área de atuação[39] definida e um número limitado de famílias cadastradas e referenciadas a uma determinada Unidade de Saúde da Família (USF) (BRASIL, 1997, p. 11-12).

Esse capítulo procurou apresentar, em linhas gerais, uma caracterização socioeconômica, demográfica e da saúde de Porto Alegre, bem como do processo de setorização da saúde na cidade. Ao apresentar essa caracterização, buscou-se demonstrar que algumas regiões da cidade tem maior facilidade em acessar bens e serviços públicos de saúde do que outras. Destacou-se que a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5) ocupa o segundo lugar em número de serviços de saúde da rede básica e o primeiro em termos de recursos humanos, contando com 510 profissionais e trabalhadores da área de saúde da rede básica.

---

[38] Segundo Aerts e Alves (1997), a delimitação de território de atendimento possibilita, entre outras coisas, (a) conhecimento da configuração epidemiológica, (b) o reconhecimento da história, dos problemas e das demandas da população, (c) uma nova forma de relacionamento entre população e membros da equipe de saúde e (d) a articulação de parcerias entre instituições públicas, privadas e cidadão (AERTS e ALVES, 1997).

[39] Trabalhar com área de atuação significa trabalhar com território delimitado, composto por setores censitários, circunscrevendo um serviço de saúde, onde a equipe responsável atuará planejando e desenvolvendo ações de vigilância da saúde (AERTS e ALVES, 1997).

4. GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL (GD5): ORGANIZAÇÃO POPULAR E PARTICIPAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Este capítulo apresenta características socioeconômicas, demográficas e da saúde da gerência distrital 5 (GD5). Essa GD5[40] é composta por três distritos sanitários, são eles: os distritos Glória, Cruzeiro e Cristal. Nesse estudo serão utilizadas as denominações Grande Glória e Grande Cruzeiro, pois correspondem a uma articulação política dos atores sociais envolvidos nos movimentos populares dessas regiões, a qual teve início no final da década de setenta, permanecendo vigente[41]. O capítulo dará destaque à história da organização e da participação de usuários do SUS no Conselho Local de Saúde[42] e à ação dos gestores públicos municipais nessas regiões.

4.1 Características socioeconômicas e demográficas

A área de atuação da GD5 corresponde aproximadamente 20% da área total da cidade de Porto Alegre. As regiões Grande Cruzeiro e Grande Glória, que integram a gerência, estão localizadas respectivamente a 4 Km e a 5 Km do centro urbano e financeiro de Porto Alegre[43].

Como pode ser observado na Tabela 4, em 2001, a distribuição da população residente em núcleos e vilas irregulares em Porto Alegre não era homogênea. A menor concentração encontrava-se nas áreas de atuação da gerência distrital Centro (GD1) correspondendo a 1,78% enquanto a maior estava localizada na área da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5) com 45,66% da população da gerência residindo em núcleos e vila irregulares. Por conseguinte, eram nessas regiões que encontravam-se a maior parte de domicílios em vilas populares (35,94%) (PORTO ALEGRE, 2001-2002).

---

[40] Com a nova regionalização da cidade na área da saúde, que aumentou de 11 para 16 o número de distritos sanitários e de 6 para 8 gerências distritais de saúde, ocorreram mudanças nas denominações dos distritos e gerências. A atual gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5) era chamada de gerência distrital IV. Nesse estudo utilizaremos a atual denominação, ou seja, de GD5.

[41] Ver Anexo 9 (p. 122), Anexo 10 (p. 124) e Anexo 11 (p. 126).

[42] O atual Conselho Local de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal era chamado de Conselho Local de Saúde IV. Nesse estudo utilizaremos a atual denominação de Conselho Local de Saúde da gerência distrital de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal, ou seja, CLS da GD5.

[43] Para calcular a distância dos bairros da cidade em relação ao centro administrativo e financeiro de Porto Alegre, considerou-se o prédio da Prefeitura Municipal de POA como marco zero, Outrossim, considerou-se para a tal definição, deslocamento dos bairros da cidade através de transporte público coletivo.

TABELA 4 - Distribuição da população total, população residente em núcleos irregulares e por domicílios em núcleos e vilas irregulares, por gerência distrital, Porto Alegre, 2002.

Gerência Distrital	Total. Popul.	Total Popul. Em vilas	% Popul. em vilas	Total Domicílios	Total domic. Em vilas	% Domic. em vilas
GD1 – Centro						
DS 16 – Centro	259.213	4.625	1,78	84.434	1.186	1,40
Total	**259.213**	**4.625**	**1,78**	**84.434**	**1.186**	**1,40**
GD2 – Humaitá/Navegantes/Ilhas /Noroeste						
DS 2 – Noroeste	124.637	7.617	6,11	40.598	1.953	4,81
DS 1 – Hum/Navegant/Ilhas	52.360	15.666	29,92	17.055	4.017	23,55
Total	**176.997**	**23.283**	**13,15**	**57.653**	**5.970**	**10,36**
GD3 – Leste/Nordeste						
DS 3 – Leste	107.985	33.719	31,23	35.174	8.646	24,58
DS 6 – Nordeste	31.402	20.810	66,27	10.228	5.336	52,17
Total	**139.387**	**54.529**	**39,12**	**45.402**	**13.982**	**30,80**
GD4 – Norte/Eixo-Baltazar						
DS 5 – Norte	98.497	38.122	38,70	32.084	9.775	30,47
DS 14 – Eixo-Balrazar	76.216	13.841	18,16	24.826	3.549	14,30
Total	**174.713**	**51.963**	**29,74**	**56.910**	**13.324**	**23,41**
GD5 Glória/Cuzeiro/Cristal						
DS 9 – Glória	43.159	16.676	38,64	14.058	4.276	30,42
DS 10 – Cruzeiro	60.580	33.326	55,01	19.732	8.545	43,31
DS 11 – Cristal	24.383	8.498	34,85	7.942	2.179	27,44
Total	**128.122**	**58.500**	**45,66**	**41.732**	**15.000**	**35,94**
GD6 – Sul/Centro-Sul						
DS 15 – Sul	59.531	12.004	20,16	19.391	3.078	15,87
DS 12 – Centro-Sul	104.186	12.250	11,76	33.936	3.141	9,26
Total	**163.717**	**24.254**	**14,81**	**53.327**	**6.219**	**11,66**
GD7 – Lomba/Partenon						
DS 7 – Partenon	125.594	43.321	34,49	40.910	11.108	27,15
DS 4 – Lomba do Pinheiro	47.407	16.208	34,19	15.442	4.156	26,91
Total	**173.001**	**59.529**	**34,41**	**56.352**	**15.264**	**27,09**
GD8 – Restinga/Extremo-Sul						
DS 8 – Restinga	46.476	6.891	14,83	15.139	1.767	11,67
DS 13 – Extremo-Sul	23.901	3.584	15,00	7.785	919	11,80
Total	**70.377**	**10.475**	**14,88**	**22.924**	**2.686**	**11,72**
Total POA	**1.285.527**	**287.158**	**22,34**	**418.734**	**73.631**	**17,58**

Fonte: PORTO ALEGRE, 2001-2002.

A criação das vilas na Grande Cruzeiro e Grande Glória teve início em meados dos anos setenta, quando ocorreram as remoções de núcleos irregulares nas áreas próximas ao centro financeiro e administrativo de Porto Alegre, promovidas pelos administradores públicos municipais, por conta do processo de urbanização da cidade. A população removida das áreas de ocupação irregular próximas aos bairros Azenha e Menino Deus deram origem as vilas da Grande Cruzeiro[44]. Muitas famílias buscaram áreas vazias e próximas ao centro da cidade, tendo em vista a facilidade de acesso aos serviços públicos e aos transportes coletivos.

[44] Vila Ilhota, Vila Cabo Rocha.

A maior parte das áreas ocupadas da região da Grande Cruzeiro eram de propriedade dos governos estadual e federal. Como relata uma moradora da região:

> Prá Restinga[45] ia quem podia pagar, quem tinha uma vida profissional mais ou menos organizada ou quem era apadrinhado por determinada pessoa e tal, e prá cá vinham os outros (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Os problemas gerados pela remoção dos núcleos irregulares da cidade causaram situações de segregação espacial e social. Os moradores eram retirados pelo poder público das áreas ocupadas sem que, entretanto, houvesse preocupação com seu reassentamento. A intensificação da urbanização, de acordo com Jacobi (1989), acentuou as desigualdades sociais, produzindo segregação no nível de apropriação dos bens e serviços (públicos e privados) entre o centro e a periferia (JACOBI, 1989, p. 19).

No caso de Porto Alegre, as mobilizações promovidas pelas associações comunitárias, que representavam os interesses dos residentes em áreas de ocupação irregular, tiveram caráter fortemente reivindicativo, a exemplo do que ocorreria nas demais metrópoles brasileiras nos anos setenta. Um indicador da intensa atividade dos movimentos sociais urbanos em Porto Alegre foi a criação dos conselhos populares e da União das Associações de Moradores de Porto Alegre (UAMPA), na década de setenta. Essas entidades congregavam, respectivamente, associações comunitárias das regiões e de toda a cidade (SILVA, 1997, p. 79).

Os primeiros conselhos populares criados na cidade foram: Grande Cruzeiro - também denominado União de Vilas - Grande Glória, Partenon, conselho popular Leste e Restinga. Os dois primeiros estavam localizados nas áreas de atuação da GD5. Através da resistência às remoções dos núcleos irregulares da cidade e da organização das demandas regionais, esses conselhos pressionavam, principalmente o governo municipal, para que assegurasse a permanência da população nas áreas em que haviam instalado suas casas e ampliasse a oferta de bens e serviços públicos.

O conselho popular da Grande Cruzeiro produziu uma seqüência de ações reivindicando a regularização fundiária e obras de infra-estrutura que garantissem a melhoria das condições de vida da população. A capacidade de ação e a luta pelo direito a cidadania foi

---

[45] Nos anos setenta os transportes coletivos que atendiam a Restinga eram precários e realizavam um deslocamento aproximado de 12 Km até o centro de Porto Alegre. Por um lado, ir para Restinga significava gastos com locomoção, distância dos serviços públicos em geral e de saúde, comprometimento da renda familiar, já que essa população realizava trabalho de biscates. Por outro, significava a necessidade de renda fixa mensal para manter as mensalidades das casas populares. Esses fatores, basicamente, foram os responsáveis pela preferência pela ocupação de áreas próximas ao centro da cidade.

potencializada pela (a) presença de religiosos da igreja católica identificados com a Teologia da Libertação, implantando as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), (b) atuação de estudantes e intelectuais ligadas aos partidos de esquerda e sindicatos nessa região e (c) a presença de servidores públicos (profissionais de educação, profissionais de saúde) das administrações públicas municipal, estadual e federal, que opunham-se ao regime militar, muitos deles, defendendo alternativas socialistas para a organização da sociedade brasileira (ENTREVISTAS, 1, 2, 3, 4, 2002; 8, 9, 10, 11, 12, 2003).

No início dos anos noventa, uma pesquisa realizada na Grande Cruzeiro constatou que a maior parte da população das vilas e núcleos irregulares tinha ocupações precárias, trabalhando principalmente, na construção civil, como ambulantes, em pequenos comércios, como artesãos, empregadas domésticas, auxiliares de escritório e atividades de biscates (CECCIM, 1990, p. 87). O quadro de ocupações da população residente nessa área parece não ter-se alterado muito, predominando atualmente além daquelas, as atividades de catadores, de guardadores de carro (flanelinhas) e atividades ligadas ao tráfico de drogas. É essa população, de baixa renda, com ocupação precária e residente em núcleos e vilas populares que pressiona pela ampliação dos serviços públicos. No caso da saúde são considerados usuários preferenciais do SUS, pois utilizam exclusivamente o sistema público para resolver os seus problemas de saúde (CORTES, 2002b, 171; PORTO ALEGRE, 1999, p. 13).

4.2 Características da rede saúde

Conforme a Tabela 5, em 1999[46], 31% da população da atual GD5, residia em núcleos e vilas irregulares, (49.230 de 158.837). Nesse ano, ela era a segunda gerência mais bem atendida por médicos (156) e consultórios médicos (104), considerando como usuários apenas a população residente em núcleos e vilas irregulares. A relação revelava a existência de 316 usuários potenciais para cada médico e 473 para cada consultório médico. Considerando toda a população, a atual GD5 apresentava a melhor relação médico/usuário, consultório médico/usuário, respectivamente 1.018 usuários por médicos e 1.527 usuários por consultório médico.

[46] Nesse estudo os dados de consultórios médicos e médicos, basearam-se nas informações contidas no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre de 1999. Os dados atualizados não foram disponibilizados pela SMS, pois estes ainda estavam sendo consolidados.

Nesse ano, a GD5 apresentava uma grande proporção de população residente em núcleos e vilas irregulares, o que significava a existência de maior proporção de usuários potenciais da rede pública de saúde. De acordo com os dados, nesse período existia uma razoável oferta de serviços de rede básica indicada pela relação médico/usuário e consultório médico/usuário.

TABELA 5 - Distribuição da população das gerências distritais de saúde, por médicos e consultórios médicos, Porto Alegre, 1999.

Gerência Distrital	Pop. Geral	Pop. Núcleo Irregular	Consultório Médico	Médico	Pop. Núcleo Irregular/ Consultório Médico	Pop. Núcleo Irregular/ Médico	Pop. Geral/ Consultório Médico	Pop. Geral/ Médico
GD1	359.322	19.863	89	250	223	79	4037	1437
GD2	224.269	69.627	63	112	1105	622	3560	2002
GD3	211.128	44.764	41	88	1092	509	5149	2399
GD4 (atualGD5)	**158.837**	**49.230**	**104**	**156**	**473**	**316**	**1527**	**1018**
GD5 (atualGD2)	200.582	43.415	104	179	417	243	1929	1121
GD6	147.838	58.024	34	72	1707	806	4348	2053

Fonte: PORTO ALEGRE, 1999.

Já em termos de serviços, em 2002, a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5), disponibilizava na sua rede, serviços básicos, de média complexidade e serviços especializados. Contava com serviços próprios e contratados de diagnóstico em laboratórios e de tratamento na área de diálise e traumatologia. No entanto, a maior parte da demanda por serviços especializados é encaminhada para a gerência distrital de Saúde Centro (GD1). Está localizado na região o Centro de Saúde Vila dos Comerciários, também conhecido como Postão dos Comerciários e PAM3, que oferece serviços em várias especialidades e disponibiliza atendimento na área de reabilitação. Contava ainda com ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DST/AIDS), com um Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS Mental 4), com um Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e com Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADOT), entre outros. Também está localizado na região, um Pronto Atendimento 24 Horas Cruzeiro do Sul (PACS). Saliente-se, que o PACS foi o primeiro pronto atendimento público de Porto Alegre a funcionar fora de hospitais e o primeiro serviço de emergência aberto na cidade com vistas a desafogar a concentração do atendimento no Hospital de Pronto Socorro (HPS). Na região encontram-se ainda três hospitais: Divina Providência, Parque Belém e Espírita. Os equipamentos disponíveis nas Unidades Sanitárias (US), Programa da Saúde da Família (PSF), Centro de Saúde (CS) e hospitais, da referida gerência, totalizam 104 consultórios médicos, oito equipos odontológicos e 794 leitos acrescidos de 18 em UTI. Em 1999, os recursos humanos dessa

rede totalizavam 519 profissionais, dos quais 237 eram de nível superior (156 médicos, 27 enfermeiros, 24 dentistas e 47 de outras profissões) e 281 eram de nível médio (131 auxiliares de enfermagem, 32 agentes comunitários e 118 de outras profissões e um não identificado) (PORTO ALEGRE, 1999, p. 56).

4.3 Organização popular e participação

A população removida das áreas próximas dos bairros Azenha e Menino Deus, que ocuparam áreas vazias pertencentes aos poderes públicos estadual e federal, constituíram as primeiras vilas da Grande Cruzeiro em meados dos anos setenta. Em 1978, o então Prefeito de Porto Alegre, Guilherme Socias Vilela[47], tentou remover a população que ali se encontrava com a justificativa de executar a obra de uma avenida de aproximadamente sessenta metros de largura. Existia, também, a pressão dos moradores de classe média da região, sobre os gestores municipais para que a remoção fosse feita, pois a presença de vilas na região significava a desvalorização dos seus imóveis.

> Aí começou a ser construído esse conjunto habitacional aqui de classe média. Foi o último despejo aqui, porque ali tinha uma vila e aí o pessoal veio morar mais por aqui e aí empilhou mais a região da Tronco e ali na Tronco foi o primeiro lugar da cidade que resistiu contra o despejo. Quando chegou ali, o pessoal disse: "agora daqui ninguém vai sair mais" (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Com o início da ação dos administradores públicos da cidade visando a remoção da população residente na área prevista para a abertura da avenida, desencadeou-se a primeira ação coletiva dos ocupantes, no sentido de resistir a remoção das vilas localizadas na região da Tronco e arredores. Essa ação, realizada através de um movimento de luta e pressão, mobilizou aproximadamente três mil pessoas que acamparam à beira da avenida Cruzeiro do Sul garantindo a permanência da população naquela região. A população também garantiu a diminuição do traçado da Avenida Tronco (atual Moab Caldas) para quarenta e cinco metros ao invés do previsto inicialmente. Conquistou também, no ano seguinte, a representação dos moradores da região no Conselho de Planejamento do Plano Diretor da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (ENTREVISTA 14, LIDERANÇA MP, 2003).

> O Vilela era o prefeito e aí começou a luta por resistência. Foi o lugar onde teve o primeiro acampamento na beira da avenida. A desculpa que eles

[47] Gestão do Prefeito de Porto Alegre Guilherme Socias Vilela: de 1973 a 1980.

> usavam naquele período era o seguinte: "vai passar uma avenida aqui", que é essa bendita avenida que passa agora na frente do Postão, que a gente sempre chamou de Tronco e que agora é a Moab Caldas [...] Aí a gente tinha um lema, que até hoje, de vez em quando os mais antigos ainda lembram, que dizia: "que a avenida passe e que o povo fique" (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Havia uma compreensão das lideranças do movimento popular de que quanto maior o número de associações de moradores, mais fácil seria organizar a luta para pressionar o poder público para atender as demandas reivindicadas. Assim, a grande tarefa que se apresentava naquele momento era construir uma associação em cada uma das vinte e seis comunidades da região. Um advogado, que defendia as vilas nesse período, tinha esclarecido a população sobre os seus direitos. Perante a justiça não existia lei que permitisse que as pessoas continuassem ocupando aquelas áreas, então, eles teriam de criar um fato. De acordo com relato de entrevista (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003), o prefeito João Antônio Dib havia mencionado que a população que ali se encontrava não tinha direito de ocupar áreas que não lhes pertenciam e tampouco podiam reivindicar do poder público obras de melhoria das vilas, pois não pagava impostos. Para os moradores o entendimento era outro, para eles as taxas embutidas nos preços das mercadorias precisavam também ser consideradas.

> O advogado que defendia as vilas nesse período, ele dizia o seguinte: "se nós formos prá justiça, não tem lei que vai deixar a gente ficar, então, nós temos que criar um fato e o fato é a gente cuidar da terra como se dela fosse dono". Então, aí começamos a brigar pela infra-estrutura dentro da comunidade e aí nós mesmos construímos o centro comunitário e [...] a solidariedade ela era uma coisa...que não era uma palavra tão dita de tão executada que ela era né. A gente fazia mutirão nos fins de semana prá construir um centro comunitário em cada vila. Terminava numa vila aqui e ia prá uma outra lá e assim foi indo (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

No governo de João Antônio Dib[48], a região foi decretada área de utilidade pública. Isso significou uma situação de congelamento das desapropriações e um controle sobre a entrada de novas famílias na área. A partir daí, iniciou-se uma intensa organização e mobilização popular em cada comunidade da Grande Cruzeiro que resultou na criação, em 1978, da União de Vilas[49].

> [...] e como naquele tempo ainda não estava ainda a história da Constituição, as mudanças políticas e tal no país, era tudo muito difícil. Então, tu tinhas só um único método de ação, que era a resistência, quase a força. Então, tudo o que acontecia tu tinhas que fechar a rua, tu tinhas que fazer alguma

---

[48] A Gestão do Prefeito João Antônio Dib foi de 1981-1984.

[49] A União de Vilas foi criada em 1978 e chamava-se União de Vilas da Zona Sul, congregando na época, aproximadamente 26 entidades comunitárias pertencentes as Vilas: Aimoré, Arapeí, Beco do Adelar, Cruzeiro, Dona Malvina, Gaúcha, Jacuí, Jardim Europa I, Jardim Europa II, Maria, Mariano de Matos I, Mariano de Matos II, Orfanotrófio I, Orfanotrófio II, Rio Branco, Santa Anita, Santa Tereza, Tronco.

> barricada, tu tinhas que dizer: "daqui não saio, daqui ninguém me tira e tal. E isso...foi assim que nasceu a União de Vilas (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Garantida a permanência da população ocupante na área, as demais reivindicações do conselho popular foram no sentido de exigir do poder público obras de infra-estrutura básica na região. Demandava-se acesso a água potável, canalização dos esgotos pluvial e cloacal, coleta do lixo e, mais tarde, a regularização fundiária. A criação de comissões permanentes da União de Vilas, principalmente as comissões de habitação, saúde e saneamento e educação, não só indicavam a capacidade organizativa da região, como também as prioridades do movimento.

> Eu vim prá cá em 93 e já vim prá cá sabendo da história dessa região, que em 87, acho que foi, o povo daqui se organizou, já tinha uma história bem importante com relação a participação popular de se organizar e conseguir todas as coisas através da participação popular, postos de saúde, escolas...então, tinha um movimento bem forte e que tem até hoje, que é o conselho popular da Glória, a União de Vilas da Grande Cruzeiro. Sempre com mais ênfase na União de Vilas que era mais antiga e mais forte. A partir daí toda a regularização fundiária, isso foi feito através da União de Vilas Porque essa região foi uma região de ocupação (ENTREVISTA 4, TÉCNICO, 2002).

A primeira comissão a ser criada foi a de habitação em 1978, com a finalidade de organizar a população para garantir a sua fixação nas áreas ocupadas, através da luta por regularização fundiária. A medida que surgiam problemas, produzidos pelas condições de vida precária da população na região da Grande Cruzeiro, constituíam-se as comissões temáticas da União de Vilas.

Posteriormente criou-se a comissão de saúde e saneamento que debruçou-se sobre os problemas de saúde gerados pela falta de infra-estrutura, desenvolvendo ações bastante emblemáticas para o movimento popular, como foi o caso da realização das primeiras obras de esgotamento misto na região da Tronco. A localidade sofria freqüentemente com alagamentos e convivia com esgotos a céu aberto e lixos lançados nos becos. Em 1984, ainda na gestão do Prefeito João Antônio Dib, após várias tentativas de reivindicação, negociação junto ao órgão público responsável pelo atendimento da rede de esgoto da cidade, sob a direção do Departamento de Esgoto Público (DEP) e longa espera, foi desencadeada em uma ação envolvendo os moradores da parte baixa da vila Tronco, próxima a área de acesso principal do PAM3. Após a informação, de um morador da região, da existência de muitos canos ociosos e sem destinação nos depósitos do DEP, organizou-se grupos de ação visando na região. Enquanto algumas pessoas se deslocavam até o referido local onde estavam depositados os canos, outras abriam valas na vila para a instalação do que seria a rede de

esgoto misto. Os canos foram retirados do depósito e transportados por uma caçamba para a região.

> Um dia a gente foi lá no DEP, derrubamos a cerca e colocamos todos os canos dentro do caminhão, trouxemos e enterramos tudo durante a noite. Aí no outro dia veio a polícia buscar os canos, a gente disse: "olha, vocês vão ter que desenterrar os canos". Aí foi...agora a gente acha engraçado, mas a gente fazia isso com muita certeza de que o que nós estávamos fazendo era a coisa certa e estava certo mesmo (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

A ausência de infra-estrutura na região era responsável pela ocorrência de epidemias, como foi o caso da área, hoje conhecida como Vila Orfanotrófio II, causando óbitos pela presença de coliformes fecais na água. Esse acontecimento fez com que a população compreendesse o caráter social da doença. Além disso, muitos indicadores de saúde apontavam para a necessidade de uma ação estatal na região da Grande Cruzeiro, pois ela contava com o maior índice de mortalidade infantil da região sul do país

> Nós tivemos uma epidemia, teve gente e muitas crianças que morreram e aí que começou a nossa luta por saúde. Nós tínhamos uma compreensão de que saúde era o resultado de vários elementos que não só a existência de equipamentos de saúde. A gente descobriu que 80% dos nossos problemas de saúde era porque nós não tínhamos saneamento, que era um quadro diferente do que é hoje. [...] Então, esse lugar aqui ele até meados de oitenta ele era o maior bolsão de miséria do RS, maior índice de mortalidade, maior índice de violência, maior índice de água contaminada. Não tinha água, não tinha luz, não tinha recolhimento de lixo, não tinha ônibus, não tinha nada. Tinha gente, gente, gente (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Em 1986, foi criada a comissão de educação, que foi muito atuante em um período em que as comunidades carentes tinham dificuldades em conseguir vagas nas escolas públicas, tanto estaduais como municipais. As comunidades da Grande Cruzeiro realizavam, antes do início do ano letivo, levantamentos sobre o número de crianças em idade escolar, para reivindicar das secretarias municipal e estadual de educação as vagas necessárias.

> Nós chegava dizendo: nós temos tantas crianças assim em idade escolar. E tu brigava prá conseguir um lugar aqui, conseguir um lugar ali. Hoje ninguém sabe mais, porque a escola já não é aquela preocupação como era antes. Mas nós sabia (ENTREVISTA 6, USUÁRIO, 2003).

A dificuldade no sentido de garantir que toda a criança em idade escolar conseguisse uma vaga nas escolas públicas municipais ou estaduais, agravou-se ainda mais com o desmoronamento de uma escola de madeira que pertencia ao estado. A população realizou várias ações reivindicativas exigindo do poder público a reconstrução da escola. A não resolução do problema por parte do estado conduziu a população a uma ação no sentido de ocupar uma área ociosa que pertencia ao Instituto da Previdência do Estado (IPE) do Rio Grande do Sul.

> Nós já tinha ocupado o terreno do IPE e ainda estávamos ali depois de seis meses [...] nós queria o local para colocar a escola da Vila Jardim, que tinha literalmente caído. O Collares disse que não tinha terreno para colocar a escola. E aí nós ocupamos o terreno do IPE, fizemos um barracão de lona e começamos a dar aula para as crianças ali. Daí eles começaram a negociar município com o estado. Chegou um momento que eles negociavam e não saíam do lugar, aí nós colocamos duas pessoas juntos da comunidade nesse conselho para forçar e conseguimos. Aí, um mês e pouco deslancharam, negociaram, assinaram o estado e o município, daí começaram a construir a escola (ENTREVISTA 13, USUÁRIO, 2003).

A luta por um local adequado para deixar as crianças, enquanto os adultos das famílias trabalhavam, sempre esteve presente nas discussões da União de Vilas. Muitas mães tinham de deixar seus filhos sozinhos em casa, sem a presença de um adulto. Alguns relatos fazem referência há muitas situações em que moradores arrebentavam as portas das casas para atender crianças que choravam sozinhas sem ter quem as cuidassem. Esse fato mobilizou intensamente as comunidades para a conquista de um espaço em função da gravidade do problema.

> E na questão das creches também a gente sempre teve muita atividade, tanto que hoje aqui nessa região, nós somos os que mais tem creches, mais tem posto de saúde, mais tem equipamento social. Eu atribuo tudo isso ao nosso estilo de luta, que foi uma característica inconfundível. Porque sempre tinha uma ação muito forte nossa (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Durante as décadas de oitenta e noventa, a região da Grande Cruzeiro caracterizava-se por sua intensa organização popular, que objetivava sensibilizar os gestores públicos para as necessidades sociais da população local. O não atendimento das reivindicações de obras de infra-estrutura e melhoria do acesso a bens e serviços estatais, resultou muitas vezes em ações emblemáticas. Nessa época, o tipo de ação do movimento popular dessa região já era reconhecido pelos administradores públicos, o que fez com que dispensassem àquela população uma atenção especial.

> O nosso senso de propriedade e auto-estima era uma coisa muito bem resolvido, por isso a gente agia com tanta contundência. Nós ficamos reconhecidos na cidade por esse comportamento. Então, foi assim que o poder público aprendeu a nos respeitar, foi assim que eles aprenderam a nos ouvir. Porque quando a gente dizia que ia fazer uma coisa aí fazia mesmo. Mas nós fizemos muita ação junto ao governo, porque quando nós entendíamos que o governo estava correto e que aquilo tinha que fazer, independente de qual partido que estava no poder (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

A precocidade das organizações populares na Grande Cruzeiro, em torno das questões de infra-estrutura, educação, habitação e de saúde, é amplamente reconhecida, forjando-se, inclusive, como um paradigma de organização e de luta. Isso porque, outras regiões da cidade

com características socioeconômicas e demográficas semelhantes à Grande Cruzeiro, não conseguiram constituir movimentos sociais tão expressivos. Na década de oitenta, a criação das Comissões da União de Vilas teve um papel importante a partir da articulação de atores sociais com origens institucionais de natureza distinta. Foi a constituição de uma *policy community* regional, envolvendo técnicos das burocracias estatais, profissionais das áreas de educação, saúde, políticos de orientação de esquerda, lideranças dos movimentos popular e sindical e lideranças dos usuários do sistema público de saúde, que assegurou a essa região o reconhecimento público sobre sua intensa mobilização na área de saúde.

4.4 Organização popular e participação na área da saúde

É possível observar em Porto Alegre uma diferença quanto a organização popular e participação nos fóruns da política de saúde. Alguns conselhos locais de saúde (CLS) têm experiências pouco expressivas de mobilização e participação de usuários, como é o caso do conselho da região central da cidade. As razões para essa pouca mobilização tem relação com o perfil da sua população, predominantemente de classe média e alta; a facilidade quanto ao acesso aos serviços públicos, devido a existência de concentração de serviços de saúde de todos os níveis de complexidade na região. Além disso, populações de renda média e alta são usuários eventuais do SUS, a medida em que contam com algum tipo de convênio privado e somente acessam serviços que seus planos de saúde não cobrem, como os serviços de emergências e terapias de alta complexidade.

Em contraste, regiões periféricas ao centro da cidade apresentam uma intensa mobilização em torno das questões de saúde. Caso exemplar é o da região Grande Cruzeiro, que antes mesmo da criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) - com vigência a partir de 1984 e que previam a criação de Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde - já havia constituído uma comissão de saúde e saneamento em seu conselho popular, denominado União de Vilas. Tal mobilização ajuda a compreender as conquistas, em termos de ampliação e melhoria dos serviços da região, realizadas na área ao longo das décadas de oitenta e noventa. De acordo com Ceccim (1990),

> [...] historicamente houve um empenho das populações dessas regiões periféricas da cidade em se organizar em torno do setor saúde e mostrar que o nível de mobilização alcançado pelo movimento popular contabiliza uma série de conquistas e um efetivo controle da população sobre a gestão da saúde municipal. Os movimentos populares dessas regiões sempre rejeitaram

> as iniciativas consultivas das instituições para fazer valer seus interesses na oferta de serviços acessíveis e de boa qualidade (CECCIM, 1990, p. 84).

O acesso aos serviços municipais, estaduais e federais de saúde, tão problemático para a população usuária do sistema público, se dava, principalmente, no sentido de acesso geográfico, entendido como forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde (UNGLERT, 1995, apud RAMOS, 2001, p. 60-95). Os custos que envolviam o deslocamento dos usuários a determinados serviços, a compra de medicamentos, a realização de exames, somavam-se às dificuldades do transporte de pacientes graves para serviços públicos de emergência. Uma moradora relata bem essa dificuldade:

> As pessoas que moravam nessa região, na época...meados da década de oitenta, por aí, elas tinham pouco acesso também aos serviços de saúde. Porque a pavimentação era precária, tinha uma série de outros entraves para ter acesso a saúde, e uma delas era o deslocamento das pessoas. Eles não tinham como se deslocar até o lugar mais próximo, era o HPS ou o HCPA, principalmente, com relação ao atendimento de crianças e qualquer urgência. Uma área também de tráfico de drogas, de criminalidade, Então, seguido tinha algum problema de alguém baleado, esfaqueado e aí era difícil, muito difícil (ENTREVISTA 4, TÉCNICO, 2002).

Também havia a preocupação dos moradores da região quanto ao acesso funcional, ou seja, o acesso a serviços de saúde, que envolve aspectos como disponibilidade de atendimento especializados, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (UNGLERT, 1995, apud RAMOS, 2001, p. 60-95). Em algumas situações a comunidade chegou a organizar campanhas de controle de doenças através da vacinação, o que demonstrava o nível de articulação entre lideranças populares e moradores e, principalmente, o alto nível de seu envolvimento com questões relacionadas à saúde.

> O posto modelo era o lugar mais perto. Então, aí vinha uma Kombi, mas aí tinha toda uma participação da comunidade diferente do que tem hoje. Nós sabíamos que tal dia vinha a Kombi prá vacinar. Uma semana antes nós passávamos de casa em casa, conversava com as pessoas: "olha, tal dia vai vir nesse horários". Porque tinha que ser tudo bem certinho, porque era quase que um favor aquela Kombi vir aqui prá vacinar, entendeu? Então, tinha que estar tudo bem organizadinho, a gente ia com as pessoas prá vacinar, pesar, prá tudo (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Com a adesão do município de Porto Alegre ao Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), através das Ações Integradas de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, em cumprimento às exigência do termo de adesão, instituiu a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS). A CIMS, que funcionou entre 1985 à 1991, deu origem ao Conselho Municipal de Saúde, criado em 1992, cumprindo determinação legal (BRASIL, 1990b). Já as CLIS deram origem aos

Conselhos Locais de Saúde, sendo o CLS da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5), um dos mais atuantes da cidade.

Nessa época, uma das lutas do CLS da GD5 era pelo cumprimento da carga horária dos funcionários públicos da área de saúde, principalmente, da categoria médica. Outra luta importante era pela reativação do Pronto Atendimento no Centro de Saúde Vila dos Comerciários, também conhecido como Postão dos Comerciários e PAM3.

> A batalha por saúde era por muitas coisas. Uma inclusive é essa que está hoje se querendo que faça, que os médicos cumpram a carga horária [...] que houvesse médicos prá atender a população. Segundo, que houvesse ali na zona sul, no antigo Postão dos Comerciários, uma emergência, como é agora. Isso que tem lá hoje é uma luta da população, que ocupou, que fez pesquisa de opinião e de necessidade. Era tanto os funcionários como a população, como os médicos, batalharam prá que aquele serviço fosse instalado ali (ENTREVISTA 8, LIDERANÇA MP, 2003).

Em 1988, ocorreu a ocupação do PAM3 pelos usuários das regiões Grande Cruzeiro e Grande Glória, fortalecidos através da articulação com profissionais da rede pública de saúde, realizando uma ação histórica na região. Um dos motivos que resultou na ocupação do PAM3 da Vila dos Comerciários foi a desativação da emergência pediátrica em janeiro de 1987, referência de atendimento para a zona sul da cidade. Esse processo teria ocorrido à revelia dos usuários organizados na CLIS4, deixando a comunidade sem serviços de Pronto Atendimento (CECCIM, 1990).

> No momento que eles fecharam a emergência pediátrica, nós nos sentimos assim desamparados, porque a gente não tinha hospital materno infantil próximo. E daí nós resolvemos ocupar o Postão. [...] Nós queríamos saber se tinham fechado a emergência por falta de médico ou se eles estavam lá e não trabalhavam. Daí nós organizamos a ocupação (ENTREVISTA 13, USUÁRIO, 2003).

A ocupação do PAM3 ocorreu após várias tentativas de conversação e negociação com os gestores públicos de saúde das três esferas de governo, para que reativassem a emergência pediátrica e implantassem outros serviços, como os de radiodiagnóstico e de laboratório. Os poucos serviços que ali se encontravam, funcionavam precariamente devido a falta de recursos humanos e de materiais (equipamentos de diagnóstico e medicamentos).

> [...] Esse Postão sob administração do INAMPS teve uma época que teve o seu auge de funcionamento e depois a sua decadência. Nessa época, acho que em 1988, que as pessoas daqui fizeram toda uma organização através da CLIS4 e ocuparam então esse posto, devidamente organizados, com equipes e tudo e pediram a abertura da sua emergência (ENTREVISTA 4, TÉCNICO, 2002).

O ato de ocupação do PAM3 resultou de uma intensa mobilização da *policy community* regional. A ocupação foi organizada e planejada com sessenta dias de

antecedência e comunicada à imprensa local, à Brigada Militar e às autoridades envolvidas na área de saúde das esferas de governo municipal, estadual e federal. Realizou-se levantamento detalhado dos serviços, dos equipamentos e dos recursos humanos ali existentes, visando a elaboração de um relatório que foi entregue às autoridades públicas em reunião convocada pelos ocupantes.

> A ocupação, que durou exatamente 24 horas, terminou a meia noite. Nós chegamos às 4 da manhã ocupamos todos os postos de trabalho do PAM3, desde a cozinha até a direção, eram muita gente e foi uma ocupação pacífica e não houve muita resistência [...] nós passamos sessenta dias organizando aquele único dia (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

> Nós fizemos uma direção paralela. Em cima, fizemos todo um relatório e aqui começou as primeiras discussões da municipalização. A partir daquela ocupação, que nós conseguimos avançar uma série de coisas na saúde (ENTREVISTA 12, LIDERANÇA MP, 2003).

A ação coletiva, desenvolvida com a ocupação do PAM3, conseguiu exercer um nível de pressão sobre os gestores públicos, garantindo conquistas significativas para a população da região e da cidade, em termos de acesso a serviços de emergência. O resultado[50] da ação foi a reativação do Pronto Atendimento de Assistência Médica na região da Grande Cruzeiro em maio de 1989, ficando a Prefeitura Municipal de Porto Alegre responsável pelo seu gerenciamento.

> A organização popular dos moradores da CLIS4 supõe maior participação no plano político porque cada luta reivindicativa desencadeada pelas associações de moradores converge e se amplia pela discussão nas reuniões sistemáticas, semanais, dos dois fóruns populares ampliados: a União de Vilas da Grande Cruzeiro e o conselho popular da Grande Glória (CECCIM, 1990, p. 60).

Posteriormente houve uma série de outras demandas pelo aumento e diversificação dos serviços do PAM3. Em resposta às pressões foram instalados no CS Vila dos Comerciários, ao longo dos ano noventa, vários serviços que se constituíram como referências, não apenas para a população da região como da cidade. Destacam-se, entre eles: a criação do primeiro serviço de saúde de atendimento ambulatorial de Saúde Mental da rede pública municipal. Foi instalado, também, um laboratório de análises clínicas. Implantou-se o serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DST/AIDS), e um Pronto Atendimento Odontológico noturno e de fim-de-semana (CECCIM, 1990, p.102). A escolha dessa região para implantação desse serviços, pioneiros na cidade, demonstrou o quanto os gestores municipais, em função da intensa mobilização e capacidade de pressão popular, se empenhassem em responder às demandas implantando serviços na região.

Com a reativação do Pronto Atendimento 24 Horas no PAM3, a população avaliou a necessidade de ter ambulâncias a disposição na região para o transporte de pacientes que necessitassem de atendimento mais complexos e disponíveis no Hospital Pronto Socorro (HPS) e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Muitas tentativas de negociações foram realizadas com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, visando reivindicar a disponibilidade de ambulâncias para o transporte de pacientes. Em função da demora dos órgãos públicos em atender a demanda, realizou-se um outro ato emblemático na região, após a descoberta de ambulâncias ociosas nos depósitos do Centro Administrativo. Em 1989, a população organizada constituiu uma comissão que foi até o local onde encontravam-se os veículos, retirando-os do prédio do Centro Administrativo e levando-os para o PAM3.

> [...] Tinha umas ambulâncias trancadas lá no Palácio para fazer uma festa e dar não sei prá quem, tal e tal, nós fomos lá e buscamos aquelas ambulâncias. Fomos processados, teve um processo lá, mas as ambulâncias permaneceram aqui (ENTREVISTA 12, LIDERANÇA MP, 2003).

Outro acontecimento bastante ilustrativo da intensa organização e participação em torno do setor saúde na região, ocorreu na segunda gestão da Administração Popular (1993-1996). O então Secretário de Saúde Municipal, Luís Henrique Mota, tentou estabelecer convênio com a Santa Casa de Misericórdia. Esse convênio tinha a finalidade de transferir a gestão de uma unidade sanitária, construída e equipada com recursos públicos municipais, para a referida instituição. As negociações entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Santa Casa de Misericórdia foram denunciadas pelos representantes do CLS da GD5, no Conselho Municipal de Saúde, provocando um intenso debate que resultou na garantia da permanência da unidade sob gestão municipal.

> Quando estava se discutindo a questão da Bom Jesus, o gestor municipal já tinha pronto um acordo com a Santa Casa prá que eles assumissem toda a parte de recursos humanos da unidade. O nosso conselho foi terminantemente contra, levou essa posição para o CMS e influenciou muito na decisão do CMS, que votou contra, numa seção histórica, por grande influência do nosso conselho local (ENTREVISTA 2, GESTOR,2002).

Nessa mesma gestão (1993-1996), o Conselho Municipal de Saúde iniciou a discussão sobre a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Porto Alegre. O Conselho Local de Saúde da GD5, após apropriar-se das discussões sobre tema, fato que não havia ocorrido em muitos outros conselhos, posicionou-se contra a proposta dos gestores municipais pelas dúvidas em relação quanto a forma como se daria sua implantação e gerenciamento. Algumas questões careciam de esclarecimentos, tais como: (a) a origem dos recursos para

[50] Resultou na assinatura, em 13.09.88, do Termo Aditivo ao Termo de Adesão de Porto Alegre ao SUDS.

UFRGS
Sociais e Humanidades

investimento e financiamento dos serviços e recursos humanos, (b) o critério de seleção e contratação de funcionários para os serviços e (c) o critério para a definição dos locais para a implantação das unidades.

A polêmica gerada pelo conselho local da GD5 sobre o programa, criado no âmbito federal, contribuiu muito com as discussões realizadas no CMS. Contudo, apesar do alerta do CLS da GD5 sobre os perigos que envolviam a implantação do programa, o referido conselho acabou aceitando a proposta de criação das primeiras unidades na região. Isso ocorreu, porque, apesar dos problemas identificados no modo como o PSF seria implantado, os usuários da região e seus representantes no conselho avaliaram que a instalação de unidades do PSF ampliaria o acesso a serviços de saúde na região.

Portanto, a intensa organização e participação do Conselho Local de Saúde da GD5, expressa-se através das ações desenvolvidas ao longo das décadas de oitenta e noventa, visando sensibilizar e produzir respostas dos gestores públicos municipais. Alguns exemplos do nível de organização e participação do referido conselho, dizem respeito a ocupação do PAM3, a mobilização em torno da garantia de ambulâncias, a obstrução das negociações entre Secretaria Municipal de Saúde e Santa Casa e a sua posição crítica sobre o modo de implantação do PSF. Além desses exemplos, a intensidade da participação pode ser atestada pelo papel importante dos representantes dos usuários do CLS da GD5 no CMS, aferida através do desempenho destes na Comissão de Fiscalização do Conselho Municipal de Saúde.

> Nós organizamos a Comissão de Fiscalização do CMS, que teve um papel fantástico no controle do funcionamento dos hospitais de Porto Alegre que cobravam por fora o atendimento. Eles devolveram o dinheiro para as pessoas...muitos foram flagrados pela Comissão de Fiscalização. A participação do pessoal da Grande Cruzeiro, através da figura da Beti, foi extremamente relevante, pois aquele pessoal botava a boca no trombone. Então...a comissão produzia resultados concretos na operação da qualidade dos serviços (ENTREVISTA 11, GESTOR, 2003).

É possível verificar que o movimento de saúde da GD5, produziu uma forma peculiar de se relacionar com o poder público das três esferas de governo. De acordo com o depoimento de uma liderança popular da região, todas as ações eram realizadas com muita contundência, pela certeza que as pessoas tinham de ter direito ao acesso a bens e serviços públicos. Essa forma do movimento popular agir tinha o objetivo de produzir um efeito sobre o Estado, fazendo com que ele atendesse as suas demandas. Foram essas estratégias de luta e pressão que fizeram com que a ação do movimento popular das regiões que compõem a GD5, principalmente a da Grande Cruzeiro, resultassem em obras de infra-estrutura, ampliação de serviços e de respeitabilidade junto ao poder público.

4.5 *Policy community* na área da saúde

O conceito de *policy community* reflete uma perspectiva de organização de pessoas com origens em diferentes grupos sociais, oriundos de instituições públicas ou privadas, capaz de influenciar o Estado na definição de políticas públicas (JORDAN, 1990, p. 470). O movimento sanitário é um exemplo de *policy community* na área da saúde, que resultou da articulação de diferentes atores no campo da saúde, o qual teve início no período pré-constituinte e permanece atuante até o presente.

Em Porto Alegre havia articulação entre reformistas que trabalhavam na área da saúde, principalmente em serviços públicos, e lideranças do movimento popular e sindical. Essa *community* desempenhou um papel importante no processo de construção do SUS municipal. Contudo, verifica-se que essa articulação não ocorreu de forma homogênea na cidade, havendo regiões em que nem mesmo existiu. Um exemplo de *policy community regional*, pode ser encontrado na área de atuação da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5). Ela teve atuação destacada no cenário municipal, sendo reconhecido o seu protagonismo por diversos atores sociais do campo da saúde, tais como representantes dos usuários, das lideranças populares, dos profissionais da área e dos gestores públicos de saúde, por suas conquistas ao longo das décadas de oitenta e noventa.

> O Humberto ele sempre foi atuante no CMS. Ele sempre estava na CLIS4, ele ajudou a construir a CLIS4 como profissional, como médico. Ele adquiriu legitimidade política prá ser o presidente do CMS. O Humberto é um intelectual orgânico desse movimento sanitário. Os técnicos eles tinham mais iniciativas políticas, eles tinham mais organização social e eles tinham mais inserção política no movimento, tinham um saldo organizativo superior. A postura dos técnicos que participavam do CLS4 era mais ao lado dos usuários. Não tinham uma postura coorporativa. Aliás, nenhum deles tinha (ENTREVISTA 11, GESTOR, 2003).

A atuação mais intensa dessa articulação reformista ocorreu na década de oitenta, quando a grande maioria dos serviços públicos de saúde de Porto Alegre estavam sob gestão estadual e federal. Nesse período, que antecedeu a primeira etapa da municipalização na cidade, a Secretaria Municipal de Saúde gerenciava uma pequena rede de serviços próprios. Em 1992, funcionavam somente as unidades de saúde municipais Cruzeiro e Tronco, na área de atuação da gerência distrital 5.

> Quando começou a construírem os postos de saúde, começaram a vir os técnicos prá trabalhar e aí nós tivemos muitos aliados nesse momento. O Humberto é um deles, a Cecília. Vários profissionais da área da saúde que

> vinham e ajudavam a gente a lutar pelas coisas (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

> Na CLIS4 participava a Donatela, o Pitone, que era o dentista do Postão, que naquela época ele estava começando a se interessar pela participação popular. Mas as pessoas começaram a ver que a participação popular tinha resultado, produzia efeitos, tinha conseqüências (ENTREVISTA 11, GESTOR, 2003).

A atuação dessa *policy community* proporcionou, entre outras coisas, a troca de informações e de experiências entre os seus membros e a constituição de relação de confiança entre eles e, principalmente, o acúmulo de capital cultural dos atores envolvidos. De um lado, os técnicos subsidiavam as discussões do CLS da GD5 com informações sobre a estrutura da rede municipal, possibilitando o conhecimento do funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde. De outro, os usuários relatavam as dificuldades e as necessidades sociais da comunidade, auxiliando a elaboração de um planejamento em saúde mais adequado as suas demandas. A troca estabelecida entre os membros dessa *community* proporcionou aos técnicos o conhecimento da realidade social na qual estavam inseridos e atuando como profissionais de saúde. Aos participantes do segmento dos usuários, possibilitou a compreensão da dinâmica e das disputas políticas que se davam no campo da saúde, potencializando a participação e a avaliação desses sobre a situação da atenção à saúde regional e municipal.

> Se você faz uma avaliação não tendo as informações, que avaliação será feita? Então, acho que essa articulação dos técnicos com as lideranças no sentido de municiar com informações importantes sobre o funcionamento, sobre a organização, sobre outras questões da saúde é importante prá que essas lideranças possam ter melhor posicionamento, uma melhor avaliação, possam fazer crítica com um certo embasamento (ENTREVISTA 1, TÉCNICO, 2002).

Via de regra, os profissionais de saúde de nível superior dispõem de níveis de capital cultural, econômico, político e simbólico elevados. Tal fato, poderia se constituir como um obstáculo para o estabelecimento de relações pessoais, trocas de experiências e informações e, principalmente o estabelecimento de alianças entre esses profissionais e usuários dos serviços públicos. Como afirma Ramos (1998), em alguns contextos sociais a interação usuário e trabalhador de saúde pode se constituir como um processo educativo de troca de vivências, resultando no enriquecimento mútuo (RAMOS et. al., 1998, p. 86).

> As reuniões de Conselhos Locais de Saúde (CLS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS) permitem uma convivência entre usuários e profissionais, proporcionando uma troca de saberes técnico e popular, tornando menos nítida a separação acadêmica. Ocorre uma sensibilização dos profissionais para as questões da comunidade e uma instrumentalização dos usuários para as questões técnicas (RAMOS; 1998, p. 88).

> Não podes ir como um técnico para o movimento popular querendo ditar normas. Tu vais ter que aprender. Porque havia um ranço academicista de sabedoria e a União de Vilas tirou isso da gente (ENTREVISTA 3, TÉCNICO, 2002).

A possibilidade de formação de capital cultural das lideranças dos usuários do SUS e do movimento popular também é atribuída à participação desses nos vários canais participativos, como por exemplo: (a) conselhos de políticas sociais - saúde, assistência social, educação e criança e adolescente; (b) conselhos de direitos - da mulher, do negro e do índio; (c) conferências, seminários e comissões, (d) movimentos comunitários e sindicais e (e) em plenárias do Orçamento Participativo. Essa participação, conectou lideranças dos usuários e dos movimentos populares a outros atores sociais, como aos profissionais das diversas áreas, acadêmicos, políticos, religiosos. Essa aproximação possibilitou as lideranças dos usuários a apropriação dos debates realizados nas áreas sociais, de dados e informações técnicas que, de outro modo, permaneceriam inacessíveis a elas.

> As pessoas vão circulando por esse fóruns e vão conhecendo, aprendendo, vão se informando. Quando chegam no conselho da saúde já chega mais articulada, com um entendimento e um discurso qualificado. (ENTREVISTA 18, TÉCNICO, 2001).

> A questão de conscientização da luta, eu acho que ela é uma coisa que foi uma aula prá gente. Muitos profissionais ajudaram a gente pensar muitas questões e isso a comunidade foi se apropriando de conhecimentos maiores. Então não é do nada que surge isso aí. É de uma história de luta em todos os campos, de construção mesmo. E tudo isso... (ENTREVISTA 12, LIDERANÇA MP, 2003).

A participação ativa dos técnicos no conselho local da GD5 é atestada, fundamentalmente, pelo (a) envolvimento nas lutas mais gerais da comunidade e não só as relacionadas com a saúde; (b) respeito as posições da comunidade; (c) auxílio na organização social e no acúmulo de capital cultural dos usuários, (d) prestação de serviço com qualidade e (e) pela identificação com o projeto de SUS. Segundo Ramos (1998), a presença regular dos profissionais de saúde nas reuniões dos conselhos contribui, principalmente, para o amadurecimento dos diversos temas tratados nas reuniões locais, os quais podem auxiliar, inclusive, nas definições de políticas relacionadas à cidade (RAMOS, 1998, p. 88).

De acordo com Ceccim (1990), muitos técnicos e profissionais de saúde desdobravam seu tempo entre a prática profissional, realizando atendimentos nos seus locais de trabalho, e participando das organizações populares, contribuindo, assim, com os movimentos reivindicatórios por mais saúde e melhores condições de vida. Esses técnicos, de acordo com Ceccim (1990), tinham uma autoridade moral, tanto por serem técnicos de saúde quanto por

serem funcionários do governo "para levarem à população conhecimentos sobre os aspectos sociais do processo saúde-doença" (CECCIM, 1990, p. 76).

> Quando a gente conseguia colocar técnicos realmente comprometidos em determinados lugares, nas gerências distritais, ou nas gerências dos postos, ou na coordenação de determinados projetos, as coisas sempre tiveram uma qualidade maior (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Desde 1990 a participação de servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde em atividades dos Conselhos Locais de Saúde, passou a ser considerada trabalho ordinário, tanto para os profissionais da rede básica como para os de nível central, a partir de uma orientação políco-adminstrativa da SMS (RAMOS, 1998, p. 88). Segundo relatos de entrevistas, em alguns conselhos muitos técnicos utilizam dessa prerrogativa, enquanto que aqueles que participam do conselho local da GD5 não costumavam recorrer a ela.

Tanto as lideranças dos usuários, quanto as dos movimentos populares entrevistadas (ENTREVISTA 5, 6, 7, 9, 12, 13, 2003), fizeram referências à existência de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde aliados e identificados com as lutas populares. Segundo os referidos entrevistados, esses técnicos apresentavam características peculiares que os diferenciavam dos demais. Eles criticavam publicamente a própria instituição em que trabalhavam ou que representavam, participavam ativamente no movimento da saúde e atuavam como profissionais empenhados em prestar atendimento qualificado à população. Segundo Ramos (1998), "a escolha de permanecer atuante nos movimentos populares está associada à postura do profissional frente aos seus princípios ideológicos. Certamente muitos são "seduzidos" e sensibilizados ao ter conhecimento da dinâmica que envolve a organização da comunidade, resultando numa identificação com os temas de reivindicação e luta (RAMOS, 1998, p. 88).

> O meu comprometimento também tem muito a ver do modo como eu vejo o mundo. Eu fui lá por entendimento de qual é a função do indivíduo dentro da sociedade e que me competia como médico, que tinha tido uma formação dentro de uma universidade pública e com uma formação dentro da teologia da libertação (ENTREVISTA 3, TÉCNICO, 2002).

> Eles se identificam com aqueles técnicos que estão nas lutas junto com a população, que prestam um bom atendimento, que participam também do Conselho Local de Saúde da região (ENTREVISTA 1, TÉCNICO, 2002).

A relação de confiança e identidade entre usuários dos serviços públicos de saúde e técnicos das Secretaria de Saúde é atestada através da situação de intervenção administrativa no Centro de Saúde Vila dos Comerciários. Logo após a ocupação do PAM3 em 1989, foi nomeado um interventor do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para administrar o Centro de Saúde. A partir da situação de intervenção, iniciou-se uma onda de boatos sobre a

possibilidade de transferência de profissionais identificados com as lutas populares para outros serviços localizados fora da região. Os boatos em torno da possível transferência de um médico, visivelmente engajado na luta comunitária e de saúde, promoveu uma defesa contundente da parte do movimento popular, garantindo sua permanência no referido Centro de Saúde.

> Eu vou dar um exemplo concreto, que prá mim significa o acolhimento da comunidade e principalmente a identificação com o usuário. Quando teve uma intervenção por parte do governo federal, alguém disse: "o Terra quer a tua cabeça, tu vais ser mandado prá Restinga". Naquele tempo eu já era atuante dentro da CLIS. Eu disse: "olha, eu sou funcionário, sou servidor público, se ele me mandar prá Restinga, tudo aquilo que eu estou fazendo aqui, eu vou fazer lá". Prá mim aquilo não me preocupava, não tinha porque me esconder dele, porque todos aqueles que tinham inclusive liderado certo movimento de resistência a intervenção, foram os que mais se baixaram diante dele prá continuar a manter cargos e privilégios. E aí o que é que aconteceu? Quando surgiu boato que nós seríamos possivelmente mandados embora, eu e os enfermeiros Arnoldo e Lucrécia, que eram militantes e botavam a boca em deus e todo mundo, fizeram uma reunião na Orfanotrófio, nunca me esqueço...numa sala que funcionava uma creche, todo mundo sentado no chão e o povo pegando a defesa da gente e dizendo: "eles não botam a mão em vocês". Eu não vou entrar em detalhes, mas eu me senti naquele momento como se eu fosse um pintinho e a União de Vilas, através daquela figura materna, que é a Beti gorda, como se fosse uma galinha com as asas abertas e dizendo: "nesses aqui vocês não tocam. Nenhum gavião vai meter a mão em vocês." E aquilo prá mim nada mais é que a identidade que a gente tinha (ENTREVISTA 3, TÉCNICO, 2002).

Durante as décadas de oitenta e noventa, muitos técnicos da GD5 dedicavam o seu tempo livre auxiliando na organização dos movimentos populares, através da participação em associações comunitárias, dos conselhos populares e do Orçamento Participativo, entre outros. Essa postura demonstra o envolvimento desses técnicos com o projeto reformista. Segundo Ramos (1998), a presença dos profissionais de saúde nos fóruns dos movimentos populares "é um fato histórico em permanente construção, pois a dinâmica que permeia esses espaços está vinculada às relações humanas resultantes da integração trabalhador/usuário. No cotidiano, essa integração está de tal forma consolidada, que o seu rompimento, devido as mudanças político-partidárias na direção pública municipal da saúde, é pouco provável" (RAMOS, 1998, p. 88).

> Eles[51] tinham uma participação independente da SMS. Eu me lembro que eles vinham em outras reuniões, nas reuniões sobre saneamento, vinham na comunidade dar palestras nos sábados, nos domingo e até nos feriados. [...] E nós tinha muito acesso sobre eles, uma relação de muito respeito que eles tinham com a gente e nós com eles. Eram vários, eles gostavam de levar o

[51] A referência feita a "Eles" diz respeito aos técnicos das secretarias municipal e estadual de saúde.

> pessoal da comunidade lá no posto prá conversar sobre várias coisas (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

A participação de técnicos no Conselho Local de Saúde da GD5 significou a interlocução entre a instituição e seus usuários. Esse papel foi bastante relevante para que as respostas institucionais fossem mais adequadas à realidade social, tendo impacto positivo sobre as condições de vida e de saúde da população local. A freqüência semanal das reuniões do CLS da GD5 exigia, da parte dos gestores, a agilização no encaminhamentos de soluções e explicações para os problemas pautados na reunião do conselho, pois sempre havia um interesse de que as questões pendentes fossem respondidas na reunião seguinte.

Foi o acúmulo de capital cultural, produzido a partir da constituição de uma *policy community* regional, que possibilitou a participação política ativa dos usuários na arena de disputa política do campo da saúde. Essa ativa participação conseguiu produzir um nível de pressão e sensibilização dos gestores públicos, para que atendessem às suas demandas, como a ampliação de serviços e recursos humanos para a rede de saúde local.

4.6 Ação governamental

A organização popular, através das associações comunitárias da Grande Cruzeiro e Grande Glória, forneceu as bases para a criação da União de Vilas e do conselho popular da Grande Glória. Essas organizações fortaleceram-se para reivindicar do poder público, mais e melhores serviços para a população. Esses movimentos realizaram conquistas significativas em termos de melhoria das condições de vida e de saúde, por conseguinte, o alargamento da sua cidadania.

Os movimentos populares da Grande Cruzeiro e Grande Glória consideravam que a ação estatal deveria orientar-se no sentido de atender as necessidades da população, amenizando os problemas de infra-estrutura e de acesso a bens e serviços públicos. O Estado era visto como responsável pelo fornecimento de bens e serviços e, ao mesmo tempo, como incompetente, pois não cumpria suas funções a contento.

A defesa de uma organização autônoma dos movimentos populares da Grande Cruzeiro e Grande Glória, independente do Estado, explicaria, em certa medida, a resistência dessas regiões quanto a implantação dos 16 Fóruns Regionais do Orçamento Participativo (FROP), propostos na segunda gestão da Administração Popular (1993-1996). Essa resistência expressou a concepção de que os conselhos populares seriam as instâncias

legítimas para o debate das demandas a serem pautadas no Orçamento Participativo (OP). É importante destacar que a última região da cidade a constituir o seu FROP foi a região Cruzeiro, que, muito antes da criação do OP, tinha uma história de intensa mobilização popular e organização através da União de Vilas. Para as lideranças do movimento popular (ENTREVISTAS 9, 12 e 13, 2003), a criação do Fórum Regional do OP na região teria resultado em perda de autonomia para o movimento popular, pois se constituía como uma instância concorrente de organizações autônomas da região.

> Foi o último lugar a ter Fórum do Orçamento Participativo porque nós sempre fomos radicalmente contra. Foi a primeira queda de braço que a gente teve no sentido de perda de autonomia. Foi aí que teve um racha da União de Vilas. Nós dizíamos que as demandas da população tinha que ser discutida dentro dos conselho popular da região, porque a pessoa que vai na União de Vilas ela já é uma liderança. Agora quem vai no FROP não necessariamente tá discutindo as demandas da região como um todo e isso é complicado, porque daí dá margem prá tu te organizar prá demandar a tua rua e depois tu podes voltar para a tua casa e isso não cria cidadania (ENTREVISTA 9, USUÁRIO, 2003).

Os participantes desses conselhos sempre viram as administrações públicas, de qualquer esfera de governo e de qualquer partido ou orientação ideológica, com desconfiança. Ao longo das décadas de oitenta e noventa, houve um empenho desses movimentos em preservar traços de sua organização autônoma e independente do Estado, vista como necessária para garantir a reprodução de um movimento auto-determinado.

> A Grande Cruzeiro não tinha nada e eles queriam um monte de coisa e se organizaram prá fazer esse monte de coisas. Como? Através das associações comunitárias, clube de mães, as escolas eram chamadas, algumas professoras se engajaram na luta, e muita coisa aconteceu (ENTREVISTA 8, LIDERANÇA MP, 2003).

A intensa mobilização popular nas áreas de atuação da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5) e a existência de uma *policy community* reformista regional, fizeram com que os gestores públicos buscassem responder as demandas da população por mais e melhores serviços. Como foi visto anteriormente, as ações coletivas desencadeadas, ao longo das décadas de oitenta e noventa, resultaram em importantes conquistas nas áreas de habitação, educação, infra-estrutura e saúde. Na área de habitação, ocorreram através da construção de casas populares e do início do processo de regularização fundiária. Na área de educação, através da construção de escolas e creches. Na área de infra-estrutura, através de obras de saneamento básico, coleta de lixo regular, abertura e calçamento de ruas e iluminação pública. Na área de saúde, através da ampliação da oferta de bens e serviços de saúde.

> Fazendo um passeio pela região Cruzeiro e Glória, pelo território da Gerência, tu vais observar praticamente a maioria das ruas pavimentadas, contando com saneamento, coleta regular do lixo, água. Embora a água e saneamento sejam uma questão que está mais ou menos homogênea na cidade, mas pavimentação, regularização fundiária, tudo isso foram conquistas da comunidade e foi com muita luta [...] nós temos vinte serviços na nossa gerência, muitos deles conquistados com essa luta da comunidade, como foi o caso dos PSF, por exemplo (ENTREVISTA 2, GESTOR, 2002).

Com a municipalização da saúde, os gestores municipais passaram a ser responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde sob sua jurisdição territorial. Com isso tornaram-se mais permeáveis à pressão dos atores sociais envolvidos na área da saúde, principalmente dos usuários. Os participantes dos fóruns da saúde passaram a exigir respostas políticas eficientes, que tivessem impacto sobre a organização da rede de serviços e oferta e resolutividade dos mesmos.

> A capacidade organizativa e participação popular, é o que mais tem influenciado a administração pública em Porto Alegre nos últimos anos, de uma forma bem positiva eu acho, porque obriga, digamos assim, o setor público a se organizar e dar respostas mais rápidas. Tem influenciado demais. No nosso caso aqui[52], as grandes conquistas que a gente teve, fossem na implantação de PSF, ou seja na organização dos serviços de pronto atendimento, foi diretamente pela pressão popular, não tenho dúvida disso (ENTREVISTA 2, GESTOR, 2002).

O gerenciamento regionalizado dos serviços da rede básica pelas gerências distritais, viabilizou a realização de planejamento em saúde mais adequado às necessidades da região, o controle social sobre a qualidade dos serviços e, principalmente, a aproximação entre gestores públicos e usuários. Por representarem a direção política da Secretaria Municipal de Saúde, os gerentes distritais passaram a responder pelas ações em saúde desenvolvidas em seu território de atuação. Dessa forma, a representação do governo municipal passou a ser feita pelos gerentes. Para os gestores municipais isso teria reduzido a necessidade da presença do Secretário de Saúde nos espaços locais de discussão da política de saúde.

> Hoje nós mudamos o papel do Gerente Distrital. Então tem muita coisa que não chega mais no gabinete do Secretário e que os gerentes só trazem quando tem um estrangulamento e tem que ter uma decisão superior. E eles estão lá nos conselhos locais e sempre são vistos como representantes do Secretário, isso é muito positivo. Agora, quando é exigido: "Não, é o Secretário mesmo". Então está bem, então é o secretário (ENTREVISTA 10, GESTOR, 2003).

Esse parece ser o caso do Conselho Local de Saúde da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5). É usual dos movimentos populares da Grande Cruzeiro e Grande Glória, a exigência da presença dos administradores públicos - Prefeito, Secretários

---

[52] A referência feita a "Aqui" diz respeito ao Conselho Local e Saúde da GD5.

municipais e estaduais – e políticos nos seus fóruns populares. Essa característica tem relação com o grande controle social exercido sobre a ação governamental e dos políticos eleitos pela região. Nas ocasiões em que os gestores públicos foram convocados a participarem das reuniões, ocorriam cobranças da população por respostas para os problemas, tais como o atraso de obras, deficiência do funcionamento de serviços, mau atendimento prestado aos usuários e não cumprimento da carga-horária dos servidores públicos. Os gestores públicos, quando convocados para participar de reuniões nos conselhos populares da Grande Cruzeiro e Grande Glória, se informam antecipadamente sobre o teor das demandas. A partir da Administração da Frente Popular, os administradores públicos municipais se empenharam em comparecer às reuniões preparados com respostas previamente elaboradas, com encaminhamentos já definidos ou, no mínimo, com explicações sobre porque certas demandas não haviam sido atendidas.

> Nós já temos por tradição de que quando não é implantado um serviço ou se não é feito conforme o demandado pelo nosso conselho, até o secretário é chamado nas nossas reuniões. A gente chama e os secretários e eles têm vindo prestar conta daquilo que é solicitado. Não só o secretário como os responsáveis por determinadas políticas sociais. O conselho convoca os gestores prá virem dar respostas esclarecedoras para as nossas demandas (ENTREVISTA 1, TÉCNICO, 2002).

> O controle social é condição fundamental, até pela transparência, pela lisura, para as coisas acontecerem. Já teve muitas vezes em que a prefeitura já foi prá dentro do conselho se explicar (ENTREVISTA 4, TÉCNICO, 2002).

A organização popular e participação na área da saúde pode promover pressão extra sobre os gestores públicos em um contexto de disputa recursos escassos. Diferentes níveis de gestão sentem-se compelidos a dar respostas que tenham impacto positivo sobre a qualidade dos serviços prestados à população, cujas lideranças – e nesse caso articuladas a profissionais de saúde - exigem melhor atenção à saúde. A ação desse ator coletivo pode transformar as burocracias públicas através da interação, do diálogo ou pressão sobre a ação governamental.

Cortes (2002b) afirma que uma das explicações para a existência de participação na área de saúde reside no fato de haver empenho e envolvimento de funcionários da burocracia estatal nas lutas desencadeadas pelos movimentos populares. A existência de uma *policy community* reformista na área de saúde, expressa na convivência diária dos atores sociais que participam do campo da saúde, é percebida pelos gestores públicos, que passam a estabelecer uma relação de respeito, tornando-se mais sensíveis às demandas da região (CORTES, 2002b, p. 178).

> Nas áreas onde tem menos participação, a gente também atua de um jeito mais...recuado. Isso fica bastante explícito, naquela situação em que o gestor é chamado pela comunidade, ele já vai preparado prá dar respostas, prá explicar, prá encaminhar possíveis soluções. Ele estabelece uma compromisso de qualificação do atendimento das demandas da comunidade (ENTREVISTA 10, GESTOR, 2003).

Portanto, a forte articulação entre atores de diferentes origens sociais e institucionais em torno do Conselho Local de Saúde, da gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GD5), pode ser compreendida como um dos principais fatores de sensibilização dos gestores públicos municipais, frente as demandas do movimento popular das regiões em relação aos serviços de saúde. A pressão do CLS da GD5 sobre os gestores produziu respostas políticas que tiveram impacto positivo sobre os serviços públicos de saúde ali existentes. A atuação da CLS da GD5 lhe rendeu o título de Conselho Local de Saúde mais combativo, em função de ter lançado mão de formas de pressão que se transformaram em fatos políticos, cuja repercussão tem trazido respostas positivas, como a de conferir maior respeitabilidade às instâncias participativas.

Este capítulo procurou demonstrar o protagonismo do movimento popular da Grande Cruzeiro no cenário municipal, através dos depoimentos dos entrevistados. Os relatos possibilitaram a reconstrução das particularidades da história de mobilização e luta da população das regiões que compõem a GD5 e mapear o universo das conquistas populares na área da saúde ao longo das duas últimas décadas.

A existência de relações de confiança entre os atores sociais envolvidos no campo da saúde (lideranças do movimento popular, sindical, lideranças dos usuários do SUS e técnicos da área de saúde) teve início nos anos oitenta. A participação de profissionais de saúde no Conselho Local da GD5, oportunizou para os usuários o acúmulo de capital cultural e estimulou a participação política ativa deles no campo da saúde. A aliança estabelecida entre eles foi decisiva para garantir a constituição de um movimento popular marcado pela combatividade, que contabilizou conquistas de melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Em resposta às pressões do CLS da GD5, foi reativado o Pronto Atendimento 24 horas no Centro de Saúde Vila dos Comerciários e vários serviços foram instalados ao longo dos anos noventa, que se constituíram como referências não apenas para a população da região como da cidade. No PAM3 foi criado o primeiro serviço de saúde de atendimento ambulatorial de saúde mental da rede pública municipal. Foi instalado, também, um laboratório de análises clínicas, que realizou em 2000, uma média de 30.000 exames mensais. Foi implantado o serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DST/AIDS) e um

Pronto Atendimento Odontológico noturno e de fim-de-semana (CECCIM, 1990, p.102). A escolha dessa região para implantação desses serviços, pioneiros na cidade, demonstrou o quanto os gestores municipais se empenharam em responder às demandas do movimento popular por mais e melhores serviços de saúde. Saliente-se ainda que, em 1999, existiam na região 156 médicos, a segunda maior concentração desses profissionais e 104 consultórios médicos, localizados em unidades de saúde não vinculadas à hospitais.

Pode-se inferir, a partir dos relatos das entrevistas e dos dados apresentados, que a forte mobilização popular em torno do setor saúde, pressionando os gestores públicos ao longo das décadas de oitenta e noventa, foi uma das razões para a ampliação dos serviços e recursos humanos existentes na região.

CONCLUSÃO

Na década de oitenta a conjuntura política e o contexto de redemocratização do país, permitiram uma maior organização da sociedade civil e o seu fortalecimento a partir de políticas oficiais liberalizantes. A organização popular expressou-se através dos movimentos sociais - organizados em associações comunitárias, sindicatos e partidos políticos. Nesse período, esses atores sociais reinvindicavam reformas sociais que garantissem a ampliação do acesso a bens e serviços públicos.

Dentre os movimentos sociais que tiveram expressão durante a década de oitenta, encontrava-se o movimento sanitário, que pautou na agenda reformista nacional a universalização, a descentralização político-administrativa e a participação em processos decisórios. O movimento sanitário pode ser considerado um exemplo de *policy community* reformista na área de saúde, pois refletiu uma articulação de atores com diferentes origens institucionais. Entre os atores que compunham essa *community*, encontravam-se profissionais ligados à burocracia estatal, profissionais de saúde – especialmente médicos sanitaristas, lideranças sindicais e políticos.

As reformas em cada área de política social, em especial a de saúde, foram institucionalizadas na Constituição Federal de 1988, através da criação de um novo sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) (DRAIBE, 1995, p. 207). A saúde passa a ser tratada no texto legal como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças" (BRASIL, 1988).

Essa carta constitucional foi denominada "Constituição Cidadã", uma vez que estendeu os benefícios públicos a toda população, independente de contribuição previdenciária (BRASIL, 1988: 203° e 196°; MELO, 1993, p. 130). As Constituições anteriores sempre associaram direitos sociais aos trabalhadores formais da economia, pois eram esses que financiavam as políticas sociais através das contribuições compulsórias retidas nas folhas de pagamento. Somente na primeira metade da década de setenta, os benefícios sociais atingiram os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos, permanecendo desassistidos os desempregados e todos os demais que desempenhavam atividades informais (CORTES, 1995, p. 73).

A criação de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na descentralização político-administrativa, foi viabilizado pela municipalização. O município passou a se constituir como um espaço mais sensível e permeável a pressão e controle social, pois

possibilitou o enfrentamento direto entre os atores do campo da saúde através das instâncias institucionalizadas de participação. Tal fato, modernizou a gestão pública e permitiu uma nova dinâmica para a política municipal, baseada na participação, implicando compromisso político dos gestores públicos.

No caso de Porto Alegre, a descentralização da política iniciou-se em 1994 com a primeira etapa da municipalização, denominada de Incipiente. A municipalização norteou-se pela proposta de distritalização sanitária, com origem na setorização da cidade realizada pelo então Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS/RS). Segundo Mendes (1995), os distritos sanitários viabilizaram o planejamento, elaboração e execução das políticas de saúde, a partir da reorganização da rede municipal, do acesso e da participação (processo social).

Em 1996, Porto Alegre ingressou na Gestão Semi-plena, na qual instituíram-se as gerências distritais que conferiram *status* de Secretário aos gestores regionais. Esses, passaram a representar a secretaria municipal nos fóruns institucionalizados de participação, como os conselhos locais de saúde (CLS). Os CLS além de viabilizarem a participação de usuários na formulação e acompanhamento de diretrizes da política, promoveram em algumas regiões, a articulação entre atores ali envolvidos, visando disputarem posições na hierarquia do campo. Caso exemplar foi o movimento social da região da Grande Cruzeiro, como história de organização, participação e articulação com técnicos da SMS amplamente reconhecida pelos administradores públicos da cidade.

No período imediatamente anterior a 1989, ou seja, antes da primeira coalizão de esquerda liderada pelo PT em Porto Alegre, que mudou os rumos político-administrativo da cidade, as estratégias de luta do movimento social da Grande Cruzeiro, através da União de Vilas, foram desencadeadas como sinal de esgotamento das vias tradicionais de reivindicação (audiências públicas com governadores e prefeitos, abaixo-assinados, mesas de negociações). As lideranças do movimento popular buscavam alternativas mais incisivas de pressão para obter do poder público respostas políticas que atendessem as suas reivindicações.

Toda a história de luta, pressão, resistência, confronto, disputa, do movimento popular da Grande Cruzeiro, como da Grande Glória, encontram uma explicação na situação de segregação vivida pela população dessa região. Foi possível verificar que a existência de pauperização e de carências era recorrente na região, fato que produziu uma intensa mobilização. Nesse caso a segregação estimulou a construção de um projeto coletivo de melhoria das condições de vida da comunidade. A presença de "agentes externos" (JACOBI, 1989) aos [movimentos (igreja, partidos de esquerda, profissionais, políticos, funcionários

públicos) contribuindo para a organização dos movimentos populares da região e ampliando o seu poder de pressão e negociação com o Estado. No caso da Grande Cruzeiro, a capacidade de pressão popular influenciou o redimensionamento da ação política do Estado na região.

REFERÊNCIAS

AERTS, Denise e ALVES, Gehysa. **Processo de territorialização: construindo um novo modelo de atenção em saúde**. Texto elaborado para a capacitação de serviços de saúde no processo de territorialização. SMS/PMPA, 1997. Fotocopiado.

ALMEIDA, Maria H. T. de. **Federalismo e Políticas Sociais.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 28, p. 88-108, 1995.

ARRETCHE, Marta T. S. **Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?** Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 31, ano 11, p. 44-65, junho de 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Elizabeth. **Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, v.1, n.1, p. 5-17, 1996.

BAUER, Martin e AARTS, Bas. Corpus construction: a principle for qualitative data collection. In: Martin Bauer e George Gaskell (Org.). **Qualitative researching: with text, image and sound**. London: Sage, 2000. p. 19-37.

BAUER, Martin, GASKELL, George e ALLUM, Nicholas C. Quality, quantity and knowledge interests: avoiding confusion. In: Martin Bauer e George Gaskell (Org.) **Qualitative researching: with text, image and sound**. London: Sage, 2000. p. 3-17.

BENEVIDES, Maria Vitória. **A cidadania ativa**. Revista Lua Nova, São Paulo: Ática Editora, n. 33, p. 5-16, 1991.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. São Paulo: Paz e Terra, 1986. p. 17-64.

BODSTEIN, Regina C. de A. **Estado de bem-estar social e cidadania: questões para o debate sobre políticas sociais**. Saúde em Debate. Londrina, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, p. 21-25, dezembro 1990.

BOURDIEU, Pierre e WACQUANT, Loïc J. D. La lógica de los campos. **Respuestas: por una antropología reflexiva.** México: Editora Grijalbo, DI, 1995.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRAGA, José. C. de S., e PAULA, Sérgio G. de. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981. p. 41-85.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de Outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Demonstrativo das habilitações dos municípios da região sul**. Disponível em: <http://www.ministeriodasaude.gov.br//>. Acesso: 25/11/1999.

BRASIL. Congresso. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

BRASIL. Congresso. **Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/93**. Portaria n. 545. Diário Oficial da União, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/96**. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 1997. p. 05-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia Básica em Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CAMPOS, Gastão W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: **Hucitec, 1997. p. 87-132.**

CARVALHO, Antônio **I. Conselho de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado**. Revista Saúde e Democracia – a Luta do CEBES. FLEURY, Sônia (Org). Lemos Editorial, São Paulo, p. 93-111, 1997.

CARRION, Menendez. **Democracias pendientes y representación politicas en America Latina: algunas ideas em voz alta**. Revista Desarollo & Democracia. MAYA, Margarita (Org.). CLACSO – Arg./Nueva Sociedad, 1ª ed., Venezuela, p. 67-91, 1992.

CECCIM, Ricardo B. et al. **Participação Popular na Saúde: a ótica dos representantes dos usuários na CLIS 04**. Trabalho de conclusão XV curso de especialização em saúde pública. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 1990.

CHAUÍ, Marilena. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CHEEMA, G. Shabbir, e RONDINELLI, Dennis A. Implementing decentralisation policies: an introduction. In: G.S. Cheema e D.A. Rondinelli (Orgs.) **Decentralisation and development: policy inplementation in developing countries.** Beverly Hills: Sage Publications, 1983. p. 9-34.

CORTES, Soraya M. V. **User Participation and reform of the brazilian health system: the case of Porto Alegre**. Tese (Doutorado). Londres, London School of Economics and Political Science, 1995.

CORTES, Soraya M. V. **Participação na Área de Saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado**. Saúde: Revista do Nipesc. Porto Alegre, v. 1, nº 1, jan/dez, p. 51-69, 1996.

CORTES, Soraya M. V. **Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados**. Cadernos de sociologia: pesquisa social empírica: métodos e técnicas. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, v. 9, p. 11-47, 1998.

CORTES, Soraya M. V. **Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities**. XXVI ENCONTRO DA ANPOCS, 26, 2002, Caxambu, MG: GT 14 – Políticas Públicas, p. 17, 2002a.

CORTES, Soraya M. V. Participação de Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario (Org.). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro, v. 1, p. 167-209, 2002b.

COSTA, Nilson do R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. In: COSTA, Nilson do R. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, p. 45-65, 1989.

COSTA, Nilson do R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 1998.

DRAIBE, Sônia M. Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90. In. SOLA, Lourdes e PAULAINE, Leda M. (Orgs.). **Lições da década de 80**. São Paulo: UNRISD/EDUSP, 1995. p. 201-221.

FEDOZZI, Luciano. **Orçamento Participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre**. 2ª ed. Porto Alegre: Tomo Editorial; Rio de Janeiro: Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal (FASE/IPPUR), 1999. p. 105-152.

FEE (2001a) – Fundação de Economia e Estatística. **Estimativa da população, por município, no Rio Grande do Sul, 2001.** Porto Alegre. Disponível em: <http://www.fee.tche.br//>. Acesso: 23/06/2003.

FEE (2001b) – Fundação de Economia e Estatística. **PIB total e per capita dos municípios com mais de 100 mil habitantes, 2001**. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.fee.tche.br//>. Acesso: 23/06/2003.

FERLA, Alcindo A.; GEYER, Lígia M. C. et al. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, Alcindo A.; FAGUNDES, Sandra M. S. (Orgs.). **Tempos de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Coleção Escola de Gestão. Escola de Saúde Pública RS. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002. p. 15-35.

GARRETÓN, Manuel A. M. **Las nuevas relaciones entre Estado y sociedad y el desafio democrático en América Latina**. Revista internacional de filosofia política. Madrid: UAM/UNED, . n.º 4, p. 61-72, novembro, 1994.

GOHN, Maria da G. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo, Loyola, 1997. p. 9-19; 121-170.

GOHN, Maria da G. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortes, 2001. p. 13-29.

GUIMARÃES, Maria do C. L. **Estado, municípios e processo decisório: Estudo de descentralização da saúde no Estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

GUIMARÃES, Maria do C. L. **Descentralização da Saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998**. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração Pública. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2000.

HADLEY, Roger and YOUNG, Ken. **Creating a responsive public service**. Great Britain: Harvester Wheatsheaf, 1990. p. 3-55.

HEIMANN, L. S. et al. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticos**. Conferência de Saúde On Line. Junho, 1998.

IBGE (2000a) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Domicílios por abastecimento de água**: Porto Alegre, 2000. Censos Demográficos de 1991 e 2000. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br//>. Acesso: 23/06/2003.

IBGE (2000b) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Domicílios por coleta de lixo: Porto Alegre, 2000**. Censos Demográficos de 1991 e 2000. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br//>. Acesso: 23/06/2003.

IBGE (2002) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Média de anos de estudo da população de dez anos ou mais de idade, total e ocupada, por sexo, segundo as grandes regiões, unidades da federação em regiões metropolitanas – 2001**. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2001. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 1 CD-ROM.

IBGE (2003a) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e MS/SE/Datasus. **Percentual de população residente por faixa etária: Porto Alegre, 2003**. Porto Alegre. Censo Demográfico de 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso: 23/06/2003.

IBGE (2003b) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Percentual de população residente por sexo: Porto Alegre, 2003**. Censo Demográfico de 2000. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br//>. Acesso: 23/06/2003.

JACOBI, Pedro R. Movimentos sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: COSTA, Nilson do R. et al. (Orgs.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. ABRASCO, v. II. Petrópolis: Vozes; p. 13-35, 1989.

JORDAN, Grant. **Policy community realism versus "new" institucionalist ambiguity**. Political Studies, XXXVIII, 1990. p. 470-484.

JUNQUEIRA, Luciano P. **A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde**. In: CANESQUI, Ana M. Ciências e Sociais e Saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1997. p. 173-204.

LESSA, Renato. **A teoria da democracia: balanço e perspectivas**. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario (Org.). Democracia: teoria e prática. Rio de Janeiro, 2002. p. 33-54.

KLIKSBERG, Bernardo. **Capital social y cultura: claves olvidadas del desarrolo**. Paper n. 20. Biblioteca de Ideas. Instituto Internacional de Gobernabilidad, 2000. <http://www.iigov.org//>.

MANIN, Bernard. **Metamorfoses de la representación: que queda de la representación politica**. Revista Desarollo & Democracia. Margarita Maya (Org.). CLACSO – Arg./Nueva Sociedad, 1ª ed., Venezuela, p. 9-40, 1992.

MELO, Marcos A. B. C. de. **Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República**. DADOS, Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Rio Fundo Editora, v.36, n. 1. p. 119-163, 1993.

MELO, Marcus A. B. C. de e COSTA, Nilson do Rosário. **Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde**. Planejamento e Políticas Públicas. Fundação IPEA. Brasília, p. 51-108, setembro, 1995a.

MELO, Marcus A. B. C. de e COSTA, Nilson do R. A Difusão das Reformas Neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. In: Reis, Elisa et al. (Orgs.). **Pluralismo, Espaço Social e Pesquisa**. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC, 1995b. p. 153-176.

MELUCCI, A. **Assumir un compromiso: identidad y movilización en los movimentos sociales**. Madrid: Zona Abierta, n. 69, ARCE, p. 153-180, 1994.

MENDES, Eugênio V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 19-91.

MENDES, Eugênio V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, Eugênio V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 93-158.

MENDES, Eugênio V. et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, Eugênio V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 159-185.

MENDES, Eugênio V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 15-55.

MERHY, Emerson E. **A rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS**. In.: Planejamento e gestão dos serviços em defesa as vida: Cadernos CEFOR. Série Textos, nº 5, São Paulo, 1992.

MORROW, Virgínia. **Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review**. Research Fellow, LSE Gender Institute, Houghton St, do Trabalho, London WC2A2AE, 2000. 24p. Fotocopiado.

OLIVEIRA, Jaime A., TEIXEIRA, Sonia M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira Pós-Graduação em Saúde Coletiva, p. 19-57; 201-233, 1986.

PAIM, Jairnilson S. **As políticas de saúde e a conjuntura atual**. Londrina: Revista Saúde em Debate 15-16, p. 8-15, 1983.

PORTO ALEGRE.– Departamento Municipal de Habitação. **Distribuição da população por Regiões do Orçamento Participativo – 2001/2002**. Porto Alegre. Disponível em: <http//:www.demhab.gov.br//>. Acesso: 16/03/2003.

PORTO ALEGRE. Secretaria do Planejamento Municipal. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental**. Porto Alegre, março, 2000b.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre: aprofundando o controle social**. *Cadernos de Resoluções*. Porto Alegre, p. 35-52, 2000a.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Porto Alegre, 1991. Fotocopiado.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Porto Alegre, 1999. Fotocopiado.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Prá Saber: informações de interesse à saúde**. CEDIS, vol 1, n. 1. Porto Alegre, abril, 1996.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 4° trimestre de 2002**. Porto Alegre, 2002. Fotocopiado.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de lotação de pessoal.** CGADTS. Porto Alegre, 2003. Fotocopiado.

PUTNAN, Robert D. **Making democracy work. Civic tradition in modern Italy**. New Jersey: Princeton University Press, 1993. p. 167-171.

RABELO, Maria M. **O processo de descentralização da saúde no RS: um estudo enfocando os municípios, 1995**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

RAMOS, Donatela D. et al. **Os profissionais de saúde e os movimentos populares: a construção do processo educativo e do exercício de cidadania**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 85-90, julho, 1998.

RAMOS, Donatela D. **Acesso e Acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre-RS no contexto da municipalização da saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SCHRAIBER, Lilia B. **Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde**. Revista Saúde em Debate, n. 47, junho, 1995.

SILVA, Lucia S. e. **Controle social: que o Estado cumpra o seu dever e o cidadão exerça o seu direito**. Revista Município e Saúde, Ed. Unijuí, n. 1, jan/jun., p. 05-11, 1993.

SILVA, Marcelo K. **Cidadania e exclusão: os movimentos sociais urbanos e a experiência de participação na gestão municipal – uma análise da trajetória do movimento da Vila Jardim em Porto Alegre/RS**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

SMITH, Martin J. Pluralismo, pluralismo reformado y neopluralismo: el papel de los grupos de presión en la elaboración de políticas. In.: MÉNENDEZ, Luis S. (Comp.). **Representación de intereses y políticas públicas: corporatismo o pluralismo?** España (Madrid): Zona Abierta 67/68, 1994.

WALT, Gill. **Health Policy: an introduction to process and power**. Witwatersrand University Press. London and New Jersey: Zed Books, 1994. p. 97-121.

APÊNDICE 1 - Lista de Entrevistas

ENTREVISTA 1, TÉCNICO, 2002. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 24 de agosto de 2002. Transcrita. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 2, GESTOR, 2002. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 26 de agosto de 2002. Transcrita. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 3, TÉCNICO, 2002. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 03 de setembro de 2002. Transcrita. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 4, TÉCNICO, 2002. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 06 de setembro de 2002. Transcrita. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 5, USUÁRIO, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 25 de março de 2003. Transcrita. Representante dos usuários do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 6, USUÁRIO, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 1° de abril de 2003. Transcrita. Representante dos usuários do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre (região Glória).

ENTREVISTA 7, USUÁRIO, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 1° de abril de 2003. Transcrita. Representante dos usuários do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre (região Cristal).

ENTREVISTA 8, LIDERANÇA MP, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 4° de abril de 2003. Transcrita. Representante dos usuários do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre (região Cruzeiro).

ENTREVISTA 9, LIDERANÇA MP, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 9° de abril de 2003. Transcrita. Liderança do Movimento Popular de Porto Alegre (região Cruzeiro).

ENTREVISTA 10, GESTOR, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 10 de abril de 2003. Transcrita. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 11, GESTOR, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 22 de abril de 2003. Transcrita. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 12, LIDERANÇA MP, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 23 de abril de 2003. Transcrita. Liderança do Movimento Popular de Porto Alegre (região Glória).

ENTREVISTA 13, USUÁRIO, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 26 de maio de 2003. Transcrita. Representante dos usuários do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre (Região Cruzeiro).

ENTREVISTA 14, LIDERANÇA MP, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 27 de maio de 2003. Transcrita. Liderança do Movimento Popular de Porto Alegre (região Cristal).

ENTREVISTA 15, TÉCNICO, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 30 de maio de 2003. Transcrita. Técnico da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

ENTREVISTA 16, TÉCNICO, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 13 de junho de 2003. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

ENTREVISTA 17, TÉCNICO, 2003. Realizada por Janete Cardoso Réos, em 24 de junho de 2003. Técnico da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

ENTREVISTA 18, TÉCNICO, 2001. Realizada por Soraya M. V. C. e Sandra Jovchelovitch, em 30 de abril de 2001. Transcrita. Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

APÊNDICE 2 -Roteiro de entrevista usuário do SUS (Coordenador ou membro da coordenação do Conselho Local de Saúde da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal)

I. Organização popular

(a) Qual a tua avaliação sobre a organização popular das regiões que compõem a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal;

(a2)Pensando em termos de antes e depois das eleições de 1988, que elegeu a Frente Popular para a PMPA, houve mudanças quanto a forma de organização popular e de luta;

(d) Em que áreas o movimento popular dessas regiões canalizam a sua mobilização; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas e a quê se deve essas conquistas;

(e) E a organização popular e participação dessas regiões especificamente no setor saúde; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas; a que se deve essas conquistas;

II. Rede de Saúde

(f) Qual a tua avaliação sobre a rede pública (SUS) de Porto Alegre, especificamente dos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal, em comparação aos outros distritos sanitários da cidade;

III. Ação Governamental

(g) Tu achas que a capacidade organizativa e a participação influenciam nas respostas políticas dos gestores públicos. No setor saúde, especificamente a organização e a participação nos fóruns institucionalizados (CG, CLS e CMS), influenciam nas políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde;

(h1) Qual é a tua avaliação sobre o atendimento e o acolhimento prestado aos usuários do SUS;

IV. Conselho de Saúde

(i) Tu participas desde quando do CLS4; e do Conselho Municipal de Saúde (se participa) desde quando;

(j1) Poderias falar sobre o CLS4 (quando foi implantado, organização burocrático-administrativa e funcionamento), e qual é a tua avaliação desse conselho quanto a organização burocrático-administrativa e participação no Conselho Municipal de Saúde em relação aos outros Conselhos Locais de Saúde da cidade;

(k) Como é a participação de usuários nesse conselho;

(l) E a participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde nesse conselho;

(m) Quem, desse conselho, participa do Conselho Municipal de Saúde;

(n) Quem são as pessoas (segmentos) que propõem e selecionam os temas para pauta das reuniões desse conselho;

UFRGS
Biblioteca Setorial de Ciências Sociais e Humanidades

(o) Qual é o peso desse conselho para propor temas para pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde;

(p) Historicamente há disputa para a função de coordenador desse conselho;

(q) Como se dá a articulação interconselhos;

V. ***Policy Community***

(r) Como é a tua relação com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;

(s) Como tu avalias a relação das lideranças dos usuários do CLS4 com o poder público municipal do setor saúde;

(t) No que vocês se identificam e se diferenciam dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;

(u) Quais as conseqüências para as lideranças dos usuários do SUS que técnicos da Secretaria Municipal de Saúde participem das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde;

APÊNDICE 3 - Roteiro de entrevista técnico/SMS (ex-coordenador ou membro da coordenação do CLS da GD5)

I. Organização popular

(a) Qual a tua avaliação sobre a organização popular das regiões que compõem a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal;

(a2)Pensando em termos de antes e depois das eleições de 1988, que elegeu a Frente Popular para a PMPA, houve mudanças quanto a forma de organização popular e de luta;

(e) E a organização popular e participação dessas regiões, especificamente no setor saúde e; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas e a que se deve essas conquistas;

II. Rede de Saúde

(f) Qual a tua avaliação sobre a rede pública (SUS) de Porto Alegre, especificamente dos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal, em comparação aos outros distritos sanitários da cidade;

III. Ação Governamental

(g) Tu achas que a capacidade organizativa popular e a participação influenciam nas respostas políticas dos gestores públicos. No setor saúde, especificamente a organização e a participação nos fóruns institucionalizados (CG, CLS e CMS), influenciam nas políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde;

(h) Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo algum trabalho com os seus recursos humanos, acerca do acolhimento prestado aos usuários da rede pública (SUS).

(h1) Qual é a tua avaliação sobre o atendimento e o acolhimento prestado aos usuários do SUS;

IV. Conselho de Saúde

(i) Tu participas desde quando do Conselho Local de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal; e do Conselho Municipal de Saúde (se participa) desde quando;

(j1) Poderias falar sobre o CLS4 (quando foi implantado, organização burocrático-administrativa e funcionamento), e qual é a tua avaliação desse conselho quanto a organização burocrático-administrativa e participação no Conselho Municipal de Saúde em relação aos outros Conselhos Locais de Saúde da cidade;

(k) Como é a participação de usuários nesse conselho;

(l) E a participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde nesse conselho;

(n) Quem são as pessoas (segmentos) que propõem e selecionam os temas para pauta das reuniões desse conselho;

(o) Qual é o peso desse conselho para propor temas para pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde;

(p) Historicamente há disputa para a função de coordenador desse conselho;

(q) Como se dá a articulação interconselhos;

V. Policy Community

(r1) Como é a tua relação com as lideranças dos usuários do CLS4;

(s) Como tu avalias a relação das lideranças dos usuários do SUS com o poder público municipal do setor saúde;

(t1) No que vocês se identificam e se diferenciam das lideranças dos usuários do SUS;

(u) Quais as conseqüências para as lideranças dos usuários do SUS que técnicos da Secretaria Municipal de Saúde participem das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde;

APÊNDICE 4 - Roteiro entrevista gestor/SMS (gerente distrital)

I. Organização popular

(a) Qual a tua avaliação sobre a organização popular das regiões que compõem a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal;

(a2) Pensando em termos de antes e depois das eleições de 1988, que elegeu a Frente Popular para a PMPA, houve mudanças quanto a forma de organização popular e de luta;

(e) E a organização popular e participação dessas regiões, especificamente no setor saúde e; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas e a que se deve essas conquistas;

II. Rede de Saúde

(aa) Poderias falar sobre a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal;

(f) Qual a tua avaliação sobre a rede pública (SUS) de Porto Alegre e especificamente dos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal, em comparação aos outros distritos sanitários da cidade;

III. Ação Governamental

(g) Tu achas que a capacidade organizativa popular e a participação influenciam nas respostas políticas dos gestores públicos. No setor saúde, especificamente a organização e a participação nos fóruns institucionalizados (CG, CLS e CMS), influenciam nas políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde;

(h) Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo algum trabalho com os seus recursos humanos, acerca do acolhimento prestado aos usuários da rede pública (SUS);

(h1) Qual é a tua avaliação sobre o atendimento e o acolhimento prestado aos usuários do SUS;

IV. Conselho de Saúde

(i) Tu participas desde quando do CLS4; e do Conselho Municipal de Saúde (se participa) desde quando;

(j) Qual é a tua avaliação do CLS4 quanto à organização burocrático-administrativa e participação no Conselho Municipal de Saúde, em relação aos outros Conselhos Locais de Saúde da cidade;

(k) Como é a participação de usuários nesse conselho,

(l) E a participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde nesse conselho;

(q) Como se dá a articulação interconselhos;

V. Policy Community

(r1) Como é a tua relação com as lideranças dos usuários do CLS4;

(s) Como tu avalias a relação das lideranças dos usuários do CLS4 com o poder público municipal do setor saúde;

(t1) No que vocês se identificam e se diferenciam das lideranças dos usuários do SUS;

(u) Quais as conseqüências para as lideranças dos usuários do SUS que técnicos da Secretaria Municipal de Saúde participem das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde;

APÊNDICE 5 – Roteiro de entrevista lideranças movimento popular (regiões Glória/Cruzeiro/Cristal)

I. Organização popular

(a) Qual a tua avaliação sobre a organização popular das regiões que compõem a gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal;

(a2)Pensando em termos de antes e depois das eleições de 1988, que elegeu a Frente Popular para a PMPA, houve mudanças quanto a forma de organização popular e de luta;

(b) Que tipo de associações existem nessas regiões e a sua importância/força frente ao poder público;

(c)Qual é o perfil e origem das lideranças do movimento popular das regiões Glória/Cruzeiro/Cristal;

(d) Em que áreas o movimento popular das regiões da GD5 canalizam a sua mobilização; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas e a que se deve essas conquistas;

(e) E a organização popular e participação dessas regiões, especificamente no setor saúde; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas; a que se deve essas conquistas;

II. Rede de Saúde

(f) Qual a tua avaliação sobre a rede pública (SUS) de Porto Alegre, e especificamente dos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal em comparação aos outros distritos sanitários da cidade;

III. Ação Governamental

(g) Tu achas que a organização popular e a participação influenciam nas respostas políticas dos gestores públicos. No setor Saúde, especificamente a organização e a participação nos fóruns institucionalizados (CG, CLS, CMS), influenciam nas políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde;

(h1) Qual é a tua avaliação sobre o atendimento e o acolhimento prestado aos usuários do SUS;

IV. Conselho de Saúde

(i2) Tu participas do CLS4e do Conselho Municipal de Saúde (se participa) desde quando;

(j) Qual é a tua avaliação do CLS4 quanto à organização burocrático-administrativa e participação no Conselho Municipal de Saúde em relação aos outros Conselhos Locais de Saúde da cidade;

(k) Como é a participação de usuários nesse conselho;

(l) E a participação de técnicos da Secretaria Municipal nesse conselho;

V. Policy Community

(r) Como é a tua relação com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;

(s1) Como tu avalias a relação das lideranças do Movimento Popular dessas regiões com o poder público municipal;

(u) Quais as conseqüências para as lideranças dos usuários do SUS que técnicos da Secretaria Municipal de Saúde participem das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde;

APÊNDICE 6 – Roteiro de entrevista gestor municipal/SMS (Gestões 1989-1992; 1993-1996; 1997-2000; 2001-2004

I. Organização popular

(a) Qual a tua avaliação sobre a organização popular das regiões Glória/Cruzeiro/Cristal;

(a1 Pensando em termos de antes e depois das eleições de 1988, que elegeu a Frente Popular para a PMPA, houve mudanças quanto a forma de organização popular e de luta;

(d) Em que áreas o movimento popular da GD5 canalizam a sua mobilização; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas e a que se deve essas conquistas;

(e) E a organização popular e participação dessas regiões, especificamente no setor saúde; quais foram as conquistas nas últimas duas décadas e a que se deve essas conquistas;

II. Rede de Saúde

(f) Qual a tua avaliação sobre a rede pública (SUS) de Porto Alegre e especificamente dos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal em comparação aos outros distritos sanitários da cidade;

III. Ação Governamental

(g) Tu achas que a organização e a participação influenciam nas respostas políticas dos gestores públicos. No setor saúde, especificamente o nível de organização e a participação nos fóruns institucionalizados (CG, CLS e CMS), influenciam as políticas de saúde da SMS;

(h2) Na gestão da Secretaria Municipal de Saúde que tu participastes se desenvolveu algum trabalho com os seus recursos humanos, acerca do acolhimento prestado aos usuários da rede pública (SUS);

(h1) Qual a tua avaliação sobre o atendimento e o acolhimento prestado aos usuários do SUS;

IV. Conselho de Saúde

(i2) Tu participastes alguma vez do Conselho Local de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal; e do Conselho Municipal de Saúde, em que período;

(j) Qual é a tua avaliação do CLS4quanto à organização burocrático-administrativa e participação no Conselho Municipal de Saúde em relação aos outros Conselhos Locais de Saúde da cidade;

(k) Como é a participação de usuários nesse conselho;

(l1) Como era a participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde que participavam do CLS4e como é atualmente;

(o1) Qual era e qual é o peso do CLS4 para propor temas para pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde;

(q) Como se dá a articulação interconselhos;

V. Policy Community

(r1) Como é a tua relação com as lideranças dos usuários do CLS4;

(s2) Como tu avalias a relação das lideranças do Movimento Popular dessas regiões com o poder público municipal naquela época e atualmente;

(t1) No que vocês se identificavam e se diferenciavam das lideranças dos usuários do SUS;

(u) Quais as conseqüências para as lideranças dos usuários do SUS que técnicos da Secretaria Municipal de Saúde participem das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde;

APÊNDICE 7 – Roteiro de entrevista técnico/SMS (membro da coordenação do Conselho Municipal de Saúde)

I. Organização popular

(a1) Qual a tua avaliação sobre a organização popular e participação nas duas últimas décadas em Porto Alegre no setor saúde, especificamente nos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal;

II. Rede de Saúde

(f) Qual a tua avaliação sobre a rede pública (SUS) de Porto Alegre e especificamente dos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal em comparação aos outros distritos sanitários da cidade;

III. Ação Governamental (resposta e acolhimento)

(g) Tu achas que a organização e a participação influenciam nas respostas políticas dos gestores públicos. No setor saúde, especificamente a organização e a participação nos fóruns institucionalizados (CG, CLS e CMS), influenciam nas políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde;

(h) Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo algum trabalho com os seus recursos humanos, acerca do acolhimento prestado aos usuários da rede pública (SUS);

(h1) Qual é a tua avaliação sobre o atendimento e o acolhimento prestado aos usuários do SUS;

IV. Conselho de Saúde

(i3) Em que período tu participastes do Conselho Local de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal; e do Conselho municipal de Saúde desde quando;

(j) Qual é a tua avaliação do CLS4 quanto à organização burocrático-administrativa e a participação no Conselho Municipal de Saúde em relação aos outros Conselhos Locais de Saúde da cidade;

(l2) E a participação de técnicos da Secretaria Municipal do CLS4 no Conselho Municipal de Saúde;

(o1) Qual era e qual é o peso do CLS4 para propor temas para pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde;

(p1) Historicamente há disputa para a função de coordenador do Conselho Local de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal;

(q) Como se dá a articulação interconselhos;

V. Policy Community

(r1) Como é a tua relação com as lideranças dos usuários do SUS dessas regiões;

(s2) Como tu avalias a relação das lideranças do Movimento Popular dessas regiões com o poder público municipal, naquela época e atualmente;

(u) Quais as conseqüências para as lideranças dos usuários do SUS que técnicos da Secretaria Municipal de Saúde participem das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde;

(v) Como tu avalias a relação das lideranças dos usuários do CLS4 com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;

APÊNDICE 8 - Roteiro de entrevista usuário SUS (membro da coordenação do Conselho Municipal de Saúde)

I. Organização popular

(a1) Qual a tua avaliação sobre a organização popular e participação nas duas últimas décadas em Porto Alegre, no setor saúde, especificamente nos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal;

II. Rede de Saúde

(f) Qual a tua avaliação sobre a rede pública (SUS) de Porto Alegre e especificamente dos distritos sanitários Glória/Cruzeiro/Cristal, em comparação aos outros distritos sanitários da cidade;

III. Ação Governamental

(g) Tu achas que a organização e a participação influenciam nas respostas políticas dos gestores públicos. No setor Saúde, especificamente a organização e a participação nos fóruns institucionalizados (CG, CLS e CMS) influenciam nas políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde;

(h) Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo algum trabalho com os seus recursos humanos, acerca do acolhimento prestado aos usuários da rede pública (SUS);

(h1) Qual é a tua avaliação sobre o atendimento e o acolhimento prestado aos usuários do SUS;

IV. Conselho de Saúde

(j) Qual é a tua avaliação do CLS4, quanto à organização burocrático-administrativa e a participação no Conselho Municipal de Saúde em relação aos outros Conselhos Locais de Saúde da cidade;

(o1) Qual é o peso do CLS4 para propor temas para pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde;

(q) Como se dá a articulação interconselhos;

V. Policy Community

(r) Como é a tua relação com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;

(s3) Como tu avalias a relação das lideranças do Movimento Popular dessas regiões com o poder público municipal;

(v) Como é a relação das lideranças dos usuários do CLS4 com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;

APÊNDICE 9 - QUADRO 2 - Distribuição dos serviços da rede básica por gerência distrital, Porto Alegre, 2003.

GD Gerência Distrital	PSF Programa da Saúde da Família	US Unidade de Saúde	ES Equipamentos de Saúde	CS Centro de Saúde
GD 1 – CENTRO				
		US Santa Cecília		CS Modelo
				CS Santa
GD 2 – HUMAITÁ/NAVEGANTES/ILHAS /NOROESTE				
		US Diretor Pestana		CS IAPI
		US Farrapos		CS
		US Hospital Conceição		
		US Ilha da Pintada		
		US Ilha dos Marinheiros		
		US Jardim Itú		
		US Nazaré		
		US Santíssima Trindade		
		US Vila Floresta		
		US Vila Ipiranga		
GD 3 – LESTE/NORDESTE				
	PSF Asa Branca	US Assis Brasil		
	PSF Beco dos Coqueiros	US Costa e Silva		
	PSF Esperança Cordeiro	US Jardim Leopoldina		
	PSF Jenor Jarros	US Nsa.Sra. Aparecida		
	PSF Nova Gleba	US Nova Brasília		
	PSF Passo das Pedras II	US Orfanatrófio		
	PSF Planalto	US Parque dos Maias		
	PSF Santa Fé	US Passo das Pedras		
		US Ramos		
		US Rubem Berta		
		US Santa Rosa		
		US São Borja		
		US São Cristovão		
		US Sarandi		
		US Vila Elizabeth		
GD 4 – NORTE/EIXO-BALTAZAR				
	PSF Batista Flores	US Aproximado PUC		CS Bom
	PSF Brasília	US Barão de Bagé		
	PSF Jardim da Fapa	US Chácara da Fumaça		
	PSF Laranjeiras	US Coinma		
	PSF Mato Sampaio	US Divina Providência		
	PSF Milta Rodrigues	US Morro Santana		
	PSF Safira	US Vila Jardim		
	PSF Timbaúva	US Vila SESC		
	PSF Vila Pinto			
	PSF Wenceslau Fontoura			

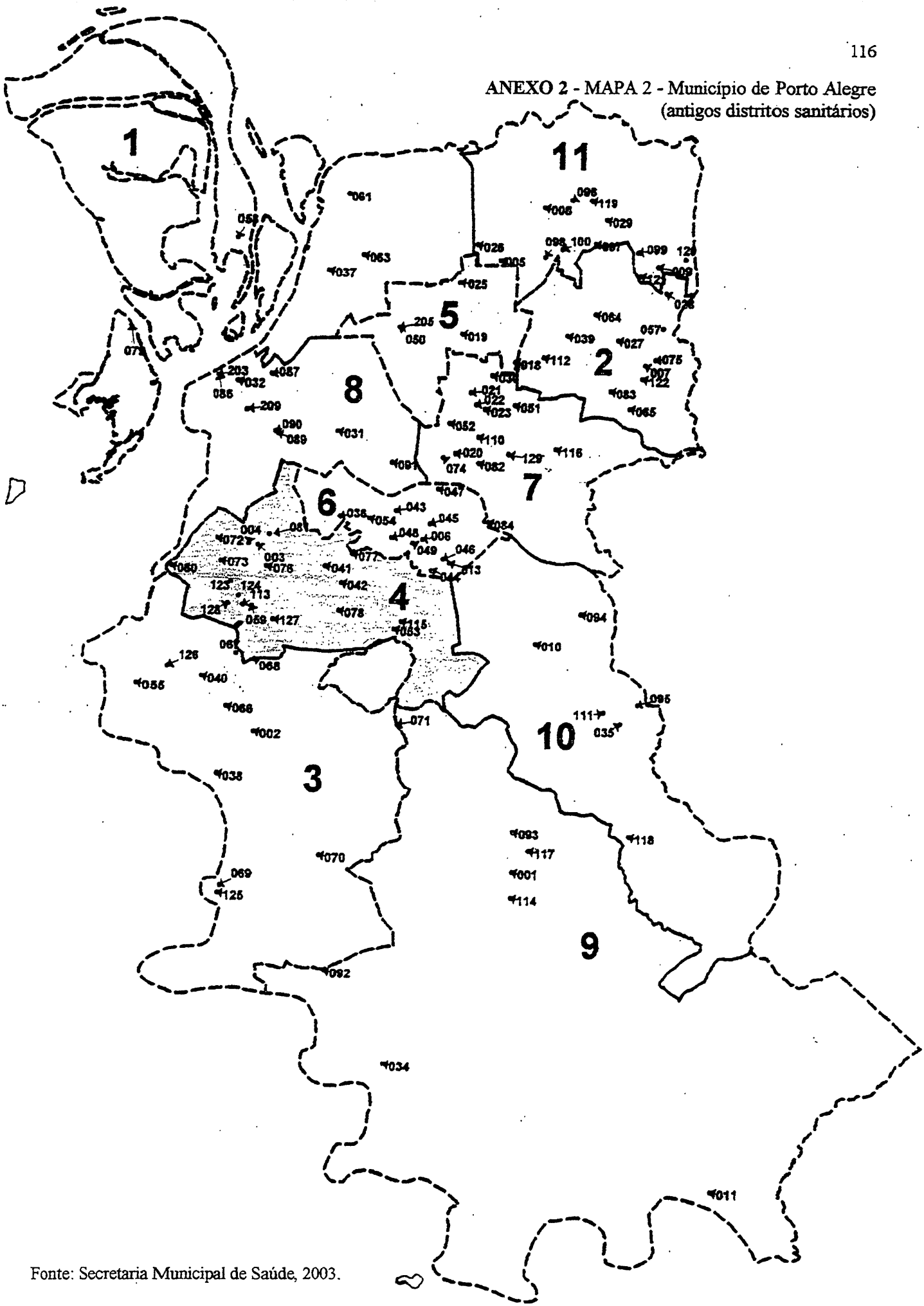
GD Gerência Distrital	PSF Programa da Saúde da Família	US Unidade de Saúde	ES Equipamentos de Saúde	CS Centro de Saúde
GD5 GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL				
	PSF Alto Embratel	US Aparício Borges		CSVC
	PSF Cruzeiro do Sul	US Belem Velho		
	PSF Jardim Cascata	US Cristal		
	PSF Mato Grosso	US Cruzeiro/FEBEM		
	PSF Orfanotrófio II	US Estrada dos Alpes		
	PSF Osmar Freitas	US Glória		
	PSF Santa Anita	US Primeiro de Maio		
	PSF Santa Tereza	US Tronco		
	PSF São Gabriel	US Vila Gaúcha		
GD 6 – SUL/CENTRO-SUL				
	PSF Alto Erechim	US Campo Novo		
	PSF Campos do Cristal	US Ipanema		
	PSF Cidade de Deus	US Jardim das Palmeiras		
	PSF Morro dos Sargentos	US Monte Cristo		
	PSF São Vicente Mártir	US Nonoai		
		US Tristeza		
		US Beco do Adelar		
		US Calábria		
		US Camaquã		
GD 7 - LOMBA/PARTENON				
	PSF Esmeralda	US Bananeiras	ES Murialdo-2	
	PSF Herdeiros	US Mapa	ES Murialdo-3	
	PSF Lomba 1	US Panorama	ES Murialdo-4	
	PSF Pitinga	US Pequena Casa da	ES Murialdo-5	
	PSF Pitoresca	US São Carlos	ES Murialdo-6	
	PSF São Pedro	US São José	ES Murialdo-7	
	PSF Viçosa		ES Murialdo-8	
GD 8 – RESTINGA/EXTREMO-SUL				
	PSF Castelo	US Belém Novo		
	PSF Chácara do Banco	US Lami		
	PSF Ponta Grossa	US Macedônia		
	PSF Quinta Unidade	US Restinga		

Fonte: SMS/CAGDITS, 2003.

ANEXO 1 -MAPA 1 - Município de Porto Alegre (macrozonas)

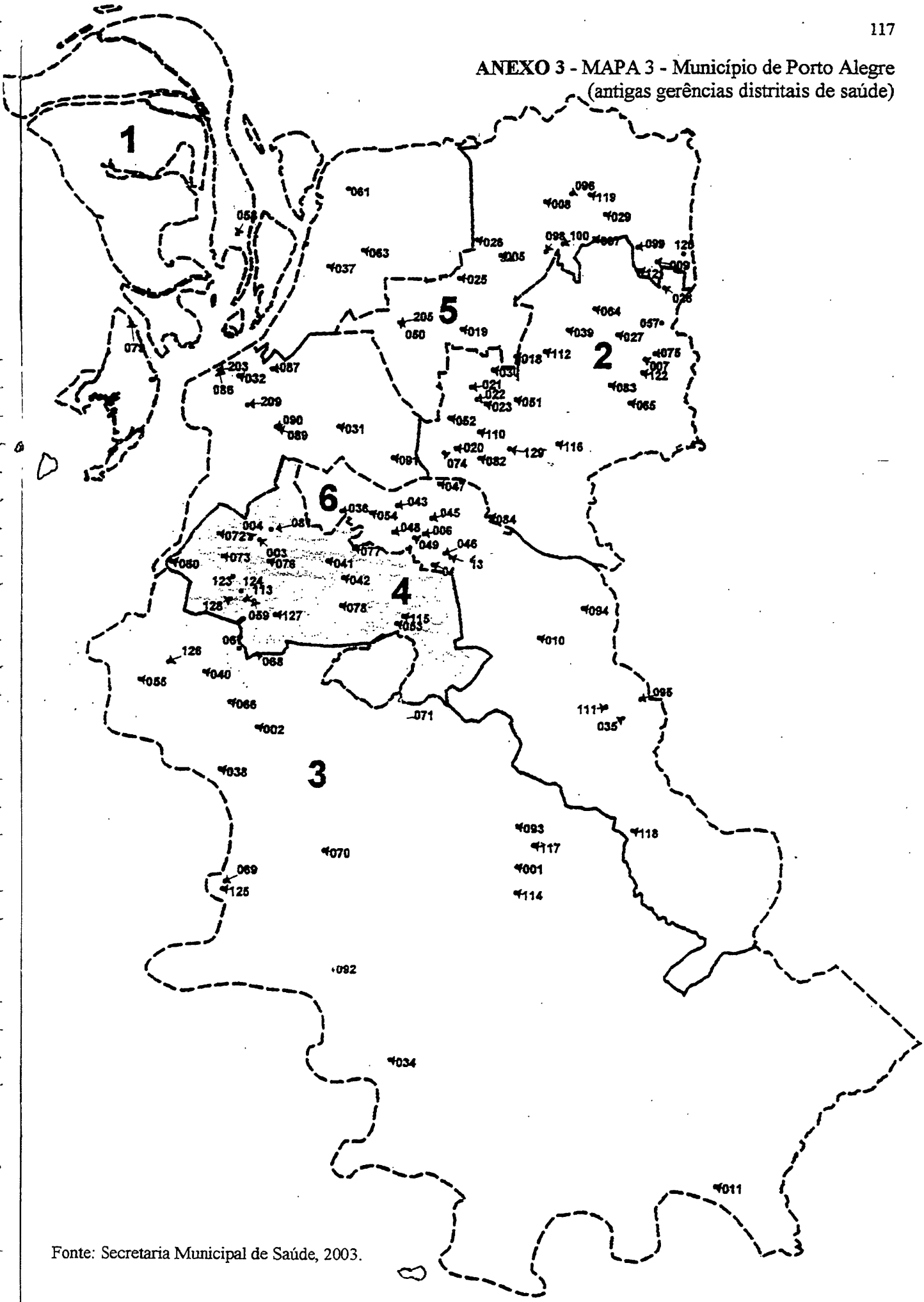
Fonte: Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental, 2000.

ANEXO 2 - MAPA 2 - Município de Porto Alegre
(antigos distritos sanitários)



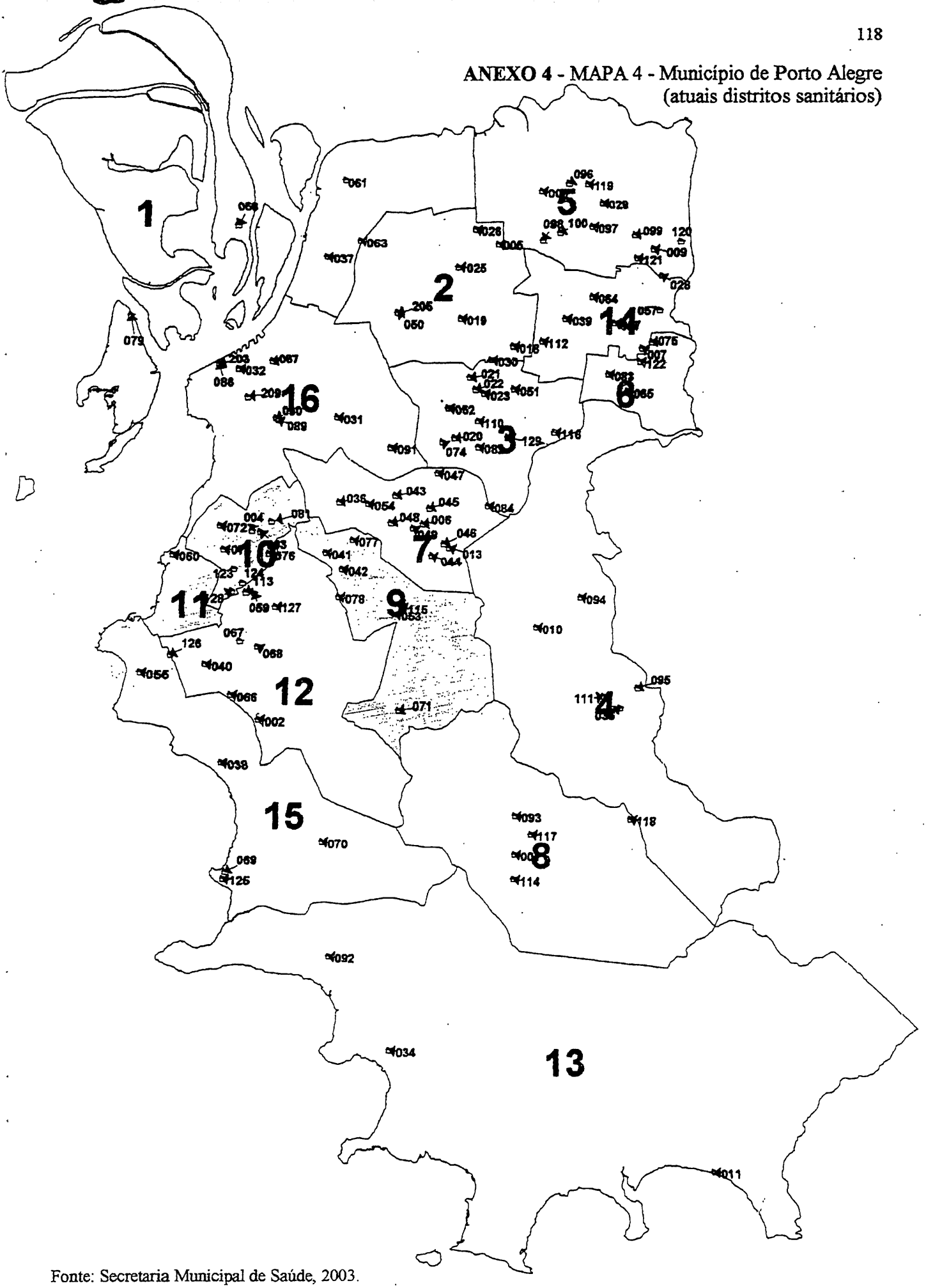
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

ANEXO 3 - MAPA 3 - Município de Porto Alegre
(antigas gerências distritais de saúde)



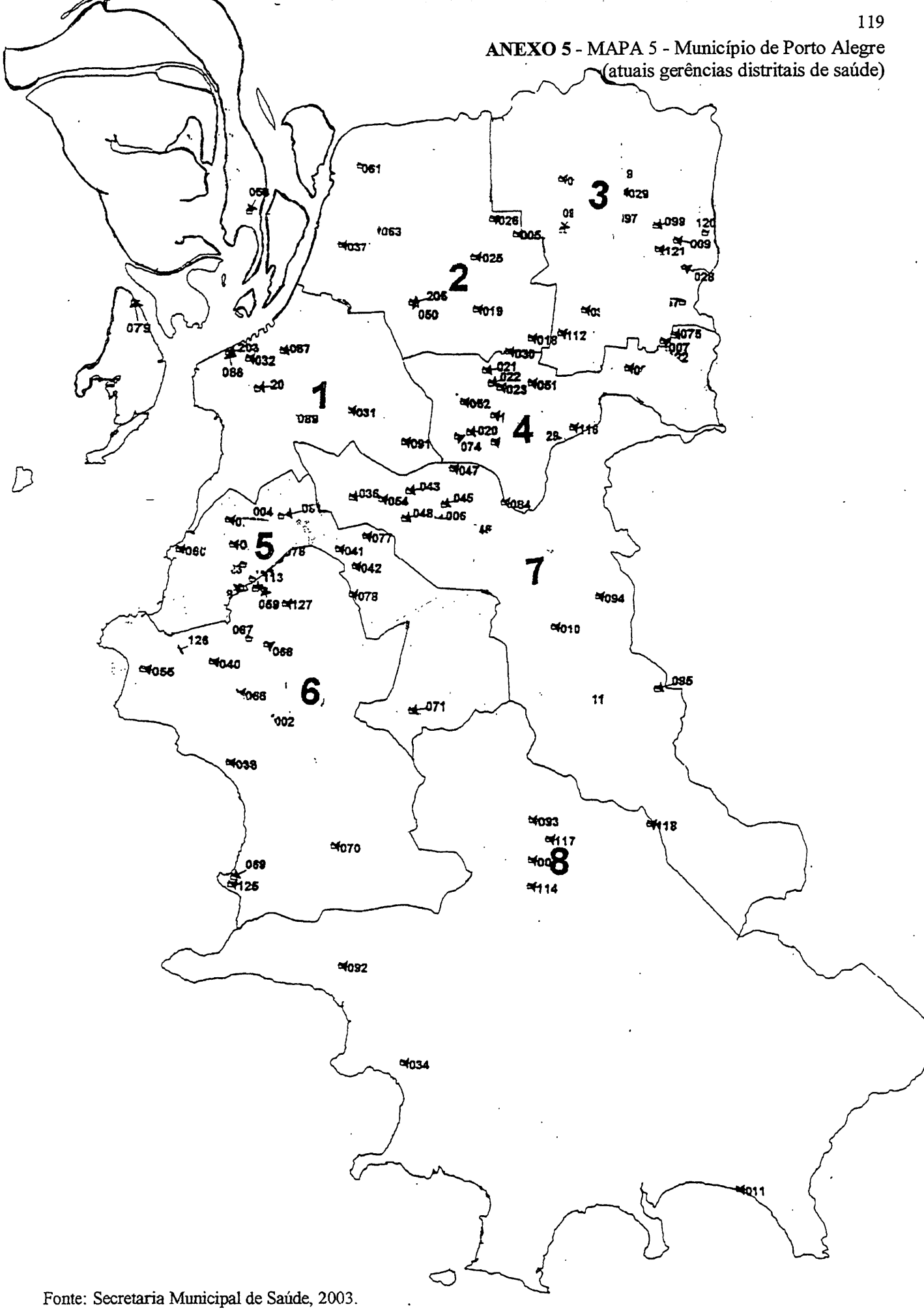
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

ANEXO 4 - MAPA 4 - Município de Porto Alegre
(atuais distritos sanitários)



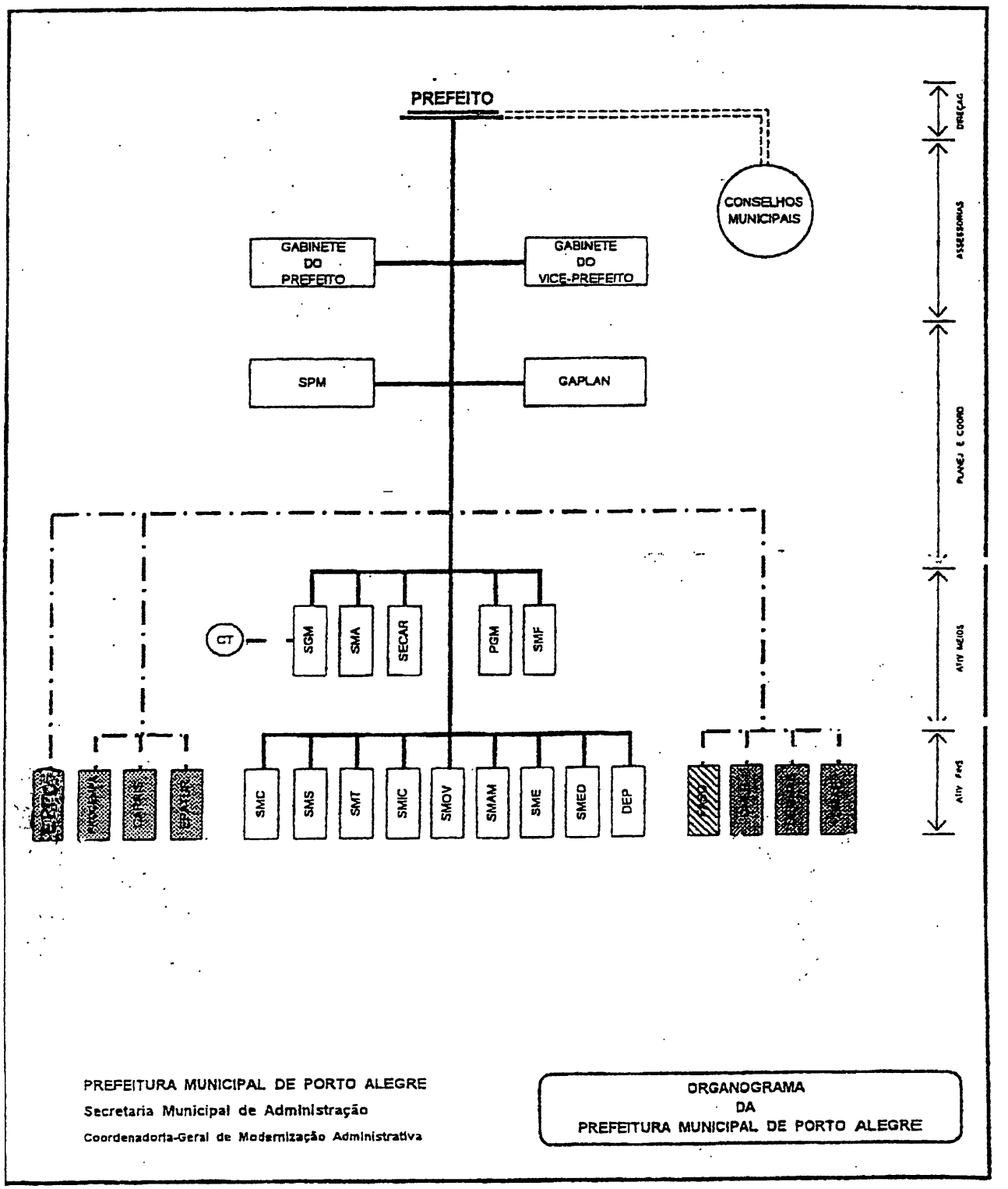
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

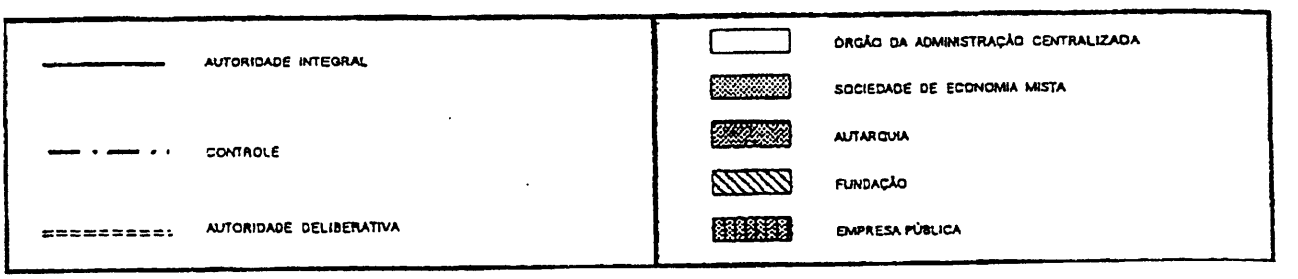
ANEXO 5 - MAPA 5 - Município de Porto Alegre
(atuais gerências distritais de saúde)



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

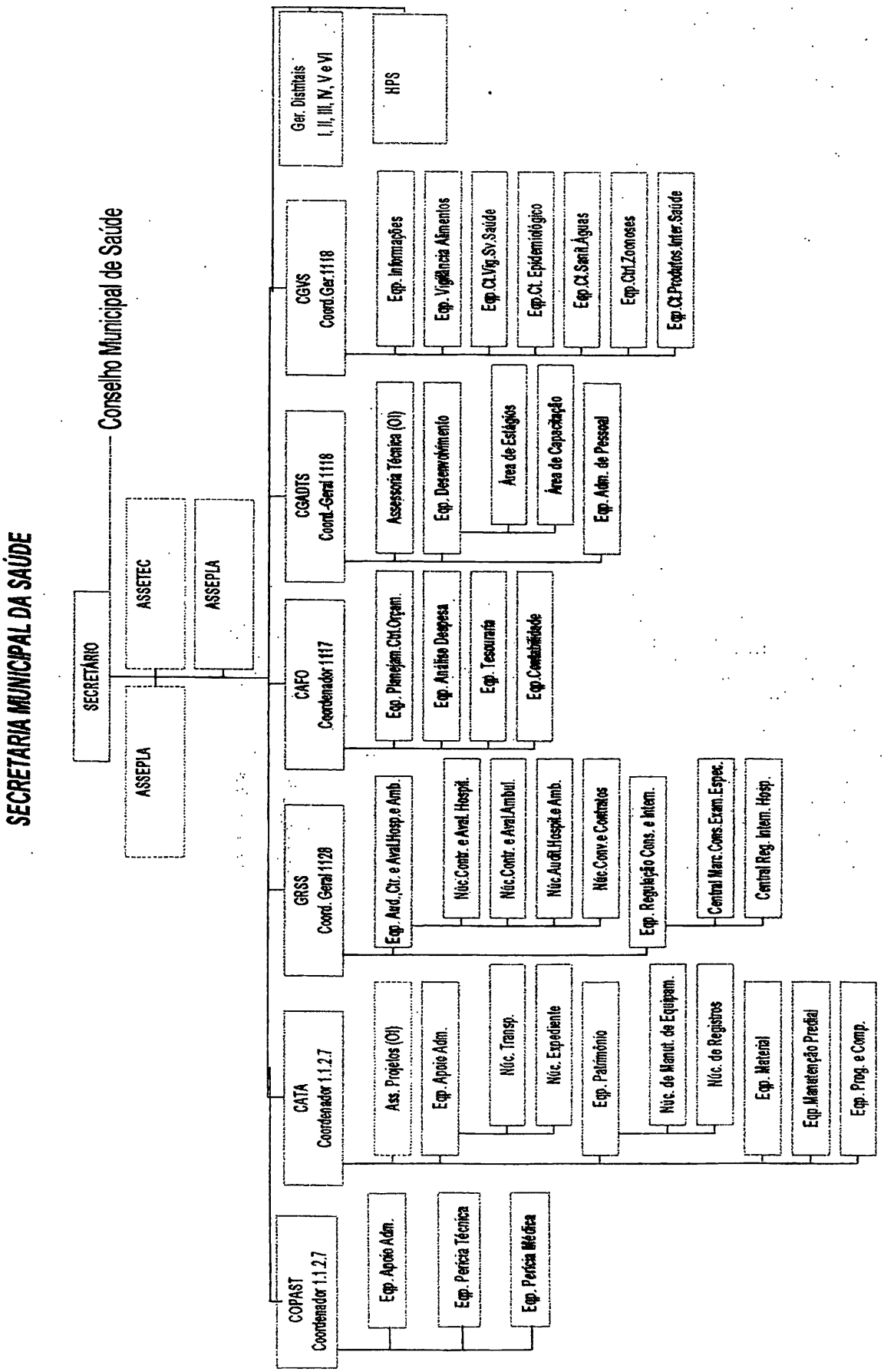
ANEXO 6 - ORGANOGRAMA 1 – Prefeitura Municipal de Porto Alegre





Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

ANEXO 7 - ORGANOGRAMA 2 – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

ANEXO 8 – Entidades localizadas na região Glória

	Entidades	Endereço	Bairro
1.	Associação Beneficente Francisco de Assis	R. Luiza Rocco, 47	Glória
2.	Associação Comunitária da Vila 1° de Maio"	R. Francisco Martins, 68	Cascata
3.	Associação Comunitária Linha de Tiro Federal	R. B	B. Velho
4.	Associação Amor a Vida (ASSAV)	R. Intendente A. Azevedo, 624	Glória
5.	Associação Moradores da Vila São Francisco	Av. Oscar Pereira, 4458	Cascata
6.	Associação Moradores Unidos do Patrimônio	R. Cel. Aparício Borges, 308	Glória
7.	Associação Moradores Alto Embraltel		
8.	Associação Moradores Chácara da Paz		
9.	Associação Moradores da Cascalpina		
10.	Associação Moradores da Ocupação Sertão 02		
11.	Associação Moradores da Vila Batilanos		
12.	Associação Moradores da Vila Canudos	R. dos Canudos, 477	Cascata
13.	Associação Moradores da Vila Colina Verde		
14.	Associação Moradores da Vila Esperança		
15.	Associação Moradores da Vila Glorinha		
16.	Associação Moradores da Vila Graciliano Ramos		
17.	Associação Moradores do Guanabara		
18.	Associação Moradores do Loteamento Mariante		
19.	Associação Moradores do Morro dos Ventos		
20.	Associação Moradores do Tabajaras		
21.	Associação Moradores dos Alpes		
22.	Associação Moradores Jardim Cascata		
23.	Associação Moradores Nossa Senhora Aparecida		
24.	Associação Moradores Ocupação Jardim Marabá		
25.	Associação Moradores Parque Bélem		
26.	Associação Moradores Vila Santa Clara		
27.	Associação Moradores Jardim Renascença		
28.	Associação Moradores Rua das Pedreira		
29.	Associação Satélite Prontidão	Av. Cel. Aparício Borges, 288	Glória
30.	Casa do Bom Samaritano	R. Pedro Boticário, 336	Glória
31.	Casa dos Artistas Riograndene	Av. Oscar Pereira, 3052	Glória
32.	CENEAN 1° de maio	R. Barcelos, 2688	Cascata
33.	Centro Comunitário Jardim Renascença	R. Arroio dos Padres, 130	Cascata

Entidades	Endereço	Bairro
34. Clube de Mães Nossa Senhora Aparecida		
35. Colégio Nossa Senhora da Glória	R. Pedro Boticário, 16	Glória
36. Comissão Cultura da Glória		
37. Comissão do Beco Servidão B. Velho		
38. Conselho Comunitário do Bairro Glória	Av. Oscar Pereira, 2851	Glória
39. Creche Comunitária Nossa Senhora da Glória	R. Travessa A, 252	Cascata
40. Culto Africano e Religião de Umbanda M. Oxum	R. Anchieta	Glória
41. Escola Nossa Senhora da Glória	Av. Oscar Pereira, 3052	Glória
42. Grupo Libertação "Nossa Casa"	R. Dona Luisa Rocco, 61	Glória
43. Igreja do Senhor Jesus Cristo da Última Hora	R. Ascenção, 155	Cascata
44. Instituto São José	Av. Oscar Pereira, 5119	B. Velho
45. Paróquia Nossa Senhora da Glória	Av. Oscar Pereira, 2851	Glória
46. Santuário Nossa Senhora Mãe de Deus	R. Santuário S/Nº	B. Velho
47. Sociedade Espírita Sebastião Leão	R. Nunes, 571	Medianeira
48. União Beneficiente de Senhoras Monte Líbano	R. Madre Ana, 364	Glória
49. União dos Moradores da Vila Esmeralda	Rua Anchieta, 159	Glória
50. União dos Moradores do Bairro Glória-Embratel	R. Francisco Martins, 68	Cascata
51. União Gaúcha Protetora dos Animais	R. Manduca Rodrigues, 561	Glória

Fonte: Centro Administrativo Regional Glória/Cruzeiro/Cristal (Junho 2003)

ANEXO 9 – Entidades localizadas na região Cruzeiro

Entidades	Endereço	Fone
1. Associação Beco Solidão		
2. Associação Condomínio Coqueiros		
3. Associação Vila Mato Grosso		32662401
4. Associação Vila Rio Branco		32158834
5. Associação Moradores Vila Cruzeiro do Sul		98153332
6. Associação Moradores da Praça Olga Silva Gutierres		
7. Associação Moradores da Vila Tronco Neves		
8. Associação Erechim e Mediações		32662547
9. Associação Ipê Barracão		33229646
10. Associação Jardim Europa I		32663584
11. Associação Jardim Europa II		32315709
12. Associação Jardim Olímpico		
13. Associação Moradores Mariano Matos I e Moab Caldas		91527380
14. Associação Moradores Silva Paes		91660975
15. Associação Moradores Vila Maria		32198004
16. Associação Moradores Vila Santa Anita		
17. Associação Nossa Senhora do Brasil		32320535
18. Associação Parque União		
19. Associação Rua Banco Central		
20. Associação Vila Figueira		32329646
21. Associação Vila Gaúcha		
22. Associação Vila Malvina		
23. Associação Vila Mariano de Matos II		
24. Associação Vila Orfanotrófio I		
25. Associação Vila Orfanotrófio II		98036743
26. Associação Vila Pantanal		30223208
27. Associação Vila Pedreira		
28. Associação Vila Santa Rita		
29. Associação Vila Teresina		
30. Associação Vila Tronco I		32179111
31. Centro Comunitário Arapei		30224266
32. Comissão de Rua Acesso 82 – Tronco Neves		32329938

Entidades	Endereço	Fone
33. Comunidade Condomínio Santorini		
34. Associação Moradores Vila Transviários		32664942
35. Associação Moradores Vila Santa Tereza		32324855
36. Centro Infanto Juvenil Zona Sul		
37. Associação dos Moradores da Vila Cruzeiro		
38. Associação Moradores Silva Paes		91660973
39. Associação Amigos do Lar e Creche Vó Maria		
40. Vila Malvina		
41. Associação Moradores Mariano de Mattos		
42. Associação Moradores da rua Erechim e Mediações		99668525
43. Associação Moradores da Vila Orfanotrófio II		
44. Associação Moradores Santa Rita de Cássia		
45. Associação Vila Mato Grosso		
46. Dormenio Pantanal		
47. Associação Moradores da Vila Figueira		91061352
48. Associação Mulheres Solidárias da Grande Cruzeiro		
49. Griô		
50. Associação Moradores Vila Teresina		
51. Associação Mulheres do Arroio Passo Fundo e Beco do Sorriso		
52. Centro Infantil Medianeira		

Fonte: Centro Administrativo Regional Glória/Cruzeiro/Cristal (Junho 2003)

ANEXO 10 – Entidades localizadas na região Cristal

	Entidades	Endereço	Fone
1.	Agência Adventista de Desenvolvimento de Recreativa Assistencial	Av. Caí, 84	
2.	Assoc. Comun. Beneficente e Recreativa Vila Cristal	Av. Divisa, 325	9138-7927
3.	Assoc. Comun. Moradores da Vila Campos Velho	Av. Dr. Campos Velho	
4.	Assoc. Comun. Moradores Vila Hipódromo Taquari	Beco G, Casa 25, Casa 5	
5.	Assoc. Comun. Moradores da Vila Sertaneja	R. Butuí, 740, Casa 1	
6.	Assoc. Comun. Moradores do Parque Santa Teresa	Av. Jacuí, 618/111	
7.	Assoc. Comun. Sargento Raimundo Correia Garcia	R. Bororó, 20	32660269
8.	Assoc. Comun. Soldado João A. N.G. da Fonseca	Trav. São Judas Tadeu, 5	
9.	Associação Comun. Vila São Martinho	R. Cel. Claudino, 212, C9	32429061
10.	Associação Vila da Pedreira	R. Ursa Maior, 566	99430912
11.	Associação Amigos do Bairro Icaraí	Av. Caí, 1032	
12.	Associação Icaraí I	Praça Floresta Aurora, s/n	3241-6328
13.	Associação Bairro Cristal	R. Jaguari, 195	
14.	Associação Amigos da Irmã Ermelinda da Vila Icaraí	Av. Icaraí, 1556, Casa 9	3249-3114
15.	Associação Moradores da Padre Cacique	Av. Padre Cacique, 1178	
16.	Associação Moradores da Divisa do Cristal	Av. Diário de Noticias, 21	
17.	Associação Moradores da Vila Campos do Cristal	Av. Diário Noticias, s/n	
18.	Associação Moradores da Vila Canadá	Av. Pinheiro Borba, 205	32415921
19.	Associação Moradores da Vila do Estaleiro	Av. Diário de Noticias, 21	
20.	Associação Moradores da Vila dos Veleiros	Av. Guaíba, 2600	
21.	Associação Moradores da Vila Triângulo-Cristal	R. Ursa Maior, 695	
22.	Associação Moradores do Vale da Morte	Av. Capivara, 20	
23.	Assoc.Gaúcha Autônoma de Vendedores Profissionais	R. Upamoroti, 579	
24.	Centro Comunitário Arapei	R. Arapei, 474	
25.	Clube de Mães do Cristal	R. Curupaiti, 925	
26.	Clube de Mães Independente da Vila Orfanotrófio	R. Orfanatrófio, 1362	
27.	Clube de Mães Lição de Vida	Av. Diário de Notícias, 18	
28.	Clube de Mães Pequeno Príncipe	R. Arapei, 483	
29.	Clube de Mães Rapiba	R. Cel. Claudino, 208	
30.	Conselho Comunitário do Bairro Cristal	R. Inhanduí, 432	
31.	CPM Escola Estad. 1° e 2° Graus Elpídio Ferreira Pais	R. Inhanduí, 431	

Entidades	Endereço	Fone
32. CPM Escola Estad. 1° e 2° Graus Paraná	Av. Taquari, 395	
33. CPM Escola Estad. 1° Grau Incom. Fernando Ferrari	R. Upamoroti, 1200	
34. Instituto de Amparo ao Excepcional (INAMEX)	R. Curupaiti, 880	
35. Sociedade Amigos do Bairro Cristal (SAC)	R. Curupaiti, 925	3210-2150
36. União Atlética Farroupilha	Av. Diário de Notícias, 18	
37. Associação Angelo Corso		3249-3969
38. Associação Condominial Vila Coronel Massot	R. Cel. Massot, 1274	3249-6888

Fonte: Centro Administrativo Regional Glória/Cruzeiro/Cristal (Junho 2003)