
Conselhos de Saúde e Práticas de Comunicação:
Ação pelo Controle Público e Invisibilidade Social

por

Homero Teixeira de Carvalho

Orientadores: Victor V. Valla e Eduardo N. Stotz

**Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz
Ministério da Saúde - SUS**

Junho - 1996

Agradecimentos

À Rose, esposa e companheira.

Aos meus filhos, Jorge e Eduardo.

Aos meus pais, “Seu” Mário e “Dona” Inês.

In memoriam, aos meus irmãos Quinho e Gina.

À Neusa, secretária.

À toda a equipe do antigo Núcleo de Vídeo, hoje Departamento de Comunicação e Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ. Especialmente, aos amigos Aurea Pitta, Janine Cardoso e Sérgio Brito, com os quais tenho percorrido as estradas, sem atalhos, do cotidiano institucional.

À equipe do CEPEL - Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina e do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (ENSP/FIOCRUZ), pela acolhida, enriquecimento profissional e pelo prazer do risco das idéias novas.

Aos companheiros do ELOS - Núcleo de Estudos Locais em Saúde (ENSP/FIOCRUZ).

Agradecimento especial aos companheiros do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I, em particular, Alberto Araújo, José Carlos de Souza, Evamar Gomes e Carlos Barros (Carlinhos), inspiradores e parceiros deste trabalho. Aos conselheiros Tomás, Nereu, Marisa, Arlene, “Dona” Helena, Lurdes e “Seu” João Cardoso. E o reconhecimento à atuação dos profissionais de saúde e representantes dos usuários, que nos anos 80, no Grupo Executivo Local(GEL), começaram a construção do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I, tema deste trabalho.

“Eu acho que a gente aprende a ser mais humilde ao conviver com essas pessoas simples. Por exemplo, uma pessoa que me emociona muito ali, o Seu João Cardoso, o Murilo, me emociona demais, um poeta, né? Aquela assistente social da Cidade Alta, que não perde uma reunião... Pessoas que, sabe, têm um prazer... Aquela senhora lá da Ilha, a Dona Helena, aquela polonesa, que vai lá com seu colarzinho... São pessoas que têm uma gana pra ver as coisas acontecer, e vai ali como se fosse uma missa pra ela, né? Não perdem uma, vão em todas... E tem também a garra das pessoas, se dependesse da vontade das pessoas ali, o mundo seria diferente, o sistema de saúde seria outro e não haveria injustiça com certeza, não é? O que tivesse que enfrentar, as pessoas enfrentariam, não usariam de apadrinhamento... Eu acho que o pessoal ainda vai crescer muito politicamente, com certeza.” (Alberto Araújo, médico, conselheiro e Secretário Geral da gestão 94/95 do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I)

Resumo

Este estudo foi desenvolvido junto ao Conselho Distrital de Saúde (CDS) da AP3.1, área do município do Rio de Janeiro que abrange a zona da Leopoldina e a Ilha do Governador. Foi realizado durante os dois primeiros anos de funcionamento do Conselho (1994/1995), usando como metodologia a observação participante e entrevistas com conselheiros usuários e profissionais de saúde.

O trabalho realça a perspectiva dos conselheiros usuários na tematização dos problemas de saúde levantados no Conselho. Como premissa, considera que o ponto de vista dos usuários“ deve ser privilegiado na adoção de estratégias de comunicação dos conselhos de saúde, buscando o agendamento dos meios de comunicação de massa para a ampliação da esfera pública e da visibilidade social dos problemas de saúde.

Destacando o *olhar* dos conselheiros usuários, este trabalho tematiza alguns problemas de saúde abordados pelo Conselho Distrital da AP3.1, considerando também a sua significação epidemiológica. São eles: a institucionalização do conselho, a demanda reprimida por assistência ao parto, a situação de violência, e a crise dos serviços hospitalares de emergência.

No caso do CDS-AP3.1, a eleição de um usuário para presidente da sua primeira gestão (94/95), favoreceu esta reflexão. No período estudado, o Conselho pôde tentar instituir-se como espaço privilegiado de controle público em saúde, na perspectiva da sociedade civil de caráter popular, abrindo a discussão com o poder público sobre a efetiva abrangência do seu caráter deliberativo. Práticas de comunicação que ampliassem a visibilidade social do Conselho estariam, assim, articuladas com o aprofundamento deste caráter, enquadrando o propósito de “ousar cumprir a lei” na fronteira da real distribuição do poder na gestão da saúde.

Palavras-chave: conselhos de saúde, participação popular, comunicação em saúde, controle social.

Abstract

This research was developed in the Health District Council of AP3.1, urban area of Rio de Janeiro which is comprised of Leopoldina and Ilha do Governador regions. It covers the first two years of that Council (1994/95) and applies the observation and interviews as methodology tools.

The work enhances the users' of public health services councillors' point of view to turn the health problems into public issues. It considers that this procedure is part of communication strategies from the Council to set the *media* agenda referring to health. As a methodological exercise, this work deals with some issues that were observed in the Council, considering their epidemiology meaning, such as the crisis of emergency services, the violence status in certain urban areas and the process of arranging the Council.

The election of a users' of public health services as the Council's president favoured this proposition because it was possible to discuss about its real deciding character with the public power. In such a situation, the communication practices of the Council would be necessary to enlarge its social visibility.

Keywords: health councils, popular participation, health communication, social control.

SUMÁRIO

Introdução	1
1. Aproximação ao assunto	2
2. Sobre a metodologia	3
3. Comunicação e saúde: buscando articulações	
3a. Os conselhos de saúde	8
3b. Modelos de comunicação e formação de opinião	12
Capítulo I - Caracterização da área de estudo	
1. A vida pelas tabelas	18
2. O Conselho Distrital de Saúde da AP.3-1 surge da lei para mudá-la	26
Capítulo II - Entrevistando os conselheiros	34
1. A trajetória dos usuários no movimento popular: a participação como trabalho	36
2. A construção do Conselho: os usuários ampliando a esfera pública	39
3. Um usuário como Presidente e os percalços da institucionalização do Conselho	43
4. Da dificuldade de abordar os problemas de saúde	46
5. Da III Conferência Distrital de Saúde ao freio da III Conferência Municipal	49
6. Os usuários e a participação dos outros Segmentos	52
7. Os espaços de reprodução do debate (a família, os amigos, as entidades): redes de informação e socialização	56
8. Os conselheiros usuários e as informações em saúde: as fontes murmurantes	58
9. O Conselho e a sociedade: recebendo e gerando informações	61
10. Serviços de emergência na AP.3.I: a participação dos usuários para a superação da crise	65
Capítulo III - Outros olhares na tematização da saúde	74
1. A institucionalização do CDS-AP3.I	76
1.a. O sentido da institucionalização do CDS-AP.3-1: espaço público e interlocutor coletivo.	90

2. A crise das maternidades: onde nascer na AP.3-1?	94
2.a. O reconhecimento e a negação da legitimidade interlocutiva do CDS-AP3.I	98
3. Violência: quem fala consente; quem cala sobrevive	100
3a. Violência de quem contra quem?	106
4. A crise dos serviços de emergência na AP.3-1	109
4a. Os usuários conselheiros e os serviços de emergência: vivendo a crise; encaminhando soluções	125
Capítulo IV	
Discussão: conselhos de saúde e práticas de comunicação	129
Capítulo V	134
Considerações Finais	
Bibliografia	136
Legislação e documentos citados	139
Apêndices	140
A. Roteiro de Entrevistas com Integrantes do CDS-AP3.1	141
B. Agenda do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1	143
Anexos	145

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um exercício metodológico que pretende incorporar o olhar dos grupos populares na abordagem dos problemas coletivos de saúde, debatidos no Conselho Distrital de Saúde da AP3.I, no município do Rio de Janeiro. Discute a possibilidade de democratização do acesso à informação nos processos de construção de instâncias coletivas de controle da gestão do setor saúde, incluindo as informações dos usuários expressas nos conselhos de saúde sobre suas necessidades de saúde, relações com os serviços e com o próprio conselho. Especificamente, objetiva evidenciar a necessidade de elaboração de propostas comunicacionais dos conselhos de saúde que contribuam para a sua visibilização pública e das demandas dos grupos populares por saúde, visando a ampliação da possibilidade de construção de consensos em torno dos problemas abordados.

A motivação inicial deste trabalho foi a constatação da inexistência de uma política, ou estratégias de comunicação no cotidiano do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1 (CDS-AP3.1), sendo esta apenas uma das dificuldades de toda ordem que o Conselho enfrentou para sua viabilização como interlocutor das questões de saúde junto a população de sua área de abrangência e, em particular, junto ao corpo institucional do setor. A outra constatação, em parte decorrente da primeira, é a inexistência de qualquer citação dos conselhos nos meios de comunicação.

Embora as dificuldades materiais e políticas sejam comuns aos conselhos de saúde, no caso do CDS AP3.I, os obstáculos a sua institucionalização multiplicaram-se na medida em que os conselheiros elegeram o presidente, eleito entre os usuários, resistindo à intenção do poder público em indicar um ocupante para o cargo.

Mesmo cientes de que, institucionalmente, o Conselho, então em fase de implantação, integraria o aparato do Estado na saúde, ainda que como instância pública não estatal, um grupo de conselheiros usuários, aliados a conselheiros profissionais de saúde, vindos de uma histórica trajetória de participação no Grupo Executivo Local (GEL-AP3.I) na década anterior, e cumprindo as recomendações da II Conferência Distrital de Saúde deram forma à uma proposta de construção da autonomia do Conselho, começando pela eleição do presidente. Nesta circunstância, avultou-se, entre outras, a dificuldade de estabelecimento de fluxos regulares de informação para a sociedade, que possibilitasse a socialização da proposta de autonomia e, no decorrer do processo de institucionalização, dos problemas de saúde abordados pelo Conselho e das decisões tomadas sobre eles. É desse obstáculo que trataremos aqui.

1. Aproximação ao assunto

A primeira aproximação ao que mais tarde se conformaria em motivação para este estudo, ocorreu em 1991 quando acompanhamos o processo de realização da IX Conferência Nacional de Saúde. Na época (1991/92), integrando a equipe de realização de um vídeo¹ produzido pelo Núcleo de Vídeo da Fundação Oswaldo Cruz, acompanhamos a Conferência Municipal de Saúde de Angra dos Reis, a Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e a IX Conferência Nacional de Saúde. A inserção profissional no Núcleo de Vídeo possibilitou ainda a participação na proposta de construção de um espaço que viabilizasse a articulação entre a comunicação e a saúde no campo das práticas sociais, do ensino e da pesquisa. Dos resultados desse movimento institucional, destacamos a implantação de uma distribuidora de vídeo, a VideoSaúde, destinada à rede de instituições do Sistema Único de Saúde; a criação, em 1993, do Curso de Aperfeiçoamento em Comunicação e Saúde, desde então, promovido a cada dois anos, em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública; e o início de uma linha de pesquisas² financiadas pelo Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde (PAPES) da Fundação Oswaldo Cruz, da qual este trabalho faz parte.

Paralelamente à atividade institucional, a partir de 1992 passamos a editar o jornal *Se Liga no SINAL*, do CEPEL - Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina. A entidade reúne informações sobre a situação dos serviços públicos, especialmente de saúde, educação e saneamento, contrapondo os dados das instituições oficiais e as informações veiculadas pelos meios de comunicação à experiência da própria população “consumidora” desses serviços, mantendo uma atividade permanente de pesquisa na Região da Leopoldina, no município do Rio de Janeiro. Dessa forma, procura subsidiar os grupos populares organizados na negociação com o poder público, publicando os resultados de sua atuação no jornal *Se Liga no SINAL*. Em 1994, o desenvolvimento desta atividade possibilitou nossa inserção no Conselho Distrital de Saúde da AP3.I - inicialmente “cobrindo” as atividades para o SINAL, o que propiciou a reunião do material posteriormente organizado para este trabalho, e, depois, também, como conselheiro. A sobreposição de papéis de observador e participante expôs o viés metodológico, assumido pelo pesquisador, que marca esta pesquisa.

¹ “Controle Social em Saúde: o Exercício da Cidadania na Reinvenção de um Direito”, 23 min.

² “Saúde, Cidadania e Comunicação: a Democratização do Acesso à Informação em Nível Local”

2. Sobre a Metodologia

“Quando você está no conselho, você já faz parte do grupo, vamos dizer assim, né? Você é um conselheiro, que tem opiniões, que as pessoas divergem de você, te dão porrada, você aceita, enfim... Você é jornalista, mas você não é identificado lá mais como jornalista, assim como eu não sou mais identificado como médico, tá certo? Você perde a identidade... ‘Médico é o cara que atende lá no Posto...’ ‘Jornalista é o cara que fica lá no jornal...’ Você perde essa coisa de especialista.” (Alberto Araújo, Secretário Geral do CDS AP3.1 - Gestão 94/95 - Entrevista em 15. 02. 96)

O início da atuação no CEPEL possibilitou a verificação progressiva de que a AP3.1 não era um espaço físico urbano desarticulado do conjunto da cidade. Até então, aquela região era apenas sinônimo de local de trabalho, ou melhor, de localização da instituição de trabalho, a FIOCRUZ, ou de trânsito para a saída da cidade.

A atividade de edição do SINAL acabou resultando na nossa aproximação maior a parte da AP3.I, a zona da Leopoldina, através das discussões ocorridas no próprio CEPEL em relação ao jornal *Se Liga no SINAL* mas, também por isso, sobre os problemas públicos, mas não publicizados, da AP3.I. As reuniões de pauta, preparatórias de cada edição, transformaram-se aos poucos, em oportunidades de *tematização* do papel da entidade; sua relação com entidades de moradores e outras expressões do movimento social organizado na região; com as instituições de serviços públicos; com a Fiocruz, instituição de pesquisa com a qual a maioria dos participantes mantém vínculos como funcionários ou bolsistas; e sobre a dificuldade de acesso e a irregularidade dos serviços públicos de consumo coletivo, como água, saúde e educação, experimentados no cotidiano dos bairros populares da região, e suas entidades. O diagnóstico da situação dos serviços públicos e a organização da população para a representação de seus interesses na negociação com o Estado pela melhoria daqueles serviços, constituem o principal objeto das pesquisas e reportagens dos integrantes do CEPEL, ocupando a maior parte do espaço do seu jornal. Foi com esta finalidade inicial que passamos a acompanhar as atividades do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I, a partir de janeiro de 1994.

No decorrer do tempo, o que era simples *cobertura* para o jornal SINAL, ganhou corpo como trabalho de pesquisa. O processo pelo qual passamos de observador (para o

jornal) a observador participante (para a pesquisa) foi concluído, como devíamos ter desconfiado desde o início, no exercício do papel de conselheiro. A dificuldade em exercer ao mesmo tempo, pelo menos os dois últimos papéis constituem o núcleo deste comentário metodológico. O duplo papel, quase dizíamos a dupla militância, foi também a razão da limitação do período de abrangência da pesquisa. Como conselheiro, participamos da organização da III Conferência Distrital de Saúde, evento que marcou o encerramento da primeira gestão do Conselho da AP3.I, em setembro de 1995, e que, em princípio, seria o limite da observação.

Neste momento, mostrou-se incompatível, talvez por insuperável inabilidade pessoal, a observação sistemática do evento e as responsabilidades compartilhadas por sua realização. Por esta razão, a III Conferência não ocupa um lugar de destaque no corpo do trabalho, o que não acreditamos ter afetado nossa proposta de abarcar os principais temas abordados pelo Conselho, sem a pretensão de esgotá-los, mas na esperança de estar contribuindo para fazê-los (re)viver no futuro.

Embora contenha momentos bem marcados, a trajetória de aproximações sucessivas ao Conselho Distrital não foi por nós compreendida como uma distorção marcante da função jornalística para a de pesquisador.

Se no início, a observação e o acompanhamento das atividades procuravam recolher material informativo para o SINAL, objetivando colocar em circulação, no âmbito da AP3.I, os debates do Conselho, essa finalidade prosseguiu no momento em que decidimos realizar essa pesquisa. Se o sentido da observação participante, como metodologia de pesquisa, está impregnado por seu objetivo de devolver os seus resultados à população estudada, este já era cumprido na atividade jornalística do momento inicial da nossa inserção no Conselho. Mais do que coincidência, essa similaridade dos diferentes papéis, decorre da proposta editorial do SINAL, que se inclui na linha geral de trabalho do CEPEL, pois a realização do jornal não distingue a reportagem da atividade de pesquisa que alimenta o banco de dados da entidade. Evidentemente, essa ousadia é possível apenas porque a produção do jornal, dentro das circunstâncias e objetivos particulares da entidade, está longe do processo industrial de produção de notícias dos meios de comunicação de massa.

Se a devolução das informações à população através do jornal, a partir do *lugar* que ocupamos no Conselho, cumpriu-se integralmente, prosseguindo mesmo após o encerramento da pesquisa, o mesmo não podemos dizer do compartilhamento da realização da pesquisa com os conselheiros, o que seria uma outra característica da “observação participante”. É

possível que esse fato desautorize o emprego dessa expressão para designar a metodologia empregada. No entanto, isso ocorreu também porque não havia a expectativa dos conselheiros de que realizássemos uma pesquisa, sendo a referência a ela recebida sempre com indiferença.

Além disso, entendemos que as informações e conhecimentos provenientes do ambiente do Conselho, eram, ou deveriam ser, resultado das relações entre profissionais e usuários. O conhecimento hegemônico dos técnicos, embora prevalecendo mesmo na situação particular do Conselho sob a direção de um usuário, só adquiriu sentido, isto é tornou-se *útil* na solução de problemas, quando era permanentemente posto a prova pelos problemas levados pelos usuários. (A tensão da relação técnicos (profissionais) X usuários estará presente em todos os *temas* de saúde abordados pelo Conselho e que constam do Capítulo IV.) O problema comum a todos os segmentos, isto é, em torno do qual poderia haver um consenso mais permanente, era como instituir uma instância de controle social, sem a qual não poderia haver mudanças substanciais no quadro dos serviços de saúde na área. (VALLA, 1989)

Por ora, interessa destacar que a proposta metodológica desta pesquisa não levou para o campo a pretensão de gerar um conhecimento compartilhado entre pesquisador e pesquisados. Partimos do pressuposto de que este conhecimento era gerado nas relações já existentes entre os diferentes segmentos na situação do Conselho. Nem mesmo este conhecimento (*de terceiro tipo*) interessava ser abordado - o que a realização deste trabalho proporcionou, e só neste sentido tratou-se de “observação participante”, foi a priorização da perspectiva dos usuários sobre seus próprios problemas. Sposito (1985), pesquisando os movimentos sociais pela educação pública em São Paulo, assim refere-se aos participantes daquele movimento dos anos 70 como matriz informativa da sua pesquisa: “Eram portadores de outra lógica, a dos excluídos, reivindicavam uma cidadania negada em vários momentos de sua vida, reivindicavam o direito de serem tratados como protagonistas de movimentos que constituíam forças sociais, não queriam ser humilhados, não estavam pedindo favores.” Em seu trabalho, a autora comenta exercício do duplo papel, delimitando com precisão a abrangência de cada um, que também exerceu no decorrer da pesquisa, só que em situação inversa a que estamos comentando: ao papel de pesquisadora, somou também a função de jornalista, por demanda dos pesquisados. “(...) minha inserção nos grupos caracterizou-se por uma mescla de professora interessada em acompanhar e conhecer suas lutas por educação e de “jornalista popular” como muitas vezes fui apresentada para outros participantes. (...) Uma interação enriquecedora foi propiciada, pois, (...), o movimento sabia que algumas de suas demandas seri-

am divulgadas por meio das reportagens que eu estaria escrevendo para o jornal, uma realidade mais palpável e imediata do que a elaboração de uma tese ou um livro (...)"

Diante da gravidade dos problemas levantados no Conselho, pareceu ainda fora de propósito insistir na formalização de uma proposta de participação numa "pesquisa sobre o Conselho" que, de resto, nem nós mesmos, nos momentos iniciais, sabíamos muito bem como poderia ser feita. Ela foi sendo construída no processo de inserção cada vez maior no Conselho, na medida em que foram ficando claras, não as necessidades da pesquisa, mas de demandas comunicacionais do conselho que superassem os limites da agenda técnica, ampliando para o espaço público, ainda que restrito à AP3.I, a singularidade da experiência dos usuários no encaminhamento de problemas coletivos de saúde. Naquele momento inicial, o papel que era esperado que cumpríssemos era o de canal de informação do Conselho, através do meio que dispúnhamos, que era o que desde o início tínhamos nos proposto a fazer. Se estávamos no Conselho para "fazer matéria" ou para fazer pesquisa, cumpria fazer o melhor. Os conselheiros estavam lá para resolver problemas, experiência que, em pouco tempo, também compartilhávamos como conselheiros. Desta forma, sem veleidades messiânicas, pudemos vivenciar, *na prática*, a contradição do termo *observação participante*: ou bem se observa, ou bem se participa. Tanto que a etapa de campo da pesquisa acabou, mas prosseguiu a condição de conselheiro.

Permaneceu também a sensação de ter sido observado e ensinado a ser conselheiro de saúde - demorou exatamente um ano para ser convidado a participar das reuniões internas do Conselho. Seeger (1980), ao pesquisar os índios Suyá, descreve a experiência de ter sido também objeto de pesquisa: "Retrospectivamente dou-me conta de que, de certa forma, fui criado pelos Suyá. Quando lá chegamos pela primeira vez, trataram-me como uma criança. (...) Os Suyá ensinaram-nos tudo o que puderam, foram bons companheiros, e juntos passamos bons e maus momentos. Foi um povo paciente e generoso e que me treinou para ser um pouco antropólogo e um pouco Suyá."

Após a sistematização do material coletado, analisado à luz dos objetivos do trabalho, que foram se impondo no cruzamento com o referencial teórico, os vácuos deixados pela observação foram preenchidos por entrevistas com cinco conselheiros. Os entrevistados não foram selecionados por representarem o *conselheiro médio* ou *estaticamente mais freqüente* (GINZBURG, 1993), mas, ao contrário, justamente por encerrarem trajetórias singulares na história do movimento social pela saúde na AP3.I ou apenas por sua inserção nos serviços de saúde que tornaram-se objeto de debate no Conselho (caso da Emergência). Não alimenta-

mos a expectativa de, de repente, encontrar um conselheiro “ideal”, que sintetizasse sua condição numa *categoria* mais precisamente identificável, para além das marcas do seu próprio segmento de origem (profissional ou usuário).

O critério inicial utilizado para a definição dos entrevistados foi sua participação na constituição do Conselho da AP3.I, definindo-se, assim, dois conselheiros, o presidente e o secretário geral da primeira gestão; um conselheiro profissional de saúde, Chefe do Serviço de Emergência Hospital Geral de Bonsucesso e um conselheiro usuário e agente comunitário voluntário de saúde que atua na mesma unidade, definidos pela relevância de sua participação no debate do tema serviços de emergência no Conselho (ver Capítulo IV); e uma conselheira usuária com uma longa trajetória de participação no debate dos problemas de saúde da AP3.I. Os entrevistados, com os quais utilizamos técnicas diferentes de acordo com a sua inserção no Conselho como profissionais ou usuários, não foram considerados informantes. A diferença entre as duas condições são assim apontadas por Zelditch (1969, apud Haguette, 1987): “o informante seria aquele que presta informações presumidamente corretas sobre outros ao invés de si mesmo e cujas informações acerca dos acontecimentos são informações sobre acontecimentos dos quais não participou. Já o entrevistado fala sobre si mesmo. A entrevista durante a observação participante é considerada como sendo sua parte.” Nesta pesquisa, as entrevistas foram realizadas na etapa final do processo de observação participante.

No movimento em direção ao segmento dos usuários, o processo da pesquisa buscou evitar a mistificação do popular enquanto possuidor de todos os requisitos para apropriar-se da realidade (CETRULO, 1985). Simultaneamente, neste movimento, buscamos “desprotagonizar o conhecimento, as regras de esclarecimentos que se restringem, apenas, ao círculo dos especialistas.” (FAUSTO NETO, 1994). Desde que partimos do pressuposto de que este campo (do usuário e sua experiência) deverá estar inscrito nas iniciativas comunicacionais geradas pelos conselhos de saúde, este trabalho traz a marca desta intenção. No entanto, restringimo-nos às marcas mais visíveis do campo observado. A continuação deste movimento certamente exigirá o recurso a outras metodologias: existem marcas mais profundas a serem explicitadas e que este trabalho apenas detectou. A aplicação de outros procedimentos metodológicos implicará, talvez no desvendamento de um outro conselho de saúde.

Além da observação participante e entrevistas, foram realizados levantamentos e consulta à legislação referente à instituição do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I, bem como documentos produzidos pelo Conselho (folhetos, relatórios, atas), dados sobre o perfil epi-

demiológico e sócio-econômico da AP3.I. Este material informativo foi utilizado na elaboração do Capítulo I (Caracterização da Área de Estudo).

3. Comunicação e saúde: buscando articulações

3a. Os Conselhos de Saúde

O processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil, a partir da proposta de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), para muito além das dificuldades aparentes de ordem técnica e administrativa, tem se caracterizado pela impermeabilidade das estruturas de poder à implementação de instâncias coletivas locais, com efetivo poder de controle, fiscalização e elaboração de políticas públicas no setor, embora previstas na legislação geral e específica que formaliza o desenho do sistema que se pretende implantar. Jacobi (1992) resumiu em quatro eixos as tendências que fortaleceram as propostas de descentralização: 1) a crise de representação política, 2) a tecnoburocratização da administração pública, 3) o acirramento das desigualdades, e 4) a necessidade de recuperação das identidades locais.”

Teixeira (1992) delimita as diferenças de entendimento do que seja a descentralização para os diferentes atores envolvidos na sua concretização, uns com os pés na tecnoburocracia e prestadores de serviços, e outros, com os pés nos movimentos sociais, contando com a eventual aliança de parcela dos primeiros:

“A descentralização entendida como deslocamento de poder, é um elemento central da Reforma Sanitária. Entretanto, enquanto a descentralização se resume ao deslocamento de poder do nível central para os níveis locais, a Reforma Sanitária se define como um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em aliança com movimentos sociais de usuários e de profissionais.”

As alianças dos movimentos sociais com a classe trabalhadora mais bem remunerada, e com a classe média, tornam-se cada vez mais improváveis na conjuntura de *globalização* da economia, na qual o Estado exime-se progressivamente do dever de garantir o acesso universal aos bens e serviços públicos, submetendo-os às regras do mercado e garantindo, na aplicação de um conjunto de políticas, a inserção subordinada do país no circuito econômico internacional (VALLA, 1995) Nesta circunstância, os setores mais bem remunerados radicalizaram a relação adversa com o sistema público de saúde, restando aos setores mais pobres e

desorganizados, com poucas chances de administrar individualmente os problemas sociais de sua existência (STOTZ, 1995), a incumbência de insistir (ou a insistência de se incumbir) na formalidade das relações com o Estado para garantir o acesso aos serviços de saúde.

Assim, passados dez anos da incorporação dos preceitos do Sistema Único de Saúde à ordem constitucional, a implementação dos conselhos de saúde com efetividade deliberativa, expressão na prática do *controle social*, torna-se sinônimo de *concessão governamental* de conformação de instâncias de representação dos excluídos do acesso aos serviços de saúde. Na condição de pacientes, passam a enfrentar no cotidiano, a degradação dos serviços de saúde, conseqüência da atuação do Estado na conjuntura de globalização e, também como pacientes, a degradação de suas próprias condições de existência. A mesma circunstância favorece a única possibilidade de alianças tácitas com os profissionais de saúde, também eles submetidos às conseqüências da implementação de políticas pelo Estado. Favorece ainda a compreensão do conselho de saúde como espaço em que é possível a constituição da cidadania, que expressa e procura garantir demandas como direitos, mas também busca interferir na reformulação do seu atendimento.

A tradição clientelista e patrimonialista das elites na condução da coisa pública no país, sempre foi um obstáculo às iniciativas de descentralização e democratização das políticas públicas. (SPOSATI & LOBO, 1992) A persistência dessa tradição pode ser detectada no nível local onde, aliás, é engendrada. Com a *globalização*, o clientelismo e patrimonialismo se revigoram como barreiras aos processos de democratização do Estado brasileiro.

Ao adquirir a configuração de espaço público “de excluídos”, os conselhos de saúde, sua atuação e os problemas com que lidam, não ultrapassam os limites das relações dos próprios conselheiros com as entidades que representam. Sua existência institucional é marcada pela invisibilidade pública (PITTA, 1995), garantida pela patrimonialização privada dos espaços públicos dos meios de comunicação de massa em todo o país, extensão tentacular da tradição acima mencionada.³

A conformação institucional tutelada dos conselhos de saúde, conduzidos como apêndices de legitimação das decisões técnicas, políticas e financeiras previamente acertadas entre dirigentes e profissionais, e as decorrentes dificuldades em exercer o seu papel deliberativo, estabelecer fluxos informativos com as estruturas das instituições de saúde, e com a

³. Durante o período de realização desta pesquisa (1994/95), os conselhos distritais de saúde do Rio de Janeiro foram objeto de apenas duas matérias na imprensa carioca: “Hospitais da Zona Sul dividirão atendimento” - *Jornal do Brasil* - 08. 10. 94, e “Hospitais da Zona Sul terão mais consultas - Conselho aponta problemas” - *O Globo* - 09. 10. 94). Ver Anexos.

sociedade, como um todo, evidenciam que a descentralização não leva diretamente à democratização da saúde. Ao comentar tal confusão, Cohn (1993) aponta:

“a tendência a se tomar como sinônimos controle social e controle público, bem como participação social, participação da comunidade e participação popular. Daí também a tendência a se enfatizar, uma vez mais, o aparato institucional no nível local da ótica do poder público para a sociedade e não no seu sentido inverso. Poder-se-ia afirmar, nesse sentido, que uma vez mais a ênfase vem recaindo sobre o controle social e não sobre o controle público, reafirmando, (...), a centralidade da questão institucional frente à questão da democratização da relação sociedade/Estado.”

Na conjuntura de *globalização*, a informação produzida nos níveis locais adquire importância fundamental, tanto para o controle social (do Estado sobre a sociedade e seus processos) quanto para o controle público (da sociedade sobre o Estado e suas estratégias). O Estado contemporâneo tem nos meios de comunicação de massa e nas redes técnicas de circulação (restrita) da informação, um dos mais poderosos instrumentos de controle social. Por outro lado os cidadãos, isoladamente, desde que inseridos no circuito econômico de produção e consumo, mediatizam seus direitos (como consumidores), nas relações com o mercado, inclusive em relação a bens e serviços públicos, ou a sociedade civil de caráter popular (que não compartilha dos instrumentos do Estado) consegue instituir-se em espaços de representação para mediação de seus interesses, tentando o controle público. Castellanos (1990) assim delimita a função desses espaços na mediação de interesses:

“(...) as necessidades sociais só ascendem aos níveis de decisão dos Estados na medida em que se colocam como problemas. A existência de necessidades e desigualdades não levam automaticamente a ações resolutivas. Elas devem ser postas sobre o tapete da discussão pública, e isso só ocorrerá na medida que um grupo organizado as incorpora na agenda do espaço social contraditório que conforma o Estado. Os atores sociais são grupos sociais, partidos políticos, sindicatos, grupos técnicos do aparelho administrativo do Estado, corporações, organizações de base ou intermediárias da sociedade civil, cuja articulação conforma o Estado.”

Os conselhos de saúde constituir-se-iam, então, como instâncias na qual a incorporação das necessidades e desigualdades sociais na agenda do Estado, possibilitaria a determinação do seu “índice de valor social”. Este índice, desenvolvido por Bakhtin (1988), seria o grau de escolha dos temas e as práticas assumidas pelos atores e suas manifestações simbólicas e verbais. Segundo este autor, os temas e as práticas *“não podem entrar no domínio da ideologia, tomar forma e aí deitar raízes, senão aquilo que adquiriu valor social”*. E, como afirma Goulart (1993), *“da mesma forma, para que uma determinada concepção ou representação ascenda à posição de reivindicação norteadora de uma ação política, dentro dos grupos e movimentos sociais, esta deve, por consequência, apresentar um determinado valor social, cuja fonte verdadeira, lembra Bakhtin, é a relação interindividual e não a consciência individual.”*

Os conselhos de saúde seriam ainda espaços sociais privilegiados para a determinação de problemas e prioridades. Castellanos (1987) aponta para esta atribuição dos espaços coletivos, alertando para a necessidade de acúmulo de recursos de poder para a possibilidade de concretização de ações. Diz ele:

“uma situação de saúde-doença, do ponto de vista de um ator social, contém: a). uma seleção de problemas, fenômenos que afetam diretamente a grupos selecionados da população; b) uma enumeração de fatos, que em seu conteúdo e forma são assumidos como relevantes (suficientes e necessários) para descrever os problemas selecionado; c) uma explicação, isto é, a identificação e percepção do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes planos e espaços, que produzem os problemas. A “situação de saúde” de um determinado grupo da população é assim, um conjunto de “problemas” de saúde, “descritos” e “explicados” da perspectiva de um ator social; isto é, de “alguém” que decide uma conduta determinada em função de tal situação.”

“(...) é importante destacar que quanto mais amplo for o espaço de definição e explicação dos problemas, maior é a necessidade de recursos de poder (técnicos, administrativos e políticos) para atuar.”

3b. Modelos de comunicação e formação de opinião

A interseção dos campos da comunicação e da saúde pode ser detectada no conjunto de práticas que intentam a visibilidade de atores e intenções institucionais. A operacionalização deste objetivo estratégico geral percorre o espectro institucional do setor saúde, exprimindo simbolicamente, a proposição de ações e políticas do Estado, neste setor, para o conjunto da sociedade. Políticas de comunicação, ou a intenção comunicacional quando não institucionalmente elaborada, sucederam-se no país, vinculadas à forma como estabeleceram-se as relações Estado-sociedade e moldando e sendo moldadas por essa relação. Pitta (1994) aponta pelo menos duas “tradições” da comunicação institucional nos serviços de saúde:

“uma, herdada do campanhismo e do autoritarismo, (...) em que se fortalecem estruturas centralizadas e atreladas aos gabinetes governamentais, a exemplo do Departamento de Imprensa e Propaganda da década de 30; outra, que parece ter origem na tradição desenvolvimentista - de organização de espaços de aproximação técnicos/população e de atuação em espaços mais descentralizados (...).”

Historicamente, a possível eficácia do exercício dessas *tradições* apoiou-se nos modos de exercício discricionário do poder estatal, constituindo-se na face simbólica da implementação mais ou menos autoritária das políticas públicas. Entretanto, modelos comunicacionais podem concorrer para a explicação dessa *pretensão à eficácia*. Pelo menos dois modelos podem ser destacados - os modelos de Laswell e de Schramm. Alsina (1989) descreve, contextualiza e analisa cada um desses modelos e Pitta (1994) os analisa na perspectiva de sua aplicação nas políticas de comunicação em saúde.

O modelo de Laswell preconiza que os atos comunicativos podem ser descritos a partir da resposta às questões: “quem diz o quê, através de que canal, a quem e com que efeito?” A cada uma das questões, é proposto um determinado tipo de análise: quem (análise de controle); diz o que (análise de conteúdo); em que canal: (análise dos meios); a quem (análise da audiência); e com que efeitos (análise dos efeitos).

Quando surge, este modelo responde a necessidades industriais de orientar o consumo e guiar os estudos dos efeitos da propaganda, mas ultrapassa as exigências do momento de sua proposição ao oferecer um suporte explicativo estável para futuros estudos. Pitta (1994), ao apontar este modelo como base do campanhismo em saúde, destaca “*a concepção comportamentalista, ‘psicológica’ ou mágica da comunicação, compreendida como ato de emissão de mensagens.*” Deste modelo, deriva a intencionalidade manipuladora do emissor,

na medida em que ele, detendo um estoque de informações, pretende produzir um efeito sobre o receptor, evidenciando-se o caráter assimétrico do ato comunicativo.

O próprio Laswell, parece prever os limites do caráter descritivo do modelo que propõe, assinalando que a utilidade do roteiro de questões “*depende, por completo, do grau de refinamento que se considere apropriado para um objetivo científico ou administrativo previsto.*” (Laswell, apud Alsina, 1989).

O modelo de Schramm foi largamente aplicado pelos países centrais em projetos de desenvolvimento nos países periféricos. Baseia-se na teoria da comunicação em dois níveis ou *two-step flow* (Alsina, 1989), que ressalta o papel dos *líderes de opinião*, existentes no seio da audiência, na aceitação das propostas informacionais que lhe são dirigidas pelos meios. Esta teoria diz que o homem não é um ser socialmente isolado, mas sim participante ativo de muitas relações interpessoais em grupos formais e informais que o influenciam. Desta forma, as relações interpessoais atuam como: a) canais de informação, b) fontes de pressão para adaptar-se ao modo de pensar e atuar do grupo, e c) oferecem uma base de apoio social ao indivíduo.

Nos estudos de Schramm está presente a preocupação com os efeitos das mensagens, ao considerar que quando realiza um ato comunicativo, o emissor prevê os seus possíveis efeitos. Para a consecução da eficácia comunicativa, devem estar sintonizados no que se refere à experiência comum da fonte e do destinatário, *sintonizando* não só os códigos mas também os temas tratados, viés ideológico etc.

Pitta (1994) aponta que o modelo de Schramm exprime a recomendação de refinamento, feita por Laswell ao seu próprio modelo, de acordo com “objetivos científicos ou administrativos”. Segundo a autora, “*uma expressão operacional deste refinamento são as práticas de educação/comunicação/participação ao longo dos anos 60 e 70, perdurando nas instituições governamentais de saúde até os anos 90.*”

A idéia de que os efeitos da comunicação sobre os indivíduos são limitados no tempo e passíveis de provocar mudanças a curto prazo, está hoje profundamente modificada. Essa mudança decorreu do *esgotamento teórico* dos paradigmas funcionalistas (FAUSTO NETO, 1994), que propugnavam modelos comunicacionais tranferenciais nos quais cumprir-se-iam a intencionalidade dos emissores. A referência aos efeitos, entendidos como *mudanças a curto prazo* transformou-se na compreensão dos efeitos entendidos como *conseqüências de longo prazo*.

Na mudança paradigmática, adquiriu-se a consciência de que os meios de comunicação não intervêm diretamente no comportamento explícito mas “tendem a influenciar o modo como o destinatário organiza a sua imagem do ambiente.” (ROBERTS, 1972, apud WOLF, 1987) . Fausto Neto (1994) sugere que, os meios de comunicação de massa, não tendo o poder de mudar comportamentos, “possivelmente, têm o poder de estruturar, segundo certas regras específicas, o que o receptor deve eleger como campos/temas para refletir.” Muda, portanto, o tipo de efeito pontual, que já não diz respeito às atitudes, aos valores, aos comportamentos dos destinatários, tratando-se agora de um efeito cognitivo, que é cumulativo, sobre os sistemas de conhecimento que o indivíduo assume e estrutura de uma forma estável, devido ao consumo que faz das comunicações de massa. A mudança implicou ainda na substituição do modelo transmissivo da comunicação por um modelo centrado no processo de significação. (WOLF, 1987)

No eixo da discussão dos efeitos está a relação entre a ação constante dos meios de comunicação de massas e o conhecimento da realidade social. Noelle Neumann (1973, apud WOLF, 1987) sintetiza três características dos *mass media* que são importantes na modulação desta relação. São eles: a) **acumulação** - ligada à capacidade dos meios para criar e manter a relevância de um tema, como resultado global (obtido após um certo tempo) do modo como funciona a sua cobertura informativa; b) **consonância** - associa-se ao fato de os traços comuns e as semelhanças existentes nos processos produtivos da informação, tenderem a ser mais significativos que as diferenças, resultando em mensagens mais semelhantes do que dissemelhantes; e c) **onipresença** - diz respeito não só à difusão quantitativa dos *mass media* mas também ao fato do saber público - o conjunto de conhecimentos, opiniões e atitudes difundido pela comunicação de massa - ter um caráter particular: é do conhecimento público que esse saber é publicamente conhecido, ou seja, todos saberiam o que todos sabem.

A possível capacidade dos *media* em apresentar constantemente ao público uma lista sobre o que é necessário ter uma opinião e discutir, fundamenta a hipótese de pesquisa denominada *agenda-setting*. Segundo ela, “as pessoas têm tendência a incluir ou excluir dos seus próprios conhecimentos aquilo que os *media* incluem ou excluem do seu próprio conteúdo.” (SHAW, 1979 apud WOLF, 1987). Barros (1991), advertindo que o uso do termo em inglês “deve-se à dificuldade de tradução (fixação ou determinação da agenda não satisfazem) e a sua aceitação quase universal”, ao defini-la, inclui a marca do receptor na socialização do consumo dos produtos mediáticos:

“As pessoas agendam seus assuntos, suas conversas, em função do que a ‘mídia’ veicula. É o que sustenta a hipótese do ‘agenda-setting’. No entanto, uma etapa intermediária entre a difusão e os comentários do dia seguinte é a recepção. Cada receptor, antes de comentar o que viu, ouviu ou leu, marca o produto da mídia com a sua subjetividade.. Torna-se um co-autor. (...) O “agenda-setting” é uma das formas possíveis de incidência da mídia sobre o público. É um tipo de efeito social da ‘mídia’. É a hipótese segundo a qual a ‘mídia’ pela disposição e incidência de suas notícias, vem determinar os temas sobre os quais o público falará e discutirá.”

Para Wolf (1987), a hipótese realça a diversidade existente entre a quantidade de informações, conhecimentos e interpretações da realidade social, apreendidos através dos *media*, e a experiência em *primeira mão*, pessoal e diretamente vividas pelos indivíduos. Segundo Zucker (1978),

“quanto menor é a experiência pessoal que as pessoas têm de uma determinada área temática, mais essa experiência dependerá dos media para se possuir as informações e os quadros interpretativos referentes a essa área. (...) A experiência direta, imediata e pessoal de um problema, torna-o suficientemente evidente e significativo para fazer com que a influência cognitiva dos media se enfraqueça. A variável da “centralidade” (relevância) deve, portanto ser considerada como um dos fatores de intervenção do “agenda-setting”.”

Wolf (1987) propõe para a pesquisa do agendamento dos temas propostos pelos *media* ao campo dos usuários, a classificação de três tipos de agenda do público: a.) agenda intrapessoal - corresponde àquilo que o indivíduo considera serem os temas mais importantes; trata-se de uma importância pessoal, atribuída a uma questão pela própria pessoa, de acordo com o seu sistema de prioridades; b.) a agenda interpessoal - refere-se aos temas sobre os quais o indivíduo fala ou discute com outros; designa, por isso, uma importância intersubjetiva, isto é, a quantidade de importância efectiva atribuída a um tema, dentro de uma rede de relações e de comunicação interpessoal; e c.) o terceiro tipo de agenda diz respeito à percepção que um sujeito tem da opinião pública; trata-se do destaque captado, ou seja, da

importância que o indivíduo pensa que os outros atribuem ao tema; corresponde a um “clima de opinião” e pode inserir-se nas chamadas tematizações.

O termo tematização exprime a transformação e o desenvolvimento de um certo número de acontecimentos e fatos distintos, num único âmbito de relevância, que é precisamente tematizado. A tematização é um procedimento informativo que se insere na hipótese do “agenda-setting”, dela representando uma modalidade particular: tematizar um problema significa, de fato, colocá-lo na ordem do dia da atenção do público, dar-lhe o relevo adequado, salientar a sua centralidade e o seu significado em relação ao fluxo de informação não-tematizada.

Na tematização há uma dimensão que não está ligada apenas à quantidade de informações e ao tipo de conhecimentos que provocam a tematização de um acontecimento: é o caráter público do tema, a sua relevância social. Segundo Wolf (1987), nem todos os temas ou acontecimentos são suscetíveis de tematização, apenas aqueles que revelam uma importância político-social. Segundo ele, por essa razão os *media* tematizam dentro de limites que esses temas e esses acontecimentos não definem, num território que não delimitam, que apenas reconhecem e cultivam. Enquanto, em princípio, é possível pensar-se num efeito de *agenda-setting* a propósito de qualquer série de assuntos, contanto que seja extensivamente coberta pelos meios de comunicação, a tematização (com conseqüente *agenda-setting*) só deveria ser possível em domínios já providos de uma relevância institucional própria.

Segundo Marletti (1985, apud ALSINA, 1989), os meios de comunicação e os aparatos políticos são os que desenvolvem os processos de tematização. Orozco (1991) identifica as instituições sociais (família, escola, bairro, trabalho, partidos políticos, igreja etc) como espaços onde ocorre um conjunto de mediações para a recepção dos meios de comunicação, mas, mais do que isso, para ele “*estas mediações institucionais servem tanto de ‘cenários’ onde transcorre a recepção e se dá múltiplas apropriações e reapropriações das mensagens percebidas, como também de ‘referentes’ e fontes de provisão de super temas.*”

A institucionalização da presença da sociedade civil na gestão das políticas de saúde expõe a necessidade de pensar a articulação dos campos da saúde e da comunicação, visando aprofundar a possibilidade de controle público daquelas políticas. É nesta perspectiva que procuramos desenvolver este trabalho: entendendo a organização de instâncias democráticas, como é o caso dos Conselhos de Saúde, como um lugar de interlocução entre os diferentes segmentos (profissionais de saúde, dirigentes e usuários), a partir dos qual seria

possível a instauração de práticas comunicacionais regulares que integrassem um conjunto de instrumentos de fiscalização e controle da sociedade civil sobre as ações dos serviços públicos.

A proposta de tematização dos problemas coletivos de saúde, incorporando a experiência dos usuários, exercitada neste trabalho, é entendida aqui como uma das condições, para que novas intenções comunicacionais possam ser (re)construídas.

Capítulo I

CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

1. A vida pelas tabelas

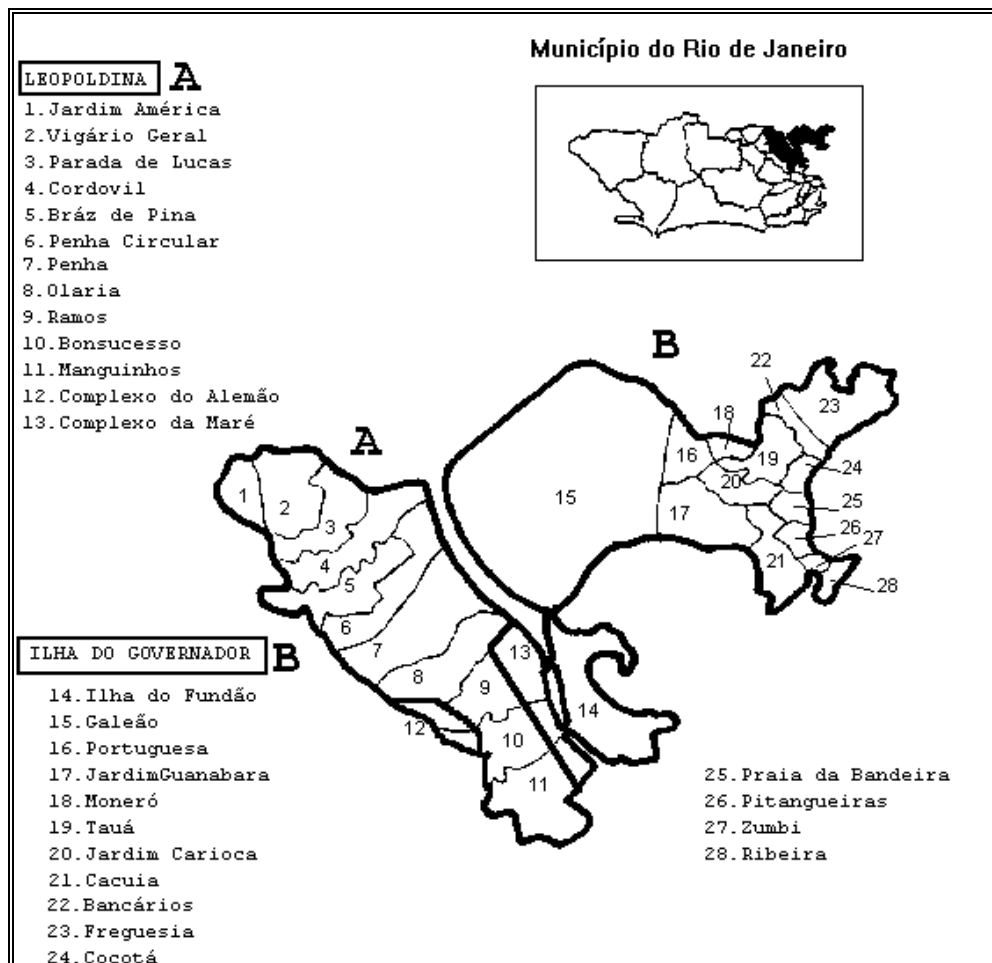
A área de abrangência do Conselho Distrital desta investigação, a AP3.1 (Área de Planejamento 3.1) compreende duas zonas da espacialização urbana do município do Rio de Janeiro - a Leopoldina, continental, cortada pela Estrada de Ferro que lhe dá o nome, e a Ilha do Governador. O propósito da opção por este recorte é delimitar geograficamente nossa área de estudo, utilizando a forma como a população, no Conselho Distrital de Saúde da AP3.1, identifica seu local de moradia - ninguém mora na AP3.1, mas, sim, vive na Leopoldina ou na Ilha do Governador e, mais precisamente, mora no bairro ou na sua *comunidade* - os moradores das áreas denominadas publicamente de *favelas* referem-se a seus lugares de residência como *comunidade*. (VALLA & STOTZ, 1995)

Nesses espaços, a população identifica os serviços de saúde, e, neles, os profissionais com que se relaciona, e sobretudo, a carência de serviços públicos em geral e que modula sua experiência de vida. No máximo, o reconhecimento formal de normatização pública desses espaços ocorre em relação à Região Administrativa (RA), instância municipal burocrática e política de controle da vida urbana.

Por grupamento de bairros, integram a AP3.1 as seguintes Regiões Administrativas (RA's) do município (ver Figura I.)

- Zona da Leopoldina:
 - ⇒ X RA - Ramos (Bairros de Manguinhos, Bonsucesso, Ramos e Olaria);
 - ⇒ XI RA - Penha (Bairros da Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral e Jardim América);
 - ⇒ XXIX RA - Complexo do Alemão (*Comunidades* do Morro do Alemão, Morro da Baiana, Nova Brasília, Joaquim Queirós, Itararé, Morro das Palmeiras, Mourão Filho, Parque Alvorada, Relicário, Vila Matinha)
 - ⇒ XXX RA - Complexo da Maré (*Comunidades* do Parque União, Parque da Maré, Nova Holanda, Baixa do Sapateiro, Rubens Vaz, Morro do Timbau, Ramos, Vila do João, Vila Pinheiro, Conjunto Pinheiro, Conjunto Esperança, Conjunto Bento Ribeiro, Conjunto Nova Maré)

Figura 1:
Localização da AP-3.1 no município do Rio de Janeiro e zonas e bairros que a compõe.



- Zona da Ilha do Governador:

⇒ XX RA - Ilha do Governador (Bairros da Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão e Cidade Universitária)

A área ocupada é de 86 km², correspondente a 6,8% do município. A população da AP3.1 é de 795.555 hab. (14,5% do município), distribuída por 28 bairros e 90 favelas (ELOS, 1995). Os residentes em favelas somam 259.109 habitantes (32,5%), reproduzindo no conjunto da AP3.1, aproximadamente, a mesma proporção que esta representa no conjunto do município, que tem 882.667 habitantes em 573 favelas (IPLANRIO, 1995). Apenas a Zona da Leopoldina reúne 598.397 habitantes, sendo 208.738 (34,8%) em favelas (Tabela I).

Tabela I: AP3.1. População por Regiões Administrativas e Favelas.

Região Administrativa	População Total	População em Favela	
		N. de habitantes	%
X Ramos	283.416	48.589	17,1
XI Penha	314.981	49.126	15,6
XXIX Alemão	48.565	48.565	100,0
XXX Maré	>100.000*	62.458	>60%*
XX Ilha	197.158	48.371	24,5
TOTAL AP3.1	795.555	259.109	32,6

Fonte: IPLANRIO, 1993.

* O IPLANRIO (1993) não divulgou dados sobre a população por conjuntos habitacionais populares que compõem a Maré. Pesquisa realizada por MARQUES (1996), com base no número de apartamentos e de casas em conjuntos populares somado ao número de habitantes residentes em favelas, divulgadas pelo IPLANRIO, dá conta de uma população superior a 100.000 habitantes. Assim, a população residindo em favelas na Maré é de aproximadamente 60%.

Os números oficiais sobre as condições do saneamento básico na região apontam que mais de 90% dos domicílios estão ligados à rede de água e que mais de 80% estão ligados à rede de esgoto. No entanto informações qualitativas e quantitativas, coligidas por OLIVEIRA (1993) e OLIVEIRA et. all (1995) indicam que a situação de saneamento nas favelas é bastante precária. Nestes trabalhos podemos verificar que apesar de muitos domicílios em favelas estarem conectados à rede geral de água, a frequência do abastecimento é bastante irregular, situação que se agrava nas comunidades localizadas nas encostas e em pontas de rede em área plana. Apontam, também, que a cobertura da rede de esgoto nas favelas é mais precária ainda pois, além de ter uma cobertura muito baixa, as instalações e equipamentos de esgotamento sanitário nas favelas encontram-se bastante deteriorados devido à ausência de manutenção por parte da empresa estadual de saneamento.

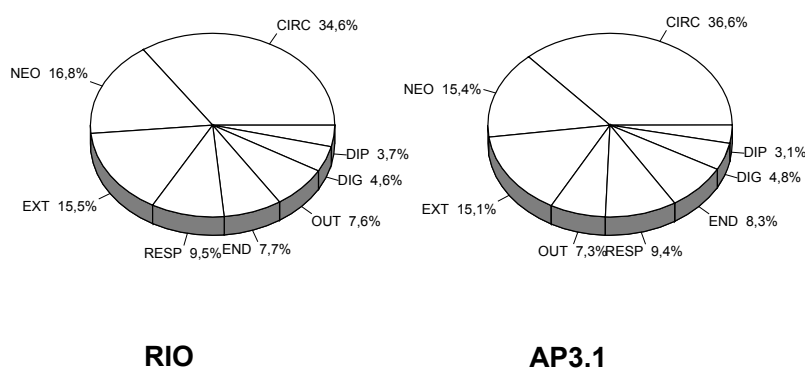
Três indicadores de mortalidade na AP3.1 merecem ser destacados - na Fig. 2 os coeficientes de mortalidade por doenças cardiovasculares e o coeficiente por causas externas, consequência do incremento da violência nas grandes cidades brasileiras e na Fig. 5, a mortalidade infantil no período peri-natal (até 28 dias de vida). Eles estão subjacentes às discussões ocorridas no Conselho Distrital a respeito da atenção hospitalar na AP3.1, como reação à inexistência ou insuficiência desses serviços e às medidas adotadas pelo poder público.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade, repetindo na AP3.1, como vimos, sua expressão no conjunto do município. Entretanto, muitas mortes podem ser evitadas quando há assistência médica na primeiras horas, como no caso do infarto do miocárdio (ELOS, 1995), sendo esta, talvez, uma das razões da

histórica mobilização popular pelo funcionamento pleno dos serviços hospitalares de emergência na AP3.1 desde a década de 80, e atualmente um tema sempre presente no Conselho Distrital.

Figura 2

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRANDES GRUPOS DE CAUSA NA AP3.1 E NO MUNICÍPIO DO RIO - 1992



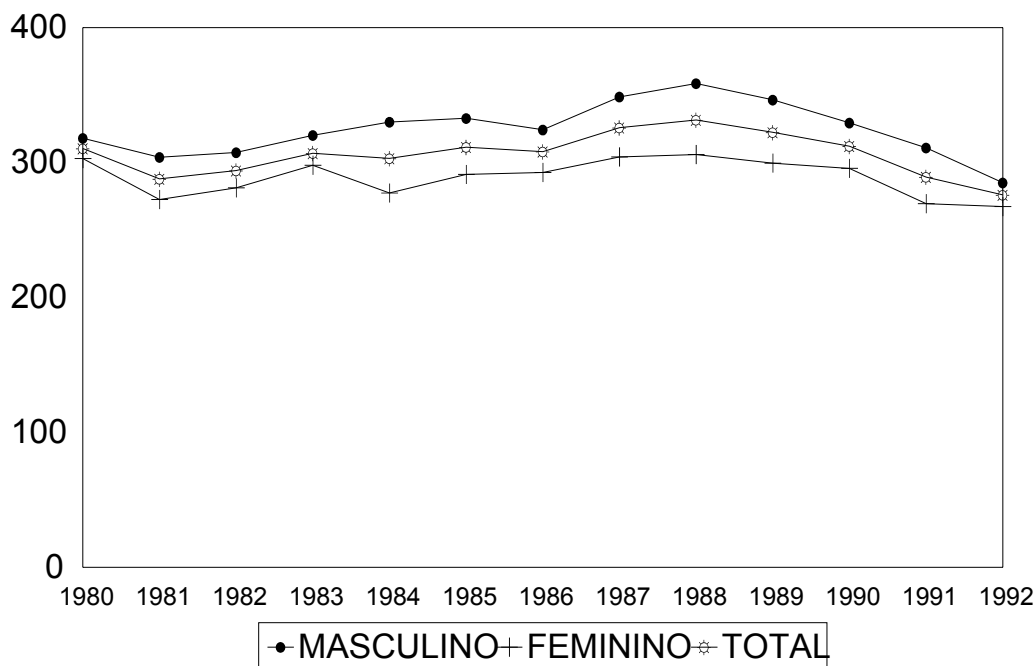
FONTE:SES/RJ

Núcleo de Estudos em Saúde Local-ENSP/Fiocruz (1995)

O coeficiente de mortalidade por causas externas refere-se às mortes por homicídios e acidentes de trânsito, tornando graficamente perceptível a vivência cotidiana com situações de violência crescente que também pressionam os serviços de emergência.

Figura 3.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DCV/100000 H NA AP3.1 DE 1980 A 1992



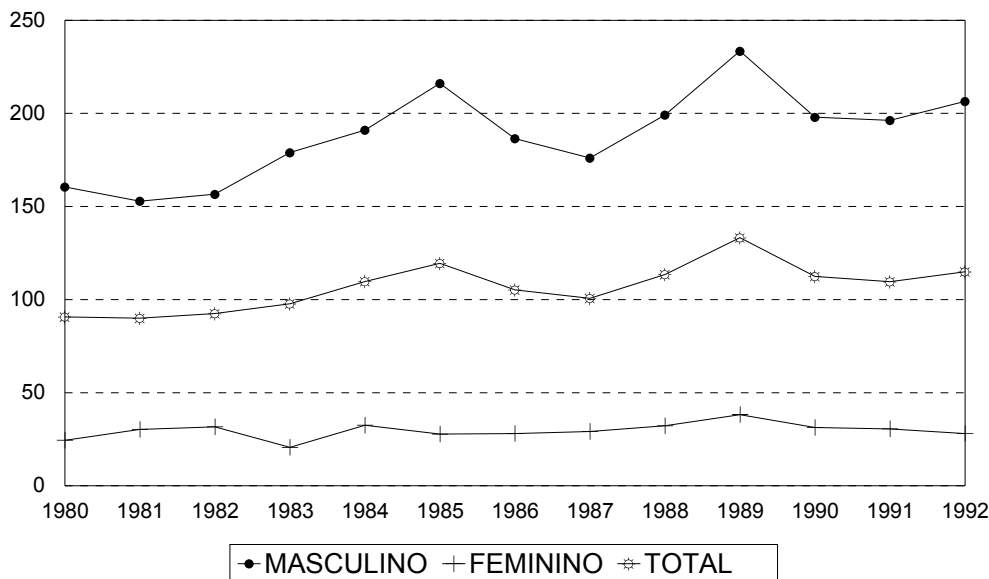
FONTE:SES/RJ e IBGE

Núcleo de Estudos em Saúde Local-ENSP/Fiocruz

O documento “Conhecendo o 4o. Distrito Sanitário - Município do Rio de Janeiro” (ELOS, 1995) destaca o crescimento bastante significativo da mortalidade por causas externas entre os homens, enquanto permanece estável para as mulheres, mas mantendo-se a tendência geral de alta (Figura 4). Resultante da deterioração das relações sociais, o crescimento endêmico da violência “reflete a deterioração das condições de vida e de saúde associada à precária atuação da combalida rede de serviços públicos de saúde. (MINAYO e SOUZA, 1993)

Figura 4

**COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS (100.000 HAB.)
NA AP 3.1 DE 1980 A 1992**



FONTE:SES/RJ e IBGE

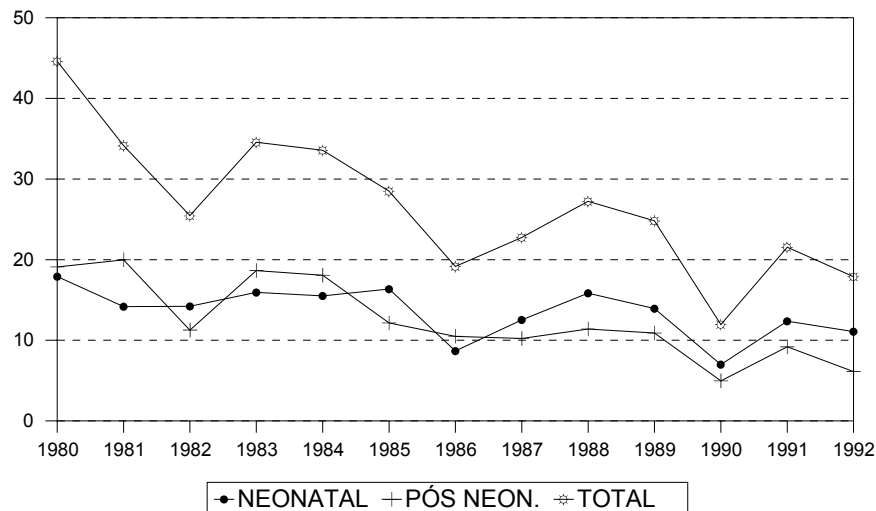
Núcleo de Estudos em Saúde Local-ENSP/Fiocruz(1995)

Em relação ao coeficiente de mortalidade infantil, é observada a redução de 58% ocorrida durante a década de 80, passando de 45 para 19 óbitos por 1000 nascidos vivos, resultado de melhorias em saneamento básico e campanhas de vacinação.

Destaca-se, entretanto, a tendência à estabilidade da mortalidade do componente neonatal (óbitos ocorridos em recém-natos até 28 dias de vida), cujas principais causas de morte são aquelas relacionadas à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Esta é a motivação das propostas da III Conferência Distrital de Saúde da AP3.1 de implantação de UTI neonatal na área, garantia de referência entre o pré-natal e a maternidade, e o acabamento da estrutura já concluída do Hospital Universitário da UFRJ para a instalação de uma maternidade de alto risco, “tarefa prioritária para a melhoria da atenção ao parto na AP3.1” (CDS AP3.1, 1995).

Figura 5.

**COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1000HAB
NA AP3.1 DE 1980 A 1992**



FONTE: SES/RJ E IBGE

Núcleo de Estudos em Saúde Local-ENSP/Fiocruz(1995)

Os serviços públicos atenção à saúde da AP3.1 englobam 16 unidades assim distribuídas: (ver Figura VI)

A. Unidades da Secretaria Municipal de Saúde:

1. Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto (Ilha)
2. Hospital Municipal Paulino Werneck (Ilha)
3. Centro Municipal de Saúde Américo Velloso (CMS Ramos)
4. Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle (CMS Penha)
5. Centro Municipal de Saúde Necker Pinto (CMS Ilha)
6. Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário José Breve dos Santos (UMAMP Cordovil)
7. Posto de Saúde Dr. Nagib Jorge Farah (PS Jardim América)

B. Unidades em Processo de Municipalização

8. Posto de Atendimento Médico e Posto de Urgência (PAM/PU-Ilha)
9. Posto de Atendimento Médico e Posto de Urgência (PAM/PU-Penha)
10. Posto de Atendimento Médico e Posto de Urgência (PAM/PU-Ramos)

C. Unidade da Secretaria Estadual de Saúde

11. Hospital Getúlio Vargas (Penha)

D. Unidades federais (Ministério da Saúde)

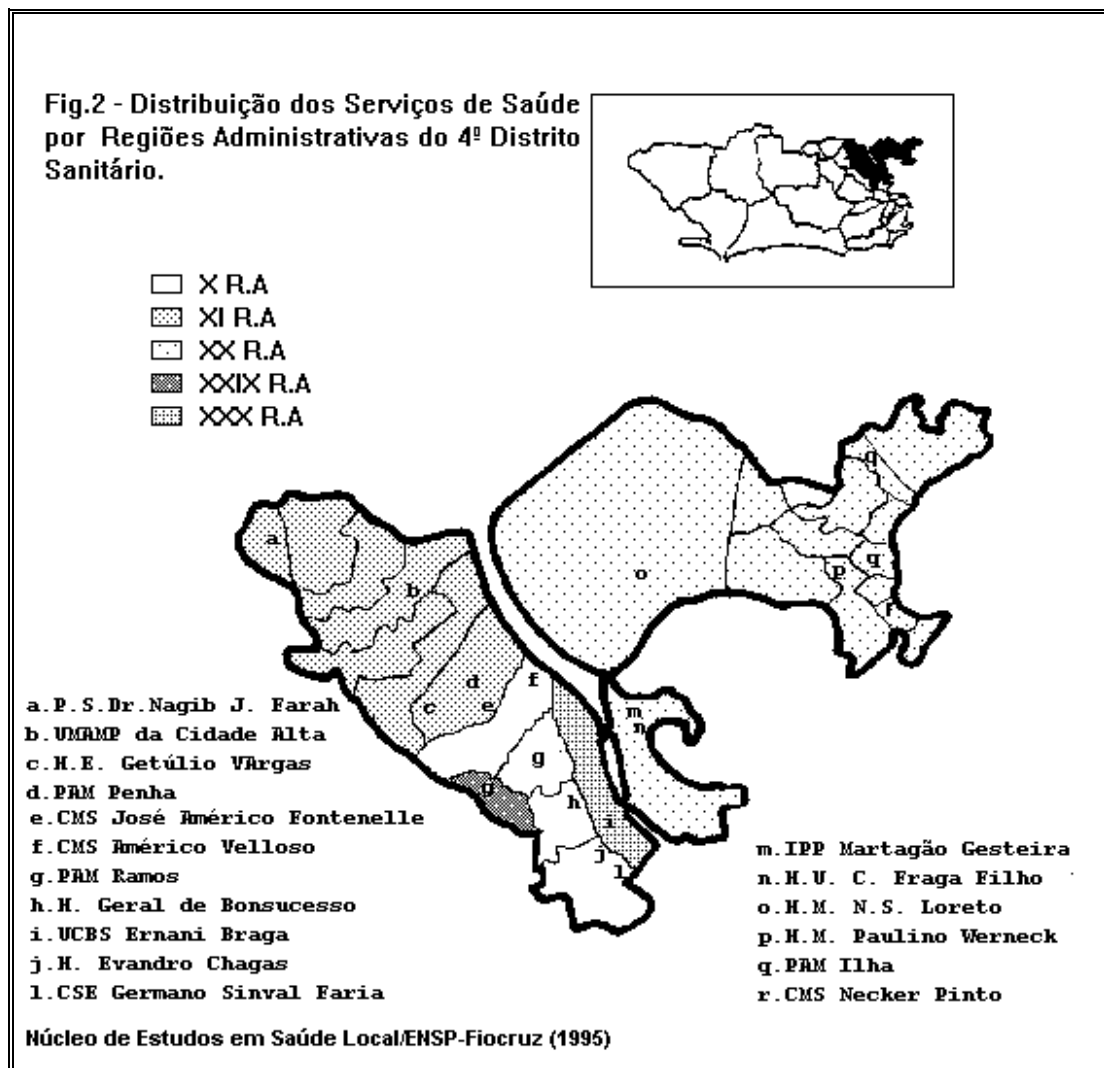
12. Hospital Geral de Bonsucesso
13. Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Faria (Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ)
14. Hospital Evandro Chagas (Instituto Oswaldo Cruz / FIOCRUZ)
15. Ambulatório Souza Araújo (Setor de Hanseníase/IOC/FIOCRUZ)

E. Unidades Federais (Ministério da Educação)

16. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HU-UFRJ-Fundão)

17. Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG-UFRJ-Fundão).

Figura 6



2. O Conselho de Saúde da AP3.1 surge da lei para mudá-la

*“Nós estamos aqui porque a lei não garante nada.”
(Seu João Cardoso - Conselheiro usuário,
da Comunidade Tubiacanga, Ilha do Governador)*

O CDS AP-3.1 é composto, como determina a lei, por todos os dirigentes de cada uma das unidades públicas de serviços de saúde, acrescidos de 1/6 de representantes do setor privado conveniado ao Sistema Único de Saúde, o Coordenador de Saúde da AP3.1, cargo de confiança de caráter executivo que representa regionalmente a Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 25% da plenária; igual número de representantes dos profissionais de saúde das mesmas unidades (25%), e representantes dos usuários dos serviços, obedecendo ao critério de paridade estabelecido pela legislação, em número igual a soma dos demais segmentos (50%).

Assim, integraram o Conselho Distrital de Saúde da AP3.I em sua primeira gestão (94/95), 24 representantes dos prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde, 20 representantes dos funcionários, uma vez que 4 unidades não elegeram representantes, e 48 representantes do segmento de usuários, “distribuídos entre entidades populares, sindicatos e associações de trabalhadores e movimentos sociais organizados que tenham atuação de conhecimento público na AP3.1.” (Regimento Interno, CDS AP3.1). Para a sua primeira gestão, o Conselho Distrital de Saúde ficou composto de 92 membros titulares.

Integraram o corpo de 48 “usuários”, 14 representantes de entidades da sociedade civil e 34 de Associações de Moradores, definidos entre 83 entidades de moradores existentes na AP3.1, sendo 19 na Ilha do Governador e 64 na Leopoldina (Cadastro da FAF-Rio, Federação das Associações de Moradores de Favelas do Rio de Janeiro). A primeira composição deste segmento exigiu um demorado trabalho de aproximação de entidades interessadas, que se desenvolveu entre a II Conferência Distrital, em outubro de 1993, e a composição do Conselho, em janeiro de 1994. (Ver Caps. III e IV) Para a segunda gestão (95/96), (outubro 95), a III Conferência Distrital definiu critérios mínimos na III Conferência Distrital para permitir a incorporação de novas entidades e a manutenção das já participantes: a assiduidade nas plenárias da gestão anterior e a participação na III Conferência Distrital de Saúde.

O Conselho Distrital de Saúde da AP3.I constituiu-se de acordo com o que previa a Lei 2.011, promulgada pela Câmara dos Vereadores em 31 de agosto de 1995, após ter sido integralmente vetada pelo Poder Executivo. O veto foi rejeitado pelos vereadores por 33 votos. A Lei foi originária do Projeto de Lei no. 1912-A, apresentado em 1992 pelo vereador Milton Nahon como substitutivo ao Projeto de Lei 896/90, da vereadora Laura Carneiro, que previa a instituição dos distritos sanitários no município e a possibilidade de funcionamento de conselhos distritais, nos termos de lei a ser posteriormente aprovada, o que acabou não acontecendo.

A Lei 2.011 instituiu “em cada Distrito de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência” (Art. 1o.). Assim, os conselhos distritais foram implementados antes que fossem criados os próprios distritos, que passaram a ser reconhecidos pela divisão administrativa do município em Áreas de Planejamento. (Ver Anexo - Resolução SMS-RJ no. 431, de 14 de abril de 1993)

A Lei determinava que os conselhos seriam presididos pelos Coordenadores Técnicos dos distritos (Áreas de Planejamento). No entanto, depois de sua constituição, o Conselho da AP3.I elegeu sua Comissão Executiva em 12 de março de 1994 e, para presidente, um usuário. A iniciativa do Conselho da AP3.I, primeiramente, de eleger seu próprio presidente, como fora determinado pela II Conferência Distrital, de acordo com recomendação da IX Conferência Nacional de Saúde e, mais que isso, um usuário, abriu um período de escaramuças e desentendimentos com a Secretaria Municipal de Saúde e até com o Conselho Municipal de Saúde, que repercutiu, na capacidade do Conselho em instituir-se como instância deliberativa sobre as questões de saúde da AP3.I, embora não tenha sido essa a única razão desta dificuldade. A outra disposição do CDS-AP3.I era a indicação de lista tríplice para o cargo de Coordenador Técnico da área, justamente o cargo que, pela Lei, deveria ocupar a presidência do Conselho e que era um cargo de confiança do Secretário Municipal de Saúde.

A eleição do presidente e a indicação da lista tríplice estavam previstas no Regimento Interno do Conselho Distrital. A publicação do Regimento no Diário Ofi-

cial do município, em 7 de fevereiro de 1995, juntamente com a lista de integrantes do Conselho, ocorreu um ano depois, depois do encaminhamento para publicação ao Conselho Municipal de Saúde. A sentença “o Conselho da AP3.I pensa e age como se fosse o Conselho Municipal”, trazida ao Conselho de ouvida em reunião do Conselho Municipal, teve forte repercussão na plenária, pois demonstrava o limite de possibilidades de aliança para fazer valer a autonomia do Conselho Distrital.

Nos meses seguintes, mesmo depois de abrir mão da escolha da lista tríplice, a eleição do presidente foi motivo de intensos debates na plenária, entre os conselheiros, com a participação permanente da Coordenação Técnica da AP3.I e, a convite do Conselho, do vereador Milton Nahon, e da Comissão Executiva com outros vereadores da Comissão de Saúde da Câmara Municipal e com a Secretaria e Conselho Municipal de Saúde.

Participando do debate, e acompanhando as dificuldades do Conselho em estabelecer relações formais com a SMS-RJ, o vereador Milton Nahon encaminhou na Câmara Municipal, o Projeto de Lei no. 695, de 30 de junho de 1994, propondo a alteração do Art. 4o. da Lei 2.011, que previa que o Coordenador do Distrito de Saúde, presidiria o Conselho Distrital de Saúde e a Comissão Executiva. Pelo projeto, o Coordenador do Distrito passaria a compor o Conselho e a Comissão Executiva, mas o Presidente seria eleito pelos membros titulares do Conselho, mediante o voto da maioria de seus representantes, como recomendava a II Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1992.

Justificando o Projeto, o vereador argumentava que a disposição “vem sendo objeto de discussão no âmbito dos diversos Conselhos Distritais de Saúde, com proposta de alteração do texto legal, de modo a permitir a plena democratização do funcionamento dos Conselhos.” Assinalava ainda a diretriz recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde de que o Presidente de um Conselho de Saúde “deverá ser eleito entre seus membros, em reunião plenária” (Resolução CNS no. 33, de 23 de dezembro de 1992). Concluindo, fez menção ao apelo pela modificação, “formulado em recente Audiência Pública promovida pela Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem Estar Social da Câmara Municipal.”

Enquanto o Projeto tramitava na Câmara, no Conselho prosseguiram as discussões dos problemas de saúde da AP3.I e dos limites do poder deliberativo do Conselho sobre eles, colocados pelo movimento por sua autonomização, em relação às instâncias político-administrativas do aparelho de Estado na saúde. Neste mesmo período deve ser ressaltada a continuidade da mobilização dos conselheiros usuários ao lado de alguns profissionais e, com menor intensidade, alguns diretores de unidades, em torno, principalmente da opção por eleger um usuário como presidente.

Durante o ano de 1994, desde a implantação do Conselho, a frequência às reuniões não diminuiu e, ao contrário, aumentou quando correu a notícia da entrada na Câmara de Projeto do Poder Executivo propondo a substituição da Lei 2.011. A proposta não alterava, e nem sequer a mencionava, a ocupação do cargo de presidente pelo Coordenador, motivo das diferenças do Conselho da AP3.I com a SMS-RJ, mas previu outros dispositivos que afetavam o alcance da pretendida autonomia.

Tratava-se do Projeto 765/94. Na Mensagem de encaminhamento (*-rodapé: Mensagem no. 206, de 23 de setembro de 1994), o Prefeito Municipal alegou “vício de iniciativa” e “violação do Princípio de Independência e Harmonia entre os Poderes” da Lei 2.011, a ser substituída. Entretanto, mesmo ameaçando com a arguição de inconstitucionalidade da Lei que criou os conselhos distritais, a Mensagem mencionava a manifestação favorável da própria Secretaria Municipal de Saúde pela vigência da lei, em nome do “interesse e da conveniência administrativa”.

A Proposta incluía a alteração de parágrafos do Art. 2o. da Lei 2.011, passando a subordinar as atribuições e iniciativas do Conselho Distrital “em elaborar e aprovar as normas regimentais de funcionamento das Conferências Distritais (inciso XIV) e seu Regimento Interno (inciso XV)” a critérios e normas definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, desvinculando definitivamente o Conselho Distrital do Conselho Municipal de Saúde. Além disso, a redação proposta para o inciso XIII cassava do Conselho Distrital a iniciativa de, juntamente com a Coordenação do Distrito “convocar, de dois em dois anos, a Conferência Distrital de Saúde” que, pela proposta, passaria a repartir essa atribuição somente com a Secretaria Municipal de Saúde. Ainda no Art. 2o., inciso III, a proposta alterava a faculdade do Conselho Distrital em “estabelecer”, prevista na Lei 2.011, para “**propor**” diretrizes a serem observadas na

elaboração dos planos distritais de saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde”.

A Mensagem do Poder Executivo propunha ainda a eliminação integral do Art. 8o. que previa que “para a consecução dos objetivos previstos na Lei, anualmente, a Lei Orçamentária consignará dotação específica a programas de trabalho dos diversos Distritos de Saúde para a administração dos respectivos Conselhos Distritais, de modo a atender às necessidades de material de consumo e outros serviços e encargos imprescindíveis às atividades”. Argumentava que “era perfeitamente viável o levantamento da receita necessária para custear a instituição dos Conselhos Distritais”, embora não demonstrasse a forma como isso se viabilizaria.

Concluindo a Mensagem, o Chefe do Poder Executivo Municipal reiterava a importância do encaminhamento da proposta, não só para “desfazer o vício de incitação, mas também para “evitar a interposição da Ação Direta de Inconstitucionalidade”.

Em parecer contrário à Mensagem, em nome das comissões de Administração e Assuntos Ligados ao Servidor Público e Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social, o Vereador Milton Nahon inicialmente manifestou o seu estranhamento pela alegação de inconstitucionalidade da Lei que instituiu os conselhos distritais de saúde, uma vez que conselhos de outros setores (política urbana e direitos da criança e do adolescente) também foram instituídos por iniciativa do Poder Legislativo, e nem por isso foram questionados no Judiciário por “vício de iniciativa”.

Destacou as modificações referentes à competência dos conselhos distritais (Art. 2º, incisos XIV e XV), que os subordinaria às normas a serem fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Aponta o risco dessa subordinação implicar na “inviabilização da participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, princípio este, consagrado pelo art. 198, inciso III, da Constituição Federal”. Advertiu que “o processo de democratização da política de saúde, permitindo a aproximação das instituições do setor e a população é que consolida os Conselhos Distritais de Saúde como instâncias descentralizadas do Conselho Municipal de Saúde. A esse respeito, portanto, não podem prosperar as alterações propostas, sob pena de se transformar os atuais Conselhos nos antigos Grupos Executivos Locais (GEL’s)”. (Parecer conjunto das Comissões de Administração e Assuntos ligados ao Servidor Público e Higiene,

giene, Saúde Públicas e Bem-Estar Social, de 05 de outubro de 1994 - Câmara Municipal do Rio de Janeiro)

Em relação à supressão integral do Art. 8o. que previa a dotação orçamentária para o funcionamento dos conselhos distritais, o relator considera que, “ainda que o Executivo assegure, por palavras, os recursos necessários”, a proposta “deixa transparecer uma insensibilidade política” para dotar os conselhos de condições materiais para exercer sua atividade. E reforça sua posição apontando não só a insuficiência dos recursos já previstos para o ano de 1994 (cerca de R\$ 450,00 mensais para cada um dos 10 conselhos distritais), como também o cancelamento pelo Poder Executivo de 95% desses recursos e o bloqueio (contingenciamento) dos demais 5%.

No dia 5 de outubro de 1994, o parecer é aprovado pela Comissão de Administração e Assuntos Ligados ao Servidor Público, interrompendo a tramitação da Mensagem do Poder Executivo.

Em 9 de janeiro 1995, o projeto 695 transformou-se, na Lei 2.289, desta vez sancionada pelo próprio Cesar Maia. Assim, a possibilidade de eleição do Presidente do Conselho Distrital entre seus pares, já exercida pelo Conselho da AP3.1, passa a valer para todos os conselhos. Mesmo assim, cumprindo os prazos da nova Lei, o Conselho da AP3.I confirmou o usuário como presidente em outra eleição. Só então, saíra no Diário Oficial do Município (07 de fevereiro de 1995) o Regimento Interno e a lista dos 92 integrantes do Conselho que esperaram um ano no Conselho Municipal de Saúde para serem publicados.

A formalidade da Lei reforçou a possibilidade de institucionalização do Conselho dentro do aparelho estatal, deixando-lhe o desafio da concretização do caráter deliberativo. **Tratava-se agora de transformar na prática cotidiana, o sentido da autonomia conquistada.**

Com esta sumária digressão na trajetória legislativa não pretendemos esgotar todos os detalhes do encaminhamento jurídico-legal que deu forma aos conselhos distritais no Rio de Janeiro. Ela é apenas parte da construção de sua eventual consistência como instância de representação política de interesses na saúde. Entretanto, consideramos importante deixar o campo legislativo preliminarmente indicado, pois foi ele uma das fontes das questões que emergiram no campo da

foi ele uma das fontes das questões que emergiram no campo da prática social interlocutiva do Conselho Distrital da AP3.1, ao mesmo tempo que dele se alimentou na busca de legitimidade de representação parlamentar das questões da saúde no município. O exercício da Presidência do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1 por um usuário, por exemplo, foi uma deliberação da II Conferência Distrital de Saúde absorvida na II Conferência Municipal. Sua efetivação resultou de um longo processo de organização dos representantes dos usuários, negociação política entre eles e com a Coordenação Técnica da área e a Secretaria Municipal de Saúde. Neste caso, ainda, tratava-se de fazer valer uma decisão da Conferência que questionava não só o que determinava a Lei 2011, que previa o Coordenador Técnico como Presidente, mas o modelo de Conselho de Saúde que se pretendia implantar: autônomo em relação às instituições sobre cujas atividades devia deliberar e fiscalizar, ou subordinado a elas, ficando preliminarmente tolhido na possibilidade de tornar-se efetivamente deliberativo.

Outra fonte das questões, objeto que este trabalho busca perscrutar, é a experiência dos representantes da população e a articulação de seus interesses/necessidades, através de suas relações cotidianas, no âmbito do conselho, não só no espaço das Plenárias, mas também na Comissão Executiva e nos contatos informais. No período observado, o Conselho era o espaço público onde ocorria o encontro do maior número de representantes de entidades da AP3.1.

A eleição de um representante do segmento usuário para presidir o Conselho Distrital da AP3.1 abriu novas perspectivas e desafios para a afirmação do seu caráter deliberativo. Essa afirmação depende da capacidade de institucionalização do Conselho e esta se dará na dimensão prática do exercício político brasileiro, marcado pelo clientelismo do atendimento a reivindicações pontuais e pelo paternalismo na abordagem das demandas das camadas populares, umas das tantas práticas miúdas que concretizam a apropriação privada da coisa pública no país. (SPOSATI, LOBO, 1992)

É no interior dessa circunstância das relações políticas entre atores sociais, que o Conselho Distrital procurará constituir-se como “foro independente e autônomo de representação dos usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços públicos e privados conveniados ao SUS, tendo como papel primordial exercer o controle social sobre as políticas de saúde no seu âmbito” (Regimento Interno-CDS AP3.1). Para

além da letra de Lei, o Conselho Distrital colocará a possibilidade de constituição de atores coletivos demandantes de direitos, ou seja, de constituição de uma cidadania regulada pela interlocução com o Estado, mas que concretiza-se, alimenta-se permanentemente da sua própria atuação. Ou, como tarefa para os conselheiros, sintetizada por “Seu” João Cardoso: “Nós estamos aqui porque a lei não garante nada.” (Reunião CDS AP3.1 - 22.02.94)

Capítulo II

Entrevistando os Conselheiros

“A necessidade é minha principal fonte de informação.”

(José Carlos de Souza, usuário, Presidente do

Conselho Distrital de Saúde da AP-3.1 – 1994/97)

Para os objetivos deste trabalho, as entrevistas com os usuários conformaram o eixo condutor de alguns blocos temáticos, configurados pelo conteúdo das falas e organizados a partir dos grupos de questões elaboradas para o roteiro de entrevistas (Ver Anexo - Roteiro de Entrevistas). Esse desdobramento resultou da opção pelo procedimento de entrevistas semi-abertas com os usuários, o que possibilitou a ampliação e reagrupamento das questões a partir do esforço de resgate histórico e reflexão em torno dos acontecimentos e processos pelos próprios entrevistados.

Foram entrevistados três conselheiros usuários e dois profissionais de saúde, membros do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I.

Com os usuários, utilizamos a técnica da entrevista centrada (*focused interview*) na qual, *“dentro de hipóteses [no nosso caso, de certos temas], o entrevistador deixa o entrevistado descrever livremente a sua experiência pessoal a respeito do assunto investigado.”* (THIOLLENT, 1980). Foram eles: José Carlos de Souza, da Federação de Associações de Favelas do Rio de Janeiro (FAF-Rio), presidente do CDS-AP3.1 (gestões 94/95 e 96/97), Evamar Gomes dos Santos, da Associação Comunitária Leopoldinense, e Carlos Barros, o Carlinhos, presidente da Associação de Moradores do Parque Monsenhor Brito e agente comunitário de saúde do Hospital Geral de Bonsucesso

Com os dois conselheiros profissionais de saúde, empregamos duas técnicas diferenciadas. A entrevista não-diretiva, ou entrevista aprofundada (THIOLLENT, 1980), na qual a conversação é iniciada a partir de um tema geral sem estruturação anterior do problema, foi empregada com Alberto Araújo, médico, que integrou a Comissão Provisória para implantação do CDS-AP3.I e foi secretário-geral da primeira gestão (94/95) na condição de usuário, representando o Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (SINTUFRJ). Com Júlio Noronha, médico, chefe do Setor de Emergência do Hospital

Geral de Bonsucesso, empregamos a técnica da entrevista semi-estruturada (THIOLLENT, 1980), aplicada a partir de um pequeno número de perguntas abertas. Neste caso, sobre a crise do serviço comandado pelo entrevistado.

A opção pela entrevista previamente roteirizada, utilizada com os usuários, foi definida como uma tentativa de delimitação do campo deste trabalho durante a entrevista, procurando articular a conjuntura de saúde vivida pelos entrevistados, previamente constatada nas suas manifestações no Conselho, e sua possível inclusão em iniciativas de difusão da informação e comunicação.

Com os profissionais, as técnicas mais livres foram adotadas pelas seguintes razões: com Júlio Noronha, a opção por este procedimento foi externa aos objetivos da pesquisa, pois a entrevista foi realizada para a elaboração de matéria sobre a reabertura do Serviço de Emergência do HGB para o jornal *Se Liga no SINAL* (Nº 25). A riqueza e o detalhamento das informações, bem como a possibilidade de contrastá-las com a abordagem dos usuários sobre as mesmas questões, determinou a sua incorporação na pesquisa.

Com Alberto Araújo, ultrapassada a etapa inicial de definição conjunta dos temas, sem o rigor da fidelidade a um roteiro previamente definido, objetivamos explorar o potencial de informações de quem esteve diretamente envolvido na organização e implantação do Conselho. A entrevista objetivou a obtenção de referências que pudessem ser utilizadas como “comentários” de um profissional de saúde que viveu esse processo como experiência política, contribuindo para a eleição de um usuário como presidente.

O cruzamento das informações obtidas em todas as entrevistas, já contaminado pela posição (profissional, social, cultural) dos entrevistados, a seleção dos temas, o roteiro proposto e a organização do material pelo pesquisador, e ainda sujeito à sua interpretação, afastou qualquer expectativa de reunião de um material que refletisse, “como um espelho”, os processos abordados. (SMEKE, 1993) Esta observação impõe-se pela necessidade de compreensão de que a priorização da “perspectiva dos usuários”, não exclui a possibilidade de que ela mesma, respeitada a matriz das experiências e condições de vida, esteja impregnada de “outras perspectivas”, não as reproduzindo, mas incluindo-as e sendo, muitas vezes, moduladas por elas. Para Haguette (1987) na entrevista “temos que reconhecer que estamos recebendo meramente o retrato que o informante tem de seu mundo, cabendo a nós, pesquisadores, avaliar o grau de correspondência de suas afirmações com a “realidade objetiva”, ou factual.”

1. A trajetória dos usuários no movimento popular: a participação como trabalho

Os conselheiros usuários do CDS-AP3.1 têm percursos semelhantes, vinculados a momentos anteriores do movimento popular por serviços públicos na AP3.1, ocorridos durante toda a década de 80. Essa origem é a fonte primária de sua legitimação como conselheiros e, como tal, ecoa no decorrer das entrevistas.

Dos três usuários entrevistados, dois têm origem na articulação daqueles movimentos com os serviços de saúde no decorrer da década de 80. Deles, apenas o presidente é procedente de outro campo de atuação, sem vínculo anterior com a área da saúde.

Quando a inserção na área da saúde ocorre nos anos 80, ela se dá nos limites da atuação comunitária, distante de atuação política em espaços formais institucionalizados ou no eventual sentido que possa adquirir a participação no atual Conselho. Quando esta atuação ocorre, ela é identificada como parte de uma mesma “luta”. Em qualquer caso, a participação é sempre referida como “trabalho” e como extensão da atividade profissional:

*“Eu estou atuando na área da saúde há aproximadamente 14 anos, dentro do Hospital Geral de Bonsucesso, primeiro representando, depois **trabalhando** junto à saúde comunitária (setor) do hospital. Lá me formei como agente de saúde em 86 e continuo **lutando** ainda, **lutando** pela melhoria da saúde.”* (Carlinhos)

*“Dá até pra dividir em duas partes: teve um momento até 83, que eu lutava pela saúde dentro da saúde. Quer dizer, **trabalhando** como profissional de saúde, não dentro do governo, mas em clínica particular. Eu **trabalhei** durante muito tempo depois de ter feito um curso na Cruz Vermelha. (...) Como participação comunitária, através da Associação de Moradores, eu comecei em 82, na AMAR - Associação de Moradores e Amigos de Ramos. Começamos ali, o grupo todo, a gente tinha um **trabalho** muito bom porque tinha onze cargos e, por incrível que pareça, conseguia preencher aqueles onze cargos. Não sei, era uma outra época, as pessoas se davam mesmo, naquele espaço, **ao trabalho**.”* (Evamar)

A idéia de participação como trabalho não se restringe à área da saúde, integrando a definição de atuação em qualquer campo do movimento popular. O sentido de “trabalho” integra todos os momentos de atuação pela transformação das condições gerais de vida, e como tal fragmenta-se na distribuição de atribuições entre os membros das entidades:

*“Desde do tempo do GEL que eu já ouvia falar de saúde, saúde, saúde, mas como na própria Associação de Moradores (da Nova Holanda), a sua composição de diretoria, a própria organização comunitária, **nós trabalhávamos** mais ao nível de departamentos. Embora não oficializássemos,*

*trabalhávamos mais ou menos na linha de departamentos. Por exemplo, a presidente da Associação de Moradores quando eu era vice, era uma enfermeira, Então, ela já estava dentro da questão de saúde como profissão e, como representante da comunidade militava também nessa área. (...) Tinha também as agentes de saúde com um **trabalho** muito forte dentro da Nova Holanda.” (José Carlos)*

Embora reconhecida como **trabalho**, a atividade do conselheiro não é considerada passível de remuneração, mesmo quando dificuldades econômicas impedem o comparecimento permanente às reuniões:

“Não me preocupo com esse lance de remuneração, não. Faço porque gosto. Me preocupo quando eu quero vir e não posso porque não tenho dinheiro, entendeu? Mas quando venho, eu venho porque eu gosto, porque eu quero. Eu participo e sempre participei de tudo e nunca me preocupei com esse negócio, não.” (Evamar)

Os anos 80 são lembrados como uma etapa de grande efervescência nos movimentos populares. A cooptação das lideranças, combinada com o agravamento da crise econômica e a falta de soluções para os problemas debatidos nas instâncias institucionalizadas de participação são apontados como as causas para a diminuição da vitalidade daqueles movimentos.

*“Eu acho que uma das causas é que **as lideranças comunitárias foram cooptadas politicamente**. Sou contra isso... Você precisa viver, tá cada dia pior, mas à medida que um representante da comunidade passa pro outro lado, a comunidade perde mesmo. Porque a pessoa perde o caráter de representante do povo efetivamente, porque ele vai ter que... Ele não vai botar a cabeça dele a prêmio, ele vai ter que ficar em cima do muro, meio lá, meio cá.. E também **a situação de vida hoje em dia**. Na Associação de Moradores a gente trabalha por amor àquilo, não tem nada. E as pessoas hoje precisam ganhar dinheiro, precisam ocupar todo o seu tempo ganhando financeiramente... A pessoa precisa ter ganho, a pessoa paga aluguel, tem transporte, tem filho, tem família... a pessoa não tem condição de trabalhar assim... E outra coisa é a questão que **não tem nada resolvido, não tem nada resolvido - as pessoas se cansam de tantas reuniões, de tanto debate, tanto desgaste, de tanta promessa...**” (Evamar)*

Na saúde, parte dos motivos da desmobilização é atribuída às instâncias formais, como o GEL/CEAP que, ao mesmo tempo que garantiam a presença de representantes da população na discussão das políticas de saúde na década de 80, são identificadas ao mesmo tempo como responsáveis pelo arrefecimento da participação, resultado da sua baixa capacidade deliberativa.

“No GEL a gente discutia, debatia, tomava uma posição, chegava na hora a gente passava pra CEAP. Na CEAP o que acontecia? Só tinha profissionais gestores de saúde, e no final nossa voz não era ouvida. Depois de muita briga, conseguimos colocar um representante da comunidade que só ia lá pra ouvir, tinha direito a ouvir mas não tinha direito a voz. Quer dizer, também não adiantou nada, todas as resoluções que o GEL tomava, terminava na CEAP. Então, nunca vi nada ser resolvido em termos concretos e tanto assim que até hoje, tendo GEL, tendo CEAP, nada foi resolvido, nada se modificou.” (Carlinhos)

“As reuniões do GEL eram um grande muro de lamentações(...) No início chegou a ter bastante gente nessas reuniões, depois foi esvaziando.(...) As pessoas tinham expectativas de encontrar um caminho de articulação, de negociação com a autoridade pra tocar o seu projeto específico. Isso, aliás, eu acho que é uma coisa que existe ainda junto com o Conselho... E depois a pessoa vê que o espaço da negociação é muito difícil, é muito emperrado. E ela vai lá e abre o caminho dela sozinha. (...) Passa o tempo e a pessoa não vê nada ser construído ou ter uma resposta concreta. E então começa a se afastar e buscar os velhos mecanismos do político da região, do clientelismo, de buscar autoridade diretamente.” (Alberto Araújo)

Em relação aos anos 80, a percepção da mudança na intensidade da participação em saúde nos anos 90 é atribuída a uma maior “politização” dos usuários, mas que também não é capaz de superar o risco de emperramento do Conselho. Há a percepção de uma grande distância entre as necessidades de saúde do cotidiano e o tempo dispendido para debatê-las, ou decidir sobre elas, no Conselho.

“No GEL não acontecia nada também, só se discutia. E eu acho que hoje só se discute até agora. Apesar de que tem uma diferença: as pessoas agora estão mais politizadas, as pessoas agora sabem o que querem. Só isso é que é a diferença: as pessoas agora batem mesmo, de frente, e discutem, as autoridades vêm junto. Eles sabem que o povo agora não é mais aquele povo bobinho... O pessoal agora vai à luta, e eles vêm junto porque eles sabem que... o pessoal cobra. Agora, eu acho que ainda se discute muito. Eu acho que as coisas estão acontecendo demais... Assim... As coisas tem uma urgência muito grande... Muito maior é a urgência... e as discussões são assim muito lentas, não acompanha, entendeu? Não está acompanhando.” (Evamar)

Ao comparar os dias de hoje com as circunstâncias vividas pela saúde nos anos 80, é apontada a persistência das mesmas questões gerais no setor:

“Algumas notícias de hoje são notícias já antigas. Uma delas é a falta de recursos humanos e a falta de investimento na qualidade da saúde. Quer dizer, dar condições... Essa coisa que era briga de antes, ainda é a briga de hoje. A outra é a

falta de prioridade da questão saúde. Tudo isso no ontem e no hoje, falta de prioridade, isso é a mesmíssima coisa. O que acontece hoje é que com a deterioração da saúde hoje, criou-se todo um ambiente favorável de reversão desse quadro. Agora, não sei de que forma... Não sei se ainda como saúde pública, tá? Porque se não é prioridade do estado... a questão do atendimento da saúde, eu não sei se é via saúde pública.” (José Carlos)

A sensível degradação dos serviços é percebida pela população a partir da sua relação com uma mesma rede de serviços e uma quantidade menor de profissionais no decorrer do tempo:

“Até piorou, pra mim até piorou, porque a comunidade cresceu, cada dia mais está crescendo, e as unidades continuam sendo as mesmas. Eu que moro há mais de 40 anos aqui nessa área, ao lado do Hospital de Bonsucesso, nós tínhamos somente a Baixa do Sapateiro, hoje nós temos o chamado Complexo da Maré, que vai desde o Canal do Cunha, atrás do Conjunto Esperança, até a Ilha do Governador. Como cresceu aquela área! E o HGB continua o mesmo, pior, diminuiu, porque diminuiu o número de leitos, de atendimento. Então, eu acho que aqui, piorou.” (Carlinhos)

2. A construção do Conselho: os usuários ampliando a esfera pública

A incorporação do usuário José Carlos de Souza, até então sem vínculo direto com o movimento da saúde, ao processo de representação da população em conselhos de saúde, ocorreu na II Conferência Distrital de Saúde da AP3.1, em outubro de 1993. Cinco meses depois, ele se tornaria o presidente do Conselho.

Conta José Carlos que ele começou a atuar no movimento popular em 1984, como representante de rua dentro da Nova Holanda, passando a vice-presidente da Associação de Moradores de 87 a 90 e, em seguida, presidente até 92. Neste período, foi presidente da Cooperativa Mista e de Construção dos Moradores da Nova Holanda, entidade criada pelos próprios moradores, voltada para a área da habitação, que administrava recursos federais, estaduais e municipais para financiar a transformação dos barracos em casas de alvenaria.

“O primeiro momento foi numa linha de repasse, já que uma cooperativa não faz venda para os seus cooperados, de material de construção básico para a reconstrução de barracos de madeira. Quer dizer, a gente tinha uma meta - nós tínhamos aproximadamente 1.000 barracos de madeira e o objetivo da cooperativa era transformar esses barracos em casas de alvenaria, através de uma linha de financiamento de material de construção. Quer dizer, a gente começou com um sonho mesmo, porque na

realidade não existia, como ainda não existe oficialmente, uma linha de material de construção, onde você vai lá, apanha este material ou recurso e depois paga. “

A atividade da Cooperativa prossegue ainda hoje (1995), visando a transformação dos 100 barracos ainda restantes e a ampliação das casas de alvenaria:

“Do total hoje de 3.000 residências da Nova Holanda, temos a situação de 70% ainda no primeiro pavimento, Quer dizer, então tem um processo de ampliação: você tem um lote de 50 m² com uma família inicialmente de 4 pessoas - a mulher, o marido e dois filhos - a tendência natural é desses filhos crescerem, e mesmo na família, querer ter seu espaço mais à vontade. Quer dizer, a tendência natural é a verticalização. Então a gente tá tentando arrumar, aí já com recurso externo, um mecanismo de financiamento para essas famílias.”

A saúde, como questão pública, já permeava as questões da habitação, mas colocou-se definitivamente apenas a partir da ocorrência de um episódio pessoal.

“Identificava saúde como uma questão habitacional também - já tinha identificado uma coisa ligada à outra. Mas uma discussão específica de saúde. Eu dava valor, não quer dizer que eu não valorizasse, mas não era militante. Em 91 eu tive um problema de saúde seríssimo - eu sou hipertenso e tive um desgaste muito grande na época da construção das 46 casas, problemas com a Secretaria da Habitação Eu tive um princípio de enfarte. Sai às pressas de sábado pra domingo e caí de madrugada aí no Hospital Geral de Bonsucesso. Nesse dia, eu estava no Setor de Emergência e a caldeira... Tinha explodido uma caldeira e aquela água fervendo caía dentro da Emergência! Aquilo me marcou muito, né? Esse fato me marcou muito, me chamou a atenção, mas ficou também escondido, né?, ficou também embutido internamente, né? Internalizei aquilo mas não expressei como uma questão que precisava, que eu precisava estar aí dentro desta luta também, porque era uma luta muito minha, como pessoa, como hipertenso...” (José Carlos)

Ao chegar na II Conferência Distrital, José Carlos encontrará o movimento de saúde na AP3.1 em reordenamento, buscando a passagem do modelo do minguate GEL para um novo espaço de participação. Apontava-se a construção do Conselho de Saúde, mas a sua característica e outros mecanismos que ampliariam a possibilidade de participação da população na definição das políticas de saúde na área, também estava em debate e disputa:

“Essa Conferência gerou um grande debate aqui na área sobre o que devia ser o Distrito e o que devia ser o Conselho. Os grandes pontos de briga eram se ele devia ser deliberativo ou não, do Coordenador da área ser

escolhido numa lista triplíce e do presidente do Conselho ser eleito entre os membros. Não dizia que um usuário tinha que ser eleito, né? Isso gerou um embate danado.” (A. Araujo)

O poder institucional da área da saúde na AP3.1 vinha se redefinindo ainda antes da realização da Conferência, no decorrer de 1993. Na I Conferência Distrital, em 1991, o coordenador da CEAP tinha sido eleito com a participação do segmento usuário, mas considerou-se impedido de continuar no cargo depois de sua nomeação como Coordenador Técnico da AP3.1, chegando à II Conferência ocupando este cargo. Este é um cargo de confiança do Secretário Municipal de Saúde, representando o papel de gestor público local do sistema de saúde. Naquele momento, não havia ainda a configuração do Distrito estabelecida em lei, o que acabou não ocorrendo, mesmo depois que os Conselhos Distritais foram criados (ver Capítulo II - Caracterização - O Conselho surge da Lei para mudá-la).

Em 1993, a II Conferência Distrital da AP3.I conduzia a passagem do modelo de participação do SUDS (GEL/CEAP) para o SUS (Conselhos de Saúde), abrindo a possibilidade de participação mais direta do segmento usuário no controle do sistema, favorecendo a aproximação de novos atores.

“Em 93, na II Conferência Distrital, que foi até aqui na ENSP, (...) eu vim no último dia, que era um sábado à tarde, eu vim participar da conferência... Tinha curiosidade porque na época eu já era diretor da Federação das Associações de Favelas [FAF-Rio], e aí eu pensei... “Pôxa... eu sendo representante destas comunidades todas... eu não posso estar fugindo a determinados debates que de alguma maneira envolve toda a população, todas as favelas. Em tese, deverão estar lá discutindo isso... Nem que seja pra acenar pros companheiros, eu tenho que ir lá...” (risos) Então eu vim à tarde... Quando eu vim à tarde, eu... comecei a ouvir as coisas, né? E pensei... perai, essas coisas já tá tudo dentro do que eu discuto, caramba... só que eu não dou o nome a isso de saúde, né? Até me identifiquei com a causa, mas não queria participar, ter espaço no conselho, essas coisas todas...” (José Carlos)

“O José Carlos nunca esteve envolvido com essa discussão da área da saúde. Travava outra discussão naquele momento, que era a questão do saneamento, ele era da Zonal Leopoldina da FAF-Rio. Ele, inclusive, participou da Conferência, mas participou como convidado.” (A. Araújo)

A própria realização da II Conferência Distrital esteve ameaçada. O radicalismo da pauta proposta para a formação do conselho, já era considerado um risco para a continuidade de entendimentos e articulações que pudessem torná-lo viável. A opção

adotada pelos conferencistas foi manter o início da formação do conselho durante a Conferência, deixando para ele mesmo, depois de constituído, a aprovação do Regimento Interno:

“Eu tinha um receio grande que as pessoas tentassem aprovar o Regimento que mais lhe conviessem, sem a contrapartida do usuário. Então a votação do Regimento foi ao máximo protelada. Nós fomos um dos últimos (em relação aos demais conselhos distritais) a mandar o Regimento do Conselho Distrital para o Conselho Municipal de Saúde. Porque não era interessante votar o Regimento naquele momento. Na conferência era interessante, a gente passava tudo, a lista tríplice... A gente ia aprovar, mas uma parte do pessoal não ia aparecer mais no movimento, ia aprovar pelo convencimento e pela liderança que naquele momento eu acho que exercia, muito forte, muito incisiva.” (A. Araújo)

Para a composição do Conselho, a dificuldade inicial era a formação do segmento dos usuários, uma vez que, para manter a paridade, era necessária a sua composição com 48 membros, equivalente ao dobro do número de representantes dos prestadores de serviços e gestores das unidades de saúde da AP3.1:

“Me chamou a atenção é que na hora da escolha dos conselheiros, eu queria um espaço pra Zonal da Federação... Não tava preocupado comigo como representação, não, mas queria um espaço pra Federação... na composição do Conselho. Quando eu levantei essa questão, a mesa me respondeu que a Zonal não poderia ter um espaço porque ela não tinha um espaço físico de representação, ela não era identificada juridicamente como um espaço dentro da AP3.1. Eu disse pra eles... “Tudo bem, não basta a representação de todas as comunidades da área pra ter o espaço físico... Você está querendo negar a minha representatividade...” Um pouco nessa linha de polêmica, né? Então, o Alberto, naquela forma incisiva dele de manter posição, né?... Eu também não polemizei muito, mas eu guardei uma questão... A Associação Estadual dos hospitais privados... que representa os hospitais... tinha espaço, ganhou espaço... Aí eu questionei... “ué, engraçado...”, voltei à carga... “uma associação do estado do Rio de Janeiro pode ter espaço no Conselho Distrital... e uma Federação municipal, na sua Zonal, que tem uma área delimitada de ação, que é a AP3.1, a Leopoldina, no caso, não pode...” Aí jogou essa discussão pra primeira reunião plenária do conselho. E aí, nessa reunião plenária eu fiz o mesmo questionamento, e aí foi levado pra votação na plenária e a Zonal ganhou o espaço dentro do Conselho. No caso representando a Zonal, já que se as associações, que são a composição da Zonal, tinham seus espaços, e eu era o coordenador da zonal... eu passei a ter a representação da Zonal da Federação dentro do Conselho. E tinha a questão da

composição efetiva do Conselho, porque faltava usuários, faltava representação de usuários no Conselho. (José Carlos)

Conjugaram-se, assim. naquele momento, a necessidade de composição do segmento de usuários, que em pouco tempo se tornaria a base de apoio para a constituição da direção do Conselho, com a capacidade de um recém chegado ao movimento da saúde, em mobilizar as entidades:

“Engraçado isso, pouca gente vai se lembrar disso. Teoricamente eram as associações de moradores... [que tinham direito à vaga]. As entidades - FAF-Rio, FAM-Rio, FAMERJ - não tinham direito à vaga. Da composição dos usuários é que surgiu essa idéia de que a Zonal da FAF-Rio tivesse uma representação no Conselho. E aí a gente começou a conhecer o José Carlos como um dos articuladores, nas reuniões que a gente fez para compor o segmento dos usuários. Era o único segmento que não se compunha... Não tinha nem metade, pô!” (A. Araújo)

Finalmente, a constituição do segmento usuário possibilitará a expressão da articulação entre a experiência coletiva, de exercício da cidadania no movimento pela moradia, transferindo-se para a saúde, e a dimensão individual, vivenciada na relação com os serviços de saúde. Essa articulação permitirá o salto da condição de usuário para cidadão:

“E aí, eu passei... A Federação estava promovendo um campeonato infantil de futebol, e eu... o que precisa fazer... Chamar as associações pra discutir o campeonato no mesmo dia e hora da reunião do Conselho... Então, as associações começaram a vir pro conselho... Eu falei... Não, depois da reunião do Conselho, a gente vai sentar pra discutir... Foi o que foi dando peso ao Conselho... as associações começaram a vir, começaram a vir... e eu fui gostando da discussão também, né? Mas também com esta identificação... Aí eu fui buscar esta referência de saúde minha... a questão da hipertensão, a situação que eu passei no Hospital Geral de Bonsucesso... E aí foi minha identificação real com a causa e estou nela até hoje.” (José Carlos)

3. Um usuário como Presidente e os percalços da institucionalização do Conselho

A Lei Municipal no. 2.011, que instituiu os Conselhos Distritais fora promulgada em 31 de agosto de 1993, prevendo 120 dias para a aprovação dos respectivos regimentos. A II Conferência Distrital de Saúde da AP3.1 foi realizada em outubro, abrindo o processo de constituição do Conselho, aprovação do seu Regimento Interno e eleição do Presidente e

da Comissão Executiva. O Regimento Interno do Conselho da AP3.1 foi aprovado em fevereiro de 1994:

“Tivemos mais tempo pra discutir e aprovar aquele Regimento. Isso foi uma coisa estratégica também, não aprovar o Regimento logo depois da Conferência... O segmento dos usuários não estava completo, pô, os outros segmentos estavam... Então não podia... No conselho tem que ser mantida a paridade. Tá escrito na Lei isso... Então a gente ganhou o prazo da Lei do (vereador) Nahum, até 31 de janeiro. Então, a gente fez a reunião no dia 26 de janeiro pra aprovar o Regimento, poucos dias antes de terminar o prazo de 120 dias. Então a gente conseguiu aprovar o Regimento mais enxuto, mais discutido e com uma correlação de forças muito favorável. A reunião em que a gente aprovou o Regimento tinha basicamente 60 membros do conselho, e a reunião de eleição tinha 80.” (A. Araújo)

No entanto, o Regimento do Conselho da AP3.1, enfatizando o caráter deliberativo e prevendo a eleição de um de seus membros como Presidente, seria publicado no Diário Oficial do Município apenas um ano depois, em 7 de fevereiro de 1995. Isso só ocorreu depois da aprovação da Lei 2.289, em 9 de janeiro daquele ano, que, alterando a Lei 2.011, formalizou a possibilidade de eleição do presidente entre os conselheiros. Entretanto, praticamente durante todo o ano de 94, o Conselho Distrital da AP3.I seguiu seu próprio Regimento, mesmo antes de sua publicação.

A eleição do Presidente e da Comissão Executiva ocorreu no dia 12 de março. A composição da chapa resultou de processo de negociação entre os participantes do movimento pela construção do Conselho, a maioria com longa trajetória no movimento popular e, em especial, na saúde, sendo alguns antigos participantes do Grupo Executivo Local, no final dos anos 80. Neste processo difícil, a pretensão ao cargo subordinava-se a uma complicada arquitetura que estabeleceria os termos da relação com o poder público, o Conselho Municipal e os demais conselhos distritais.

“A minha avaliação de processo é que o nome do José Carlos não foi uma coisa que começou primeiro. O que começou primeiro foi o princípio... E o princípio foi aglutinando pessoas...” (A. Araújo)

A composição da chapa procurou contemplar a pretensão de todos os que estavam à frente do movimento, ampliando-se, por esta razão, a possibilidade de participação para além da constituição da Comissão Executiva - foram criadas comissões temáticas, como educação e saúde, meio ambiente, e jurídica, que garantissem a presença de todos. Em pouco tempo, entretanto, foi possível constatar que as comissões não vingaram *“porque não foram construídas em cima de um trabalho vinculado às pessoas.”* (A. Araujo)

A Comissão Executiva, expressando a paridade entre os segmentos (usuários, dirigentes e profissionais), ficou assim constituída: como Presidente, o usuário José Carlos de Souza e, como Secretário Geral, Alberto Araújo, médico, mas, na condição de usuário representando o Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (SINTUFRJ). José Carlos assim avalia aquele momento:

“A nossa proposta ainda é uma proposta revolucionária, a proposta da AP3.1... Essa questão do presidente ser um usuário... Eu fui orientado por companheiros que estavam dentro do Conselho Municipal pra sair fora disso... “É um embate muito pesado pra você, companheiro.” Eu não me autodenominei presidente de nada, as pessoas acharam que eu teria condições de assumir isso. “Não vejo nada de pesado, vamos ver o bicho que vai dar.” E isso eu disse pro próprio secretário municipal de saúde. Mas o que que é isso? É essa coisa do semideus que tá lá, que é o médico, né? E você? “Você é um usuário. Cuidado, cara, se ponha no seu lugar...” Então muito dessa visão é essa visão ainda do GEL... Não tô dizendo que era errada a posição do GEL... Mas eu tô dizendo que era a postura que os usuários de saúde tomavam... Você constatou o afastamento [do Conselho Distrital] de alguns conselheiros de saúde daquele momento, do GEL, com toda certeza, por conta da postura que você estava tomando, uma postura mais de... tomada de posição do usuário, não é? Você é um dos atores dessa história, você não está ali pra legitimar ações do poder municipal.” (José Carlos)

A eleição de um usuário como Presidente foi o primeiro passo para a afirmação do caráter deliberativo do Conselho. A aprovação destes pontos resultou ainda de negociação entre o Poder Legislativo e a Prefeitura. Dos pontos polêmicos da II Conferência Distrital, não foi acatada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a escolha do Coordenador Técnico da área a partir da indicação de lista trílice pelo Conselho.

“A lista trílice não vingou. Mas a Secretaria de Saúde ficou com o nosso Regimento cerca de 11 meses, no jurídico. Disse que havia vários artigos que ela não aceitava. Mas ela só vetou a lista trílice. Ela não vetou que

fosse deliberativo... Esperou... Houve uma negociação do (vereador) Nahum pra mudar a lei, que tornava os conselhos deliberativos e garantir a eleição do Presidente entre os membros.” (A. Araujo)

Dez meses depois, em 9 de janeiro de 1995 era promulgada a Lei 2.289, que garantia a eleição dos Presidentes dos conselhos distritais entre seus membros. Logo após a sua promulgação, quatro dos dez conselhos do município elegeram usuários como presidentes.

“Eu acho que houve uma grande sabedoria, uma grande esperteza do Nahum, de pegar esse bonde que não era o dele, ele não defendia isso, pra transformar num projeto de lei modificando uma lei anterior... Uma bandeira de luta da nossa área (a AP3.1).” (A. Araújo)

4. Da dificuldade de abordagem dos problemas de saúde

A urgência da definição do caráter deliberativo do CDS-AP3.1, ou seja, sua institucionalização, durante o seu primeiro ano de existência, fez com que esta questão dominasse a pauta das reuniões, mesmo ocorrendo, ao mesmo tempo, iniciativas que possibilitaram a abordagem dos problemas de saúde da região, como o Seminário da Emergência.

“Antes, a gente ficava muito no embate, quem é quem na conjuntura da saúde... É a Secretaria, através da sua Coordenação Técnica (da AP3.1)? É o Conselho? Então, a gente ficou muito nesse... na troca, né...? De soco pra lá e pra cá... E efetivamente, a questão da saúde ficava um pouco distante...”

Em 94, a maior parte do empenho da Comissão Executiva voltou-se para a legalização do Conselho. Sem uma definição clara do caráter deliberativo, sob a direção de um usuário, o debate sobre os problemas de saúde ficariam apenas no plano da reivindicação, sem perspectiva de encaminhamento de soluções pelo Conselho.

“Embora o papel do conselho seja deliberativo, fiscalizador e consultivo, antes era muito uma idéia de... movimento de saúde reivindicatório. Não tinha muito essa visão de fiscalizador, essa visão de consultivo... E reclamava... Essa questão do consultivo a gente reclamava, a gente reclamava querendo deliberar, mas ao mesmo tempo fugia da deliberação. Porque se você puxasse efetivamente pra si a discussão, você não conseguiria trazer.” (José Carlos)

“Algumas pessoas avaliam que a gente perdeu muitos momentos de discussão na questão da legalidade. Mas eu acho que não, eu acho que a gente ganhou muito em amadurecimento político (...)” (A. Araujo)

A percepção dos problemas de saúde pelos entrevistados é delimitada pela contradição entre a urgência de solução dos problemas cotidianos de saúde da população, a capacidade de exercício do papel deliberativo do conselho, e o prazo disponível para o encaminhamento de possíveis soluções para uma grande quantidade de problemas. Os serviços de emergência são citados como problema a ser permanentemente enfrentado, mesmo reconhecendo-se a necessidade de medidas preventivas, educação em saúde e políticas públicas para a melhoria das condições de vida, que poderiam evitar a chegada de parte dos pacientes aos hospitais.

“Problemas de saúde? Pôxa, todos. Assistência médica, emergência, maternidade... Se eu for enumerar, todos. Mas eu acho que a emergência é o principal. Também tem a questão do saneamento básico das comunidades - porque, logicamente, não há uma prevenção. Eles não têm condição de atender, quando a coisa chega lá nas mãos deles, no hospital. Então, tinha que haver uma prevenção lá na ponta.” (Evamar)

Reitera-se a idéia de que os problemas de saúde que chegam aos hospitais são consequência de condições sócio-ambientais que favorecem o adoecimento.

“De que vem a doença? É moradia, saneamento, transporte. Então, a nossa área, devido ao crescimento desordenado, ela ainda ficou mais deficiente. (...) Do jeito que a Leopoldina cresceu, tudo se tornou difícil, complicado. Saúde, transporte, saneamento básico, moradia, enfim, e a saúde, a tendência foi piorar. O resultado são doenças provenientes até dessas condições até desumanas que algumas comunidades vivem.” (Carlinhos)

Admite-se que os problemas de saúde vividos no dia-a-dia são discutidos no Conselho, mas enfrentando barreiras para sua expressão. Carlos Barros destaca a dinâmica de funcionamento do conselho, na qual estão incluídos todos os ritos próprios do seu funcionamento como o principal obstáculo:

“Algumas vezes os problemas são abordados. Só que não houve um prosseguimento mais efetivo. A gente começa uma discussão e depois não é levado à frente. Porque já é outra reunião, já são outras pautas, outras falas, e aquilo ali vai ficando pra trás. Então foram abordadas algumas dessas coisas, mas positivamente, acho, não tenho certeza, que pouca coisa mudou.”

Atribui-se também aos próprios usuários a responsabilidade pela dificuldade em abordar os problemas de saúde. Eles não deteriam uma concepção de saúde que incluísse aspectos que superassem a identificação da saúde com assistência médica:

“Eu acho que talvez até por falta de algumas lideranças tratem disso mais seriamente. Porque o Conselho Distrital de Saúde se faz representar por vários segmentos de usuários e esses segmentos não brigam por isso. Eles vêem a saúde como uma febre, como uma diarreia, um atropelamento, enfim, mas não vê o porque que a pessoa adoeceu. Ninguém adoecer simplesmente por adoecer, ele teve alguma coisa anterior, né? Você chega numa unidade dessas para saber o que cresceu mais, foi problema pulmonar, cardiológico e porque cresceu aquele problema, de que que ele foi derivado e você vai começando a pegar um caminho. Então, eu acho que ainda não foi feito, através de alguns segmentos de usuários, eu falo por esse segmento, uma abordagem mais concreta em termos de saneamento, educação, transporte e saúde. Eu acho que está faltando muito para ser debatido.” (Carlinhos)

Evamar Gomes identifica uma “falta de consciência” da população, mas motivada pela grande quantidade de problemas provocados por “eles”, dificultando a definição de uma linha de prioridades (relevância) dos problemas a serem debatidos:

“Olha, sinceramente, eu acho que o povo ainda não se conscientizou, ainda tá anestesiado, o pessoal tá adormecido. Porque eu acho que “eles” estão jogando tanta coisa, assim, em cima... que a pessoa ou discute isso ou discute aquilo. E a coisa tá assim - é um volume muito grande e a pessoa já tá começando a ficar anestesiada.”

Há uma clara noção de que os problemas serão efetivamente enfrentados após a passagem da etapa de organização do Conselho. No entanto, nesse momento futuro, a discussão dos problemas se dará no conjunto de elementos com que o Conselho terá que lidar, entre eles, a discussão do orçamento e das prioridades do setor.

“O conselho ainda está num momento de organização. Eu acho que nós ainda vamos chegar no momento de colocar, de fato, o que a gente sente que tem necessidade de ser feito, não é? Quem tá em cima, fechado num gabinete, acha que basta jogar a verba “X” na saúde, “vamos dividir essa verba, vamos colocar um pouquinho aqui na emergência, um pouquinho...”, Quando o sujeito chega ali, já chega no fim da picada, né? Só que eles não têm condição de atender aquele sujeito, o que poderia ter sido evitado, se tivesse prevenção... (Evamar)

Aprofundar a discussão e tomar decisões sobre o orçamento público são interpretados ainda como uma forma de efetivar o caráter deliberativo, sobre o qual se

dispendeu esforço considerável no primeiro ano de atividade do conselho. A incorporação da discussão do orçamento adquire, também, o significado de uma discussão de política setorial, ampliando o novo campo de intervenção do Conselho:

“Agora, no final de 94, início de 95, a gente começou a ter uma discussão... Deixou de ser uma discussão puramente política pra ser de política e de política de saúde, também. Tivemos acesso ao orçamento do município... A gente tinha lá um valor voltado pra questão da saúde, e começou a dar uma despertada pra discussão da questão de saúde enquanto um conselho. A gente começou a discutir o Plano Anual de Trabalho da Secretaria de Saúde para 96. E a gente começou a se sentir um pouco deliberativo, né?”
(José Carlos)

No entanto, é apontado o risco da discussão do orçamento impedir a abordagem direta das questões de saúde:

“Para mim a saúde está em primeiro plano, e quando nós discutimos muito o orçamento, perdemos praticamente um ano. Conseguimos alguma coisa, né? O Conselho conseguiu espaço, orçamento próprio, mas a saúde ficou em segundo plano. Deixamos isso acontecer, talvez até para resolver nesta segunda gestão, mas perdemos muito tempo falando em orçamento, muita reunião, muitas falas... e as pessoas morrendo dentro da emergência, até na porta da emergência, não sendo atendida. Eu acho que nós perdemos muito tempo.” (Carlinhos)

5. Da III Conferência Distrital de Saúde da AP3.1 ao freio da III Conferência Municipal

Realizada em setembro de 1995, a III Conferência Distrital de Saúde marcou o movimento de saúde da AP3.1 como um momento de consolidação institucional do Conselho. Até a sua realização, foi concluída uma trajetória iniciada na Conferência anterior, a II, em 1993, que apontava a constituição de um Conselho com caráter deliberativo e com um presidente eleito entre seus membros.

O cumprimento dessas condições e o abandono, ou adiamento, de outras, como a indicação de lista tríplice para a escolha do Coordenador Técnico de Saúde da área pela Secretaria Municipal, permitiu que o Conselho e a organização da Conferência concentrassem a pauta do evento em torno de questões específicas da saúde, embora não necessariamente técnicas.

A pauta da Conferência incluiu os temas encaminhados pelo Conselho Municipal de Saúde, que seriam retomados na Conferência Municipal, mas também questões próprias da AP3.1. No primeiro caso, estavam a Saúde da Mulher e da Criança, a Saúde Mental e as Doenças Crônicas (Tratamentos de Alto Custo). No segundo, os Serviços de Emergência, a Municipalização (dos Postos de Assistência Médica federais, os PAMs), o Saneamento e o Meio Ambiente, a AIDS, e a Saúde do Trabalhador. E, para contextualizar os temas específicos, as Reformas Constitucionais na Saúde e na Previdência.

“Eu acho que a conferência aconteceu num momento em que o conselho já está em sua plena legalidade. Então todo mundo está respirando aliviado porque agora a gente tá na legalidade. (...) Então, eu acho que a gente ganhou muito em amadurecimento político, e a conferência demonstrou isso, a conferência foi o grande momento político desse conselho, a gente teve muita discussão profunda, o relatório aponta um norte pra várias questões importantes da AP3.1, algumas que fogem até ao escopo da assistência médica hospitalar.” (A. Araujo)

Participaram da III Conferência cerca de 200 pessoas, das quais 108 eram delegadas (55 usuários, 24 profissionais de saúde e 29 dirigentes de unidades públicas e prestadores privados de serviços de saúde).

“O momento da conferência aqui foi muito importante. Porque as pessoas que lá compareceram, as entidades, as associações de moradores, principalmente, são as que estão vivendo ali com a realidade da comunidade, com o pé no chão ali... Eu acho que foi importante, muito importante, porque elas tiveram a oportunidade de ouvir, participar, principalmente, perguntar, ouvir respostas, debater, questionar, e eu acho que as pessoas saíram contempladas, sim, de alguma maneira. (Evamar)

A Conferência é apontada como um momento de ampliação da interlocução dos diferentes segmentos - usuários e técnicos (dirigentes ou não). No caso da AP3.1, em relação a outras conferências distritais, é ressaltada a participação dos usuários como decisiva para que o evento permitisse a expressão da sua experiência dos problemas de saúde:

“Eu estive em outras conferências distritais, também. Nelas, a Conferência foi de um dia só, na nossa foram dois dias, quer dizer, tivemos mais tempo para discutir. Também foi diferente o processo de participação, não de número, mas de integração na discussão. Nos dois dias nossos, tanto no plenário quanto nos grupos de trabalho, você via que tinha participação, interesse mesmo das pessoas, envolvimento. Nas outras duas que eu vi e

participei (como convidado), você via muito essa coisa da palestra, né? Você sentia logo o domínio do profissional de saúde, ele ia se autodenominando o coordenador do grupo. Numa visão política, eu percebi a questão do domínio do saber - “não, eu vou coordenar porque eu sou médico e tenho mais facilidade de coordenar esses trabalhos”, o que pra mim é um engano. Pode contribuir para que outras pessoas ao absorverem aquilo que você coloca, tenham facilidade de se colocar no grupo, mas não porque você vai coordenar. O coordenador pode ser autocrático, mas pode ser também democrático - ele pode permitir que os outros participem, como também não permitir. Então essa coisa da coordenação já me chamou a atenção. Na nossa conferência, a discussão na plenária é que no grupo se tiraria um coordenador e um secretário relator. Eu também estive em outra conferência naquele momento de exposição de tese, e você percebia a distância das pessoas da coisa, como se você tivesse um semi-deus passando informações que eu tenho que absorver, absorver uma coisa que não tem nada a ver comigo, parecia uma plenária muito distante da realidade.” (José Carlos)

Ao avaliar a Conferência, o entrevistado retoma a experiência do GEL como referência para marcar a distinção entre dois momentos de participação da representação dos usuários em espaços institucionalizados:

“Dessa vez o espaço, as discussões foram mais abertas. Eu acho. Eu acho que é isso que faltou no GEL, é a coisa mais óbvia. Porque o GEL estava atrelado ali naquelas reuniõezinhas fechadas, entre quatro paredes. A Conferência foi um passo muito importante para o Conselho Distrital.” (Carlinhos)

À III Conferência Distrital da AP3.1 seguiu-se a III Conferência Municipal, realizada um mês depois. Este momento de reunião de representantes de todos os Conselhos Distritais com o Conselho Municipal e outros segmentos do setor no município do Rio de Janeiro fez parte do processo de conferências que, iniciando-se nos níveis locais, concluiu-se na X Conferência Nacional. No entanto, a Conferência Municipal não repetiu a experiência de participação ocorrida na AP3.1, que dela participou com 72 delegados.

A organização da Conferência Municipal priorizou a exposição dos temas, em prejuízo da sua discussão. Antes do evento acontecer, a própria definição dos temas já apontava para o risco de esvaziamento da Conferência. Temas como a Saúde da Mulher, Saúde Mental e Doenças Crônicas perderam consistência num evento com 700 pessoas interessadas em respostas a problemas concretos, não-programáticos, vivenciados na relação cotidiana com os serviços de saúde. Outros assuntos, relacionados com esta

dimensão, como a avaliação da municipalização de alguns serviços federais na cidade, foram pouco abordados, em benefício de temas mais apropriados ao debate em eventos específicos. (Se Liga no SINAL, nº 24) O resultado, talvez planejado, foi o freio do ímpeto dos debates ocorridos na Conferência Distrital, evidenciando o descompasso entre diferentes instâncias de participação, as conferências e os conselhos distritais e municipal.

A realização da III Conferência Distrital, em 1995, permitiu ainda a aproximação de novos participantes ao Conselho, a exemplo do que ocorrera com o próprio usuário presidente na Conferência anterior (a II, em 1993). Participaram representantes de áreas que começaram a procurar o Conselho para tratar de seus problemas específicos e que foram remetidos pela Comissão Executiva para a Conferência:

“Eu acabei envolvendo as pessoas. (...) Na realidade, foi pra dividir com as pessoas a responsabilidade, ele tem que sentir o que é o Conselho. O Conselho não se resume a sua Executiva, o Conselho também é ele. Ele mora na AP3.1, ele tá trazendo uma questão da comunidade onde ele reside, então, ele tá vindo como uma representação, oficial ou não, ele tá vindo com uma representação, então ele tem que participar, conhecer mais esse meandro.” (José Carlos)

6. Os usuários e a participação dos outros segmentos

Nas entrevistas, a participação do usuário é definida como um fator que poderia induzir a presença dos demais segmentos. Aponta-se como uma das razões para que o usuário não esteja presente mais efetivamente no Conselho, a pouca compreensão que ele teria do seu próprio papel, mas também a falta de condições materiais. Mesmo assim, a participação do usuário é exaltada como uma possibilidade de estar presente no debate dos assuntos de seu interesse, até quando o tempo dispendido no Conselho poderia ser usado para o trabalho remunerado:

“Há os três segmentos, mas enquanto o usuário não acordar, o conselho, qualquer conselho, não consegue ter força. Ele é maioria em relação aos outros segmentos, mas ainda não descobriu o seu verdadeiro papel. Quando ele descobrir, não é que ele vai pressionar os outros a vir, mas a posição que ele assumir vai permitir aos outros ver no conselho um espaço efetivo de luta, que favorece tanto o profissional, quanto o gestor de saúde também.” (José Carlos)

“A gente precisa trabalhar pra ganhar dinheiro, mas a gente não pode desprezar a discussão, não, a gente não pode deixar que decidam por nós, não, de maneira nenhuma. Somos nós é que temos que decidir por nós.”
(Evamar)

Os entrevistados são bastante rigorosos na avaliação da participação dos diferentes segmentos no Conselho, incluindo o seu próprio. A presença dos usuários deve superar o mero comparecimento às reuniões e concretizar-se em outras atividades e no posicionamento nas reuniões:

“Os usuários pensam que ser conselheiro é só ir nas reuniões, mas eu acho que a participação tem que ser maior. Concretamente, a participação do usuário, que não é só na reunião, é quase nula.” (Carlinhos)

“Não falo a participação no sentido de vir, mas eu digo no sentido de se posicionar, é muito complicada. Avançou? É óbvio que eu tenho que dizer que avançou, mas ainda é muito complicada, é muito complicada. Ai, eu deixei de ser o presidente - ainda é a coisa do reconhecimento do seu papel, nós ainda estamos perdidos, nós usuários...” (José Carlos)

A timidez é apontada como a causa da falta de posicionamento do usuário nas reuniões do Conselho. No entanto, as razões do “acanhamento” não se restringem às características individuais, mas também é apontada a incerteza do usuário em deter a informação correta, que permita a argumentação segura:

“Eu tô achando que as pessoas ainda estão acanhadas, eles têm espaço, elas podem falar, não são boicotadas, Só estou achando as pessoas ainda tímidas, entendeu? Eu não sei se elas não têm informação, não sabem por onde começar, ou se elas sabem mas estão ainda tímidas, sem coragem de falar.” (Evamar)

A participação no Conselho é considerada como reforço para a tomada de posição junto aos serviços de saúde, aumentando a consistência da representação já exercida em nome da associação de moradores. Mas é apontada também a importância de equilibrar o exercício deste poder na relação com os serviços:

“Como conselheiro a sua participação se torna tão importante, que você sem saber, você adquire, vamos dizer, um poder, entre aspas, de tomar algumas resoluções individuais. (...) Quando o profissional nos serviços de saúde tomar uma providência, vai pensar duas vezes, porque sabe que ali não está só o Carlos, presidente de associação de moradores, também está o Carlos conselheiro do Conselho Distrital de Saúde que, quer queira, quer não, é um segmento da sociedade. O usuário tem também o poder de decisão. Só saber usar aquilo, no momento oportuno também. Não adianta

saber isso aí e sair soltando fâisca pra tudo quanto é canto, você tem que saber o momento certo de agir”. (Carlinhos)

A falta de condições materiais é uma das razões apontadas para explicar a ausência de maior número de usuários nas reuniões:

“Olha, eu vou dizer uma coisa a você, muitas vezes as pessoas não vêm por causa de grana, sabia? Parece mentira, mas um real, a pessoa vir e voltar, faz falta. Tem dia que eu não tenho. Então, por mim, eu tiro todo mundo.”
(Evamar)

Já o afastamento voluntário dos usuários é justificado pela impropriedade da atuação política partidária, explícita no espaço do Conselho. Carlinhos entende que esta atuação não é coerente com os objetivos da “participação comunitária”, identificando um campo específico para o seu exercício - a política de saúde.

“Eu vi muitos companheiros chegar lá dentro do Conselho com “santinhos” de candidatos, passando pra gente em reuniões, objetivo totalmente diferente da participação comunitária. Tanto assim que depois que se começou a dizer algumas verdades, eles sumiram. Comprometidos, politicamente, com coisas que não são da área de saúde.”

O profissional de saúde aponta a relação com o usuário como pedagógica no sentido em que lhe encerra dimensões da vida das pessoas só passíveis de serem descobertas no espaço social instaurado pelo funcionamento do conselho:

“Eu acho que a gente aprende a ser mais humilde, a conviver com essas pessoas simples. Por exemplo, uma pessoa que me emociona muito ali, o Seu João Cardoso, o Murilo, me emociona demais, um poeta, né? Aquela assistente social da Cidade Alta, que não perde uma reunião... Pessoas que, sabe, têm um prazer... Aquela senhora lá da Ilha, a Dona Helena, aquela polonesa, que vai lá com seu colarzinho... São pessoas que têm uma gana pra ver as coisas acontecer, e vai ali como se fosse uma missa pra ela, né? Não perdem uma, vão em todas... E tem também a garra das pessoas, se dependesse da vontade das pessoas ali, o mundo seria diferente, o sistema de saúde seria outro e não haveria injustiça com certeza, não é? O que tivesse que enfrentar, as pessoas enfrentariam, não usariam de apadrinhamento... Eu acho que o pessoal ainda vai crescer muito politicamente, com certeza.” (A. Araujo)

A baixa frequência dos representantes dos profissionais é explicada pela impossibilidade de faltar ao trabalho no horário das reuniões. Para que isso pudesse ocorrer, aponta-se a necessidade de apoio das chefias:

“O profissional também tem suas dificuldades, às vezes até de estar disponível. Às vezes, a chefia não coloca o seu funcionário à disposição do Conselho. Ouço reclamação sobre isso: a pessoa às vezes é funcionário, profissional de uma unidade e a chefia não deixa sair. Ele tem que trabalhar, ele pode ser prejudicado amanhã ou depois, e o profissional, se houver da sua chefia, mais liberdade para eles trabalharem, também. Já senti que vários companheiros desta área (AP3.1) que querem trabalhar e às vezes não conseguem devido a esse motivo, não ser liberado do seu trabalho para poder comparecer nas reuniões.” (Carlinhos)

Reproduz-se, hierarquicamente, o mesmo tipo de explicação para a ausência dos próprios dirigentes, subordinados ao vínculo burocrático imediatamente superior. É importante ressaltar que as vagas dos dirigentes são as únicas permanentes, isto é, estão vinculadas ao exercício dos cargos de direção. Mas, neste caso, não há propriamente impedimento da participação, mas uma provável conjunção dos níveis superiores interessados no esvaziamento do Conselho com o interesse dos próprios dirigentes/gestores na manutenção dos seus próprios cargos de chefia:

*“Eu acho que os gestores, a maioria, se não for todos, a maioria é cargo de confiança. E **eles não querem se indispor** nem com o senhor Secretário Municipal de Saúde, nem com a Coordenação, nem com o Ministério da Saúde, como é o caso do HGB. **Eu acho que se não houvesse esse vínculo do gestor com seu secretário, vamos dizer assim, a participação seria maior.** Então, em termos de gestores, eu acho que é mais por isso: são cargos de confiança e eles não querem se indispor com suas chefias. **Eu não vejo outra explicação: a pessoa entrar num Conselho e depois não comparecer.**” (Carlinhos)*

É apontada a inocuidade da participação dos representantes dos gestores, uma vez que, não detendo a titularidade do cargo, pouco podem responder às demandas apresentadas pelos representantes dos usuários:

“Ah, isso acontece porque, sei lá..., eles ficam vulneráveis. Quando vem o representante, ele diz assim sempre “olha, estou representando fulano, eu não estou autorizado a responder isso.” Não é sempre assim?” (Evamar)

Já a ausência do setor privado é justificada pelo desconhecimento do papel que o Conselho deve desempenhar, mesmo que ainda não o faça integralmente. Uma de suas atribuições é justamente fiscalizar os serviços prestados pelas clínicas privadas credenciadas pelo Sistema Único de Saúde, bem como os valores pagos pelos serviços.

“A aproximação do setor privado é nula... Vieram na Conferência... Mas é isso, a função e o papel do conselheiro é que faz eles não vir. Porque se a gente começar a entrar nesses pontos que mexe no bolso... Porque eles só estão credenciados por causa do dinheiro. Então, se a gente começar a trabalhar mesmo dentro dessa história, dentro de uma questão real...”
(José Carlos)

A atribuição aos conselhos distritais em fiscalizar os serviços privados credenciados depende ainda da municipalização da gestão dos serviços de saúde no município. O avanço deste processo permitirá a transferência de poder gerencial e financeiro para os níveis administrativos descentralizados, no caso do Rio de Janeiro, as Coordenações Técnicas das Áreas de Planejamento (APs) e do poder de fiscalização e controle aos respectivos conselhos distritais. No segundo semestre de 1995, foi iniciada a municipalização, com previsão de conclusão no final de 1996.

7. Os espaços de reprodução do debate (a família, os amigos, as entidades): redes de informação e socialização

Nem sempre é tranqüila a aceitação da atividade de conselheiro pela família, mas este fato não é considerado um obstáculo grave para a continuidade da atuação.

“A família quase me mata, a família quase me mata. Todos, todos, porque acham que não vai levar a nada: “você tá perdendo seu tempo”, “você não tem mais idade pra isso”, “agora que você se aposentou, você tinha que ficar em casa”, “fica você correndo aí atrás de uma coisa que não vai acontecer. Tudo é político,” A gente sabe que também é, mas a gente quer tirar disso o que nós precisamos, Mas os amigos, não. Até apóiam, claro, e muito.” (Evamar)

O apoio dos amigos pode ser explicado pelo fato de constituírem a rede de apoio à participação no Conselho, mesmo quando colocam sob suspeição a eficácia desse espaço de participação. Além do próprio Conselho, as questões seriam debatidas também na Associação de Moradores:

“Normalmente, eu discuto com as pessoas mesmo do conselho, sabe? E com algumas pessoas da associação, porque nem todas também são muito a favor do conselho. Não do conselho em si, mas não acreditam nos governos porque acham que estão usando a gente, que não vai dar nada, que isso tudo é política. Mas tem algumas pessoas da associação que realmente gostam e apostam e quer que isso aconteça. A maioria é agente de saúde e quer que isso aconteça, né?” (Evamar)

Numa situação inversa, o conselheiro Carlinhos percebe unanimidade no apoio da família, dos amigos, e até de profissionais de saúde, resultante da sua atuação como agente de saúde (sem vínculo funcional) e conselheiro junto ao Hospital Geral de Bonsucesso. Identifica ainda o caráter terapêutico da participação que, embora provocando desgaste físico, contribuiria para a estabilidade da vida familiar:

“Eu já tentei por várias vezes sair do Conselho, até por problemas de saúde, particulares. Mas eu sempre fui incentivado pela minha família, pelo meus filhos, entre colegas, mesmo. Parece mentira, mas até por pessoas da área de saúde mesmo, por profissionais de saúde (...) Se eu disser que vou sair do Conselho, se descabelam... - “não, você não pode sair.” Sabe, que se eu sair, acho que eu vou me angustiar mais ainda... E a família não quer um cara angustiado dentro de casa...” (Carlinhos)

O circuito por onde ampliam-se as discussões do Conselho constitui-se desta rede de apoios, integrada por outros participantes do Conselho, mas expandindo-se pela integração dos que não participam diretamente ou não podem estar presentes às reuniões. As discussões ocorrem até em casa, em visitas informais, ultrapassando a representação formal da associação de moradores:

*“Eu discuto, discuto bastante. Discuto com companheiros da comunidade, que às vezes não podem ir, não tem paciência de assistir às reuniões, ou estão no trabalho deles. Eu discuto dentro do Hospital de Bonsucesso, eu levo muitas coisas, algumas resoluções, algumas coisas que são conversadas dentro do Conselho. (...) Então, várias pessoas discutem, ligam pra mim, **eles vêm aqui na minha casa e perguntam o que eu achei da reunião.** Às vezes conversam mais aqui do que no próprio Conselho, porque, às vezes, você não tem nem tempo, fica só ouvindo. Então, a gente conversa muito sobre isso.” (Carlinhos)*

Numa outra avaliação, a aceitação familiar ou pelo círculo de amizades, da atividade de conselheiro, reproduz a percepção que o conjunto da sociedade tem do Conselho. Como não haveria clareza sobre a atividade do Conselho, constata-se a ambiguidade de um hipotético apoio à atividade:

“A sociedade ainda não consegue discernir bem o papel dos conselhos, o que é o conselho de saúde. Que história é essa, qual o resultado concreto disso? Você não consegue ainda dar visibilidade à sociedade do papel do conselho, então fica difícil... Então, no seio dos amigos: “ah, é mais um espaço de militância que o José Carlos tá buscando.” Pra família, é mais uma dor de cabeça que você arrumou, entendeu? Algumas pessoas conseguem perceber: “caramba, esse cara tá crescendo pra caramba”,

entendeu? Mas você não consegue sentir nas pessoas uma coisa assim tão positiva ou uma coisa também tão negativa, também não. Não dá, não dá pra distinguir...” (José Carlos)

O espaço privilegiado para reprodução das discussões do Conselho, sem haver menção da exclusão de outros, é o da entidade de origem dos conselheiros. Nela, seriam identificadas situações semelhantes de representação que, aglutinadas, poderiam gerar um espaço autônomo da representação dos usuários para a discussão das questões da saúde:

“Eu procuro ser um multiplicador das discussões. Por exemplo, eu represento a Federação Municipal de Favelas, então eu procuro sempre estar colocando as questões de saúde nas reuniões da Federação e examinar, “temos que investir mais nisso, chamar todos os conselheiros de saúde que representam a Federação, ou que representam associação (de moradores) e são filiados à Federação.” Tem que convidar esse pessoal todo, fazer um congresso pra gente ter uma linha política comum dentro dos conselhos”. (José Carlos)

8. Os conselheiros usuários e as informações em saúde: as fontes murmurantes

As fontes de informação sobre os problemas de saúde debatidos no Conselho, referidas como sendo as mais utilizadas, foram o próprio cotidiano da população, suas relações pessoais e com os serviços de saúde, as reuniões do Conselho, e os meios de comunicação de massa (jornal e TV), destacados pela falta de credibilidade. As fontes, todas elas apontadas como insuficientes isoladamente, comporiam um mosaico de onde seria possível a obtenção de informações fragmentadas, que recompõem-se na sua abordagem dos problemas de saúde no espaço do Conselho, isto é, passam do murmúrio à constituição de sentidos frente a situações vividas. Não houve menção sobre a disponibilidade cotidiana de qualquer fonte de informação oficial sobre a situação de saúde nos dois primeiros anos de funcionamento do Conselho da AP3.1, exceto no momento específico da III Conferência Distrital de Saúde.

Para o presidente do Conselho, o cotidiano de carências vividas pela população na sua relação com o sistema de saúde - uma fonte primária - adquire relevância na medida em que a ele dirigem-se como problemas a serem resolvidos ou encaminhados pelo cargo que ocupa.

“Olha, a fonte maior de informação é a necessidade. É a necessidade do sistema de saúde, pública ou prestada pela iniciativa privada. Essa necessidade de saúde é a maior fonte de informação porque você toda hora tá sendo chamado, questionado no cotidiano, né?” (José Carlos)

As reuniões do Conselho também são consideradas oportunidades para obtenção de informações. A troca informal de informações entre os conselheiros, torna possível a consolidação de um quadro geral do funcionamento do sistema de saúde em diferentes áreas do distrito sanitário, independentemente dos ritos formais das reuniões:

“O Conselho, mas não só o conselho. Eu gosto de conversar com as pessoas pra saber “que que você tá fazendo na sua área, o que tá acontecendo, como é que é o atendimento lá? Eu acho que essa troca de diálogo, eu gosto muito disso, sabia? Eu gosto muito, eu acho que isso é muito importante.” (Evamar)

O cargo de presidente é apontado ainda como a motivação para a busca de informação por meios formais (jornais, TV) e através da participação:

*“Agora eu sou um cara que procuro ler, que é uma coisa que eu gosto de fazer. E por estar presidindo o conselho, eu preciso estar atualizado, e era para estar muito mais. Eu procuro ver televisão, programa instrutivo... Procuro **participar** muito, conversar muito com a esposa, com as pessoas... Eu tenho uma sede muito grande de aprendizado... Então, essas são minhas fontes.” (José Carlos)*

As informações obtidas através dos meios de comunicação são consideradas com desconfiança, sempre passíveis de interpretação para o desvendamento dos fatos a que se referem - a “verdade” estaria sempre em torno da notícia, nas “entrelinhas”, nunca nela mesma:

“Às informações passadas pelos meios de comunicação, eu não dou crédito. Não quer dizer que a imprensa não queira me informar... Ela quer me informar à moda dela. (...) Então o meu olhar é crítico, Eles passam pra mim ou pra qualquer cidadão que lê o jornal ou diante da tela da televisão, que foi solucionado um problema. Com esse interesse que eles passam, eu procuro ver nas entrelinhas, o que que ele quer dizer com isso. Eu faço as minhas avaliações.” (José Carlos)

“Eu assino um jornal, O Globo. Eu leio, claro, mas, não sei, eu não dou assim aquele crédito a tudo, porque a gente sabe que, principalmente o jornal que eu assino - ele é muito popular, mas ele tem a cara do patrão.” (Evamar)

Para a baixa credibilidade dos meios de comunicação, recorre-se a duas ordens explicativas complementares: a organização interna dos meios e sua relação com as instâncias de poder do Estado e do mercado, e a insuficiência das informações em relação ao que é constatado pela população na convivência com os problemas de saúde.

“Os meios de comunicação estão nas mãos de pessoas que detêm o poder do Estado, então há uma troca. (...) Em contrapartida, eles têm que dar retorno a esse grupo. Então tudo que ele fizer vai tá fazendo pensando nesse grupo. (...) Você acaba chegando à conclusão que o sistema de comunicação no Brasil não merece crédito.” (José Carlos)

É apontada uma incoerência entre o que está acontecendo e o que está sendo noticiado - os fatos só viram notícias como decorrência do risco de repercussão institucional negativa, que os que dele participam podem provocar, ou quando acumulam-se, tornando-se inevitável a sua divulgação:

*“O que está acontecendo de bom, quando acontece, aparece. O que aparece de ruim é muito pouco só quando é aquilo que eles não tem como esconder, aí aparece. **Aquilo acontece quase que diariamente**, só que só aparece quando a família lá da vítima é uma daquelas que, realmente, mete o pé na porta, e aí vem polícia, vem bombeiro, aí tem que aparecer, né? Mas de modo geral não aparece. A imprensa boicota muito, né? Tem um tipo de imprensa que, até por interesse que sabe Deus lá qual é, boicota muito, boicota bastante.”* (Evamar)

*“A coisa ainda é mais grave do que a gente imagina. A saúde está mais grave do que se comenta, do que a imprensa noticia. **Isso que acontece, que vem na imprensa, não é de hoje, é de muitos e muitos anos**. E nós temos uma série de doenças que ainda estão matando e não são divulgadas. Há desidratação que existe por aí, morre criança desidratada de roldão, e não sai. (...) Acho que há coisas mais graves acontecendo e que não é divulgada. Não é só (serviço de) emergência, não, é geral.”* (Carlinhos)

A insatisfação com as informações ofertadas pelos meios de comunicação também é sentida na tentativa de obtê-las diretamente nos serviços, atribuindo-se a dificuldade à percepção pelos profissionais da potencial capacidade dos conselheiros em difundí-las:

“O que interessa é colocado abertamente, o que não, é maquiado e a gente tem que tentar buscar. né? Normalmente, o que mais nós necessitamos, esse é maquiado, as necessidades maiores do povo são maquiadas. Maquiada, bem maquiada, para que você não veja a realidade da coisa, aí a gente tem que forçar aquilo ali. E a gente também sente essa dificuldade em alguns profissionais de saúde, auxiliar de enfermagem, chefe de enfermagem, também eles dificultam bastante, e até médicos, médicos também. Todos os

médicos estão abertos a essa discussão? De maneira nenhuma, porque a comunidade não é bem vista dentro dos hospitais. Até porque o que a comunidade vê, ela vai repassar, né?” (Evamar)

9. O Conselho e a sociedade: recebendo e gerando informações

O desconhecimento público da existência do Conselho é tido como generalizado em todos os segmentos que nele estão representados. “Divulgar o Conselho” subordina-se ao objetivo de conseguir a aproximação de todos os segmentos, mas especialmente os profissionais, para fortalecer o Conselho, transformando-o em lugar de encontro do qual todos podem se beneficiar:

“Se há conhecimento aí fora? Não, não... Tanta gente precisa do conselho, só não sabe que ele existe. Acho que se fosse mais bem divulgado, teria mais gente que poderia ver no conselho, realmente, um fórum em que pudesse colocar as suas dificuldades, os seus entraves. Os próprios profissionais, também estão prejudicados. Eu acho que a comunidade, a sociedade aí como um todo, pode caminhar, e deve caminhar, junto com os profissionais bem intencionados, porque isso é uma coisa que vai retornar em benefício da própria comunidade, né? Isso bem divulgado, vai trazer um bem a todos.” (Evamar)

A responsabilidade pela divulgação do Conselho é atribuída ao conjunto dos conselheiros - eles poderiam desempenhá-la também junto às instituições com as quais se relacionam. Aponta-se que este tipo de inserção pode superar a eventual deficiência ou inadequação de outros recursos comunicacionais:

“A divulgação está sendo pouca. Faltam pessoas envolvidas no próprio conselho e que não fazem esse tipo de divulgação. Não é só o Conselho que tem que brigar pela saúde. Acho que o negócio tem que ser mais amplo. (...) Cada um tem que fazer a sua parte de divulgação, no sindicato, na igreja, na escola. Não é só fazer cartaz, porque o cara não pára pra ler, não!” (Carlinhos)

Ao reconhecimento da importância da “questão da informação” no funcionamento do Conselho, corresponderam iniciativas da Comissão Executiva, mas cujo alcance restringiu-se aos próprios participantes. Como forma um pouco mais ampla de divulgação, a existência do Conselho e suas atividades passaram a ser noticiados nos jornais mantidos por entidades que têm representantes no plenário:

“Informação, acho que foi o grande problema dos dois primeiros dois anos do conselho... A gente não conseguiu produzir os boletins que a gente aprovou. Produziu uma ou outra informação, através dos jornais alternativos nossos, que não eram nem do conselho - o Sinal, o jornal do Sindicato (SINTUFRJ), um ou outro folheto que a gente distribuía em reunião, mas que eram limitados às pessoas que estavam na reunião.”
(A.Araujo)

A dificuldade de operacionalizar o uso dos recursos orçamentários do conselho, que exigiria uma pequena estrutura administrativa, é apontada como o principal obstáculo à produção própria de material informativo. Sendo públicos, esses recursos estão submetidos às mesmas regras de utilização do orçamento municipal:

“Os conselhos de saúde têm um orçamento, mas a burocracia para você lidar com isso... Você não tem dinheiro pra você manusear, você tem uma proposta orçamentária de determinado recurso para ser investido em material permanente, material de consumo, passagem, participação em encontros, congressos, e até a própria conferência, como aconteceu. Você precisa de recurso, dinheiro, pra poder mexer nessa parte de comunicação.” (José Carlos)

Destaca-se o papel da academia como fonte de informações que podem subsidiar a atuação do Conselho. Aponta-se, no entanto, que isto pode passar a acontecer a partir da iniciativa das próprias instituições, desde que elas compreendam o caráter do conselho. Ao Conselho caberia saber utilizar as possibilidades abertas por essa aproximação:

“Nesses dois anos, eu acho que a academia ficou muito longe do conselho, muito longe. Eu acho que a academia agora está entendendo que o conselho é uma coisa independente, deliberativa, mesmo, e que ela pode fazer várias coisas dentro do conselho - a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz) entendeu isso. Então, eu acho que o conselho vai ter que saber aproveitar isso, puxar o máximo dessas parcerias para ter informações.” (A. Araujo)

Outra fonte de informação apontada é o usuário, detentor da experiência subjetiva da relação com os serviços de saúde. É justamente a condição de sua singularidade, passível de detecção por uma ação comunicacional do Conselho, que poderia aproximá-lo do Conselho, incorporando-se como parte de um sujeito coletivo:

“Um anseio que eu tenho é que nós tivéssemos uma comunicação mais freqüente com o usuário, porque é ele que detém as informações. Porque se ele vai procurar um hospital, ele tem um problema de saúde. Se você conseguir passar pra ele que tem um conselho assim, assim, funciona em tal

lugar, em tal hora, e ele for convencido de que é interessante ele procurar saber como é que essa coisa funciona, e se ele for convencido de que é bom, ele começa a passar essa história de conselho pra outro.” (José Carlos)

A criação de um meio regular de comunicação seria uma das formas de promover a relação do Conselho, não apenas com o usuário, mas também com os demais segmentos:

“Eu gostaria que a gente tivesse um boletim mensal - ele serviria de elo de ligação com o movimento de saúde, com o usuário de saúde. Poderia ter informação sobre o gestor de saúde, teria questões relacionadas ao profissional de saúde.” (José Carlos)

Além da criação de meios próprios para a difusão de informações, aponta-se a necessidade do próprio funcionamento do Conselho adequar-se ao objetivo de torná-lo mais conhecido:

“As pessoas tomariam mais conhecimento do conselho e participariam mais, se ele fosse um conselho itinerante. Ao invés da comunidade vir, só a comunidade vir, de vez em quando, o conselho ir às pessoas, ficar mais próximo da população.” (Evamar)

Proposta neste sentido já teria sido elaborada no próprio Conselho, sem a expectativa de alcançar o público em geral, mas qualificando-o como o usuário e o profissional de saúde a ser atingido no cotidiano dos serviços. Esta presença do Conselho nos serviços seria diferente da visita formal à direção das unidades que, no entanto, também poderiam apoiá-la. Permitiria ainda o contato com um usuário diferenciado daquele que participa do Conselho (“liderança”):

“Nós discutimos uma vez, a organização de um tipo de “caravanas da saúde” em que a gente pegaria grandes piques de atendimento em algumas unidades, colocaríamos um mural e tentaríamos ter um contato ali corpo a corpo com as pessoas... e com os profissionais de saúde também, não é? Devidamente identificados, “somos do conselho, estamos querendo identificar maneiras de levantar problemas que são comuns às diversas unidades.” Então, o diretor não precisaria ficar assustado, que o pessoal vai meter o pau no hospital dele, nada disso. Mas não é reunião no gabinete do diretor pra tomar cafezinho, é tá na linha de frente, mesmo. - se o diretor quiser vir acompanhar o evento, tudo bem. A gente tem que conversar com o público, fazer um diagnóstico mais real da situação que as pessoas estão enfrentando, a sua via crucis. E buscar ouvir desse mesmo público, que é atendido, as soluções, as propostas. É diferente da liderança.” (A. Araujo)

A proposta está apontando para a idéia de que o usuário em situação, na relação com os serviços, acumularia experiência e informação sobre o sistema de saúde, as quais o

Conselho deve estar permanentemente considerando . Isso não teria ocorrido nos dois primeiros anos do Conselho, dadas as precárias condições do seu funcionamento:

“A gente não conseguiu partir pra dentro das unidades. No limite, conversamos com os diretores das unidades, não conseguimos dialogar com os profissionais de saúde, e nem reunir com o público que frequenta as unidades. Isso eu acho que foi uma coisa ruim, a gente não teve perna pra isso...” (A. Araujo)

Há a convicção de que as estratégias de comunicação, por meios específicos ou na relação direta com o público, deflagradas pelo Conselho, estariam permanentemente vinculadas ao objetivo de aprofundar a possibilidade de controle social sobre os serviços:

“Será que é só dizer pro usuário de saúde pela televisão que se ele está com dor de cabeça, ele vai no Posto, se precisa de uma operação, vai pra um hospital, será que é só isso? Ou falar pra ele, usuário de saúde, que aquela unidade que está atendendo ele, não está atendendo por favor, tá atendendo por obrigação porque está sendo paga. Ou quanto custa aquele atendimento, aquela internação dele? Porque isso é controle social. Para ter controle social, não basta ter um conselho com 20 iluminados.” (José Carlos)

Há ainda a percepção de que a ausência de iniciativas de comunicação do Conselho contribui para o isolamento da sua direção, criando a situação favorável para a reprodução, agora “legitimada”, de relações clientelistas entre usuários, profissionais e gestores:

“É necessário recurso pra você investir em comunicação. Ai sim, você está investindo em controle social. O controle social entre amigos? Eu começo a conviver muito com gestor, muito com funcionário, daqui a pouco começa a virar uma família.” (José Carlos)

Qualquer proposta de interlocução do Conselho com a sociedade, traria em seu bojo a contradição entre a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, diante de um quadro de degradação e insuficiência dos serviços públicos vivenciada pela população:

“Então, a função do conselheiro é muito dura, porque você tenta passar uma imagem do Sistema Único de Saúde dentro do ideal, mas na prática as coisas estão muito ruins, não existem respostas, há uma frustração muito grande das pessoas, né?” (A. Araujo)

10. Serviços de emergência na AP3.I: a participação dos usuários para a superação da crise

A crise no atendimento dos serviços de emergência no município do Rio de Janeiro, durante o ano de 1994, manifestou-se na AP3.1, segundo os dirigentes e profissionais dos hospitais Universitário (HU-Fundão) e Geral de Bonsucesso (HGB), marcada por uma característica da região: sua localização, na entrada do município, de fácil acesso para quem é proveniente da Zona Oeste e dos municípios da Baixada Fluminense, o que foi facilitado com a inauguração da Linha Vermelha, aumentou a demanda de pacientes dessas regiões pelos serviços.

No Hospital Universitário, por exemplo, em abril de 94, 35% dos pacientes da emergência eram da Baixada Fluminense e da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, e 65% da Zona Norte - em dezembro de 95, com o acesso aberto pela Linha Vermelha, os percentuais inverteram-se. No HGB, em 95, metade dos casos eram da Baixada Fluminense, 28% da Zona Oeste e 22% da própria AP3.1. (Se Liga no SINAL, nº 20). Do total de 418 óbitos na emergência do HGB no período de janeiro a maio de 1995, 28% referem-se a pacientes procedentes de outros municípios. (CREMERJ, 1995)

O que se entendeu por “crise da emergência” pode ser compreendido como sintoma da crise generalizada no sistema de saúde, em que todos os problemas de saúde, abordados em sua manifestação nos indivíduos, demandariam soluções “urgentes”. No Hospital Geral de Bonsucesso, o perfil dos pacientes (origem, motivo da procura pelo serviço) retratam a extensão da crise em todo o sistema:

“Nós recebemos doentes graves não só daqui (da AP3.1), mas da Baixada e da Zona Oeste. Agora, tem essa história de leptospirose, o Hospital São Sebastião (hospital estadual de referência em doenças infecciosas no Rio de Janeiro) já estava com 7 e mandaram 2 pra cá, porque lá estava sem água e sem luz...” (Júlio Noronha, chefe do Setor de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, entrevista em 26.01.96)

A chegada de pacientes de outros municípios evidenciou ainda a falta de atendimento nas suas cidades de origem, mesmo quando havia estrutura de serviços instalada:

“Vem gente de Caxias aqui com um cortinho e a gente pergunta por que e ele diz “não, doutor, lá eu não consigo atendimento”. Então, perde um dia,

gasta dinheiro com passagem e a gente diz pra ele reclamar na associação de moradores e ele diz que não sabe nem quem é. Então, é uma coisa que é difícil... Mas os municípios todos recebem o repasse do Ministério da Saúde para atender o povo lá. O Hospital Geral de Duque de Caxias, por exemplo, pela história do CREMERJ, se enquadra no Nível II (). Não podiam mandar apendicite, sutura pra cá, e fazem isso. Caxias, Saracuruna, mandam tudo pra cá... É impressionante, porque eles podiam fazer. Não sei o que é que acontece...” (J. Noronha)*

O depoimento aponta para duas dimensões da crise: a primeira, é a suposição de que a associação de moradores seria a instância onde o paciente pode exigir o funcionamento dos serviços de saúde e, a segunda, a falta de organicidade funcional do sistema de saúde, que impossibilita a remuneração da unidade hospitalar que presta os serviços, independentemente da origem do paciente. As duas dimensões, a da população e a do sistema de saúde, expressa pelos técnicos, e a relação entre elas, que tornou-se possível no caso do HGB como resultado da presença histórica dos usuários no hospital, estarão em cena no encaminhamento da crise durante o ano de 1995.

Em dez anos, o serviço de emergência do HGB teria passado pelas seguintes etapas: a situação de quase extinção; a redefinição do seu papel na estrutura do hospital, depois da abertura do serviço ambulatorial (atendimento com hora marcada) em 1990; o funcionamento referenciado, que pode ser definido como parcial, a partir de dezembro de 94, quando eclode em toda a rede do município o que foi compreendido como “a crise da emergência”; e a volta ao pleno funcionamento, em fevereiro de 1996, com a admissão de novos médicos concursados:

“Era um serviço em extinção. O Ministério da Saúde ia acabar com suas unidades de emergência, porque isso basicamente é o município que tem que fazer. Com o fim do INAMPS, os hospitais do MS iam passar para o município, como parte da implantação do SUS. Mas o Município não conseguiu absorver os hospitais e foi protelando, protelando..., acabando por não assumir a gestão, ao mesmo tempo que reclamava da desativação dos serviços federais.” (J. Noronha)

Cabe ressaltar que nos anos 80, a emergência era a porta de entrada do hospital. A partir dela, o paciente era encaminhado, ou não, para o SPA - Serviço de Pronto Atendimento (ambulatorial). Em 1990, a criação de um SPA com acesso autônomo para os pacientes visou redirecionar a chegada dos pacientes ao hospital, que até então, ocorria apenas através da Emergência.

“Era porta aberta. O doente vinha aqui e a gente encaminhava pro ambulatório ou não. (...) Na época (1990) deu tanta confusão, que eu fui me livrando das coisas que davam confusão, para ficar só com a emergência. Se o SPA fechava às duas horas da tarde ou o médico faltava, passava aquela fila toda para o pronto-socorro. Era difícil dizer pro cara que já estava ali desde 6 horas da manhã, pra voltar amanhã. Então separamos, para que lá (o SPA) ficasse com seus problemas...” (J. Noronha)

No entanto, seis anos depois de funcionamento regular do serviço ambulatorial, permanece o risco da pressão da procura pelo serviço de emergência por parte da população, que vê nele a possibilidade de atendimento rápido e resolutivo, escapando das filas das unidades básicas e dos serviços ambulatoriais (Se Liga no SINAL, nº 25). Este fato demonstrou que a “crise da emergência” expunha, e continua expondo, na verdade, o colapso dos serviços ofertados, talvez não pela insuficiência, mas pela desorganização. O temor pelo excesso de demanda, embute o risco da volta de condições que podem implicar novamente no funcionamento parcial do serviço:

“Como eram filas imensas na emergência, e emergência não tem fila - isso tem que colocar bem claro para a população, fila só tem na porta do ambulatório, por isso que a emergência aqui vai ficar livre para os doentes reais. Pode até formar fila, mas o médico vai sair e se o doente com falta de ar é o quarto da fila, ele é que vai ser atendido. A emergência não tem fila - fila é no SPA (Serviço de Pronto Atendimento), que vai continuar funcionando, ou no PAM (Posto de Assistência Médica) mais perto.” (J. Noronha)

A condição de ser porta de entrada de pacientes dos municípios vizinhos somou-se aos fatores que condicionaram a “crise da emergência” em 1994 em todo o município: os baixos salários dos profissionais, o que obrigaria o exercício da atividade em hospitais privados ou consultórios, e a falta crescente de profissionais nos serviços, já que os que se aposentaram não foram substituídos. (Se Liga no SINAL, nº 25) Em 1994, foram quase 30 aposentadorias mensais. (Se Liga no SINAL, nº 16)

“As equipes ficaram reduzidas. Chegamos a ter um clínico por dia... Uma desgraça... A gente tinha que vir aqui de noite e fim de semana para ajudar os caras... Uma coisa horrível... Sem especialidades, equipes sem cirurgia geral, sem ortopedista, sem neuro... A equipe de enfermagem estava muito pequena também. Chegamos a ter 120 auxiliares de enfermagem e estávamos trabalhando com 65, divididos nos seis plantões (...) Agora, a gente tá numa realidade diferente de dez anos atrás: um terço menor do que há dez anos, até seis anos, de 90 para cá (quando foi instalado o SPA,

diminuindo o fluxo de pacientes para a emergência), *quando atendíamos de 700 a 900, chegamos a 1.100 (pacientes/dia). Hoje (janeiro 96), estamos em 200 mas ainda não abrimos, estamos num período de transição e no dia dois de fevereiro (de 1996), eu quero abrir. Isso é uma questão de honra, não estou fazendo apologia do governo, mas eu acho que nunca vieram tantos recursos humanos como vieram agora. Então é uma questão de honra para recuperar o funcionário público de saúde.*” (J. Noronha)

A participação de representantes da população no debate da crise do setor de emergência do Hospital Geral de Bonsucesso dá continuidade à presença histórica dos usuários no acompanhamento das atividades do hospital. Essa presença é resultado da formação oferecida pelos cursos de agentes de saúde promovidos pelo próprio hospital - quase todos os usuáriosparticipantes foram formados pelos cursos.

A atividade desses agentes junto às suas comunidades, encaminhando pacientes para unidades de diferentes níveis de complexidade, tem contribuído para controlar a demanda do próprio hospital. Sua atuação mescla os papéis de agentes de saúde e usuários dos serviços, eventualmente “representando” a comunidade dentro do hospital. Sua participação já significou até a constituição de um Conselho de Usuários do HGB nos anos 80, acompanhando, por dentro, a rotina dos diferentes setores do hospital e dos pacientes. A continuidade da participação é garantida pelo forte vínculo mantido entre eles e o Departamento de Saúde Comunitária do HGB, que dá suporte ao hospital nos momentos de crise nos serviços. Trata-se da manutenção de uma aliança tácita entre usuários e setores dos profissionais de saúde, que garante a vigília permanente do funcionamento dos serviços. Assim, o hospital aparece de maneira ambígua, para o usuário, estimulando a participação e ao mesmo tempo com problemas na oferta de serviços, como define o depoimento abaixo:

“A gente tem que ir mesmo, forçando barra, porque a comunidade nessas locais não é bem vista, né? Eu, particularmente, como alguns colegas meus - Carlinhos, Glorinha, Lurdes, por exemplo - nós temos um acesso ao Hospital de Bonsucesso, eu tô citando como exemplo porque é onde eu vou mais... A gente tem um acesso bom ao hospital, entendeu? Eles, não sei se gostam, mas aceitam a gente ali. Engolem, assim. Até porque, é aquilo que eu digo, a gente em cima, entendeu? Entra diretoria, sai diretoria, não sei o que é que há... Carisma, sei lá o que é que a gente tem... Eu sei que aquele grupo ali é bem aceito, mas não é porque... A gente bate de frente quando a coisa não tá... Mas eles entendem que a gente também tem uma luta, se precisar lutar junto com eles, ser a favor deles, quando a gente vê que eles

estão certos, né? Porque muitas vezes eles não fazem porque não têm, mas tem um grupo, também, que tem e não faz. Então, a gente tá sempre ali, olhando, vendo e tal. A gente já tem carteirinha da emergência, pode entrar e sair a hora que quiser, o diretor deu há bastante tempo e tal. Quer dizer, de vez em quando a gente tá ali, a gente revesa, ou eu ou o Carlinhos, Lurdes, acho que a Lurdes também tem, a Glorinha, tenho certeza que tem. Então, é por ali que a gente procura ver mesmo a saúde, se informa, vê. Pra quando a gente dizer uma coisa, saber o que que tá dizendo, né? Quando cobrar, saber porque que tá cobrando, entendeu?” (Evamar)

Na “crise da emergência” do final de 1994, esta presença do usuário no cotidiano do hospital estava fortalecida pelo papel que eles vinham desempenhando, já há quase um ano, como membros do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1. A atuação como conselheiro atribuiu novo sentido ao que, até então, significava participação como agentes de saúde dentro do hospital. A importância deste duplo papel, evidenciou-se com a possibilidade de rediscussão do destino dos serviços de emergência, quando confrontaram-se as propostas técnicas com as necessidades dos usuários:

“Em outubro de 94, a Emergência do Hospital de Bonsucesso ia fechar definitivamente, se não me engano no dia 25 de novembro, e já estava decidido pela direção do HGB, pela chefia de enfermagem. A Saúde Comunitária (setor do hospital) ligou pra mim falando sobre esse fechamento que ia acontecer. Imediatamente, eu convoquei alguns companheiros de comunidade, também representantes do Conselho, tomamos uma posição firme, organizada, e conseguimos reverter este quadro. Através disso, caiu uma doutora que era sub-chefe da emergência, porque ela queria que fechasse definitivamente a emergência. Através dessa organização nossa, como conselheiro, foi uma coisa muito importante...” (Carlinhos)

O depoimento refere-se à articulação de lideranças comunitárias e outras entidades, promovida pelo entrevistado, e que reuniu também participantes do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1. Naquele momento, a urgência do encaminhamento de alternativas ao fechamento definitivo dos serviços exigiu uma rápida mobilização, que viabilizasse a interlocução sobre o problema no interior do hospital. Depois que isso foi possível, a decisão de fechar o serviço, converteu-se no atendimento referenciado. Carlinhos descreve com detalhes o momento da negociação:

“Eu posso dizer, aquilo foi uma coisa, através de outros conselheiros, de outros companheiros - Evamar, Lurdes, Glorinha - nós estivemos naquele dia dentro do Hospital de Bonsucesso. Nós falamos não, a emergência não

vai fechar, nós vamos reverter esse quadro. Por que quem resolveu, quem decidiu, quem pode decidir pela minha saúde, quem decidiu fechar, pra onde vai nos entregar?

- *Resposta do doutor: “Então vamos fazer o seguinte, uma emergência referenciada.”*

- *“O que é emergência referenciada?”*

- *“Ah, só chega aqui de ambulância, fora de ambulância não atende ninguém.”*

- *“Sim, tudo bem. E as pessoas que vierem de São João de Meriti (Baixada Fluminense), de Santa Cruz (Zona Oeste), chega aqui na frente do Hospital de Bonsucesso e infarta. Não pode ser atendida. porque não está de ambulância? E o pessoal da Monsenhor Brito (em frente ao hospital)? Nunca vai ser atendida no HGB porque não vai vir de ambulância pra cá, vem carregada.” Então, foram essas coisas que eles começaram...*

- *“Não, mas aí, se for da Monsenhor Brito, se chegar sem ambulância, aqui vai ser atendido, se chegar um infartado aqui, vai ser atendido.”*

A doutora gritou de lá:

- *“Não, senhor, não foi o que nós decidimos aqui. Nós decidimos...” (Carlinhos acentua: “Nós...”, ‘eles’, ‘eles’...”) Nós decidimos aqui que ela vai ser fechada, ou... em último caso, referenciada.”*

Batemos pé e dissemos:

- *‘Nós não aceitamos isso. Todo mundo tem que ser atendido, porque se não for, nós vamos pra rua dizer que é omissão de socorro.’ O mínimo que nós podíamos fazer era denunciar omissão de socorro.”*

Neste momento, acabou prevalecendo a decisão pelo referenciamento do serviço, como resultado de um debate em que pareceu que todos tinham razão.

“Então, o serviço foi referenciado, isto é, como a gente não conseguia atender a todos, de portas abertas, pedimos aos hospitais, às Secretarias Municipais de Saúde da região, demos um telefone para contato, pedimos que mandassem pra cá o doente de ambulância, no caso de apendicite, enfarte agudo ou TCE. Então, nós só receberíamos esses doentes na condição de ter plantonista aqui para essas especialidades, e vagas.” (J. Noronha)

Para os usuários, a crise da emergência não era uma questão nova. Na verdade, a crise significava a concretização de um risco anunciado: em junho do 94, seis meses antes da decisão pelo referenciamento, o Conselho Distrital promoveu um Seminário, do qual

técnicos e dirigentes também participaram, que aprovou uma série de propostas para a melhoria dos serviços de emergência na AP3.1:

“Eu acho que a gente conseguiu um avanço nesses dois anos de conselho, a AP3.1 conseguiu uma projeção. Conseguimos realizar um Seminário de Emergência muito bom, com a presença de 162 pessoas num fim de semana no HU, com vários grupos de trabalho. O Seminário foi muito bom, uma pena que não tenham conseguido implantar várias daquelas idéias.” (A. Araujo)

A crise no Setor de Emergência do HGB foi também a expressão localizada, com a participação dos atores restritos à AP3.1, de um colapso generalizado do mesmo tipo de serviço em todo o município do Rio de Janeiro. As entidades médicas (Sindicato e Conselho Regional de Medicina - CREMERJ) mobilizaram-se e conseguiram a decretação do estado de calamidade pública na saúde do Rio de Janeiro, ainda em dezembro de 94. Esse dispositivo abriu a possibilidade de realização de um concurso público para a contratação de novos profissionais, compreendida pelas entidades corporativas como necessária à viabilização do retorno pleno dos serviços.

Durante o ano de 95, o CREMERJ também promoveu um seminário com a participação dos chefes dos setores de emergência de todos os hospitais do estado e do serviço de remoções do Corpo de Bombeiros. O encontro segmentou os serviços nos diferentes níveis de complexidade, visando facilitar a distribuição do atendimento dos pacientes, ao mesmo tempo que possibilitou o mapeamento das necessidades de pessoal:

“O CREMERJ convocou todos os chefes de emergência para elaborarem um documento técnico e ético, que contou com a presença do GSE - Grupo de Salvamento Especial (Corpo de Bombeiros) - não importando se fosse municipal, estadual ou federal, para tornar a vida de todos melhor. O HGB é uma emergência Tipo III - clínica e cirúrgica, não-traumática. Claro, se o paciente estiver aqui com trauma, será atendido, mas o Bombeiro na rua saberá que este não é um hospital do nível do trauma - nesta região este hospital é o Getúlio Vargas, que tem um tomógrafo, passou por reformas e é do Tipo IV, tem três neuro-cirurgiões, quatro ortopedistas, quatro cirurgiões gerais, então eles estão preparados para o trauma. Agora, se um cara foi atropelado e socorrido por um carro particular, ele vai entrar, e se não houver um especialista no plantão, a gente pode até negociar a ida dele para um hospital de Tipo IV.” (J. Noronha)

No entanto, mesmo a distribuição técnica dos serviços também não garante a adesão dos usuários, aos quais apela-se para que dirijam-se ao serviço mais apropriado:

“O que quer dizer isso: aqui não é o nível I, não é um SPA, pronto atendimento. É isso que a população tem que ser orientada, que ela tem que procurar um Posto de Saúde ou PAM mais perto da sua casa. Como assim? O cara está com uma úlcera de perna, uma micose no pé, está com uma dor que já dura um mês. Então não é aqui.” (J. Noronha)

Para a reabertura plena dos serviços em fevereiro de 96, depois da chegada dos novos médicos aprovados no concurso de 95, restou aberta a questão do trânsito de pacientes entre as unidades de saúde. Como as unidades não se organizam para garantir que o fluxo de pacientes seja regular e sistemático, não havendo sequer uma rede de comunicação fechada entre elas, renova-se o apelo para que a população direcione sua própria necessidade de assistência para os diferentes serviços:

“Uma coisa que tem que se chamar a atenção é que emergência é só emergência. Estou pedindo à assistência social para fazer um papelzinho explicando o que é nível I ou II. Mas é difícil porque o cara que chega lá com uma dor no pé, pra ele é a maior emergência da paróquia, às vezes ele quer ser atendido no ato, daí a dificuldade. Tem que disciplinar, porque não é uma coisa política - político chega aqui e diz que vai abrir a emergência e dane-se se o cara vai ser bem atendido, não dá um atendimento decente a um caso grave... Por isso, a gente vai procurar não ter fila aqui... se o quarto da fila está pálido num carrinho, o médico vai atendê-lo primeiro, e vai dar a maior confusão com quem chegou primeiro. A gente vai procurar fazer uma coisa técnica, de emergência mesmo, real, como, por exemplo, a asma brônquica, o cara não sabe quando vai ter a crise, tem que ser atendido, uma cólica renal, que é uma dor lancinante, pode ser atendido pelo PAM mas deve ser mandado para cá se a dor não parou, qualquer tipo de emergência vermelha (tiro, facada), você tem obrigação de atender nesse tipo de emergência.” (J. Noronha)

Para a reabertura da emergência, os usuários e o Conselho Distrital de Saúde foram convidados para a discussão do funcionamento dos serviços, agora não mais referenciados (ver Observação Participante). Para o hospital, os encontros foram a oportunidade de renovar o apelo para o direcionamento de possíveis pacientes. Para os usuários, a oportunidade de renovar propostas que garantam a continuidade dos serviços, de renovação de sua própria esperança:

“Bonsucesso tá atendendo, mas sabe lá Deus por quanto tempo, até quando? Não dá pra acreditar, as coisas não são sérias, este país é um país de brincadeira. Então eu acho que o povo, a comunidade como um todo, a comunidade como um todo, porque ninguém tá livre de precisar de um médico de uma emergência, de repente, e a gente vai entrar onde? No

primeiro lugar que tiver, então a porta da sala de uma casa, no caso o hospital, é a emergência mesmo. A pessoa chegou ali passando mal, tem que ter. Então, eu acho que isso é uma coisa que o conselho poderia e deveria jogar pesado em cima, tá?” (Evamar)

Capítulo III

Outros Olhares na Tematização da Saúde

Este Capítulo é resultado da organização temática das anotações feitas no acompanhamento dos dois primeiros anos (1994/1995) de funcionamento do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I. As anotações foram feitas em todas as Reuniões Ordinárias mensais do Conselho, da Comissão Executiva, do Fórum dos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e nos encontros dos conselheiros com dirigentes e profissionais nas unidades de saúde.

O acompanhamento das atividades do conselho não foi feito apenas com o objetivo de subsidiar este trabalho. As anotações serviram também como subsídio para a redação de matérias para o jornal *Se Liga no SINAL*, publicadas no período e como base para a redação de atas de algumas reuniões ordinárias.

Para a finalidade deste trabalho, entretanto, o material foi organizado tematicamente, a partir da elaboração de um quadro expositivo da agenda do CDS-AP3.I (Ver Anexo), resultado da observação, mas ainda na forma original de anotações. Durante a observação, portanto, não houve a intenção de privilegiar algum tema em detrimento de outros. A tematização foi um procedimento adotado somente a partir da organização do material reunido para a caracterização epidemiológica da AP3.I, as entrevistas e a observação participante. Para o trabalho, adotamos a definição de que “a tematização é a transformação e o desenvolvimento de um certo número de acontecimentos e fatos distintos, num único âmbito de relevância.” (WOLF, 1987) No nosso caso, este âmbito é a possibilidade de instituição de instâncias de controle público em saúde, seus limites e possibilidades.

Na versão final aqui apresentada, cada tema foi sub-dividido em dois segmentos: no primeiro, apresentamos uma descrição da ordem e da forma como foram abordados nas reuniões, detalhando todos os momentos considerados relevantes na abordagem pelos conselheiros; no segundo segmento, estão sintetizados os nossos comentários sobre os temas. São as seguintes os temas e as respectivas sínteses:

- A institucionalização do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I
 - **Os sentidos da institucionalização: espaço público e interlocutor coletivo**
- A crise das maternidades: onde nascer na AP3.I?
 - **O reconhecimento e a negação da legitimidade interlocutiva do Conselho**
- Violência: quem fala, consente, quem cala, sobrevive

- Violência de quem contra quem?

- A crise dos serviços de emergência na AP3.I

- Os conselheiros usuários e os serviços de emergência: vivendo a crise, encaminhando soluções

Os temas “*maternidade*”, “*violência*” e “*emergência*” foram definidos a partir da análise das informações sobre o perfil epidemiológico da AP3.I (Ver Capítulo II - A vida pelas tabelas), onde estão destacadas como as maiores causas de mortalidade na AP3.I, as doenças do aparelho circulatório e as causas externas (homicídios e acidentes de trânsito), responsáveis pela maioria dos casos atendidos nas emergências, e as doenças decorrentes da qualidade do atendimento ao parto (período neonatal). O tema “*emergência*”, cuja discussão ultrapassou os limites do Conselho, foi acompanhado por mais quatro meses (até fevereiro de 1996) além dos demais, concluídos até a realização da III Conferência Distrital de Saúde (setembro de 1995).

O tema “*institucionalização*” foi determinado por duas razões: o destaque dado pelos entrevistados ao significado do seu próprio esforço em aprofundar a criação de uma instância de participação e controle social em saúde com efetivo poder deliberativo, a partir da perspectiva dos usuários, e a nossa constatação, de que essa proposta teve profundas repercussões no aparato político-administrativo da área da saúde.

Comum a todos os temas, poderá ser constatada a priorização do olhar dos conselheiros usuários na observação. Esta foi uma opção metodológica prévia ao início da observação, uma vez que tratava-se justamente de tentar perceber como os conselheiros usuários articulam, muitas vezes com sucesso, a expressão comum da sua própria experiência dos temas em debate no Conselho e sua relação com os demais segmentos. Como se poderá facilmente constatar, a observação do CDS-AP3.I aqui descrita, mesmo para a finalidade específica deste trabalho, traz impressa a marca dessa prioridade. A elaboração dos comentários de cada tema funcionou um pouco como a aplicação de uma lente corretora à observação direta.

Outros temas discutidos no Conselho da AP3.I não foram incluídos neste trabalho, ou porque a abordagem foi apenas iniciada no período, ou porque sua apresentação exigiria uma pesquisa mais ampla, tanto na observação quanto em número de entrevistados. Assim, temas como a “*municipalização*”, os “*conselhos gestores nas unidades de saúde*” as “*novas formas de gestão dos serviços de saúde*” (como a “*terceirização de serviços de atenção básica*” e as “*cooperativas médicas*”), e outros temas decorrentes da relação entre condições de vida e

saúde, como o meio ambiente e a educação, não foram incluídos, mas ficamos com a impressão de que eles poderão ser tematizados por “outro” Conselho, do qual, o que conhecemos na realização deste trabalho, talvez seja o embrião.

1. A institucionalização do Conselho Distrital da AP3.1

Pelo menos 80 pessoas compareceram ao Auditório do Hospital Geral de Bonsucesso na tarde de sábado, 12 de março de 1994, para a eleição do primeiro presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1.

Não foi apenas a eleição da primeira gestão do Conselho que dava relevância ao acontecimento, a ponto de mobilizar tantos interessados. Aquele dia, soubemos depois, encerrava alguns meses de negociação e desentendimentos entre os organizadores do Conselho, que defendiam a eleição do presidente entre os conselheiros, conforme previa a II Conferência Distrital de Saúde da AP3.I, realizada em outubro de 93, e a determinação da Secretaria Municipal de Saúde em designar os presidentes dos conselhos distritais.

No entanto, naquele dia, o Conselho da AP3.1 não só elegeria seu próprio presidente, mas um usuário para ocupar o cargo, aprofundando-se a divergência entre o Conselho da AP3.I e a SMS-RJ. Para além da formalidade da Lei que os instituiu e previa sua direção pelos Coordenadores Técnicos das respectivas Áreas de Planejamento do município, estavam em disputa diferentes concepções sobre o significado do papel deliberativo a ser exercido pelos conselhos distritais.

Pela Lei 2011, estava previsto para os conselhos distritais um caráter “consultivo e **deliberativo**, com a finalidade de **auxiliar** a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.”

Por sua vez, buscando vencer a contradição entre **deliberar** e **auxiliar**, e reafirmar seu caráter deliberativo, o Regimento Interno aprovado pelos conselheiros determinou, “como papel primordial” do Conselho Distrital da AP3.I, “exercer o controle social sobre as políticas de saúde no seu âmbito, **atuando** junto à Administração Pública e ao Conselho Municipal de Saúde como uma instância local de planejamento do sistema distrital de saúde, fiscalização das ações governamentais e outras decisões de sua competência.”

Além da eleição do presidente, o Regimento previa ainda que o Conselho indicaria uma lista tríplice para o cargo de Coordenador Técnico da AP3.I, a ser definitivamente escolhido pelo Secretário Municipal de Saúde. As formas de definição dos nomes do

Presidente do conselhos distritais e do Coordenador pelos próprios conselhos distritais tinham sido definidas na II Conferência Municipal de Saúde - o Regimento Interno do Conselho da AP3.I apenas as incorporava. A polêmica em torno deles, colocava em questão pela SMS-RJ, não apenas as atribuições e o papel dos conselhos distritais, mas também as decisões da própria Conferência Municipal.

Aprovado em 26 de janeiro, e entrando em vigor naquele mesmo dia, de acordo com o que previa seu último artigo, o Regimento foi lido na Reunião Ordinária do Conselho, em 14 de fevereiro de 1994, formalizando as condições para a eleição da presidência e a indicação da lista tríplex para o dia 12 de março. Após a leitura, o Secretário Geral informou que o Regimento e a lista dos integrantes do Conselho Distrital seriam publicados no Diário Oficial do Município na primeira quinzena de março. No entanto, isso ocorreria apenas um ano depois, em 7 de fevereiro de 1995, mas com o veto apenas do artigo que previa a formação de lista tríplex para a Coordenação Técnica.

Eleitos o Presidente, a Comissão Executiva e o Conselho Fiscal, durante o ano de 1994, o Conselho Distrital viveria o desafio de sua institucionalização como instância de representação de interesses da saúde na AP3.I, buscando firmar sua autonomia e construir sua função deliberativa em meio a polêmica com a Secretaria Municipal de Saúde.

A indicação da lista tríplex, que deveria ser feita também em 12 de março, foi adiada, após intenso debate entre os conselheiros. Em seguida à eleição da Comissão Executiva, a Comissão Provisória que conduzira até aquele dia a formação do Conselho, reassumiu a mesa para dirigir a discussão da eleição da lista tríplex. Convidado para integrar a mesa, pois era membro da Comissão, o Coordenador Técnico da AP3.I, ocupante do cargo em discussão, declinou do convite, declarando-se impedido por interdição direta do Secretário Municipal de Saúde. Como resultado do debate, decidiu-se pelo adiamento da escolha dos três nomes para a reunião seguinte, contribuindo para a decisão, a avaliação de um usuário sobre a conjuntura política [referindo-se à posição da SMS-RJ] e a situação contraditória criada pela Lei 2.011 que, “ao instituir os Conselhos Distritais, não fez menção à configuração dos próprios distritos de saúde, dificultando mesmo o encaminhamento da municipalização da rede de serviços.” A Lei deixava sem definição a abrangência da autoridade do futuro Coordenador, de origem municipal, sobre a rede de saúde, constituída também por unidades federais e estaduais, bem como a relação entre o ocupante do cargo e o Conselho Distrital. Prevaleceu a posição pelo adiamento da escolha da lista tríplex.

Encerrando a reunião o presidente recém eleito manifestou o compromisso de sua gestão com o Regimento Interno, com os usuários mas também com os profissionais de saúde, indicando ainda a necessidade de trabalhar para que a municipalização saísse do papel.

Na solenidade de posse, ocorrida em 25 de março, no Hospital Universitário, a Comissão Executiva exaltou a constituição do conselho de saúde como “fruto de nossas lutas nos movimentos populares, sindicais e associações de classe às quais estamos ligados. É garantido por lei, e teve ter sua autonomia respeitada por todos os segmentos da sociedade. A ele devem ser destinadas as críticas e sugestões para melhorar o sistema de saúde da AP3.I”. Coloca o Conselho Distrital na trajetória de “todos os companheiros que há 11 anos começaram no GEL - Grupo Executivo Local e na CEAP - Comissão Executiva da Área de Planejamento, ainda na época das Ações Integradas de Saúde, a construir este Distrito de Saúde, que esperamos se torne realidade com a aprovação pela Câmara de Vereadores de Anteprojeto de Lei que lá tramita há três anos.¹

Na Reunião Ordinária do dia 05 de abril deveria ter ocorrido a escolha da lista tríplice. No entanto, conforme explicou um membro da Comissão Eleitoral, não houve confirmação de inscrição dos pretendentes até a data estipulada [*o dia anterior*]. Propôs, então, que, considerando que a eleição já tinha sido adiada uma vez pelo “bom senso dos conselheiros”, o processo eleitoral poderia começar novamente a partir daquele dia.

A lista tríplice era o principal motivo da reunião, mas depois dos informes iniciais, acirrou-se o debate sobre a conveniência da sua elaboração muito mais do que poderia ser esperado.

O presidente eleito informou que encaminhou pedido de audiência para a Câmara de Vereadores, Assembléia Legislativa e Secretaria Estadual de Saúde. Já havia mantido um encontro com o Secretário Municipal de Saúde com o objetivo “de quebrar o gelo”. Segundo o relato, no encontro, o Secretário afirmara que a SMS-RJ era uma secretaria da sociedade, mas que por um impedimento legal, não poderia nomear o presidente do Conselho da AP3.I. Mesmo assim, o secretário pretendia discutir essa questão com todas as AP’s, no segundo semestre. Quanto a lista tríplice para a Coordenação Técnica, a considerava inaceitável, pois, aceitá-la, significaria abrir mão de uma prerrogativa que era sua. O presidente do conselho percebeu uma preocupação maior do secretário com as unidades do município, embora mantivesse a perspectiva da integração. O presidente do CDS-AP3.I teria afirmado que a integração das unidades de níveis diferentes de governo já era a preocupação maior do

conselho distrital. Concluindo o relato, disse que “quando a coisa foi se acirrando, coloquei que a minha militância é uma questão pessoal, não tendo pleiteado poder para mim. Minha militância tem uma trajetória que, agora, está na saúde, mas é antiga.”

No momento seguinte, durante os informes, o relato da reunião com o Secretário provocou manifestações do plenário sobre a relação do Conselho com a SMS-RJ, e decorrentes limitações ao desempenho pleno do seu papel deliberativo. Um usuário, que esteve presente à reunião, protestou contra a afirmação de um funcionário da SMS-RJ, também presente, de que “o conselho é manipulado.” Para um profissional, a conversa com o Secretário deixava claro que “o distrito tem que se consolidar para que a municipalização seja efetiva. Temos que ser cautelosos porque o distrito tem que existir para se aplicar a lei.”

O Coordenador da AP3.I informou que havia participado de reunião no Escritório Regional do Ministério da Saúde para discutir a distritalização da rede de saúde do município. Em seguida, teria se reunido com os Postos de Assistência Médica, para avaliar o plano da SMS, em obediência ao que determinou a II Conferência Distrital de Saúde. Destacou que o seu informe procurava demonstrar que a municipalização era um tema que a SMS estava tratando, nos termos indicados pela II Conferência Municipal.

O Coordenador Técnico do Conselho Municipal de Saúde, presente à reunião, informou que o Regimento Interno do Conselho da AP3.I “não foi ainda publicado porque conflitua com a Lei [2.011], que só poderá ser mudada pela Câmara Municipal.” Quanto a lista tríplice, lembrou que a possibilidade de sua elaboração pelo Conselho já era apontada na II Conferência Municipal, não tendo surgido da AP3.I. No entanto, o projeto de lei que instituiria os distritos ainda não estava aprovado e o próprio Secretário reconhecia a urgência de sua aprovação. “Por enquanto, sem distrito, o Secretário não deve nem receber a lista tríplice.”

Um usuário disse não entender, então, onde estava o problema, já que a questão estava definida há 4 meses na Conferência. “A lei não é o problema para o Secretário, pois há posições divergentes, independentemente da lei. O Secretário poderia inovar no Brasil, aceitando que a sociedade indicasse o Coordenador.”

O possível questionamento da legalidade da indicação da lista tríplice pelo conselho distrital, sem a correspondente existência formal do distrito, acabou transformando-se no eixo

¹. Referência ao Projeto 896/90, da vereadora Laura Carneiro, que previa a implementação dos Distritos de Saúde.’ (CDS-AP3.I, Compromisso de Posse - Oração dos Conselheiros, mimeo, 25. 03. 94.)

dos debates. Em torno dessa questão, dois dos principais participantes expuseram seus pontos de vista no jornal *Se Liga no SINAL* ²

O próprio Coordenador da AP3.I, cujo cargo estava subjacente a toda a discussão, disse que a posição do Secretário deveria ser discutida mais demoradamente, pois, *“de fato, não há ainda municipalização. O Secretário não tem ingerência sobre toda a rede, mas só sobre as unidades municipais. Quanto aos cargos, não haveria problema - ele estaria disposto a mudar os coordenadores - há AP's coordenadas por funcionários do INAMPS. Por enquanto, estou a vontade para permanecer no cargo, porque sou daqui, tenho história na AP3.I.”*

O que era apontado como contradição entre o que a lei previa e o que o conselho se comprometera a fazer, configurava-se como um problema político para os conselheiros usuários:

- *‘Esta questão parece conflito de poderes. Falta quem fale pelas unidades federais e estaduais e o Secretário Municipal não quer perder poder.’*
- *“Quando se criou o conselho, não se viu a lei. Tem uma politicagem neste meio. Com ou sem distrito, nós vamos trabalhar. O Secretário que ponha o candidato dele para concorrer na eleição da lista triplíce.”*
- *“Devemos recuperar as decisões da Conferência Municipal, vamos respeitá-las. Quando começou essa história, ninguém sabia desses problemas.”*
- *“A lei só é usada quando interessa. A lei não diz que não podemos sugerir. O Secretário diz que discute três nomes, desde que não estejam no papel. Ele só não transfere o seu poder de decisão.”*
- *“Esse problema está mostrando que nós temos que discutir a independência do conselho, sua vida própria.”*

². Os pontos de vista foram os seguintes:

-Durval D. Souza Mota (Coordenador da AP3.I da SMS-RJ) - (...) Cabe à Secretaria Municipal de Saúde, representante, na área, de um Governo Democrático legitimado pelo voto, a tarefa de coordenar tecnicamente este Distrito, no sentido de discutir e viabilizar as propostas oriundas dos Conselhos, adequando-as à sua política de Saúde e mediando conflitos que, genuinamente haverão de ocorrer, no sentido de aprimorar a qualidade de vida da população. (...)

-José Carlos de Souza (Presidente da Comissão Executiva do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I) - (...) Neste momento eu quero lembrar de uma coisa que para mim é de fundamental importância: não estou preocupado em ser estrela de um Conselho Distrital de Saúde, mas estou sim querendo que (...) tanto o meu direito quanto de todos sejam respeitados. A lei diz que eu estou impossibilitado de ser o Presidente do Conselho, que não pode haver conselhos gestores nas unidades, o secretário diz que do direito dele de nomear, ele não abre mão. Fica, como ficou, uma pergunta no ar: e o Conselho Distrital de Saúde da AP3.I como fica? Ele é um dos 10 que foram criados, o que possibilitou ou possibilita que as negociações via SUS possam se concretizar. Mas este mesmo SUS exige a participação da sociedade - como ficamos, só legitimando estas ações de longe, sem nenhuma interveniência? (*SINAL* no. 16 - abr./mais. 94. pag. 6 - *Quais são os principais obstáculos para a distritalização da saúde no município do Rio de Janeiro?*)

Para os profissionais, a discussão também era política, mas suas posições procuravam definir como ficariam as relações entre as unidades dos diferentes níveis de governo, na eventualidade de um novo Coordenador não ser proveniente dos quadros do município. Para este caso, atribuía-se um papel preponderante ao próprio conselho para efetivar a integração entre as unidades:

- *“Para que a Secretaria seja da sociedade (como disse o secretário), a gente tem que ser ativo. Só assim a intenção pode se concretizar. A lista tríplice é parte disso: municipalização é parceria que implica em participação. Mas, por enquanto, nós temos o Conselho e é ele que deve atuar na delimitação das instâncias de governo. O atual coordenador articula as unidades municipais e a comissão executiva do Conselho, as demais.”*

Prevaleceu a posição de que o Conselho não deveria fazer a eleição da lista tríplice até que a lei que instituísse o distrito fosse aprovada. Enquanto isso, a Comissão Executiva procuraria fazer a integração possível das unidades de diferentes níveis de governo.

Ao final da reunião, os conselheiros foram informados das iniciativas da Comissão Executiva que seriam implementadas visando a consolidação do Conselho: reuniões itinerantes nas regiões reunidas pela AP3.I (Ilha do Governador e Ramos) e a realização do Seminário de Emergência da AP3.I, cuja organização já fora iniciada pela Comissão Provisória formada para implantar o Conselho, no final de 93.

A Comissão Executiva comprometeu-se ainda a estudar formas de administrar recursos financeiros para o Conselho. Com este objetivo, convidou o vereador Milton Nahon, presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal, a fazer uma exposição do orçamento municipal, no qual deveriam estar previstos os recursos para a manutenção e funcionamento dos conselhos distritais do ano corrente e explicar como poderiam ser garantidos recursos para o ano seguinte [1995].

O vereador compareceu à Reunião Ordinária de 21 de maio de 1994. Antes de abordar o orçamento, comentou a criação dos conselhos distritais, tendo sido o autor do projeto de lei que os criou e que foi apresentado, em acordo com a autora, como substitutivo ao projeto (896/90) da vereadora Laura Carneiro, que criava os distritos e os conselhos, mas sem definir suas atribuições. Levou a discussão do seu projeto “para a base”, embora na AP3.1, a discussão demorasse a chegar.

Seu projeto transformou-se na Lei 2.011, instituindo os conselhos, mas a criação do Distrito foi protelada por instrumento legislativo. Ainda que na falta do Distrito, fez questão que os conselhos distritais fossem aprovados, pois “era o possível de ser feito por iniciativa da Câmara. *“O projeto do distrito está com encaminhamento equivocado, pois qualquer pro-*

posta de aumento de estrutura administrativa e despesa tem que ser de iniciativa do Poder Executivo. Caso contrário, ele veta.” Disse que ele e a vereadora Laura Carneiro, que entenderam-se sobre o encaminhamento feito até aquele momento, poderiam fazer gestões junto ao prefeito para que ele encaminhasse um projeto criando os distritos. Sobre a polêmica da eleição do presidente do conselho, disse conhecer o problema - *“sou favorável, mas acho que a lei deve mudar para prever que a presidência seja eleita pelos próprios conselheiros.”*

Em seguida, expôs o orçamento da prefeitura que estava em execução naquele exercício [1994]. Durante a tramitação na Câmara, apresentou várias emendas transpositivas para a saúde, que resultaram no aumento da fatia do orçamento para a saúde para 7,83% - o projeto original do Poder Executivo previa 5,89%.

No entanto, o prefeito conseguira a aprovação na Câmara, de uma margem de 30% do total do orçamento para remanejamento (“do que não dispunha o prefeito anterior”). Isto significava que ele poderia mudar os recursos de qualquer programa, além da reserva de emergência, sempre disponível para problemas inesperados. “Por este meio, o prefeito está contingenciando todas as emendas transpositivas da saúde, que poderão ser liberadas por sua vontade.” Relatou todos os decretos de remanejamento de recursos da saúde publicados no Diário Oficial do Município até aquela data.³ Para o Conselho, destacaram-se os que atingiram diretamente a AP3.I e o funcionamento do Conselho:

- *Decreto 12.651, de 26 de janeiro de 94: transferiu todos os recursos de pessoal da saúde para a Rioluz. O vereador previu que “quando o prefeito estourar os 30% de contingenciamento, pedirá crédito suplementar para pagamento do pessoal da saúde”;*
- *Decreto 12.632, de 14 de janeiro: contingenciou 35% dos recursos para a construção de novas unidades de saúde na AP3.1 (Posto do Alemão e Grotão);*
- *Decreto 12.687, de 17 de fevereiro: transferiu 98,7% de todo o orçamento do Conselho Municipal de Saúde e 95% de toda a verba dos conselhos distritais para a Secretaria de Governo. Milton Nahon informou que, apesar da Lei 2.011 prever dotação orçamentária para os conselhos distritais, o projeto original do Executivo não previra este recurso. Por esta razão, encaminhara emenda transpositiva “para garantir a previsão dos recursos no orçamento, mas o prefeito também já transferiu este dinheiro.”*

Para 1995, o Presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores estava apelando aos conselhos para que planejassem os seus gastos, formalizando suas demandas junto a Câmara, Prefeitura e Secretaria de Saúde. Encerrando, convidou todos para uma audiência

³. Sinal 16 - abr./mai. 94 - Denúncia: recursos da saúde no Rio estão sendo desviado.

pública da Câmara dos Vereadores, no próximo dia 20 de junho, às 10h30, para iniciar o debate público dos recursos da saúde.⁴

O vereador Pedro Porfírio, vogal da comissão de saúde, também presente à reunião, manifestou-se em seguida. Para ele, “os conselhos distritais não podem estar sendo criados para coonestar a extinção da saúde. Informou que encaminhou o projeto de lei 59/93 que prevê que os planos privados de saúde terão que ressarcir os hospitais públicos municipais por eventuais despesas com seus associados.

Em seguida, não houve, propriamente, um debate, mas manifestações de protesto dos conselheiros ao remanejamento dos recursos orçamentários:

- *“A exposição do vereador demonstrou como é incrível a carência de informações que todos nós vivemos”*,
- *“Pelo exposto, não falta dinheiro para a saúde. O descaso com a saúde pública é o caminho para a privatização. O Conselho precisa agir...”*
- *“Estou pensando que ações o conselho pode tomar e a primeira deve ser a divulgação dos decretos do prefeito na imprensa.”*
- *“Temos que exigir que o Conselho Municipal de Saúde seja informado sobre os desvios de recursos pelo prefeito”*.
- *“Como se pode desviar dinheiro da saúde pública mesmo quando o setor está vivendo em estado de calamidade? Como pode o secretário de saúde barrar a implantação dos conselhos distritais, não prevendo recursos pra eles? Como seriam repassados os recursos? Temos que aprender tudo isso e manter contato com o Conselho Municipal de Saúde não só para discutir o orçamento mas para todos os assuntos. “Nosso regimento, por exemplo, está pronto e o secretário segura, quando a relação deve ser entre o Conselho Distrital e o Conselho Municipal.”*

O vereador Milton Nahon voltaria ao Conselho cinco meses depois, convidado para a Reunião Ordinária de 19 de novembro de 1994, para falar sobre a tramitação do Orçamento Municipal de 1995 na Câmara de Vereadores.

Segundo ele, como no ano anterior, nenhum vereador recebeu o Plano Anual de Trabalho (PAT) antes da primeira discussão. “Esta discussão já ocorreu, mas o assunto ainda volta para uma segunda apreciação.” Ele teria sido o vereador que apresentou mais emendas,

⁴. Prevê a *Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro*:

Art. 255 - Fica garantida a participação popular na elaboração do orçamento plurianual de investimentos, nas diretrizes orçamentárias e no orçamento anual e no processo de sua discussão.

Parágrafo primeiro - Para fins do disposto neste artigo, são considerados órgãos de participação popular:

I - os diferentes conselhos municipais de caráter consultivo ou deliberativo;

II. as entidades legais de representação da sociedade civil,

III. as diferentes representações dos servidores junto à administração municipal.

Parágrafo segundo - A participação das entidades legais de representação da sociedade civil a que se refere o parágrafo anterior poderá ser feita através de reuniões convocadas pelo Poder Público.

Parágrafo terceiro - Caberá à Câmara Municipal organizar debates públicos entre as secretarias municipais e a sociedade civil, para a discussão da proposta orçamentária, durante o processo de discussão e aprovação.

tendo inclusive convocado uma reunião para discutir o orçamento da saúde, da qual participou também o secretário de saúde. Desta vez, foi apresentado projeto que reduziria a margem de contingenciamento do prefeito de 30 para 10%, ficando ainda impedido o remanejamento dos recursos da Saúde e da Educação.

Em seguida, analisou o Projeto do Poder Executivo, definindo-o como contraditório, pois previa mais obras, sem aumentar as despesas com pessoal (“Quem trabalhará nas novas unidades?”) Para ele, obras significariam mais evasão, mas “a maioria da Câmara é do prefeito e qualquer emenda deve enfrentar isso.”

Em relação a situação dos profissionais de saúde na proposta orçamentária, “é possível perceber que a Prefeitura quer resolver a defasagem salarial com produtividade. O projeto sobre produtividade vai entrar em segunda discussão na Câmara e todos devem colocar suas sugestões. Apresentou uma tabela de salários per capita das secretarias municipais, informando que o valor mais alto da Secretaria da Fazenda resultava da aplicação da produtividade naquela unidade:

- Secretaria de Saúde: R\$ 312,00 (19.945 funcionários)
- Secretaria de Educação: R\$249,38 (51.780)
- Secretaria da Fazenda: R\$ 1.606,65 (1.984)
- Procuradoria do Município: R\$1.358,15

Considerando o Projeto da Produtividade como alternativa para a situação da folha salarial, o Projeto de Orçamento de 1995 do Poder Executivo discriminava a seguinte variação por Programas de Trabalho, em relação a 94:

- Operacionalização da rede: + 38%
- Modernização e re-equipamento: + 92%
- Obras (construção, reforma e ampliação): + 174%
- Pagamento de pessoal: 0%
- Total da saúde: + 24%

Para os conselhos distritais, a proposta diminuía os recursos em relação a 1994, segundo o mesmo princípio aplicado a todos os conselhos municipais. Para os conselhos distritais, o vereador esperava que sua presença nos conselhos e destes nas reuniões na Câmara de Vereadores, pudesse reverter na etapa seguinte discussão na Câmara, o quadro proposto - *“acredito que a área da saúde tenha mais condições de melhorar a proposta”*:

(Variação da Dotação Orçamentária dos Conselhos Municipais para 1995, em relação a 1994):

- Educação: +16%

- Portadores Deficiência: - 124%
- Direitos do Negro: -11%
- Saúde: - 142%
- Distritais de Saúde: - 75%
- Direitos da Criança: - 3%
- Tutelar da Criança: - 415%

A incorporação de unidades federais à rede municipal (“municipalização”), prevista para acontecer em 95 com o correspondente repasse de recursos federais, provocou um aumento do Orçamento da área da saúde em relação ao Orçamento Global do Município:

(Orçamento 95, segundo as Fontes)

- Recursos do Tesouro Municipal: 78%, o que equivale a 8,5% do total do município, sendo 6,79% da SMSaúde e 1,71% da SMObras.
- Outras fontes (SUS, convênios etc.):22%, tornando o Orçamento da área da saúde equivalente a 10,15% do Orçamento Global do Município.

Ao final da reunião, o vereador apelou para que os conselhos distritais projetassem os seus gastos, garantindo que a emenda para ampliação da proposta do Executivo viabilizasse o funcionamento dos conselhos. Alertou para a necessidade dos conselhos distritais acompanharem a aplicação de todos os recursos da saúde em suas áreas de abrangência - *“o orçamento é só uma previsão, um primeiro passo. A sociedade tem que acompanhar a execução”*. O quadro apresentado pelo vereador motivou o Conselho Distrital da AP3.I a incorporar definitivamente, a partir daquela reunião, a “questão orçamentária” como área permanente de atuação. A exposição, tinha deixado claro que tratava-se de defender, inicialmente, a viabilidade do próprio Conselho, garantindo-lhe os recursos para sua manutenção e funcionamento. E, concretizando uma de suas principais atribuições, participar da elaboração orçamentária e acompanhar sua execução no setor da saúde na AP3.I.

No final da reunião, o presidente informou que a Comissão Executiva assumiria como sua atribuição, a elaboração de uma proposta orçamentária para o funcionamento do Conselho em 1995. Ficou definido que a proposta deveria contemplar a aquisição de móveis, equipamentos e materiais de escritório, como passo inicial de uma infra-estrutura mínima necessária para as atividades cotidianas (expediente, abertura ao atendimento público...). Foi considerada ainda como tarefa a ser cumprida, não só o acompanhamento da execução orçamentária, mas também a participação na elaboração das propostas de investimentos, junto à Coordenação Técnica da AP3.I, motivada em grande parte pela ênfase da proposta original do Poder Executivo em “obras” (“Quais? Onde?”). Tratava-se, finalmente de viabilizar a existência orçamentária formal das demandas por serviços de saúde que começavam a ser apresentadas pelos

conselheiros, como condição para sua possível concretização. Das obras e do próprio Conselho.

Ao mesmo tempo que apresentava e debatia o orçamento municipal, o vereador Milton Nahon acompanhou, quando compareceu ao Conselho da AP3.I, o debate em torno do reconhecimento pela SMS-RJ, da presidência eleita pelos conselheiros. Como solução legislativa ao problema, apresentou na Câmara, no mês de junho de 1994, a proposta de alteração da Lei 2.011, prevendo a obrigatoriedade de eleição dos presidentes dos conselhos distritais entre seus membros. Enquanto o Projeto não se transformou em lei, ficaram sem publicação no Diário Oficial do Município, o Regimento Interno e a relação dos conselheiros da AP3.I.

A demora de uma solução para o impasse começou a resultar em amarras para que o próprio Conselho passasse a atuar diretamente sobre as questões de saúde, reduzindo a sua capacidade deliberativa. (VALLA, V. SINAL 17 - JUN./JUL. 94. Conselho Distrital de Saúde: legalizar para agir ou agir para legalizar?) Tratava-se de testar os limites da institucionalização parcial conquistada e mantida pela determinação do Conselho da AP3.I em eleger seu próprio presidente.

Mas mesmo convivendo com o impasse do seu reconhecimento, antes que o ano terminasse, um revés ainda aconteceria. Na Reunião Ordinária de 15 de outubro, o Conselho foi informado que tinha entrado em tramitação na Câmara de Vereadores o Projeto de Lei 765/94. Encaminhado pelo Poder Executivo como substitutivo a Lei 2.011, o Projeto transferia o vínculo dos conselhos distritais do Conselho Municipal de Saúde para a Secretaria de Saúde. Ao comentar o Projeto, o presidente do Conselho sintetizou: “não me proponho a ficar subordinado a quem devo pressionar.”

Na discussão, o projeto chegou a ser avaliado como uma ofensiva do Poder Executivo sobre a autonomia do Conselho da AP3.I, reagindo contra o rumo que as suas discussões estavam tomando. Para um usuário, *“ninguém é ingênuo de achar que o Prefeito elaborou o projeto de lei. Alguém na Secretaria Municipal de Saúde fez isso.”* A partir desta avaliação propôs que o Conselho poderia assumir duas posições: emendar o projeto, propondo a manutenção do vínculo dos conselhos distritais ao Conselho Municipal e recuperar a previsão orçamentária para o funcionamento dos conselhos, ou discutir a possibilidade do próprio Conselho da AP3.I se transformar em entidade da sociedade civil.

Na decisão final, prevaleceu a proposta de intensificação dos contatos de todos os conselheiros, e não só da Comissão Executiva, com os (“seus”) vereadores, e a busca de apoio junto aos demais conselhos distritais.

Na Reunião Ordinária seguinte, em 19 de novembro, o vereador Milton Nahon, que comparecera para expor a tramitação do orçamento de 1995, informou que o Projeto 765/94 estava passando pelas comissões da Câmara de Vereadores mas tinha poucas possibilidades de aprovação, pois já fora vetado pela Comissão de Saúde quando esta acatou seu parecer contrário à aprovação. (Ver Cap. II - Caracterização - O Conselho Surge da Lei para Mudá-la)

Na Reunião Ordinária de 11 de fevereiro de 1995, o vereador Milton Nahon esteve presente novamente no Conselho para expor a previsão orçamentária para manutenção dos conselhos distritais.⁵

No dia 16 de fevereiro, cinco dias depois, haveria reunião do Conselho Municipal de Saúde para que cada conselho distrital apresentasse sua proposta de aquisição de material. Informou também que o seu Projeto (695/94) fora transformado na Lei 2.289 em 09 de janeiro, formalizando a eleição dos presidentes dos conselhos distritais por seus integrantes. A Lei previa que a eleição dos presidentes deveria ocorrer 45 dias depois de sua publicação. Na mesma reunião, o Secretário Geral do Conselho informou que, um ano depois de encaminhados para o Conselho Municipal de Saúde, foram publicados no Diário Oficial do Município de 9 de fevereiro, o Regimento Interno e a lista dos conselheiros da AP3.I.

Presente à reunião, o Coordenador Técnico do Conselho Municipal de Saúde informou o calendário de conferências de saúde para 1995: distritais, em agosto, municipal em setembro, e estadual em outubro. Os três informes definiram o roteiro da institucionalização do Conselho: a eleição do presidente, confirmando-se a escolha do usuário que já estava em exercício há um ano; os recursos orçamentários destinados ao funcionamento do Conselho; e o calendário de conferências, que, no caso da conferência distrital, concluiria a primeira gestão do Conselho da AP3.I.

Na Reunião Ordinária de 11 de março, em cumprimento a Lei 2.789, foi confirmada a continuidade de José Carlos de Souza como Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I. Confirmado no cargo, avaliou o primeiro ano de gestão como “um período de muito

⁵. O vereador apresentou a previsão orçamentária dos conselhos distritais (PAT) para 95, chamando a atenção para a necessidade de definição, principalmente, de material permanente:

Material de consumo (cod. 3120): R\$20.359,00

Serviços de terceiros (3132): R\$36.797,00

Material permanente (4120): R\$26.810,00

Total: R\$83.966,00, sendo R\$8.396,00 por ano, ou R\$ 700,00 por mês para cada conselho.

trabalho, embora a situação da saúde continue muito precária. Mas, também, só não está pior porque estamos lutando. Até outubro [de 1994], trabalhamos muito no campo político, o que precisava ser feito. Trabalhamos com uma visão que ia além da AP3.1. Se fosse o contrário, também poderíamos ter feito bem. Mas influenciámos até os outros conselhos, que agora podem escolher seus próprios presidentes.” Criticamente, avaliou assim a atuação do Conselho: *“temos que nos reunir mais com os outros conselhos, ir pra Baixada, procurar o Estado não só para discutir o Hospital Getúlio Vargas [que está na AP3.1], mas a saúde como um todo. A partir da AP3.1, poderemos levantar a questão da saúde para toda a sociedade.”* Propôs que a plenária referendasse a comissão executiva, mas pediu a volta para a Comissão, de companheiros que “durante o ano se afastaram.”

A proposta de confirmação da Comissão Executiva foi substituída pela avaliação de que o momento da confirmação do presidente era propício a sua renovação. Para um conselheiro, *“a Comissão Executiva tinha que abrir mais, se não ficam sempre os mesmos”*. Um profissional considerou que tinha que haver um prazo para que os interessados se apresentassem. Um outro usuário, se considerando mencionado no apelo do presidente para voltar à Comissão, disse que deixou de participar por razões pessoais, mas que também tinha verificado que *“começou a faltar democracia, com a mesa conduzindo tudo.”*

Ao final, ficou decidido que os integrantes da atual Comissão Executiva abririam mão dos cargos, e o presidente proporia uma nova Comissão menor e mas mais ágil. Na reunião seguinte, em 06 de abril, a Comissão Executiva de 24 membros é substituída por outra, com 20 integrantes (10 usuários, 5 dirigentes e 5 profissionais de saúde).

Com a confirmação do usuário como presidente, possibilitada pela mudança na legislação, e a reorganização da Comissão Executiva, o Conselho Distrital de Saúde da AP3.I começou o ano de 1995 tendo alcançado integralmente sua institucionalização formal. No entanto, ela não correspondeu ao exercício pleno da sua atribuição deliberativa. A formalidade foi conquistada simultaneamente a abordagem dos problemas de saúde levados pelos conselheiros, na maioria usuários, como, por exemplo, a crise dos serviços de emergência, e pelo conhecimento de medidas administrativas, como a municipalização e a terceirização de alguns serviços de atenção primária ou novas formas de gestão de unidades federais, que resultariam em profundas alterações no modelo assistencial da AP3.I.

A dificuldade em fazer cumprir as deliberações do Conselho, no primeiro caso, e a mera notificação de decisões já tomadas ou debates já iniciados, desconhecendo a existência

do Conselho nos processos decisórios, no segundo, deixaram claro que a afirmação do caráter deliberativo do Conselho restava ainda ser construído.

Além das questões já mencionadas, o Conselho da AP3.I teve grandes dificuldades de acesso às informações do orçamento municipal. Se o acesso à elaboração do orçamento começou a acontecer com a presença do presidente nas reuniões públicas da Comissão de Saúde da Câmara Municipal, o mesmo não aconteceria em relação à execução orçamentária do ano corrente.

Se até aquele momento a atuação isolada tinha sido suficiente para alcançar a formalidade da lei, o aprofundamento do caráter deliberativo dependeria do fortalecimento dos laços com os demais conselhos e destes com o Conselho Municipal. Para alcançar estes objetivos, foi criado em setembro de 1995, o Fórum dos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro, reunindo representantes dos 10 conselhos distritais do município. Como primeira atividade, o Fórum conseguiu sintetizar as propostas gerais dos conselhos distritais, sem anular o caráter específico das necessidades locais, e encaminhá-las a III Conferência Municipal de Saúde. No que se referia à presença dos conselhos distritais no Conselho Municipal, o Fórum conseguiu aprovar na Conferência a proposta de inclusão de um representante de cada Conselho Distrital no Conselho Municipal de Saúde, “procedendo para isso a necessária alteração da legislação em vigor.”⁶

No seu próprio âmbito de abrangência, o Conselho promoveu em setembro a III Conferência Distrital de Saúde. Passados dois anos da primeira gestão, nos quais a discussão e as decisões sobre os problemas de saúde foram acompanhados do esforço de consolidação institucional, a Conferência foi a oportunidade de dedicação integral a esses problemas.⁷ Os temas e a proposta geral da Conferência (“Construindo o Distrito de Saúde com Participação Popular”), definidos pelo Conselho, indicavam a ênfase a ser dada na segunda gestão: a abordagem dos problemas de saúde frente às novas medidas institucionais para a reorganização dos serviços, como o início da municipalização de algumas unidades federais, a terceirização de serviços privados em algumas áreas do município, a implantação de novas unidades de gestão (fundações, cooperativas de profissionais...). Ao ser informado das propostas, um conselheiro usuário insistiu em saber qual era a finalidade do Conselho, se as decisões já esta-

⁶. “Suspiro”, no. 1 - Boletim Informativo dos Conselhos Distritais de Saúde, e Relatório da III Conferência Municipal de Saúde

⁷. Foram os seguintes os temas da III Conferência Distrital de Saúde da AP3.I: Saúde do Trabalhador, Serviços de Emergência, Reforma Constitucional na Saúde e na Previdência, Saneamento e Meio Ambiente, Saúde da Mulher e da Criança, Saúde Mental, Educação e Saúde, Os Desafios da Municipalização, Doenças Crônicas: Prevenção e Tratamento, e Ações Públicas para a AIDS.

vam todas tomadas: *“Temos que nos perguntar qual é a nossa função”? Afinal, somos ou não deliberativos?”*

1.a. O sentido da institucionalização do CDS-AP3.I: espaço público e interlocutor coletivo

A partir da observação, entendemos a institucionalização como o processo pelo qual o Conselho conseguiu organizar-se como espaço público que possibilitou a expressão das demandas ativas da população por serviços de saúde, e como interlocutor junto ao aparato estatal, representado pela Secretaria Municipal de Saúde e as unidades prestadoras de serviços (municipais, estaduais e federais), o Conselho Municipal de Saúde, e, no final do período observado, junto aos outros nove conselhos distritais.

Foram três os momentos constitutivos desse processo, que consideramos importantes destacar: a eleição de um usuário como presidente e a mudança da legislação que a formalizou um ano depois, e o início da discussão do orçamento público. Subjacente a todos eles, esteve sempre presente o desafio da construção da atribuição deliberativa do Conselho. Também estiveram sempre presentes as alianças que permitiram a consolidação de cada momento: internamente, entre conselheiros usuários, alguns profissionais e, em número menor, dirigentes das unidades; e externamente ao Conselho, através da Comissão Executiva, com a Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores.

A primeira aliança atualizou, na circunstância da formação do Conselho, a partir da II Conferência Distrital de Saúde, realizada em outubro de 93, uma tradicional articulação entre profissionais de saúde e representantes do movimento popular ocorrida na década de 80, durante a formação e funcionamento do Grupo Executivo Local (GEL) da AP3.I. É possível que a formação do Conselho e a sua direção por um usuário, em 1994, tenha traduzido uma linha de continuidade de relações entre usuários e alguns profissionais que, iniciando-se no cotidiano dos serviços, tem adquirido formalidade na constituição de instâncias de participação. No caso do Conselho, a aliança tácita de parcelas dos diferentes segmentos, permitiu que se tentasse que o processo de institucionalização fosse sinônimo da construção de uma instância com poder de decisão sobre as questões de sua competência. A disposição de eleger o presidente representou também a recusa a qualquer tipo de tutela: mesmo tratando-se de uma instância no interior do aparelho de Estado, quando fustigados pela tensão das relações com a SMS-RJ, os conselheiros sempre clamaram por sua autonomia.

Para os conselheiros usuários, e os profissionais de saúde e dirigentes a eles aliados, a autonomia era a condição necessária, para que ele não fosse apenas mais um espaço para a

exposição de queixas e legitimação de iniciativas provenientes do Estado, mas também constituísse sua competência como interlocutor junto às estruturas (direção e serviços) da saúde. A preservação da autonomia foi justificada pela recorrente identificação do Conselho como organização da própria sociedade civil, contribuindo para isto a sua característica de ser o único espaço e momento comuns das entidades populares da AP3.I. O “sentimento” da autonomia foi tão fortemente compartilhado pelos conselheiros que a possibilidade de transformação do Conselho em entidade independente chegou a ser mencionada como alternativa à iniciativa do Poder Executivo em subordinar os conselhos distritais à Secretaria Municipal de Saúde (Projeto de Lei 765/94). A opção deste momento, no entanto, foi o acompanhamento da tramitação daquele Projeto na Câmara dos Vereadores, até a sua rejeição, e a expectativa de aprovação do Projeto que previa a eleição dos presidentes dos conselhos distritais pelos próprios conselheiros.

Outro fator que contribuiu para tensionar a relação do Conselho Distrital com a Secretaria Municipal de Saúde, constituindo-se em mais um obstáculo para a sua institucionalização, foi a determinação em indicar a lista tríplice de nomes para o cargo de Coordenador Técnico da AP3.I, a ser definido pelo Secretário Municipal de Saúde. Ao lado da eleição do presidente, esta foi mais uma recomendação da II Conferência Distrital de Saúde incorporada pelo Regimento Interno do CDS-AP3.

Ao abrir mão de elaborar a lista tríplice, o Conselho apontou para a necessidade de aprovação de um instrumento legal que definisse a configuração geográfica e organizacional do distrito de saúde e, por conseqüência, a abrangência do poder de gestão do Coordenador, um cargo de origem municipal, sobre a rede de unidades de saúde, composta também de unidades federais e estaduais. Sem a delimitação do distrito de saúde, o próprio Conselho Distrital assumiria a tarefa de promover a integração das instituições e serviços de saúde, colaborando na formulação de estratégias para a organização do Sistema de Saúde, conforme determinação da lei que o instituiu (Lei 2.011 - Art. 2o. - Parágrafos 1 e 2).

Durante o ano de 1994, a tarefa de integração inter-institucional das unidades de saúde foi desempenhada pelo Conselho, juntamente com o Coordenador. Em 1995, quando mudou o ocupante do cargo, a Coordenação Técnica restringiu-se ao exercício da sua autoridade formal sobre as unidades municipais, dirigindo-se às demais apenas depois do início do processo de municipalização, quando o Município do Rio assumiu a gestão dos PAMs e maternidades federais (Convênio MS/Prefeitura do Rio de Janeiro, no. 14/95 - Diário Oficial da União, 10 de agosto de 1995). Na AP3.I, foram três as unidades federais assumidas pelo

município, mas todo o processo ocorreu desde então sem a participação do Conselho Distrital, que passou a ser apenas notificado dos desdobramentos de medidas administrativas.

De um ano para o outro, o conselho experimentou a vigência de diferentes concepções do que poderia vir a ser a construção do distrito de saúde: uma, que a compreende como um processo social do qual devem participar todos os atores interessados, e outro, administrativo, dependente de instrumentos legais para impor sua autoridade, transformando atores em espectadores. O objetivo do Conselho da AP3.1 ao convocar a III Conferência Distrital de Saúde sob o lema “Construindo o Distrito de Saúde com Participação Popular”, foi posicionar-se contra esse alijamento.

A condição de funcionamento de uma rede de serviços não distritalizada, na medida que implicou na inexistência de um gestor público único, contribuiu para dificultar a institucionalização do Conselho como interlocutor das questões da saúde na área. A diversidade dos vínculos organizacionais das unidades de saúde redundou na pulverização da interlocução do Conselho com diferentes níveis de governo, dissipando a capacidade de articulação da Comissão Executiva. Mesmo assim, problemas de natureza e complexidade bastante diversos surgidos no Conselho foram abordados na relação com as unidades, como se verá nos blocos seguintes (emergência, maternidade).

Para a institucionalização do Conselho Distrital da AP3.I, paralelamente à aliança interna dos diferentes segmentos, contribuiu decisivamente a relação com o Poder Legislativo. Embora fosse antiga a relação de alguns conselheiros com os vereadores, que na Câmara apoiaram a tramitação da legislação de interesse dos conselhos distritais, a presença do Presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal nas reuniões, tornou possível o encaminhamento legislativo de algumas posições assumidas pelo Conselho Distrital da AP3.I. A mais importante delas foi a alteração da Lei 2.011 pela Lei 2.289, proposta pelo vereador Milton Nahon depois de participar de debate no Conselho da AP3.I.⁸

A nova Lei formalizou a eleição do Presidente pelos próprios conselheiros distritais e foi a partir dela que o Conselho da AP3.I foi legalmente reconhecido como instância de participação, com a publicação do seu Regimento Interno no Diário Oficial do Município, que ficou todo o ano de 1994 na Secretaria Municipal de Saúde, depois de aprovado pelos conselheiros. Com o novo dispositivo legal, outros conselhos distritais elegeram usuários como presidentes.

Outro momento legislativo importante foi a rejeição do Projeto 765/94, oriundo do Poder Executivo, que transferia o vínculo dos conselhos distritais, do Conselho Municipal para a Secretaria de Saúde. Também neste caso, o posicionamento do Conselho da AP3.I, contrário ao Projeto, foi levado aos vereadores.

A necessidade de recursos para sua própria manutenção, motivou o Conselho da AP3.I a convidar o presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal para expor a tramitação legislativa do orçamento. A utilização de recursos orçamentários tinha sido avaliada como condição para a institucionalização do Conselho, garantindo-lhe capacidade de atuação autônoma. As instalações físicas estavam garantidas desde sua implantação mas faltavam-lhe os recursos necessários para o funcionamento efetivo.⁹

De 1994 para 1995, foram garantidos os recursos mínimos para a aquisição de móveis e equipamentos de escritório. A discussão desses recursos iniciais, entretanto, possibilitou o início da discussão pelos conselheiros de todo o orçamento da área da saúde na AP3.I., mas de forma limitada: eram restritas as informações disponíveis, bem como a capacidade de definição do Conselho sobre a destinação dos recursos. Neste caso ficou claramente exposta a limitação do caráter deliberativo do Conselho, embora fosse ele garantido pela lei.

A abertura da discussão do orçamento em 1995 criou duas situações novas e simultâneas no interior do Conselho da AP3.I: a primeira, ocorrida no plenário, foi o surgimento das demandas das comunidades por serviços de saúde (ampliação ou construção de novas unidades) e, a segunda, a emergência do poder da Coordenação Técnica da AP3.I em definir a inclusão dessas demandas na proposta orçamentária do Município. Neste caso, a definição das prioridades não ocorreu no espaço público do Conselho, mas nos limites estritos da burocracia.

Bastou iniciar o acesso à definição da aplicação dos recursos públicos, núcleo duro e da possibilidade de democratização das políticas públicas no Brasil, para o Conselho Distrital de Saúde da AP3.I passar a enfrentar o que talvez seja o maior obstáculo à sua institucionalização como instância pública de representação de interesses coletivos na saúde com poder de deliberação - o clientelismo.

⁸. Reunião de 21 de maio de 1994), quando pôde constatar o impasse institucional que se criava nas relações do Conselho com a Secretaria Municipal de Saúde.

⁹. Inicialmente, o Conselho da AP3.I funcionou numa sala do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Universitário e, depois, a partir de agosto de 1995, mudou-se para uma sala na Fundação Oswaldo Cruz, junto ao Núcleo de Estudos Locais de Saúde (ELOS) da Escola Nacional de Saúde Pública. O Conselho funciona com

2. A crise das maternidades: onde nascer na AP3.1?

Na Reunião Ordinária de 20 de agosto de 1994 o Coordenador da AP3.1 informava que “é de 70% o déficit de leitos obstétricos na AP3.1”. A discussão que se seguiu, colocou a urgência da mobilização do Conselho pela construção da Maternidade do Hospital Universitário, atualizando as discussões já ocorridas no Grupo Executivo Local (GEL) nos anos 80.

A manifestação repetia o que já tinha sido apontado pela própria Secretaria Municipal de Saúde, em novembro de 93, no documento “Modelo Assistencial para a Cidade do Rio de Janeiro” (SMS/CMS, novembro 93), encaminhado como subsídio aos debates da II Conferência Municipal de Saúde. O documento apontava a existência de 124 leitos obstétricos na AP3.1 (94 públicos e 30 privados) para uma necessidade estimada de 402 leitos, portanto, um déficit de 278 leitos. Este número corresponde a 26,8% do déficit total 1035 leitos no conjunto das Áreas de Planejamento. (Fonte SMS-RJ/Assessoria de Planejamento). No mesmo documento, era indicada a necessidade de priorizar a disponibilidade de mais leitos obstétricos no município. Dizia o documento:

“O problema de saúde perinatal no Município é com certeza o foco que merece mais atenção e deverá ser enfrentado com intervenções que permitam maior cobertura e qualificação da assistência ao parto que hoje se apresenta altamente medicalizada e, ao contrário do que alguns poderiam esperar, com resultados preocupantes quando analisamos as causas de mortalidade materna e nos recém-nascidos com menos de 24 horas. A maior oferta de leitos obstétricos públicos e a avaliação do tipo de assistência prestada pelo setor privado em obstetrícia, podem contribuir para a mudança gradativa deste quadro. O investimento racional, descentralizado e responsável na área de atenção ao recém-nascido de risco é urgente também, já que as respostas do setor público neste campo tem sido tímidas e pontuais.”

Também naquele ano, a II Conferência Distrital de Saúde da AP3.1 apontava a “necessidade de garantir vagas nas maternidades dos Hospitais Paulino Weneck, Getúlio Vargas e Geral de Bonsucesso de quem faz o pré-natal nas unidades da área” e “a ampliação dos leitos das maternidades dos hospitais Getúlio Vargas e Geral de Bonsucesso.”

Na última Reunião Ordinária do Conselho em 94, a Comissão Executiva, ao propor um cronograma de visitas às unidades da AP3.1, escolheu o Hospital Universitário do Fundão como a unidade da área com que deveria discutir a proposta de implantação da Maternidade. Os critérios que definiram a escolha foram: 1) o documento citado acima e que aponta a

expediente público a cargo dos próprios conselheiros “usuários” em escala, uma vez que o Poder Executivo não destinou funcionário público para tal tarefa.

AP3.1 com o maior déficit de leitos obstétricos no município; 2) a discussão interna já existente na Universidade sobre a possibilidade de instalação de uma maternidade de alto risco no HU, que tornou-se polêmica pelo fato de já existir uma unidade semelhante na estrutura universitária (Maternidade de Laranjeiras); 3) a importância da maternidade funcionando dentro de um hospital com especialidades médicas e de alta tecnologia, como o HU, proporcionando maior oferta de recursos às pacientes da maternidade, favorecendo ainda a formação de recursos humanos ao integrar as atividades de ensino; e 4) a existência de infra-estrutura já concluída no HU (8o. andar), faltando apenas o acabamento e a instalação de equipamentos. Ao final da reunião, ficou definida a constituição de uma comissão de onze membros para agendar um encontro com o diretor do Hospital Universitário.

Na Reunião Ordinária seguinte, em 14 de janeiro de 1995, foi relatado o encontro com o diretor do hospital. Logo no início da reunião, ele teria manifestado o interesse da sua gestão pela retomada do projeto da Maternidade, até porque ela constaria do projeto original do hospital. Já haveria a disponibilidade de espaço físico, faltando algumas reformas de pequeno porte, que segundo estimativas de sua assessoria, exigiriam investimentos em torno de 1,5 milhão de dólares, para capacidade de 50 leitos obstétricos, berçário, centro de prematuros, centro cirúrgico etc., e a aquisição de mobiliário.

Na reunião, o Diretor apresentou uma planta do 8o. andar do hospital, onde seria instalada a Maternidade, já dispondo de instalações elétricas, hidráulicas e de oxigênio. Na ocasião, a comissão de conselheiros manifestou o interesse do Conselho em acompanhar e participar ativamente da discussão da implantação da maternidade e que, para este fim, iria manter encontro com o Reitor para levar a proposta. “Seu” João Cardoso, usuário da Ilha do Governador, integrante da comissão, apelou para que houvesse um esforço para a conclusão das obras da Maternidade no HU, ao invés de começar a construção de um novo hospital na mesma região, que, segundo ele ouvira, já estava sendo cogitado por políticos da região.¹⁰ Repetiu para o diretor o que havia anteriormente manifestado na Reunião Ordinária do conselho que tratou do assunto.

Antes que o relato fosse concluído, o presidente do conselho informou que, na reunião, o Diretor do hospital, embora concordando com a urgência da maternidade, pediu que o conselho não perdesse de vista, e portanto apoiasse, a finalização das obras de todo o complexo hospitalar da UFRJ, prevista para duas etapas: 1) conclusão do 4o., 6o e 7o., elevando sua capacidade potencial para 850 leitos (atualmente são 527), com custos previstos

¹⁰. *Ata da Reunião Ordinária do CDS-AP3.1, de 14 de janeiro de 1995.*

de 6 milhões de dólares, e 2) recuperação da ala direita do prédio, onde poderiam ser instaladas as unidades de ensino e pesquisa, com previsão de mais 70 milhões de dólares.

Na Reunião Ordinária do dia 11 de fevereiro, quando os diretores de várias unidades da AP3.1 expuseram a situação de cada uma delas, o diretor do Hospital Universitário, confirmou os dados apresentados na reunião com a comissão de conselheiros. No entanto, diante das limitações de recursos da universidade, apelou para que o conselho apoiasse a sua proposta de parceria com outras instituições para conseguir concluir a obra da Maternidade. Presente à reunião, o coordenador do Conselho Municipal de Saúde, Brivaldo Queirós, diz que, confirmando-se a necessidade da Maternidade no Hospital Universitário, não é impossível que o município venha a participar do projeto, a exemplo do que já aconteceu no Hospital Estadual de Curicica, onde instalou a Maternidade Leila Diniz. Segundo ele, um dado que poderia facilitar a aproximação de parceiros é a possibilidade de que a maternidade do HU seja auto-sustentável com os recursos do Sistema Único de Saúde. Outro parceiro possível seria a Secretaria Estadual de Saúde, mas, concluiu, o Conselho Distrital é que deveria realizar o esforço de aglutinação de possíveis parceiros institucionais que viabilizem a instalação da Maternidade.

Na reunião de 11 de março, é relatada a reunião da comissão de conselheiros com o Reitor da UFRJ, que demonstrou ser favorável a instalação da Maternidade no HU, mesmo reconhecendo que *“possa haver choque com a Maternidade de Laranjeiras”*. Acha que *“é possível aproximar-se da Prefeitura para um convênio que permita a instalação e o funcionamento da maternidade, pois o Prefeito também estaria interessado na aproximação com a universidade.”* Solicitou que o Conselho encaminhasse uma exposição sintética dos motivos do pleito, o que ele já tinha solicitado também ao HU. Ele próprio apresentaria os documentos em audiência com o Ministro da Saúde, solicitando apoio. O Conselho encaminhou sua exposição de motivos já no dia seguinte. No entanto, durante todo o primeiro semestre de 1995, o Conselho procurou novos contatos com a reitoria, sem receber respostas. Na reunião ordinária de 20 de julho, um conselheiro da comissão relata que depois do último contato, o reitor se comprometeu a dar uma resposta em 4 dias, pois teria ainda que conversar com a direção da Maternidade de Laranjeiras e manter outros contatos políticos para viabilizar a proposta da maternidade no HU. Procurado insistentemente, não respondeu. O resto é silêncio.

Na reunião ordinária de 06 de abril, o presidente relata reunião do Conselho Municipal de Saúde em que apresentou a luta do CDS-AP3.1 pela maternidade do HU, buscando ampliar

o apoio de outras instituições à proposta. Recebeu o apoio do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, que integrava o Conselho Municipal e apoia a instalação de novos leitos obstétricos no município.

Diante da indefinição da universidade, o assunto desdobrou-se na III Conferência Distrital. Nas suas deliberações finais, é apontada a necessidade de implantação da maternidade de alto risco no Hospital Universitário como tarefa prioritária para melhoria da atenção ao parto na AP3.1. A Conferência aprovou ainda, moções que reafirmaram a continuidade da luta pela construção da maternidade e *“a realização de manifestação pública organizada pelas entidades de defesa da saúde da mulher no Saguão da Reitoria da UFRJ, no dia 11 de outubro, véspera do Dia da Criança”*, reagindo à indefinição do Reitor, que *“há quatro meses não dá resposta à proposta do Conselho da AP3.1.”* A manifestação acabou não sendo organizada.

No dia 22 de abril de 1996, o jornal “O Dia” publicava denúncia do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que, fiscalizando as maternidades do município, constatou que (...) *“quase todas elas estão em obras”*. Duas maternidades particulares, prestam o maior número de atendimentos, aumentando as possibilidades de erro médico. A falta de opção no setor público faz com que as mulheres grávidas procurem as clínicas subsidiadas pelo Sistema Único de Saúde, que não estão suportando a procura.

Em entrevista a esta pesquisa, a conselheira usuária Evamar Gomes continua achando que, depois dos serviços de emergência, as maternidades continuam sendo o principal problema de atenção à saúde na AP3.1: *“As mulheres andam tendo filho por aí, pelos ônibus, no meio da rua... as coisas vão por aí.”*

2.a. O reconhecimento e a negação da legitimidade interlocutiva do Conselho

O acompanhamento da discussão sobre a necessidade de instalação de uma Maternidade de alto risco no Hospital Universitário da UFRJ permitiu a compreensão dos mecanismos que possibilitam ou limitam a incorporação, pelo Conselho, de determinados temas e sua transformação em objeto de preocupação permanente nesta instância.

O “tema” maternidade expõe as limitações das informações e das deliberações emitidas pelo núcleo técnico da saúde, constituindo-se, claramente neste caso, em patamar

mínimo para a continuidade do debate. A constatação de que há um déficit de leitos obstétricos no município seria apenas mais um dado se ele não fosse identificado, no âmbito do Conselho Distrital, com necessidades vivenciadas e experiências conhecidas pela população, e encontrando, a partir da sua ação interlocutiva, uma situação institucional particular, a infra-estrutura já construída na universidade, por onde pudesse ser encaminhado.

O problema já tinha se tornado público, na medida que o déficit de leitos obstétricos fora discutido na II Conferência Municipal de Saúde, em 93, para onde destinava-se este documento técnico. Nem essa instância, e nem a própria II Conferência Distrital de Saúde da AP3.1, realizada anteriormente, indicaram a possível continuidade da discussão, mesmo a AP3.1 detendo o maior déficit de leitos obstétricos do município.

Apenas um ano e meio depois, ao ser levantado no Conselho Distrital, articulou-se objetivamente o problema (déficit de leitos obstétricos) com uma possível solução (a instalação da maternidade no hospital já dotado de infra-estrutura), identificando-se atores institucionais - a universidade, o governo municipal - com os quais se pudesse encaminhar essa relação.

É possível que, se não houvesse neste período a instituição de um ator de representação coletiva na intermediação com a instituição, a solução “técnica” do problema tivesse sido a construção de um novo hospital. As manifestações do “Seu” João Cardoso, tanto no conselho como na reunião com o diretor do HU, apontavam para a existência do risco, tanto mais presente, na medida em que persiste nas grandes cidades a influência de políticos tradicionais que sustentam relações clientelistas para o atendimento de demandas pontuais da população com soluções “visíveis”, “perceptíveis”.

A incorporação e o encaminhamento do tema pelo Conselho possibilitou ainda a sua constituição como interlocutor que vai ao encontro das “autoridades responsáveis” e, neste movimento, legitima-se como ator político para a negociação, mesmo quando sabemos que a marcação de audiências com o Diretor do hospital e com o Reitor e o acompanhamento da questão foram viabilizadas por um conselheiro médico da universidade. Entendemos que trata-se da reiteração da necessidade de manutenção de alianças tácitas entre usuários e profissionais de saúde para viabilizar o encaminhamento dos problemas.

Destacamos que, num segundo momento, o conselho é interpelado pela universidade para se colocar como articulador das instituições, intermediando parcerias para a instalação da maternidade. Este apelo pode ser compreendido como uma manifestação de incapacidade ou desinteresse institucional na negociação, deixando ao conselho distrital as atribuições de

níveis políticos e gerenciais. Uma vez que este papel pode não ser reconhecido por outras instituições, o Conselho pode ser responsabilizado pelo fracasso de parcerias de antemão impossíveis. No entanto, o desenrolar da questão não permitiu a confirmação desta hipótese.

Embora o Conselho Distrital tenha se revelado como a instância privilegiada para a discussão, mesmo tratando-se de assunto de interesse de todo o município, a avaliação da demanda pela maternidade não ultrapassou os limites da AP3.1. Percebida, a partir do olhar local, a abrangência da crise do atendimento obstétrico em todo o município, houve dificuldade para a incorporação de outros possíveis atores. Como observamos, a colocação do problema no âmbito do Conselho Municipal de Saúde resultou apenas na manifestação formal de apoio de um entidade que o integra, o Conselho dos Direitos da Mulher. Essa dificuldade pode ter expressado os laços frouxos que naquele momento prendiam os conselhos distritais ao Conselho Municipal, ao qual são formalmente vinculados.

Contraditoriamente, o silêncio da Universidade ao final das negociações, negou ao Conselho a legitimidade que ela mesma havia reconhecido. Uma possível explicação é a incapacidade da universidade em superar sua contradição interna sobre a questão - a reação institucional da Maternidade de Laranjeiras - explicitada mais de uma vez nas conversações como um obstáculo a ser vencido. Neste caso, longe de negar a legitimidade do conselho, a universidade pode estar expondo sua própria incapacidade em constituir-se como interlocutora para prosseguir nas negociações.

Finalmente, achamos importante ressaltar a impossibilidade do próprio Conselho em dar continuidade ao debate, na forma proposta na III Conferência Distrital de Saúde (concentração popular na reitoria), visando provocar uma resposta da universidade. Neste momento, mais uma vez, a necessidade de institucionalização do Conselho atropelou a agenda de questões que ele mesmo se colocara: imediatamente após o encerramento da Conferência, o Conselho entrou em processo de eleição de nova Comissão Executiva. Até que se coloque de novo, coletivamente, a questão: onde nascer na AP3.1?

3. Violência: quem fala, consente; quem cala, sobrevive

As causas externas - homicídios e acidentes de trânsito - são a terceira causa de mortalidade na AP3.1 (Ver Cap. II - A vida pelas tabelas). Embora resultantes da deterioração das relações sociais, as situações de violência vividas cotidianamente pela população em seus locais de moradia ou vias de transporte não foram as motivadoras do surgimento do debate do

tema no Conselho Distrital de Saúde da AP3.1. Foi o segmento dos profissionais que levantou o problema, trazendo o testemunho de situações de violência vividas nas unidades de saúde.

Para os usuários, é possível que o terror das disputas entre grupos de narcotraficantes, ocorrendo permanentemente, uma vez que as sub-áreas da região são disputadas não só pela facilidade de acesso de “consumidores” mas também pelas vias de abastecimento disponíveis (Ver Anexo - Mapa publicado no jornal “O Dia” - 28. 10. 95), e a invasão violenta das comunidades pela polícia, tenha afastado qualquer possibilidade de exteriorização no Conselho, dos problemas cotidianos de violência. Aqui, o silêncio é tanto mais expressivo quanto maior é sua utilidade como tática de sobrevivência. Pode significar sobrevivência, no sentido de anos ganhos de vida, pessoal e familiar, mas também comunitária, pois não são isolados os casos de “tomada do poder” nas associações de moradores pelos grupos armados. Refletindo-se na representatividade do segmento dos usuários, no Conselho, esta circunstância só é perceptível pela ausência - o representante da entidade deixa de comparecer às reuniões do Conselho. Ou vinculam-se a outras entidades, conseguindo, assim, manter a continuidade da representação comunitária.

O primeiro problema, no período de pesquisa, provocado pela situação de violência na AP3.1, foi trazido ao Conselho Distrital pela direção do Posto de Assistência Médica (PAM) de Ramos. Na reunião da Comissão Executiva de 13 de julho de 1994, o diretor expôs o problema: o Posto estaria vivendo *“um nível de violência sem precedentes, com situações de constrangimento enfrentadas pelos profissionais dentro da unidade”*. Advertiu, entretanto, que a situação era generalizada em toda a região - há nove meses o Posto havia cancelado as visitas domiciliares, que eram realizadas pelos profissionais dentro das comunidades, as escolas fizeram férias forçadas e, depois das oito horas da noite, ninguém podia circular pelas ruas.

O serviço de emergência da unidade, onde passaram-se as cenas descritas e que chegou a ser atingido por balas perdidas de tiroteios, estava prestando cerca de 350 a 400 atendimentos diários, totalizando em junho de 94, cerca de 6.000 pacientes. As equipes da unidade contavam com 8 médicos cada uma, sendo 47 lotados na emergência. Em outras épocas, com maior número de profissionais, ainda não aposentados, integrando o extinto INAMPS, a média mensal de atendimento do serviço chegara a 18.000 usuários. Reunidos para discutir formas de enfrentar a situação de violência, os profissionais colocaram-se quatro alternativas: 1) fechar o serviço à noite, reestruturando os PAMs de outros bairros (Del Castilho e Penha) para atendimentos de emergência 2) fechamento do serviço à noite durante 30 dias; e 3) fe-

chamento nos finais de semana. A decisão por uma das alternativas foi adiada para a reunião seguinte.

Como a adoção de qualquer das alternativas implicaria no fechamento do serviço, com o que o diretor não concordou, ele decidiu levar o que chamou de “angústia do PAM-Ramos” para debate no Conselho Distrital. Pediu a presença do Conselho nos debates internos da unidade e propôs-se a encaminhar uma carta às comunidades expondo o risco de fechamento dos serviços em razão da circunstância que tanto a população quanto os profissionais estavam vivendo e apelando para o engajamento de todos na busca de soluções. A Comissão Executiva decidiu que não daria mais tempo de esperar a próxima reunião plenária do Conselho - “temos que ir lá, conversar com os funcionários e comunidades próximas, se reunir com a direção”. Foi lembrado o reflexo daquela situação no atendimento em toda a rede, pois o PAM-Penha já havia decidido fechar nos finais de semana - a emergência do Hospital Universitário, com atendimento referenciado, já começava a sentir os efeitos da indefinição do funcionamento dos PAMs, tendo que atender os pacientes “com as portas abertas”, isto é, sem encaminhamento de outras unidades.

Na Reunião Ordinária de 23 de julho, a situação do PAM Ramos foi apresentada por conselheiros que haviam participado de reunião na unidade, enriquecendo com detalhes, o “clima de violência”. Depois da discussão, aprovando propostas de conselheiros usuários, o conselho decidiu que: 1) a próxima reunião dos funcionários da unidade deveria contar com a presença de representantes das associações de moradores e outras entidades; e 2) que a Carta à População não mencionasse a palavra “violência”, uma vez que seria facilmente identificável a situação a que se referia, e que os conselheiros, e não a direção da unidade, deveriam assiná-la, compartilhando a responsabilidade pelos seus termos. (Ver “Anexo” - “Carta à Comunidade do Complexo do Alemão”)

Passado o momento da mobilização comunitária e do arrefecimento da disputa entre grupos, que, certamente com intensidade diferente, determinaram a volta ao funcionamento normal do PAM-Ramos, o tema “violência” só retornou ao Conselho quatro meses depois, na Reunião Ordinária de 15 de outubro de 1994. Naquele dia, um profissional de saúde da Unidade de Cuidados Básicos de Saúde (UCBS) da Vila do João, mantida pela Universidade Federal do Rio de Janeiro como unidade docente assistencial, informou que ela fora fechada por uma semana para a realização de consertos, provocados pela depredação de algumas salas, num assalto ocorrido durante a noite. Informou ainda que o “chefe” da área posicionou-se contra o fechamento provisório, aplicando, ele mesmo, “um corretivo” nos assaltantes.

Trouxe o problema ao Conselho porque a situação do Posto agravou-se depois que alguns profissionais não quiseram mais voltar a trabalhar na unidade quando da reabertura do Posto. Embora acreditem que a situação do posto tivesse que ser discutida com a população e o Conselho Distrital, ele já trazia a proposta dos funcionários de que fosse firmado um convênio com a SMS-RJ para aumentar o quadro de profissionais e realizar melhorias no prédio.

Após o informe, que incluía também a proposta de convênio com o município, seguiu-se intenso debate. Um profissional de saúde apontou que o Conselho não podia mais continuar tendo que dar soluções para os problemas pontuais que aparecessem (“no picadinho”) - *“temos que recuperar a noção de sistema de saúde e o reconhecimento dos sujeitos, ou quem é o gestor único da saúde no Rio de Janeiro”*, referindo-se à omissão do município da discussão destes problemas. *“Precisamos da definição deste sujeito para encaminhar as questões do sistema, e daí sim discutir as soluções.”*

Foi também de um profissional de saúde a proposta de realização de um Seminário Sobre Violência, uma vez que, novamente, o assunto voltava ao Conselho. Entendia-se que o Seminário seria uma oportunidade de discutir com a comunidade a partir da contribuição de especialistas no assunto. Durante o resto do ano, a proposta foi reapresentada, sem no entanto ter havido manifestação de maior interesse do conjunto dos conselheiros.

Da parte dos conselheiros usuários, as manifestações variaram das explicações mais genéricas para a situação de violência (“a falta de reforma agrária provocou a favelização do Rio de Janeiro”) até a indicação da inocuidade da realização de um seminário específico (“todo mundo sabe de onde vem a violência”). Não houve, e continuará não havendo, menção explícita à situação de violência nas comunidades, como se reinasse uma dimensão do tema sobre a qual todos estivessem de acordo e que não deveria ser mencionada. Mesmo o profissional que defendeu a reorientação da discussão para que o conselho exigisse que o interlocutor habilitado para o debate fosse identificado, posicionou-se contra a realização do seminário.

Na reunião seguinte, em 8 de junho de 1995, o representante dos funcionários da UCBS - Vila do João voltou ao Conselho para informar que a continuidade da situação de violência estava inviabilizando o funcionamento da unidade. Em reunião na manhã daquele dia, os funcionários chegaram à conclusão que *“como estava não podia continuar”* - não pretendiam mais atuar no posto. Nem eles e nem os estudantes de medicina da UFRJ que faziam formação prática na unidade. Segundo o relato, o afastamento dos estudantes foi reforçado pela visita de alguns pais à direção da faculdade, exigindo a retirada dos alunos do posto de

saúde. Depois da reunião daquele dia, estavam encaminhando ao conselho a proposta de que o atendimento continuasse a ser feito por agentes comunitários, que poderiam ser treinados na própria universidade.

Nos debates daquele dia, representantes dos usuários manifestaram-se veementemente contra o fechamento do Posto (“isto só vai piorar a situação do atendimento público, que já é grave”). É relevante lembrar que este segmento não tinha moradores da Vila do João, que se vincularam ao Conselho, depois da III Conferência Distrital, como um dos resultados da sua mobilização em defesa do Posto de Saúde.

Na reunião, do segmento dos profissionais, veio a constatação de que crises como aquela aconteciam “*porque a universidade não discute com a sociedade o que vai fazer*”, apesar do apelo de um deles de que é preciso ter claro o papel docente da Universidade, que “*só é assistencial na medida em que ensina*”. Predominou, no entanto, a percepção de que o Conselho teria que resolver o problema da Vila do João sozinho, porque tinha ficado claro na exposição que “*a universidade já estava tirando o corpo fora*”. Um usuário lamentou que a universidade tratasse a população apenas como “cobaia” para os estudantes, ignorando suas necessidades de serviços de saúde.

Na Reunião Ordinária seguinte, em 20 de julho, o representante da equipe que atuava no posto de saúde compareceu ao Conselho, novamente, e pela última vez, para informar que o Posto da Vila do João tinha sido definitivamente fechado (“não de repente, mas foi sendo fechado”). Informou também que a equipe passou a integrar o Programa de Atenção à Saúde da Faculdade de Medicina, desenvolvendo a atividade docente-assistencial junto ao PAM-Ilha do Governador. Aproveitava para esclarecer também que a equipe não assumiu a administração daquele posto por acreditar que este seria um papel a ser assumido pelo município quando o PAM fosse municipalizado. Procurava assim, junto aos conselheiros, desfazer o boato de que o próprio PAM tivesse sido transferido para a universidade, evitando a municipalização. Quanto ao posto fechado da Vila do João, a universidade estava recomendando às unidades da área que passassem a assumir os usuários lá cadastrados.

Interrompendo, o presidente do Conselho leu o ofício encaminhado pela Faculdade de Medicina ao Hospital Geral de Bonsucesso em que pedia que este passasse a atender os usuários do posto da Vila do João. Informou que lia o ofício a pedido da direção do Hospital, que não teria concordado com a transferência, e nem com a forma como foi feita (via ofício), pois, antes de tudo, ignorava o caráter dos serviços do hospital (emergência, ambulatório e clínicas

especializadas), bastante diferente do posto fechado, que prestava serviços primários e desenvolvia programas de saúde específicos (tuberculose, hanseníase...)

Prosseguindo, descreveu a troca de correspondência entre as unidades, a Coordenação Técnica da AP3.1 e o próprio Conselho a respeito do encaminhamento dos usuários para outras unidades. Considerou que sentia que o Conselho estava sendo usado como “patinho feio” de toda a história, uma vez que não ficavam claras as posições das instituições (“afinal, podem ou não podem atender?”). Achava que o Conselho tinha que trabalhar com mais informação para não correr o risco de ser usado nas disputas entre as instituições.

Como decisão final da reunião, ficou decidido que o Conselho mandaria nota de repúdio ao ofício da Faculdade de Medicina.

Durante aqueles meses em que “a UCBS ia sendo fechada” e o assunto era levado ao Conselho Distrital, algumas moradoras da Vila do João começavam a defesa do posto. Sua organização ocorreu a partir da discussão sobre como conseguir a continuidade dos programas interrompidos com o fechamento da unidade (diabetes, saúde da mulher, crianças, hipertensão...).

O movimento desenvolveu-se de forma independente da Associação de Moradores, e prosseguiu nas reuniões de grupos da Igreja Católica, que institucionalmente tentara sem sucesso a reabertura do posto junto a universidade. Segundo uma moradora:

“Um grande medo surgiu naquela reunião, devido a violência. As pessoas queriam saber o motivo do fechamento do posto e nem eu mesmo sabia o motivo exato. Quer dizer, tinha um medo muito grande assim nas pessoas, e até passava pra mim esse medo. Pensei, gente, eu vou ou não vou? Ou vou ou fico? Então, chega uma hora que eu tinha que confiar em mim mesmo, né, eu moro num local, tenho meus filhos, já passei situações precárias, mas nunca prejudiquei ninguém, meu ideal é outro, né, não é pra prejudicar ninguém, mas sim pra ajudar a comunidade.” (Depoimento à pesquisadora Irânia Marques, em trabalho para o ELOS - Núcleo de Estudos Locais em Saúde/ENSP-FIOCRUZ)

A característica de movimento de usuários pela reabertura do posto ficou ainda mais marcada quando as moradoras passaram a cuidar até da conservação e limpeza das instalações e do acervo de prontuários lá deixados depois do fechamento da unidade.

Aproximaram-se do Conselho Distrital, participando, em seguida, da III Conferência Distrital de Saúde da AP3.I, levando desde então (setembro de 95) a proposta de incorporação da unidade pela rede municipal. Com este objetivo, junto com o Conselho, encaminharam carta aberta à III Conferência Municipal de Saúde (Ver Anexo).

Como resultado das negociações, a SMS-RJ propôs-se a incorporar a UCBS Vila do João na rede municipal, mas dentro de uma nova proposta gerencial (“terceirização”) que pre-

tendia implantar na região em seis postos de saúde instalados em unidades escolares. Para manter as unidades, a Secretaria repassaria a uma entidade dos moradores, os recursos necessários para a contratação de profissionais de saúde. Segundo o secretário de saúde, este modelo permitiria “o exercício do controle social direto, uma vez que os usuários, o poder público e a entidade contratante estariam fiscalizando o desempenho dos profissionais.”¹¹

Outras referências a situações de violência no período observado ocorreram na Reunião Ordinária, de 08 de agosto de 95 e na reunião de usuários, profissionais e direção do Hospital Geral de Bonsucesso, em 25 de janeiro de 1996.

No primeiro momento, a referência ocorreu a partir da exposição do processo de municipalização pela Coordenação Técnica da AP3.1 que, segundo ela, estaria provocando a rediscussão do modelo assistencial de toda a área. Entre as possíveis inovações, discutia-se no município, a contratação de agentes comunitários de saúde.

Após a exposição, um usuário advertiu que os agentes não poderiam substituir os profissionais com salários mais baixos, mesmo levando-se em conta o vínculo estreito com os moradores. A Coordenadora respondeu que, mesmo não tendo havido uma definição a respeito da contratação, achava importante o papel dos agentes comunitários para a prevenção de doenças pois eles podem subir os morros, já que “os técnicos não sobem o morro por salário nenhum.”

A situação de violência foi mencionada uma outra vez em reunião do Hospital Geral de Bonsucesso, em 25 de janeiro de 1996, numa discussão entre médicos na presença de usuários, quando ao lado da falta de profissionais, foi mencionada como uma das razões que impediriam a implantação de um terceiro turno de quatro horas no atendimento ambulatorial. O serviço funcionava com dois turnos e a ampliação seria uma das medidas que poderiam contribuir para desafogar o serviço de emergência, que estava sendo reaberto e ficaria liberado para exercer a sua função de prestar atendimento imediato.

Assim, “também por uma questão de segurança”, o serviço ambulatorial teria que continuar atendendo em dois turnos, com marcação antecipada de consultas.

3.a. Violência de quem contra quem?

Todas as situações de violência na AP3.I, discutidas no Conselho Distrital, foram levantadas por profissionais de saúde, que sentiram-se ameaçados de continuar desenvolvendo suas atividades nos seus locais de trabalho.

¹¹. Sinal 24-set./out.95 - Luta da comunidade pode reabrir Posto de Saúde da Vila do João.

Nos dois anos observados, não houve menção formal nas reuniões do conselho, por nenhum dos segmentos, nem à violência vivida cotidianamente pela população e nem à configuração de um quadro de riscos à saúde e à vida, resultante desta situação nas comunidades. Nenhum usuário falou explicitamente dos momentos de violência passados no seu local de moradia e nem tampouco o segmento técnico (profissional e dirigente) relacionou esta situação com o perfil da demanda por atendimento verificada no seu local de trabalho, mesmo sendo as causas externas (principalmente, acidentes de trânsito e homicídios) o terceiro grande grupo de causas de mortalidade na AP3.I, particularmente, e no município do Rio de Janeiro, em geral. (ver Cap. - A vida pelas tabelas)

Do total de 15.086 óbitos ocorridos no município de janeiro a março de 1995, 15,3% foram provocados por causas externas. (Fonte: SMS-RJ. In Seminário do CREMERJ) Uma pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro que comparou dados dos hospitais, da polícia e do Instituto de Medicina Legal, concluiu que as estatísticas da violência sofrem uma “maquiagem”, escondendo a realidade sobre o verdadeiro número de homicídios na cidade do Rio de Janeiro. Com medo de se comprometerem, os médicos raramente notificam em seus boletins o homicídio por causa externa da morte dos pacientes. Eles preferem optar pelo vago conceito de “outras violências”, que os isenta de depor em inquérito policial.¹²

Se, para os profissionais, o tema “violência” foi levado ao Conselho como resultado da sua manifestação nos serviços, para os usuários ele só adquiriu relevância na medida em que foi utilizado, pelos profissionais, como motivo para o fechamento de unidades de saúde. Como foi dito mais de uma vez por mais de um usuário durante os debates, “é contra essa violência que temos que lutar.” Mais do que a possível diferença de concepções de “violência” de cada segmento, tratava-se de discernir quais eram os agentes dos atos de violência. Para a população usuária, à violência da polícia e do confronto entre grupos narcotraficantes, que nunca foi um problema de saúde colocado formalmente no conselho, somava-se o risco do fechamento, parcial ou definitivo, das unidades públicas de saúde. Admitir publicamente a “violência” poderia significar, portanto, o fortalecimento da argumentação dos profissionais, expondo-se a mais um risco: o fechamento dos serviços de saúde na comunidade,

Mesmo em conversas informais, as referências ao assunto “violência” foram sempre indiretas, cifradas ou reticentes.

Consideradas as diferenças de época e a particularidade de cada situação, uma circunstância comum aos dois casos descritos, o Pam Ramos e o Posto da Vila do João, deve ser ressaltada: para fazer frente à situação de violência, os profissionais das duas unidades decidiram em reunião, que a melhor solução era a restrição do atendimento, no PAM Ramos, ou fechamento completo dos serviços, iniciado gradualmente, no Posto da Vila do João.

No primeiro caso, ao ser levada para o conselho pelo diretor da unidade, um dos mais assíduos representantes do segmento gestor nas reuniões, a situação de violência vivida pela unidade deixou de ser assunto de interesse apenas dos profissionais da unidade, incorporando as associações de moradores, sindicatos e outras entidades no debate. O conselho definiu ainda um grupo de conselheiros para participar dos debates com os profissionais dentro da unidade e propôs-se a substituir a direção da unidade na autoria da carta aberta à comunidade, delineando, com a interferência determinante dos usuários, os termos considerados apropriados aos propósitos do documento - a “situação de violência” foi atenuada por referências aos “ACONTECIMENTOS” e “INTRANQUILIDADE”. (ver Anexos)

A inclusão do conselho e, a partir dele, a ampliação do debate da “situação de violência” do PAM Ramos parece ter sido decisiva para que não prosperasse a proposta de restrição parcial do atendimento. Mas, certamente, um fator determinante para este resultado foi o reconhecimento pela direção da unidade, do conselho como espaço público para onde o debate deveria ser levado.

No caso do posto da Vila do João, a situação de violência foi levada ao Conselho com decisões já tomadas pelos profissionais - inicialmente, o fechamento provisório até, passados oito meses, o fechamento definitivo. Embora tenha havido o apelo do representante dos profissionais da unidade para que o assunto fosse discutido com a população, ele foi sempre apresentado no conselho já acompanhado de decisões já tomadas pelos profissionais.

Alguns aspectos podem ser destacados deste episódio:

⇒ o desconhecimento da Faculdade de Medicina a respeito da organização da rede de serviços da AP3.1, área em que ela mesma está localizada. Ao encaminhar os usuários do Posto fechado para o HGB a direção da Faculdade ignorou os diferentes perfis das unidades: o HGB é uma unidade terciária com serviços de emergência, ambulatório e especialidades; o Posto da Vila do João era uma unidade de atendimento primário, com atuação baseada em programas de saúde. A alternativa de buscar o Hospital Universitário,

¹². Sinal 18 - Dados sobre mortes violentas no Rio não são confiáveis, sobre notícia do “Jornal do Brasil”, de 27 de julho de 1994

recomendada pelos profissionais que fecharam o Posto de Saúde, mostrou-se inviável quando o hospital alegou não poder prestar atendimento porque não tinha recebido os prontuários, que continuavam trancados no posto.

- ⇒ a aglutinação de moradoras da Vila do João em defesa da integridade do Posto de Saúde. Assumir a manutenção e limpeza das instalações e preservar o acervo de prontuários, cuidando para que não ocorresse “invasões”, foi uma estratégia utilizada para garantir o retorno ao funcionamento normal da unidade quando isso fosse conseguido, segundo depoimento de uma moradora em reunião com a Comissão Executiva do CDS-AP3.1, em 10 de outubro de 1995.
- ⇒ a emergência das moradoras da Vila do João como novas integrantes do Conselho Distrital, levando a discussão para as Conferências Distrital e Municipal. Na própria comunidade, durante o movimento pela reabertura do Posto, as moradoras organizaram uma entidade autônoma de representação de seus interesses, o GAVJA - Grupo de Amigos da Vila do João e Adjacências. Aqueles interesses tornaram-se mais objetivos, na medida em que o município assumiu o compromisso de reabertura do posto, desde que a prestação de serviços dos profissionais fosse terceirizada através de uma entidade de confiança dos moradores ou indicada por eles.

A situação de violência na AP3.1 volta a ser mencionada no conselho na medida em que é utilizada pelos gestores como argumento para definir formas e horários de funcionamento dos serviços. É o caso da possibilidade de emprego pelo município de agentes comunitários para visitas à população, substituindo outros profissionais e a impossibilidade do funcionamento de mais um turno no ambulatório do HGB. Essas situações das respostas do movimento popular ao “estado de emergência permanente”. (Valla e Stotz, 1994).

Acompanhando as discussões no Conselho Distrital, foi possível perceber as diferentes concepções de cada segmento sobre a violência. Para os profissionais, ela configurou-se como ameaça física ao exercício da sua atividade profissional, o que efetivamente ocorreu, conforme testemunhos até mesmo de usuários.

Para os usuários, nas discussões, mesmo encerrando a noção de ameaça à integridade física, a concepção de violência ampliou-se na medida que os profissionais utilizavam o seu primeiro significado, de ameaça, como justificativa para o fechamento dos serviços. É desta violência que quiseram falar os usuários. Como contraste, para demonstrar ainda mais a improcedência do argumento, exemplificaram com a continuidade do funcionamento de outras atividades (públicas e privadas) nas comunidades. Por que só os serviços de saúde teriam que

fechar? Além disso, se a “situação de violência” era comum a toda a cidade por que só os riscos corridos na comunidade impediriam o funcionamento normal das entidades públicas? (ver Anexos - Carta dos Moradores da Vila do João -)

Neste caso, as diferentes concepções de um mesmo tema, podem explicar a indiferença com que foi considerada a proposta de um profissional de realização de um Seminário sobre Violência durante todo o período em que as “situações de violência na AP3.I” foram debatidas no conselho.

4. A crise dos serviços de emergência na AP3.1

*“O SUS no Rio de Janeiro só funciona no Natal, Ano Novo e Carnaval.”
(Conselheiro Gestor - Coordenação Técnica da AP3.I)*

Antes mesmo que o Conselho Distrital de Saúde da AP3.I estivesse totalmente organizado, os serviços de emergência da região já faziam parte das preocupações dos participantes do movimento por sua implantação. Ainda no primeiro processo eleitoral, o manifesto da Chapa 1 (Unidos Pela Saúde) mencionava o funcionamento da “Comissão de Emergência, em vias de preparar um amplo Seminário da AP3.I.”¹³. Naquele momento, a Emergência, por ser um tema de interesse geral, teria desempenhado um papel predominante na aglutinação dos interessados na composição do Conselho.

O Seminário de Emergência da AP3.I foi o primeiro grande evento promovido pelo Conselho Distrital. Ocorreu no dia 18 de junho de 1994, reuniu mais de 100 pessoas contando com grande presença de profissionais, usuários e dirigentes, e, a partir, de um diagnóstico da situação dos serviços emergenciais na região, apontou uma série de medidas para sua melhoria. Dentre elas, destacamos as que se referem à necessidade de articulação entre as unidades e destas com a população, e a que refere aos recursos humanos. Sobre estas questões, o Seminário propôs:

*“- Criação de um Sistema de Informações e comunicação entre as unidades como medida indispensável à eficiência do sistema de referência e contra-referência, priorizando os pólos especializados;
- O estabelecimento de um processo ativo de comunicação entre as unidades e a população para que ela tenha conhecimento do funcionamento das unidades e do seu nível de complexidade, utilizando-se de murais, boletins informativos, trabalho em salas de espera etc.;*

¹³. Carta Aberta aos Conselheiros - 12 de março de 1994

- As unidades devem manter o intercâmbio de recursos materiais e procurar formas que viabilizem o remanejamento de recursos humanos a partir da municipalização e da isonomia salarial.”

As duas primeiras apontam para a inexistência de uma organização regional sistematizada, através da qual pudesse haver o trânsito de pacientes de acordo com o nível de complexidade necessário para o atendimento (ou a referência e contra-referência). Na realização desta pesquisa, acompanhando as reuniões do conselho e deste com os hospitais, saberemos que quem faz este trânsito são alguns usuários, no exercício da função de agentes de saúde.¹⁴ É esta função, acumulada com o papel de conselheiro, que torna possível o monitoramento da qualidade e da plenitude do funcionamento dos serviços, podendo levar essas questões para dentro do conselho. A inexistência de uma relação formal entre as unidades, através de mecanismos de troca de informações, que possibilite o conhecimento, por exemplo, da disponibilidade de vagas, do funcionamento dos equipamentos, das especialidades médicas disponíveis, seria preenchida pela atuação desses usuários/agentes de saúde/conselheiros. Da mesma forma, suprem a inexistência de um processo ativo de comunicação entre os serviços e a população sobre o funcionamento dos serviços.

A referência aos recursos humanos, indicando o remanejamento entre as unidades, indicou uma situação de carência de pessoal que, alguns meses depois, deflagraria a situação crítica da Emergência do HGB, sendo também a razão, da parte dos profissionais, para levar o assunto ao Conselho. Este foi também o único problema cuja solução foi encaminhada institucionalmente pelo Ministério da Saúde, através da realização de concurso público para a incorporação de novos profissionais, a partir da demanda colocada pelos serviços e entidades de classe (Sindicato dos Médicos e Conselho Regional de Medicina).

Um mês após a realização do Seminário de Emergência, o assunto volta ao conselho pelo segmento dos dirigentes das unidades, mas reduzindo a avaliação da crise à falta de profissionais. Na Reunião da Comissão Executiva de 13 de julho de 1994 foi relatada a conclusão do trabalho do Grupo Executivo instituído pelo Ministro da Saúde para analisar a situação das unidades federais no município (os PAMs e os hospitais federais, alguns com serviços de emergência). Um usuário lembrou que “o Grupo foi implantado de cima para

¹⁴. *É intensa a atuação permanente de agentes comunitários de saúde na AP3.1, tanto junto aos serviços quanto nas comunidades. Entre eles, destacam-se os seguintes grupos: Agentes de Saúde de Manguinhos, Agentes de Saúde em Alcoolismo, Sementinha Serviços Comunitários, Agentes de Saúde do Centro Comunitário José de Anchieta (Vila Pinheiro), Agentes de Saúde da Pastoral da Criança, Agentes Comunitários Independentes de Saúde, e Agentes Comunitários de Saúde do Hospital Geral de Bonsucesso. (CARDOSO, M. e OLIVEIRA, L. Mapeando os agentes de saúde na Leopoldina. Se Liga no SINAL, no. 23, - jul/ago 95)*

baixo, passando por cima do processo de descentralização, não reconhecendo os conselhos como parte interessada na discussão.”

A pedido do Ministro, o grupo concentrou-se nas unidades hospitalares de maior grau de complexidade, remetendo os problemas dos PAMs para serem tratados na sua futura municipalização, o que só começaria a acontecer um ano depois. O Grupo realizou o levantamento de um quadro de disponibilidade de recursos humanos e materiais e diagnosticou o fechamento dos serviços de urgência dos PAMs (no caso da AP3.1, o Pam Penha) como uma das causas do aumento da procura dos usuários pelas emergências hospitalares, elas mesmas com falta de profissionais.

Para fazer frente à ausência de uma política de recursos humanos para as unidades, o Grupo Executivo encaminhou ao Ministro uma proposta a ser implementada em três etapas: 1) relocação de pessoal entre as unidades, 2) incorporação dos profissionais já concursados nos Ministérios do Exército, Marinha e Educação e 3) abertura de novo concurso público para a admissão de novos profissionais. Na reunião da Comissão Executiva, um conselheiro usuário lembrou que quando foi tentada, essa política sempre esbarrou em obstáculos políticos e corporativos.

Na Reunião Ordinária do conselho, ocorrida dez dias depois, em 23 de julho, a avaliação do Grupo Executivo foi criticada por não incluir a revisão da lotação de pessoal dos PAMs, encaminhada por seus diretores. Para o representante do município, no entanto, o Grupo teria acertado ao remeter os problemas dos PAMs para a futura municipalização.¹⁵

Naquele momento, segundo ele, o compromisso da Prefeitura estava firmado no documento “Perfil Assistencial das Unidades do Ministério da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro”, resultante da articulação entre o Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Em relação aos PAMs da AP3.1, o documento previa “*a reativação da capacidade operacional plena dos PAMs Ramos, Ilha do Governador e Penha sem alteração dos atuais perfis de atendimento.*”

Naquela Reunião Ordinária, ainda sobre a proposta do Grupo Executivo, o representante do Sindsprev (Sindicato dos Servidores da Previdência) disse que o sindicato não aceitaria a redistribuição de funcionários, sem uma política de isonomia salarial, e nem o fecha-

¹⁵. A municipalização das unidades federais do Rio de Janeiro começou a ser implantada em 10 de agosto de 1995, quando foi assinado convênio entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura do Rio de Janeiro. Por esse instrumento o Ministério passou ao município a gestão de 15 PAMs e 4 Maternidades do extinto INAMPS, repassando ainda R\$ 37 milhões pelo período de seis meses correspondentes aos recursos orçamentários daquelas unidades. Ao final do período previsto, o Convênio foi renovado até setembro de 1996..

mento de unidades, referindo-se à restrição do atendimento apenas aos pacientes encaminhados por outras unidades.

Durante o restante do ano de 1994 os serviços de emergência não retornaram à pauta do Conselho, apesar do agravamento da crise no setor, que podia ser acompanhada nos meios de comunicação de massa, principalmente através de intensa cobertura pela televisão. Repercutiram intensamente as imagens de atendimento de pacientes em cima da pia em hospitais da cidade, sempre omitindo o fato de que aquelas estruturas de serviços destinavam-se a toda a população, uma vez que o atendimento emergencial não é prestado por hospitais privados.

A gravidade da situação foi acompanhada por intensa mobilização das entidades médicas pela proposta de realização de concurso público, que tinha sido uma das alternativas apresentadas pelo Grupo Executivo ao Ministério da Saúde. O reconhecimento da gravidade da situação, veio com a decretação de calamidade pública na saúde pública do Rio de Janeiro que trazia implícita a possibilidade de solução da contratação de novos profissionais. Júlio Noronha, chefe do Setor de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso e participante comentou aquele momento:

“Com as entidades médicas pressionando, no final de 94, dia 9 ou 10 de dezembro no Diário Oficial da União, foi publicado um Termo de Calamidade Pública na Saúde do Rio de Janeiro, o que permitia contratar pessoal para repor o quadro de todos os lugares, especialmente do MS. As entidades foram contra, porque acharam que aconteceria um tremendo “trem da alegria”, contratando gente sem concurso público. No dia 28 de abril [de 1995], fomos a Brasília - eu, Jandira Feghali [deputada federal], Tenório [presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro], Jorge Darze [CREMERJ], e em audiência com o ministro da Saúde, que ligou para o Bresser Pereira [ministro da Administração e Reforma do Estado], e conseguiu um concurso público para o Rio de Janeiro, para reabrir as emergências e abrir os serviços que estavam prontos e não tinham como funcionar porque não tinha gente - no Hospital de Bonsucesso, além da Emergência, a Unidade Coronariana e a UTI Pediátrica e Neonatal, por exemplo.”

A crise da Emergência retornou ao Conselho Distrital da AP3.I na última Reunião Ordinária de 1994, no dia 10 de dezembro, trazida pelo depoimento de um usuário. O conselheiro e agente de saúde atuante junto ao Hospital Geral de Bonsucesso, Carlos Barros, o Carlinhos, denunciou o risco de fechamento do Setor de Emergência da unidade. Soube da possibilidade disso acontecer após ter participado, a convite do Setor de Saúde Comunitária do Hospital, de reunião de comissão composta por funcionários para discutir o assunto. Na ocasião foi informado que a decisão já tinha sido tomada: a partir de 15 de dezembro só seriam atendidos os pacientes que chegassem de ambulância (“referenciados”). No entanto,

com a possibilidade de concurso público para a contratação de médicos e enfermeiros nas unidades federais do município, o fechamento foi cancelado.

Concluindo, Carlinhos chamou a atenção para os riscos que a população estaria correndo caso a decisão fosse mantida, pois são comuns os casos de emergência em que os pacientes são levados ao hospital por parentes, por exemplo. (Ver Cap. II - Entrevistas) Disse, ainda, que estaria acompanhando o assunto pois solicitou ao hospital a continuidade da presença da comunidade na discussão do problema, tendo recebido essa incumbência também pelo Conselho Distrital

Ao final da Reunião Ordinária, na avaliação das atividades do conselho durante 1994, o presidente apontou como um dos fatos relevantes a realização do Seminário de Emergência da AP3.1 e as recomendações feitas para a melhoria dos serviços. Lamentou, entretanto que, passados seis meses, nenhuma delas tenha sido implementada, o que contribuiria para evitar as situações críticas que os serviços começavam a passar.

Na Reunião Ordinária seguinte, em 14 de janeiro de 1995, Carlinhos denuncia o agravamento da situação do serviço de emergência do HGB. Classificou o momento como dramático, relatando situações ocorridas no final do ano quando usuários procuraram atendimento e *“a porta estava fechada, sem ninguém para recebê-los, nem mesmo os vigilantes.”* Propôs uma reunião de entidades de moradores e administradores regionais da X, XI e XXX Regiões Administrativas para encaminhar uma posição sobre o assunto. Questionava ainda porque o HGB não participou ao Conselho Distrital o fechamento e interrupção do atendimento do serviço de emergência. Considerava o fato muito grave, *“uma vez que o hospital também é membro do conselho”*. Segundo ele, esta decisão não caberia exclusivamente à direção do hospital, pois está atingindo os usuários que contam com aquele serviço, recebendo o apoio testemunhal de outra usuária, que também atuava como agente de saúde dentro do hospital.

No debate que se seguiu, os profissionais do hospital procuraram esclarecer que o serviço de emergência do HGB não tinha sido fechado, mas sim referenciado, passando a atender os pacientes encaminhados por outras unidades, principalmente os PAMs. Essa decisão foi tomada porque os recursos humanos disponíveis eram insuficientes para manter o atendimento com portas abertas.

As posições dos usuários podem ser resumidas em torno de dois eixos complementares:

- o apelo para que o serviço mantivesse as portas abertas, pois muitas vezes não há acesso a telefones para que o atendimento na emergência possa ser antecipadamente garantido (“não dá pra telefonar quando você está com alguém passando mal, correndo risco de vida, no meio da rua”);
- o posicionamento muito mais político do que técnico ou administrativo do Hospital ao não reconhecer o Conselho Distrital como “o lugar” em que o assunto deveria ter sido discutido antes que qualquer decisão fosse tomada.

Durante os debates, houve ainda manifestações de usuários questionando o papel do Conselho Gestor (ou Comunitário) do HGB, que funcionava na unidade e deveria estar conduzindo a discussão entre o hospital e a comunidade; e, no sentido de adaptar a população à forma de atendimento adotada pelo hospital, uma proposta de que a referência poderia ser feita nas próprias comunidades, encaminhando-se os pacientes para as unidades onde já se soubesse que havia o atendimento da complexidade necessária.

Foi lembrado também o esforço despendido pelos conselheiros durante o primeiro semestre de 1994, logo após a instalação do Conselho, para a realização do I Seminário da Emergência da AP3.1, cujas deliberações, entretanto, não chegaram a se concretizar, pois não foram assumidas pelas unidades. Para que isso pudesse acontecer, foi sugerida a reativação da Comissão de Emergência do CDS-AP3.1.

A decisão final da reunião foi o convite aos diretores dos hospitais e PAMs da AP3.I, e chefes de serviço de emergência, para discussão na próxima reunião do Conselho, de estratégias para superar a crise, tomando-se como base o relatório final do Seminário de Emergência promovido seis meses antes pelo Conselho.

Os diretores dos hospitais aceitaram o convite do Conselho Distrital e compareceram à Reunião Ordinária seguinte, em 11 de fevereiro de 1995. Estiveram presentes os diretores dos hospitais Universitário, Municipal Paulino Werneck, Geral de Bonsucesso, PAM-Ramos e PAM-Ilha do Governador. Participou também o Chefe do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital universitário, que expôs as condições de funcionamento do Serviço de Emergência da unidade. Os principais pontos de cada relato foram os seguintes:

- ⇒ Hospital Universitário da UFRJ (HU/Fundão): o prédio do hospital tem 13 andares, com 9 e meio concluídos. Cada andar tem 8000m², faltando concluir 28.000m². O hospital tem hoje 527 leitos, todos ativos. Cada novo andar pode ter 180 leitos, o que poderia significar mais 810 leitos. No entanto, acredita que o ide-

al é a incorporação de mais 380, totalizando cerca de 900 leitos. Além dessa dimensão, a unidade ficaria inadministrável, prejudicando a qualidade da assistência, pois, segundo o diretor, a própria Organização Mundial de Saúde recomenda um limite de cerca de 800 leitos nas unidades hospitalares. Para que o projeto original do hospital seja implantado, cada novo andar precisaria de cerca de dois milhões e meio de dólares. No projeto, um desses andares deveria ser uma obstetrícia (maternidade) com cerca de 50 leitos, que precisaria de um milhão e meio de dólares, mais o mobiliário, para ser instalada. Para que isso aconteça, concluiu, a Universidade coloca-se à disposição para estabelecer parcerias institucionais. (Ver neste Capítulo: “Maternidades: onde nascer na AP3.I?”)

⇒ Serviço de Emergência do HU (exposição do Chefe do Serviço de Saúde Comunitária do hospital): logo depois de inaugurado, o Serviço funcionou com porta aberta, mas era pequeno para atender a clientela. Na verdade, apenas de 5 a 10% eram casos de emergência, passando-se então, em 1992, ao atendimento referenciado. Tem 18 leitos, 4 macas e 8 cadeiras reclináveis. Atende de 100 a 160 pacientes/dia, dos quais 60% são graves. A referência/contra-referência é feita pelo Hospital Paulino Werneck, PAM Ilha e PAM Ramos.

O perfil dos pacientes da emergência também mudou, depois da inauguração da Linha Vermelha: até abril de 94, 35% era de fora da AP3.1; aumentando para 65 a 70%, procedentes, principalmente, da Baixada Fluminense e da Zona Oeste, depois da abertura da nova via de acesso. O Hospital Universitário, como um todo, está esgotado e o Serviço de Emergência refletiria esta situação: o hospital tem 40 leitos de AIDS e a emergência tem, permanentemente, de 5 a 6 pacientes de AIDS sem vaga para internação.

O Hospital Municipal Paulino Werneck tem 50 leitos, sendo 24 de maternidade. Está em obras desde 92 [concluída em fevereiro de 1996].

O Hospital Geral de Bonsucesso tem 500 leitos, sendo 47 de alta complexidade, e realiza 32 diálises/dia. Tem capacidade de atendimento de 8.000 a 10.000 pacientes/mês. Ilustrou a falta de pessoal comparando a unidade com outras unidades federais instaladas no município: o HGB tem 3,6 funcionários/leito, o Hospital da Lagoa, 8,6 e o Hospital dos Servidores, 12,8. A diretoria nomeou comissões com a participação da comunidade para discutir os problemas da unidade, como, no momento, a Emergência. (Ver acima, manifestação do conselheiro-membro da comissão)

O Serviço de Emergência do HGB é pequeno, pois não tem área física e nem pessoal para uma grande emergência. A inauguração da Linha Vermelha também foi um problema para o HGB, mas a AP3.1 é prioridade, assim como a disponibilidade de ambulâncias para trânsito dos pacientes entre unidades. Na sua ausência, colocaram uma placa que não foi bem entendida (‘emergência fechada’, seguida dos endereços dos PAMs e Centros Municipais de Saúde da área). Avaliou que há falta de planejamento global da saúde na região e pede a participação do Conselho na “fiscalização sadia”. Quanto ao funcionamento do Conselho Distrital, acha que o dia e horário das reuniões (sábado, à tarde) impõem um rodízio de representantes do hospital.

O PAM Ramos funciona sempre com 8 médicos, sendo 5 no domingo. (Ver acima: “Violência: quem fala, consente; quem cala, sobrevive) Realiza 400 atendimentos/mês; apenas 6% são encaminhados para outras unidades (referenciados). O diretor já teria solicitado ao Ministério da Saúde para ter mais condições para atendimento primário e secundário.

O PAM Ilha: tem 49 médicos mas precisaria de 133; o serviço de Emergência é pequeno, falta médicos e por isso os profissionais do ambulatório prestam atendimento de emergência. O intercâmbio (referência/contra-referência) com o Hospital Universitário funcionaria bem.

Presente à reunião, o vereador Milton Nahon disse que, pelo que tinha ouvido, era preciso por ordem no caos do funcionamento dos serviços de emergência. Lembrou que o ex-ministro Jamil Haddad pedira um plano de emergência que chegou a ser elaborado. O novo ministro, Adib Jatene, já pediu a retomada do plano para atualizá-lo. (Ver acima a discussão sobre o Grupo Executivo do Ministério da Saúde) Acha, entretanto, que os conselhos distritais têm que participar do diagnóstico.

Um usuário lembrou que, no documento final do Seminário de Emergência, o Conselho Distrital já havia recomendado a integração dos serviços dos diferentes níveis de complexidade e vínculos institucionais (federal, estadual e municipal) mas não entendia porque as decisões do Seminário, do qual participaram inclusive os dirigentes das unidades, não estavam sendo colocadas em prática. Pelo que foi exposto, parecia que o sistema de referência funcionava sem problemas. Na prática, entretanto, o usuário era atendido por guarda de hospital, como acontecia no serviço referenciado do Hospital de Bonsucesso. Para ele, essa prática podia ser considerada criminosa, pois significava o exercício ilegal da medicina por pessoas não habilitadas, além de ser um desrespeito ao paciente, que ficava impedido de ter acesso ao serviço sem ter sido avaliado.

Outro usuário denunciou que o Hospital Universitário não atendia os moradores de Bonsucesso, alegando que este bairro deveria ser atendido pelo HGB. O próprio diretor do HGB disse que considerava que uma das questões que tinham que ser definidas no sistema de saúde era a clientela de cada unidade, e o financiamento dos serviços prestados.

Para outro usuário, por trás da crise da emergência, na verdade, estava o projeto de privatização da saúde pública, contra o qual “temos que lutar”. Para um representante dos profissionais, os relatos deixaram duas questões para o conselho: como monitorar o funcionamento dos serviços e “nossa própria identidade e para quem encaminhar nossas decisões”. Ou “quem é o SUS no Rio de Janeiro?”

Na Reunião Ordinária seguinte, em 11 de março, Carlos Barros informou que, na Emergência do HGB, continuava o impasse sobre quem deveria fazer a triagem dos pacientes, os médicos ou os guardas. Segundo ele, já em 3 ou 4 reuniões, a direção do hospital garantira que quem tem que triar os pacientes são os médicos, mas na prática, ele tem informações de que os guardas continuam impedindo o acesso de usuários aos serviços, encaminhando-os a outras unidades na área. Havia uma contradição entre o que era dito nas reuniões e o que estava acontecendo, ficando no ar a pergunta “quem dá a ordem aos guardas?” Para ele, só podia ser o chefe do serviço. Contou que esse assunto gerou uma crise no hospital, resultando na exoneração da subchefe da Emergência.

O presidente do Conselho disse que pôde constatar a imprecisão sobre a real condição de funcionamento do serviço de emergência do hospital. Ele mesmo, depois de observar o acesso ao serviço, não saberia dizer se ele estaria aberto ou fechado, pois, ao mesmo tempo que recebe os pacientes “referenciados”, recusa quem procura o atendimento espontaneamente. Acha que o conselho precisa saber exatamente o que está acontecendo para mobilizar a população sem o risco de ela seja usada para que sejam alcançados objetivos corporativos (dos profissionais) ou institucionais (do hospital). Ainda em relação a emergência disse que o Conselho foi informado que o serviço de ambulâncias do Corpo de Bombeiros centralizariam todas as informações sobre as emergências disponíveis no município, bem como providenciariam as remoções para entrada de pacientes nos serviços.

A representante dos profissionais do Hospital de Bonsucesso propôs que o conselho convidasse os médicos da Emergência para que se pudesse saber o que realmente está acontecendo.

Na Reunião Ordinária de 06 de abril o presidente narrou reunião do Conselho Municipal de Saúde, onde expôs a falta de definição quanto ao perfil de atendimento do

Serviço de Emergência do HGB. Segundo ele, não foi admitida a gravidade da situação, sendo inclusive informado dos desdobramentos mais recentes da proposta de concurso público para a admissão de novos profissionais. Para ele, no entanto, essa teria sido mais uma reunião “engana-bobo”.

Na Reunião Ordinária de 25 de maio de 1995, o Chefe da Emergência do Hospital de Bonsucesso compareceu ao Conselho e explicou como era afinal o funcionamento referenciado dos serviços, imputando ao reduzido quadro de profissionais, e a resultante dificuldade de definir um quadro regular de plantonistas, o que pode estar dando a impressão de que o setor ora está aberto, ora fechado. Negou peremptoriamente que houvesse ordem para que os guardas recepcionassem pacientes. Informou ainda que o CREMERJ estava convocando uma discussão das emergências, solicitando propostas das instituições. Quanto a contratação de novos profissionais, via com otimismo a possibilidade de realização de concurso público, embora também já estivesse em circulação a proposta de criação de uma fundação como alternativa para a contratação e remuneração de novos profissionais. De qualquer forma, considerava a incorporação de mais recursos humanos como essencial para a regularização do atendimento, pois não entendia como “o governo investe 17 milhões de dólares em equipamentos no HGB nos últimos 5 anos, se os profissionais estão indo embora”.

As denúncias de mal atendimento no serviço de Emergência do HGB ainda ocorreram na Reunião Ordinária de 20 de julho de 1995, incluindo a continuidade da atuação dos guardas na recepção, apesar das inúmeras queixas em todas as instâncias possíveis, até o atendimento médico - um usuário relatou o atendimento de pacientes na calçada, mesmo havendo vaga na unidade. Na mesma Reunião, a Coordenadora Técnica da AP3.I informou ao Conselho o início do processo de municipalização das unidades federais no Rio de Janeiro, ressaltando o que esse fato poderá representar para a rede de saúde, em especial, para os serviços de emergência. Disse acreditar que, a medida que o processo avance, poderá ser montado um sistema de referência e contra-referência entre as unidades de saúde, contribuindo para melhorar o acesso da população aos serviços de emergência. Mesmo assim, acha que esses serviços devem funcionar sempre de portas abertas, principalmente para os casos de acidentes de grandes dimensões. Deu o exemplo da recente explosão do arsenal da Marinha na Ilha do Governador. Na ocasião, disse, só o Hospital Municipal Paulino Werneck manteve a porta aberta para socorro à população. Quanto ao sistema de referência/contra-referência, achava que as unidades deveriam aproveitar a sua própria experiência de articulação inter-institucional durante os grandes eventos populares, quando funcionariam como um verdadeiro sistema de

saúde. Segundo ela, por enquanto, “o SUS no Rio de Janeiro só funciona no Natal, Ano Novo e Carnaval.”

O atendimento de emergência na AP3.I será ainda um dos temas da III Conferência Distrital de Saúde, que reafirmou os termos do Relatório Final do Seminário de Emergência da AP3.I, realizado em junho de 1994. A decisão pela confirmação dos pontos daquele documento baseou-se na constatação de que, mais de um ano depois, nenhuma das recomendações tinha sido acatada pelos serviços.

Logo depois, em outubro, alguns daqueles pontos foram incorporados ao Relatório da III Conferência Municipal de Saúde. Também neste evento, o Conselho Regional de Medicina CREMERJ apresentou o documento “Normatização e Reorganização do Subsistema de Emergência no Estado do Rio de Janeiro” resultado do Congresso de Hospitais de Emergência do Estado do Rio de Janeiro. (Ver Nota) No final de 1995 foi realizado o concurso público para a admissão de novos médicos na rede federal do Rio de Janeiro. No Hospital Geral de Bonsucesso foram admitidos 125 profissionais, distribuídos no serviço de emergência e outras especialidades.¹⁶

O tema “emergência” deixará de ser tratado no Conselho, que após a III Conferência Distrital se recomporá para uma novo período de gestão de dois anos. Sua abordagem voltará a ser feita em Fórum específico, que passará a acontecer no interior do Hospital Geral de Bonsucesso, com a presença da direção e de profissionais de saúde do hospital (dos setores de Saúde Comunitária, Emergência e Ambulatório), usuários, conselheiros ou não, e o presidente do Conselho Distrital de Saúde.

A primeira reunião no Hospital Geral de Bonsucesso, em 25 de janeiro de 1996, foi convocada por Carlos Barros, o Carlinhos, conselheiro do CDS-AP3.I, agente comunitário voluntário de saúde, atuando há 14 anos dentro da unidade. Abrindo o encontro, disse que o que o motivou a promovê-lo foi a conversa que teve com Júlio (chefe da Emergência) em que este manifestou sua preocupação com o aumento da demanda de pacientes, que poderia acontecer com a reabertura do serviço [prevista para acontecer em uma semana]. *“Essa também é minha preocupação e por isso convoquei, além da comunidade e do Conselho Distrital de Saúde, também a enfermagem e o ambulatório. Embora a maioria dos pacientes do ambula-*

¹⁶. 19 cardiologistas (5 na Emergência e 14 na Unidade Coronariana), 10 Clínicos-Gerais, 9 ortopedistas, 11 cirurgiões, 6 neurologistas, 37 pediatras, 3 nefrologistas, 10 ginecologistas, 10 obstetras e 10 para o Centro de Tratamento Intensivo. A equipe mínima da Emergência será de 3 Clínicos-Gerais e um Cardiologista, que não atenderá na segunda-feira, dia de menor movimento. (Entrevista de J. Noronha, Chefe da Emergência-HGB)

tório seja de outras áreas, de fora da AP3.I, me preocupo com eles também.” Destacou que aquele encontro tornou-se possível porque o HGB era a única unidade que já tinha vínculo com a comunidade. *“Pode ser que o futuro Conselho Gestor seja um caminho para reforçar este vínculo.”*, referindo-se a proposta do Conselho Distrital de começar a instalar conselhos gestores paritários nas unidades em 1996.

Em torno do principal problema colocado na primeira reunião - “o risco do aumento da demanda com a reabertura da emergência” - foi possível perceber o significado deste fato para os diferentes segmentos (profissionais e usuários), bem como de outros problemas dele decorrentes, suas causas e possíveis soluções nas duas reuniões seguintes (01 de fevereiro e 7 de março de 1996).

Para os profissionais, o aumento da demanda poderia ser resolvido pela ampliação do horário do atendimento ambulatorial, um outro serviço oferecido pelo hospital, que poderia recepcionar os pacientes, e a orientação dos usuários. Outro problema, que impede a saída de pacientes já tratados e, portanto, a ocupação desnecessária de vagas, é o péssimo atendimento oferecido pelas casas de saúde privadas [remuneradas com recursos públicos através de convênio com o com o Sistema Único de Saúde].

A primeira proposta foi inviabilizada já em primeira discussão entre os próprios profissionais. Segundo o chefe do serviço, o ambulatório funciona com consultas pré-marcadas [com 15 dias de antecedência]. O serviço deve ter grande capacidade resolutiva, evitando que o paciente circule pelo hospital em busca de clínicas especializadas - o atendimento não objetiva a triagem, raramente encaminhando um paciente para a Emergência. Sofre com falta de profissionais, funcionando com 4 médicos, mas precisando de dez. Segundo o diretor do HGB, na reunião seguinte, o SPA (Serviço de Pronto Atendimento) continuará com falta de profissionais, mesmo depois da admissão dos aprovados no concurso público que, “por critérios políticos”, previu vagas apenas para os serviços de emergência.

Em relação ao perfil dos pacientes do SPA, o chefe do serviço explicou que só 39% procede da própria AP3.I, sendo o restante da Zona Oeste e da Baixada Fluminense, mas boa parte com mal encaminhamento. *“As vezes, o paciente de fora já passou por até 6 unidades de saúde. Acho que é lá que a comunidade tem que reclamar por atendimento. Quanto aos pacientes da área, muitos moram ao lado de Postos e Centros de Saúde, mas acabam no HGB, principalmente nos finais de semana, quando aquelas unidades estão fechadas.”* Por fim, considerou impossível o funcionamento do ambulatório em mais um turno, não só pela

falta de pessoal, mas também por questões de segurança. (Ver neste capítulo: “Violência: quem fala, consente; quem cala, sobrevive)

Quanto a orientação dos usuários, os profissionais consideravam que aquela reunião já era parte desta orientação, na expectativa de que os presentes deveriam repassar à população o que estava sendo decidido (*“Devemos fazer com que as comunidades se mobilizem. Sem a participação da comunidade não dá pra orientar a população sobre o perfil das unidades da rede.”*). Foi lembrado ainda que no Curso de Agentes de Saúde do HGB, os alunos são instruídos a orientar os usuários para as unidades, de acordo com o perfil dos serviços de cada uma. O Chefe da Emergência apresentou um histórico do Documento do CREMERJ que definiu níveis dos serviços no Estado. *“O HGB é Nível III, isto é, atende risco de vida. Isto tem que ficar bem claro, pois a desinformação pode acabar com a Emergência.”*¹⁷

Outra dificuldade da Emergência do HGB é o encaminhamento dos pacientes já atendidos. Segundo a direção do hospital, o problema agrava-se na medida em que 80% dos pacientes internados na Emergência não são mais apenas casos médicos, mas sim sociais, isto é, abandonados pela família ou sem qualquer outro tipo de apoio.

Além do péssimo serviço que oferecem, as Casas de Saúde conveniadas fazem muitas exigências para receber os pacientes - impedem visitas, exigem acompanhantes ou responsáveis que impeçam o abandono dos pacientes. Por essas condições, muitas vezes os pacientes não querem ser transferidos para essas casas, ocasionando a superlotação da Emergência.¹⁸

¹⁷. *“O Nível I deve apresentar capacidade resolutiva para o atendimento adequado ao tecnicamente entendido como urgência médica. Deverá, também, estar capacitado a dar um primeiro atendimento às emergências, de forma a estabelecer a manutenção de condições vitais, estando apto a operar de forma ágil e segura no transporte do paciente naquelas condições à(s) unidade(s) de maior complexidade à que se referencia.*

O Nível II deverá apresentar-se em condições de prestar adequado atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas de menor complexidade, incluindo a capacidade de atendimento e correto encaminhamento das emergências obstétricas.

O Nível III apresenta-se como uma Unidade Assistencial capaz de atender à todas as emergências clínicas e cirúrgicas, excetuando-se os grandes traumas que, por razões óbvias, seriam referenciados às Unidades “Nível IV”, capazes de realizar todo e qualquer procedimento necessário ao mais adequado atendimento às grandes emergências, dispondo, para isso, dos recursos físicos e humanos necessários.”

Pela proposta, as unidades hospitalares da AP3.1 teriam a seguinte classificação: Hospital Estadual Getúlio Vargas (Nível III - Emergência com Centro de Trauma); Hospital Geral de Bonsucesso (Nível III - Emergências Clínicas e Cirúrgicas Não-traumáticas) e, como referência estadual, o Hospital da Força Aérea do Galeão (Grandes Queimados). (CREMERJ, 1995)

¹⁸. *“As clínicas reclamam que ganham mal do SUS, só que ninguém quer deixar de ter convênio. O único que quis sair nestes dez anos, que eu vi, foi a Casa de Saúde Irajá, que cancelou o convênio no dia 1o. de novembro. A própria Irajá, no meio do ano, mandou um papel dizendo que não aceitaria doente acamado. e eu não conheço doente daqui que não seja acamado. Ai nós passamos 20 dias sem mandar doente para eles... Ai veio todo mundo pra cá, o diretor médico, saber o que estava acontecendo, e eles já estavam até aceitando infarto de sete dias, que não fosse complicado. Eu não tô tacando o pau na Casa de Saúde Irajá, eu só estou explicando que*

Da parte dos usuários, apesar da advertência inicial de que, novamente, discutia-se a emergência, mesmo depois das deliberações tomadas em diversos eventos recentes (as Conferências de Saúde e o Seminário de Emergência), e não implementadas, outros problemas foram levantados.

Um problema entendido pelos usuários como comum a todos eles, surgindo em vários momentos dos debates, foi a recepção dos pacientes pelos guardas. Considerada uma prática deprimente por uma usuária, ela mesma indicou algumas perguntas que ficavam sem resposta: *“Se o guarda impede o atendimento, para onde encaminhar? Nesta situação, de quem é a responsabilidade pela vida do paciente?”* Para ela, *“guarda é pra cuidar do patrimônio e não para triar pacientes.”*

Da mesma forma que a presença do guarda foi reafirmada pelos usuários, foi peremptoriamente negada pelos profissionais e pela direção do hospital. A respeito, assim manifestou-se o diretor: *“Os guardas são contratados para zelar pelo patrimônio e pela segurança de quem trabalha ou procura o hospital. Embora não seja obrigação deles, eles também estavam prestando informações [durante o atendimento referenciado]. Já a triagem de usuários, não é atribuição deles, mas alguns se metem...”*

Um usuário entendia, no entanto, que *“os guardas atendem os pacientes porque são mandados, o que pode caracterizar o exercício ilegal da medicina”*, reafirmando o que já dissera em reunião do Conselho Distrital. Os profissionais e a direção do hospital negaram a existência de qualquer ordem do corpo clínico ou da direção, para que os guardas atendessem os usuários na entrada da emergência.

Uma das decisões das reuniões no HGB foi a solicitação às empresas de segurança para que promovam treinamento especial dos guardas contratados, que poderiam continuar orientando o público, mesmo com o funcionamento “de portas abertas”. Segundo o diretor, bastaria “um curso de urbanidade”. Para os usuários, não bastaria o treinamento dos guardas para um bom atendimento. Saiu deste segmento a proposta de que fosse instalado um serviço de triagem dos pacientes por médicos. Essa seria uma forma eficaz de direcionar a demanda, considerando-se as características que impediriam o ambulatório (SPA) de fazê-lo. Também esta proposta foi acatada, ficando a direção do hospital de estudar a viabilidade de uma triagem para adultos e outra pediátrica junto à Emergência.

ninguém quer perder. Eles reclamam que a remuneração é pouca mas ninguém quer perder. Senão não tinha sentido continuar, eles deixavam o SUS se virar... Em 20 ou 30 dias, a Casa de Saúde veio querer saber porque a gente não estava mandando doente pra lá..” (Entrevista com Júlio Noronha, Chefe do Serviço de Emergência do HGB)

Um usuário identificou na dificuldade de acesso à informação uma das barreiras para que a organização proposta dos serviços funcionasse:

“Por que é que a coisa tá toda enrolada? Porque a população não sabe o que é SPA, emergência, níveis I, II e III [de complexidade] dos serviços. Por exemplo, o 3o. turno do SPA, que se discutiu aqui, já existe: são os PAMs que atendem à noite, mas a população não sabe disso. Quem tem que informar tudo isso à população é a comunicação social do hospital.”

A possibilidade do Conselho Distrital fiscalizar as casas de saúde conveniadas, também foi colocada sob a condição de que as informações sobre elas fossem passadas pelo hospital:

“(...) O Conselho Distrital tem que se instrumentalizar para fiscalizar as Casas de Saúde, mas precisamos saber que clínicas são essas. É preciso que se diga, não basta dizer que o serviço prestado é ruim.”

Já na primeira reunião, uma moradora do Complexo da Maré resumiu a posição dos usuários, apontando aquele momento como um passo inicial para a abordagem de todos os problemas do hospital, mas que dependeria do acesso à informação para a tomada de posição sobre os problemas de todas as áreas do hospital:

“Estou falando em nome de 35.000 moradores dessa área. Um dia se fechou a emergência contra a nossa vontade, agora, ela é reaberta com o nosso apoio. Mas nós queremos a reativação do HGB como um todo. Queremos saber se há pessoal suficiente, queremos a escala das equipes por escrito, para que se possa brigar pelo hospital. Queremos informações para lutar, porque vontade, já deu pra ver, nós temos.”

A reabertura dos serviços de emergência não foi o único assunto em debate nas reuniões - o próprio diretor explicou que o ambulatório e a maternidade representam apenas 10% dos serviços do hospital e que gostaria que o hospital fosse visto como um todo. A admissão de novos médicos iria proporcionar a reativação de outros serviços especializados, alguns com instalações reformadas e novos equipamentos. O presidente do Conselho pediu informações sobre esses setores porque “os usuários esperam retorno dos investimentos, pois não querem a deterioração dos equipamentos. *“Não queremos mais ser usados para fechar a Av. Brasil, queremos discutir soluções para a melhoria da saúde.”*

O diretor expôs a situação de alguns dos outros serviços: a ortopedia seria inaugurada em poucos dias (22 de março); a maternidade já estaria com a reforma pronta, faltando definir com a chefia da unidade a data para inauguração: e a cirurgia cardíaca não funcionava por

causa do corporativismo médico (“O serviço eleva o nível técnico do hospital, mas os cirurgiões não operam, alegando falta de instrumentadora”).¹⁹ Gostaria que a participação da comunidade incluísse a questão do corporativismo na discussão dos problemas do hospital, e as novas formas de gestão para a superação dos baixos salários. Como exemplo, comparou o salário inicial dos novos médicos do HGB (R\$ 650,00) com o salário oferecido pelas cooperativas médicas formadas em unidades do estado e do município (R\$ 1500,00). Embora não concordasse com esses modelos de cooperativa, eles poderiam provocar o desinteresse de alguns dos novos médicos em formalizar vínculos funcionais com as instituições.

Sobre o relacionamento do hospital com outras unidades, comentou que a maior dificuldade tem ocorrido com as unidades municipais. Considerou que “*a distritalização criou uma guerra entre as instituições por interesse político*”, embora as relações do hospital com os PAMs e Hospital Getúlio Vargas sejam mais fáceis, pois todos dispõem de serviços de emergência na área. Sugeriu que haja rotatividade entre gestores municipais, estaduais e federais na Coordenação da AP3.I, como forma de minimizar as diferenças entre os níveis de governo.

Um usuário relembrou o compromisso de articulação visando a melhoria dos serviços, assumido pelas próprias unidades no Seminário de Emergência da AP3.I (junho de 1994) e que isso teria que ser urgentemente retomado.

Como resultado das reuniões, algumas medidas começaram a ser implementadas pelo hospital, como a reorientação dos guardas para atendimento do público na emergência, motivo de elogios dos usuários na última reunião, e a implantação do serviço de comunicação social na emergência. Ainda na última reunião, um usuário parabenizou a chegada dos novos médicos, especialmente os ortopedistas, pois recentemente, como agente de saúde, estivera acompanhando, um paciente e os médicos atuaram também como gesseiros, porque o hospital não dispunha desse profissional de nível médio.

O presidente do Conselho propôs que o grupo que estava se reunindo se transformasse num Fórum Permanente de Saúde do Hospital Geral de Bonsucesso, para a discussão ampla dos problemas e não isolando as questões. Essa instância de participação não deveria se parecer com um Seminário que se esgotasse em si mesmo. Seria um Fórum que se reuniria de dois

¹⁹. Durante as reuniões, um profissional detalhou de que forma o corporativismo afetava o funcionamento da cirurgia cardíaca: no hospital público, o profissional coloca dez marca-passos/mês por um salário de R\$ 800,00, enquanto recebe R\$ 5.000,00 por um particular.

em dois meses, convidando pessoas de fora, como o Corpo de Bombeiros (ambulâncias) e a Coordenação da AP3.I.

“Do contrário, o HGB continuará sendo acusado de só querer resolver seus próprios problemas. Aos usuários não deve interessar o jogo político entre as instituições, mas em criar condições para continuar a luta, qualquer que seja o governo. A presença do usuário tem que contribuir para mudar a gestão do hospital.” Foi solicitada ainda a presença mais constante dos profissionais e diretores do HGB nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde. (CARVALHO, H. T. Hospital de Bonsucesso: a emergência de volta com as portas abertas. Se Liga no Sinal, no. 25 (nov./dez. 95 – jan. 96)

O diretor do hospital acatou a sugestão de criação do Fórum, advertindo, entretanto, que a participação do usuário deveria acontecer de maneira impessoal, evitando interferir nas relações entre os profissionais e as áreas do hospital. Após as três primeiras reuniões, enquanto não foi instalado o Fórum, o próprio Conselho Distrital começou a promover reuniões entre as unidades para estabelecer formas de relacionamento sistemático no cotidiano dos serviços prestados por elas.

4.a. Os usuários conselheiros e os serviços de emergência: vivendo a crise; encaminhando soluções

A participação histórica dos agentes comunitários de saúde, moradores das comunidades da AP3.I, no cotidiano dos serviços e nas discussões sobre os problemas do Hospital Geral de Bonsucesso tornou possível o monitoramento “por dentro” da crise da emergência e sua incorporação, como caso específico, pelo Conselho Distrital de Saúde.

A presença, informal e voluntária, dos agentes-usuários na unidade, foi construída ao longo do tempo, iniciando-se no Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde, promovidos pelo hospital. Após a formação, o vínculo com o hospital é mantido pela atuação dos agentes no atendimento aos pacientes nas comunidades e sua condução e acompanhamento no hospital, e em outras unidades, e pela articulação com o Serviço de Saúde Comunitária do HGB. A aliança tácita entre os profissionais desse setor com os agentes-usuários é que garante o acompanhamento permanente dos problemas surgidos nos serviços do hospital.

A percepção das necessidades de assistência à saúde dos moradores e o direcionamento da demanda aos serviços do hospital, proporcionado justamente por sua inserção nas comunidades, transforma os agentes comunitários de saúde do HGB, em parte

ativa, embora voluntária e informal, do próprio sistema de saúde. Neste sentido, sua atuação integrar-se-ia à rotina da unidade, incluindo a discussão com a direção e com os profissionais de saúde, sobre a adoção, ou não, de medidas sobre o seu funcionamento.

A aliança tácita de alguns profissionais com os agentes permitiria ainda a superação do caráter meramente assistencialista (de “caridade”) da atuação dos agentes, ampliando-a para a dimensão político-administrativa da rotina do hospital. Imbuídos desta dimensão, é que os agentes comunitários do HGB passaram a atuar também como conselheiros do CDS-AP3.1.

A situação crítica da emergência do HGB surgiu no Conselho Distrital pela voz de um desses agentes comunitários-conselheiros. Foi em dezembro de 1994 que o risco de fechamento do serviço foi denunciado. Na reunião seguinte, no início de 1995, o mesmo conselheiro informou, que o serviço tinha sido efetivamente fechado no final do ano.

A manifestação dos profissionais do hospital nas reuniões, procurando esclarecer que os serviços não foram “fechados”, mas sim “referenciados”, demonstrou a diferença de concepções sobre o direito ao acesso aos serviços. Para os usuários, esse direito não poderia ser constringido pelas formas de organização dos serviços. Vários casos de pacientes que “não conseguiram entrar na emergência do HGB” foram relatados no Conselho. No entanto, o que era mesmo considerado inaceitável era o impedimento do acesso pelos guardas da segurança, que teriam passado a fazer a triagem dos pacientes em lugar dos médicos.

A polêmica sobre o significado da restrição do atendimento ocorreu em todos os momentos do debate da crise, até o seu equacionamento, em janeiro de 1996: para os profissionais, a chegada de novos profissionais significou o fim do atendimento referenciado (“O serviço nunca esteve fechado.”); para os usuários-agentes de saúde, representou a “reabertura da emergência”, o atendimento de “portas abertas”.

Outro aspecto relevante do debate da crise dos setores de emergência da AP3.1, foi o seu isolamento à própria área, e mesmo assim, restrito às unidades que compareceram ao Conselho (Reunião de 11. 02. 96), especialmente, o Hospital Geral de Bonsucesso.

Situação inversa ocorreu em relação ao Hospital Estadual Getúlio Vargas que, contando com um serviço do nível de maior complexidade na AP3.1, nos termos propostos pelo CREMERJ (emergência com Centro de trauma), não participou dos debates. A direção ou o representante dos profissionais da unidade, detentores de vagas cativas no Conselho, não estiveram presentes em nenhum dos debates ocorridos nas reuniões do Conselho Distrital, à

exceção do momento preliminar do Seminário de Emergência. As referências aos serviços da unidade nas reuniões do conselho foram sempre indiretas (“parece que está em obras”).

O Hospital Universitário, também à exceção do Seminário de Emergência, do qual foi um dos promotores, integrou-se parcialmente ao debate da crise da emergência. Restringiu-se à apresentação da sua situação, levantando situações críticas, como a falta de leitos para pacientes de AIDS no hospital, mas apontando para soluções restritas ao universo da vida acadêmica (o caráter docente-assistencial da unidade, o orçamento para conclusão das obras).

A ausência ou a baixa participação do HGV e do HU no debate da crise dos serviços de emergência expuseram as limitações do Conselho em integrar todas as instituições existentes na sua área de abrangência, no debate dos problemas da AP3.I. Frequentemente, ouvimos referências aos vínculos de diferentes níveis de governo como ‘explicação’ para essa dificuldade - as unidades federais e estaduais não veriam razão para participar de conselhos instituídos no âmbito municipal.

No entanto, a situação crítica mais debatida no Conselho foi justamente a do Hospital Geral de Bonsucesso, uma unidade federal. Como vimos, contribuiu decisivamente para esse predomínio, a presença dos agentes de saúde-usuários tanto na rotina dos serviços e dos debates internos do Hospital, como sua atuação como membros do Conselho Distrital.

A crise da emergência demonstrou que a presença do usuário pareceu ser a característica predominante para determinar a possibilidade de incorporação dos problemas das unidades na pauta do Conselho. Esta presença estará sempre indicando que os problemas no atendimento dos serviços de saúde são, sobretudo, problemas para quem precisa deles.

Outra ordem de dificuldade de ampliação do debate da crise da emergência na AP3.I, ocorreu no sentido inverso, de superação do limite de abrangência geográfica do Conselho Distrital no município.

As referências à crise generalizada dos serviços de emergência no município, foi acompanhada, para além da experiência direta dos conselheiros nas unidades, pela presença intermitente do assunto nos meios de comunicação.

O Conselho acompanhou ainda os desdobramentos da abordagem do assunto pelo Grupo Executivo do Ministério da Saúde, na perspectiva de absorção de novos profissionais e, no final daquele momento de crise, foi informado das recomendações do CREMERJ para a reorganização dos serviços em todo o Estado. Apesar da situação dos serviços de emergência

ser uma das questões prioritárias do Conselho da AP3.I desde sua constituição, ter motivado a realização do seu primeiro grande evento (o Seminário de Emergência), atualizando a discussão do assunto ocorrida nos anos 80, no GEL, o Conselho Distrital não foi convidado a participar do Grupo Executivo/MS ou do Seminário de Emergência do CREMERJ.

Institucionalmente, o Conselho Distrital será convidado, já em 96, para participar da implementação das decisões já tomadas pelas instâncias técnico-administrativas. Nem tinha outro sentido o apelo da direção do HGB para que os usuários-conselheiros orientassem a população sobre o novo esquema de funcionamento do serviço de emergência com a entrada dos médicos recém-aprovados no concurso público.

Da mesma forma, foi o Conselho Distrital que, a partir de abril de 1996, passou a convocar os dirigentes e chefes de serviço para sistematizar o fluxo de pacientes entre as unidades (referência/contra-referência), de acordo com os níveis diferenciados de complexidade, previstos na proposta do CREMERJ.

O reconhecimento do papel de mediadores das recomendações institucionais para a população e sua atuação como articulador inter-institucional, remeteu o Conselho Distrital para a experiência de novas atribuições. Ou a confirmação de que, para quem viveu a crise, restou encaminhar as soluções.

Capítulo IV

Discussão: Conselhos de Saúde e Práticas de Comunicação

A elaboração deste trabalho tornou-se possível a partir de uma ousadia metodológica - tomar por empréstimo a idéia de tematização, utilizada nas pesquisas sobre os meios de comunicação, para captar na dinâmica da rotina de funcionamento de um conselho de saúde, a expressão dos problemas de saúde abordados na perspectiva dos usuários, na relação com os demais segmentos.

No campo das metodologias de pesquisa em comunicação, de onde é originária, a tematização é um procedimento investigativo, entre outros, utilizado para avaliar a capacidade dos *media* em determinar o agendamento dos assuntos ofertados ao público. Localizá-lo no interior da hipótese do *agenda setting* representou um mergulho ainda maior numa proposta de pesquisa que aponta para a relação dos pólos da emissão e da recepção como determinante para a maior ou menor eficácia das proposições *mediáticas*, delimitando, entretanto, nos limites do campo da emissão, a prerrogativa de modular essa relação. Parte deste campo e está por ele contaminado (enviesado) para olhar e apreender as operações de apropriação ou recusa encetadas pelo campo da recepção para lidar com o que lhe é ofertado *através* dos meios de comunicação de massas. Seu objetivo é proporcionar subsídios para o norteamento dos *media* nas maneiras de ofertar ou omitir determinados temas.

As operações e os dispositivos dos receptores poderiam ter sido objeto desta pesquisa, caso mantivéssemos a proposta originalmente construída.¹ Então, propúnhamos avaliar a possibilidade dos conselhos de saúde desempenharem, além do campo da recepção, a função de instâncias coletivas de geração de informações em saúde. No entanto, a aproximação maior ao campo da pesquisa, o Conselho Distrital de Saúde da AP3.I, pela natureza autonomista da sua constituição inicial, permitiu a constatação de que, não tratava-se de uma situação de troca de informações provenientes de campos diversos, o “técnico” e o dos usuários, cujo entrecruzamento proporcionasse elementos para uma estratégia comunicacional elaborada no seu interior. Esta situação era a que

¹. “Os conselhos de saúde como instâncias de consumo e (potencial) geração de informações.” Projeto de Pesquisa apresentado ao Departamento de Endemias Samuel Pessoa / ENSP / FIOCRUZ em maio de 1995.

supúnhamos encontrar, ou que pelo menos viesse a se consolidar no decorrer do tempo. Não foi o que aconteceu. Segundo Becker (1993), “quando adaptamos nossos métodos “habituais” a um ambiente de pesquisa específico, o fazemos porque alguma coisa em relação ao ambiente está organizada de maneira tão diferente do que esperávamos, que não podemos ignorar seus efeitos sobre nossas técnicas.”

É importante lembrar que a proposta de tematização aqui utilizada não deve ser confundida com a pauta jornalística. A “pauta” é um procedimento técnico do complexo industrial e jornalístico ativado para a produção de notícias. Erbolato (1978) a define por seu critério de utilidade : “Os acontecimentos do dia precisam ser pautados para que os serviços sejam racionalmente distribuídos, movimentando-se toda a máquina que esteja a serviço do jornal.” Propomos que a noção de tematização que estamos empregando possa ser utilizada para subsidiar pautas jornalísticas, mas também nas atividades de ensino e pesquisa em saúde pública.

Ao longo da pesquisa, o agendamento na rotina do conselho, dos problemas de saúde da AP3.I, foi proposto pelo campo dos usuários. Quando isto não ocorreu, a expressão desse mesmo campo conseguiu imprimir o ritmo e delimitar as formas de abordagem dos temas propostos pelos outros segmentos. Pode-se dizer que o formato particular de organização do Conselho da AP3.I, sob a presidência de um usuário, eleito em cima de alianças entre os diferentes segmentos, permitiu a sua configuração como um espaço público onde as situações de saúde-doença foram expressas do ponto de vista de determinados atores sociais (os usuários), dispendo de um instrumento de poder (o próprio Conselho) que conseguiram tornar relevantes os “problemas” levantados. No entanto, para prosseguir na classificação de problemas proposta por Castellanos (ver Introdução), o Conselho não conseguiu reunir “recursos de poder” (técnicos, administrativos e políticos) suficientes para ampliar a eficácia de sua atuação.

A dificuldade de acumular poder para atuar sobre os problemas levantados pode ser explicada primeiramente, pela resistência do poder público em acatar a proposta autonomista do Conselho, caracterizando as relações institucionais pelo conflito.. Em seguida, em 1995, após a formalização legal do Conselho, o poder público passou a aplicar a estratégia de desconhecimento do Conselho como instância deliberativa. Durante o ano de 1995, o caráter deliberativo do Conselho passou a ser negligenciado, em benefício de

decisões técnicas, das quais ele era apenas informado. As informações que chegavam não traziam nenhum potencial para utilização nos processos decisórios, uma vez que tratava-se apenas de comunicados administrativos, sobre o encaminhamento já decidido nos aparelho tecno-burocrático. Como exemplo, podemos citar o início da municipalização das rede de unidades federais (PAMs e Maternidades) que, embora importante para a própria conformação futura dos conselhos distritais, pela origem exclusivamente burocrática, não foi abordado neste trabalho.

A dificuldade de acesso à informação oficial, acima caracterizada como resultado de uma relação específica, tem raízes na organização mesma dessas informações no aparelho de Estado. Apesar de já ter ocorrido a descentralização das informações a nível de município, esta ainda não alcançou as áreas de planejamento. O nível mais localmente organizado ainda não conta com mecanismos eficazes de sistematização de informação para a área adscrita ao Conselho Distrital. O perfil epidemiológico apresentado no Capítulo II (Caracterização da área de estudo) foi obtido junto à instituição acadêmica (ENSP). No debate dos problemas de saúde no Conselho, informações deste teor não são disponibilizadas de forma permanente como subsídios para fortalecer possíveis decisões.² Apesar disto, pudemos constatar na execução deste trabalho, o encontro entre as informações epidemiológicas e os problemas dos serviços de saúde abordados no conselho, sob a perspectiva dos usuários. Assim, as principais causas de mortalidade, e a insuficiência e precária estrutura de assistência aos problemas detectados pelos indicadores de saúde, apontados pelos dados oficiais, estão subjacentes ao debate dos temas ‘emergência’, “violência”, “maternidade”, e apontam para os limites e possibilidades da “institucionalização” do próprio conselho.

Cabe ressaltar que as informações sobre financiamento e orçamentação em saúde, que são imprescindíveis para o processo de decisão do Conselho, nunca foram disponibilizadas pelo Poder Executivo. Os raros momentos de acesso a essas informações só ocorreram como resultado de aliança com alguns membros do Poder Legislativo.

Um tema importante, que não teve relevância no trabalho, foi a discussão sobre a instalação de novos postos de saúde em unidades escolares e a possibilidade de

². Durante o período da pesquisa, a única oportunidade em que isso ocorreu foi durante a III Conferência Distrital de Saúde.

terceirização dos serviços, em vias de concretização. Este tema representa, neste momento, a possibilidade de concretização do projeto neoliberal de redução das atribuições do Estado, transferindo a responsabilidade pela remuneração dos profissionais da rede básica às entidades de representação dos moradores.

O traço comum a todos os temas abordados é a sua invisibilidade social, consequência da mesma característica vivida pelo próprio conselho de saúde. Exceto o fechamento dos serviços de emergência, as questões abordadas no Conselho são compartilhadas por grandes parcelas da população da área mas não são socializadas através dos meios de comunicação de massa, de forma a “publicizar” os problemas de uma imensa camada da população da cidade.

A relação com os serviços de saúde, a manifestação, a cada reunião, de carências crescentes de saúde vividas pela população, a relação com os diferentes níveis de poder político-administrativo, e, antes de tudo, os tropeços pela institucionalização do próprio conselho, para além do cumprimento da formalidade legal, isto é, na direção do enfrentamento dos problemas mencionados - toda essa extensa pauta restringiu-se nos dois anos de trabalho ao espaço do conselho e aos resultados do imenso esforço pessoal dos próprios conselheiros usuários em socializar as questões e mobilizar a população em torno delas.

Na busca da visibilidade social dos problemas levantados pelo conselho, os conselheiros construíram alianças que possibilitaram a utilização dos meios de comunicação de alcance restrito à AP3.I: a Radio Comunitária - FM Maré, o jornal do Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o jornal SE Liga no SINAL, do CEPEL - Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina. Cabe lembrar que as entidades que publicam os referidos jornais têm assento no CDS-AP3.1, e, portanto a sua utilização é construída dentro das relações entre os participantes do conselho. A possibilidade de utilização de novas tecnologias poderá implicar na necessidade de fortalecimento dessas relações. Pois, como afirma Ribeiro (1995)

“As oportunidades abertas pelas novas tecnologias de informação e comunicação são inúmeras; mas talvez exijam, para alcance do seu pleno uso social, o desvendamento de projetos simples que não desconheçam o

saber popular - envolvido concretamente, no enfrentamento da doença e em concepções de saúde - e nem as carências de informação que atormentam a vida cotidiana, principalmente nas grandes cidades.”

A participação popular coloca em evidência a propriedade e o sentido da descentralização formal existente, em contraste permanente com as necessidades de saúde da população. Está sempre colocada em questão a capacidade de influência da administração municipal do distrito sobre os serviços de emergência executados por unidades federais (HGB e HU), no sentido, por exemplo de viabilizar fluxos de referência e contra-referência de pacientes de forma regular e sistemática. Diante desta incapacidade, a própria população, e o conselho de saúde, articula-se diretamente com as direções dessas unidades, acompanhando a retomada das atividades da emergência no serviço, ou em reuniões formais de avaliação. Neste caso, os agentes comunitários voluntários integram a lógica do funcionamento do sistema de saúde. Sem sua atuação é possível que aumentariam as dificuldades do funcionamento dos serviços.

No cotidiano do conselho ocorre, subrepticiamente, o embate entre as propostas neoliberais e a defesa do direito à saúde (defesa da vida). Assim, sobrepõe-se sempre o dispêndio de toda a energia na defesa na preservação das estruturas de saúde já existentes, mesmo com funcionamento precário, e pela recuperação do que é paulatinamente desativado (emergência, Posto de saúde), em detrimento da capacidade de elaboração de propostas de política de saúde. Destaca-se, nesta circunstância, o permanente adiamento, do debate sobre a reelaboração do modelo assistencial, a tarefa mais abrangente e profunda para os conselhos de saúde, matriz de sua eventual visibilidade social.

Capítulo V

Considerações Finais

“Antigamente, a gente ainda conseguia alguma coisa na época de eleição, hoje ...” (Marisa – Conselheira usuária da AP3.I - Moradora do Morro do Adeus, Ramos. Entrevista para o Se Liga no SINAL, em 20.03.96)

O acompanhamento das atividades do Conselho Distrital de Saúde da AP3.I significou a observação da constituição de uma esfera de decisão em saúde que, ao colocar-se como proposição política, a autonomia em relação aos poderes públicos, consolidou-se como espaço de emergência de novos atores sociais na discussão da saúde. Neste sentido, o Conselho ao tentar exercer sua própria proposta funcionou como uma instância para o exercício da cidadania. Não foi outro o sentido da atuação daqueles atores: ao propugnarem pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde, objetivaram sua atuação também na demarcação da saúde como direito.

O caráter exploratório deste trabalho, possibilitado, primeiramente, pela discrepância entre as expectativas do pesquisador e o que realmente encontrou na dinâmica de funcionamento do Conselho da AP3.I e, em seguida, pelo tratamento do material de campo com a proposta de tematizá-lo, priorizando-o na perspectiva da manifestação dos usuários, possibilitou a aproximação a outros problemas de saúde, também passíveis de tematização.

Deixamos em aberto várias dessas questões que foram perscrutadas no processo de pesquisa e que poderão receber novas aproximações e maior aprofundamento. Destacamos, entre elas, a atuação dos conselheiros “usuários” no interior do campo da saúde, para além do espaço do conselho. Referimo-nos a mediação desses conselheiros na relação entre a população e os serviços públicos de saúde, notadamente no caso do Hospital Geral de Bonsucesso, mas em vias de expansão para os serviços básicos. Essa atuação confirma a representação que os conselheiros têm de sua própria inserção no campo da saúde como “trabalho”, como expressaram, reiteradamente, nas entrevistas desta pesquisa.

O sentido e a repercussão desta inserção nas formas de organização dos serviços ainda está para ser feita. Nesta pesquisa, por ora foi possível constatar que esta presença voluntária dos usuários nos serviços, necessária para suprir as deficiências de seu funcionamento, choca-se institucionalmente com a atribuição do Conselho em elaborar propostas de mudança no modelo assistencial.

Outra dimensão do Conselho que podemos destacar é a sua caracterização como possível espaço público de deliberação crescentemente reservado para a articulação dos setores excluídos do circuito econômico de produção e consumo. Apontamos esta característica neste trabalho como uma marca localizada dos mecanismos de globalização da economia. Esta dimensão, embora certamente tenha deixado marcas nas manifestações dos usuários aqui presentes, também pode ser investigada. Nesta pesquisa, constatamos que o Conselho da AP3.I é o único espaço coletivo de articulação das entidades de moradores da região. Consideramos que a partir deste papel desempenhado pelo Conselho seja possível investigar as novas formas de articulação dos movimentos sociais na conjuntura de globalização.

Finalmente, destacamos que a proposta de tematização é apenas um passo inicial, e não necessariamente prioritário, para a definição de estratégias de comunicação a serem implementadas nos conselhos de saúde. Ela seria uma condição inicial, mas que deve estar acompanhada de outras. No caso do Conselho da AP3.I, uma delas foi a intenção dos conselheiros em instaurar uma instância livre, comprometida com a proposta democrática de garantir a saúde como direito de todos.

BIBLIOGRAFIA

- ALSINA, M. R. - Los modelos de la comunicación. Madrid: Tecnos, 1989
- BARROS, C. de. Agenda Setting e Recepção. Faculdade de Comunicação Casper Líbero. São Paulo, 1991 (mimeo)
- BECKER, H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. - Anuário Estatístico do Brasil, 1991. Rio de Janeiro, 1994
- BREILH, J. - La epidemiologia en la humanizacion de la vida: convergencias e desencontros das correntes. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador: abril, 1995 (mimeo).
- CASTELLANOS, P. L. - Sobre el concepto de salud-enfermedad - un punto de vista epidemiológico. Medellín: Taller Latino Americano de Medicina Social , 1987 (mimeo)
- _____ - Avanços metodológicos em epidemiologia. in: Anais do 1o. Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, 1990.
- CETRULO, R. Investigacion participativa. Montevideo: Instituto del Hombre, 1985.
- COHN, A. - Descentralização, cidadania e saúde: o poder local como espaço da consolidação democrática. II Seminario Latino americano de Política Sanitaria. Mexico, março 1993 (mimeo).
- CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro). Proposta para a normatização dos serviços de emergência no Estado Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 1995 (mimeo)
- ELOS - Núcleo de Estudos Locais em Saúde - Conhecendo o 4o. Distrito Sanitário - Município do Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ, 1995 (mimeo).
- ERBOLATO, M. L. Técnicas de codificação em jornalismo: redação, captação e edição do jornal diário. Petrópolis: Vozes, 1979.
- FAUSTO NETO, A. Notas para uma discussão sobre metodologia de recepção. Rio de Janeiro, 1994 (mimeo)
- _____ - Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação. In: Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

- GINZBURG, C. O queijo e os vermes. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- GOULART, F. A. A. - Representações sociais, ação política e cidadania. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (4): 477-486, out./dez., 1993.
- HAGUETTE, T. M. F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987.
- IPLANRIO - Empresa Municipal de Informática e Planejamento S.A. Anuário Estatístico da Cidade do Rio de Janeiro 1993/1994. Rio de Janeiro: IPLANRIO, 1995.
- JACOBI, P. - Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In: Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 1992.
- MINAYO, M. C. S. e SOUZA, E. R. - Violência para todos. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (1): 65-78, jan./mar., 1993.
- OLIVEIRA, Rosely M. de et all. - Construindo indicadores sobre as condições de vida nas favelas do 4º Distrito Sanitário. Trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Curitiba, novembro de 1995.
- RIBEIRO, A. C. T. e SOUZA, H. S. - Saúde e comunicação: faces contemporâneas da gestão da cidade. In: Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- Se Liga no SINAL – Números 16, 20, 24 e 25. Boletim Informativo do CEPTEL – Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina. Rio de Janeiro: 1994/95/96
- SMEKE, E. Descobrimos percursos para a pesquisa em saúde no trato com o movimento social. In: Cadernos de Saúde Pública, Vol. 9, No. 1, janeiro/março 1993. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp.
- SPOSATI, A. e LOBO, E. - Controle social e políticas de saúde. In: Cadernos de Saúde Pública, Vol. 8, no. 4, out./dez. 92 (376-378). Rio de Janeiro, Fiocruz/Ensp.
- STOTZ, E. N. - Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: Educação, saúde e cidadania. / Victor V. Valla e Eduardo N. Sotz (organizadores). Petrópolis, RJ : Vozes, 1994.
- STOTZ, E. N. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.
- PITTA, Aurea M. da R. - A comunicação serviços de saúde-população: modelos explicativos e desafios a partir de discussões recentes. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994.

- _____ - Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- SEEGER, A. Os índios e nós. Estudos sobre sociedades tribais brasileiras. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- SPOSITO, M. P. A ilusão fecunda. Luta dos movimentos populares pela educação. São Paulo: Hucitec, 1985.
- TEIXEIRA, S. M. F. - Descentralização dos serviços de saúde - dimensões analíticas. In: Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 1992.
- THIOLLENT, M. Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis, 1980.
- VALLA, V.V. - Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular. In: Cadernos de Saúde Pública Vol 8 - nº 1, jan/mar, 1992. Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ
- _____ Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática. (Victor V. Valla & Eduardo N. Stotz - org.) Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993.
- _____ - A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática. (Victor V. Valla & Eduardo N. Stotz - org.) Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993.
- _____ - Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática. (Victor V. Valla & Eduardo N. Stotz - org.) Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993.
- _____ - Participação popular e informação numa conjuntura de nova ordem mundial. In: La Medicina al final del milenio - realidades y proyectos en la sociedade occidental. (Francisco J. Mercado Martínez y Leticia Robles Silva - compiladores). Guadalajara-México : Universidade de Guadalajara - Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 1995.
- _____ & STOTZ, E. N. - As respostas do movimento popular ao “estado de emergência permanente. In: Educação, saúde e cidadania. Petrópolis, RJ : Vozes, 1994.
- WOLF, M. Teorias da comunicação. Lisboa: Presença, 1987.

LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS CITADOS

- Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988
- Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde)
- Lei no. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Resolução no. 33, de 23 de dezembro de 1992, do Conselho Nacional de Saúde. Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- Lei Municipal no. 2.011, de 31 de agosto de 1993 - Institui os Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro, prevendo no Art. 4 que o Coordenador do Distrito Sanitário presidirá o Conselho Distrital de Saúde e a Comissão Executiva.
- Lei no. 2289, de 9 de janeiro de 1995 - Altera e acrescenta o Art. 4 da Lei no. 2011, prevendo que o Coordenador do Distrito de Saúde comporá o Conselho Distrital de Saúde e a Comissão Executiva e que o Presidente, que também presidirá a Comissão Executiva, será eleito pelos membros titulares do Conselho, mediante o voto da maioria absoluta de seus representantes.
- Resolução SMS-RJ no. 510, de 7 de fevereiro de 1995. Aprova o Regimento Interno do CDS-AP3.1
- Resolução SMS-RJ no. 274, de 7 de fevereiro de 1995. Nomeia os membros efetivos do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1, com mandato até 16 de outubro de 1995
- CDS AP3.1. Relatório da III Conferência Distrital de Saúde. Rio de Janeiro: 1995

APÊNDICES

A. ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM INTEGRANTES DO CDS-AP3.1 (jan. 96)

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:
2. Segmento:
3. Entidade:
4. Sigilo: Sim Não

II. HISTÓRICO

1. Há quanto tempo você atua na área da saúde?
2. Como foi sua trajetória até aqui?
3. Como você compara o momento atual da saúde e da sua participação com momentos anteriores (CEAP, GEL)?

III. CONJUNTURA

1. Como você avalia a situação atual da saúde pública?
2. Quais você considera os principais problemas de saúde na área de abrangência do Conselho Distrital?
3. Você considera que esses problemas tem sido abordados pelo Conselho Distrital? Como você acha que eles são tratados?
4. Quais você considera os problemas mais importantes debatidos no Conselho? E os menos importantes?
5. Que avaliação você faz da última Conferência Distrital para a compreensão dos problemas da saúde na AP3.1 e da conjuntura nacional?

IV. PARTICIPAÇÃO

1. Por que você acha que é importante participar do Conselho?
2. Como você avalia a participação do seu próprio segmento?
3. Como você avalia a atuação dos demais segmentos (gestores e profissionais de saúde)?
4. Como você acha que o seu círculo de relações (amigos, familiares ...) vê a sua participação no Conselho?
5. Você discute os temas debatidos e as decisões do Conselho com outras pessoas? Quais?

IV. INFORMAÇÃO

1. Que fontes você utiliza para se informar sobre as questões da saúde?
(Exemplos de fontes: instituições de saúde, imprensa, o próprio conselho.)
2. Que avaliação você faz dessas informações? São confiáveis?
3. Você considera essas informações de fácil compreensão? O que você acha que as torna mais difícil de serem compreendidas?
4. Você considera as informações dessas fontes suficientes para a discussão dos problemas debatidos no Conselho?
5. Comente as diferenças que você considera importantes entre essas informações e o que você apreende por sua própria relação com os serviços de saúde ou por relato de outras pessoas.

V. COMUNICAÇÃO

1. Você considera que há bom conhecimento público sobre a existência, as decisões e o papel dos conselhos de saúde e os assuntos nele debatidos?
2. O que você considera o principal obstáculo para que isso aconteça?
3. Como você avalia a repercussão nos serviços de saúde dos temas debatidos no Conselho e das decisões tomadas sobre eles?
4. Dos problemas discutidos no Conselho Distrital até hoje, quais você acha que deviam ter maior divulgação? Como isto poderia ser feito?
5. Que problemas de saúde você considera importantes e que até hoje não foram discutidos no Conselho?

B. AGENDA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE DA AP3.1 (PERÍODO 1994/95)

(Fonte: Apontamentos em reuniões, relatórios de eventos e atas de reuniões.)

DATA	EVENTO	ASSUNTOS
14/02/94	Reunião Ordinária	Composição do Conselho (92 membros) Leitura do Regimento Interno (aprovado na reunião anterior)
12/03/94	Eleição da Comissão Executiva	Eleição de um usuário para Presidente e debate sobre a lista tríplice
05/04/94	Reunião Ordinária	Informe do Presidente sobre a 1ª reunião com o secretário municipal de saúde (“pra quebrar o gelo”) Continuação do debate sobre a lista tríplice para a Coordenação Técnica da AP3.1 Informe sobre a não publicação do Regimento Interno no Diário Oficial do Município
21/05/94	Reunião Ordinária	Exposição do vereador Milton Nahon sobre a legislação dos Distritos Sanitários e a execução orçamentária de 1994 (retirada de recursos da saúde pelo prefeitos para outras áreas)
18/06/94	Seminário da Emergência	Local: HU/UFRJ Temas: hierarquização, regionalização e integração dos serviços
13/07/94	Reunião da Comissão Executiva	Informe da proposta de prefeitura de instalação de mini-postos de saúde nos CIEPs A lotação de pessoal na unidades federais (as propostas do Grupo Executivo do Ministério da Saúde A situação do PAM-Ramos frente ao clima de violência nas comunidades
23/07/94	Reunião Ordinária	Aprovada a carta aberta à população atendida pelo PAM-Ramos Debate sobre as propostas do GE/MS (recursos humanos na rede federal) Debate sobre o projeto dos mini-postos de saúde nos CIEPs
20/08/94	Reunião Ordinária	Informe sobre o déficit de 80% de leitos obstétricos na AP3.1, destacando-se a necessidade de lutar pela instalação de uma Maternidade no Hospital Universitário-UFRJ Debate sobre aplicação de sanções do Regimento Interno aos conselheiros faltosos. Discussão sobre a ausência dos gestores no Conselho
15/10/94	Reunião Ordinária	Exposição da UFRJ sobre a situação de violência na Vila do João, que está afetando o funcionamento do Posto de Saúde Debate sobre o Projeto de Lei 765, encaminhado pelo prefeito, que subordina os conselhos distritais à SMS-RJ e omite a previsão de recursos orçamentários para o funcionamento dos conselhos
19/11/94	Reunião Ordinária	Exposição do vereador Milton Nahon sobre a proposta orçamentária da Prefeitura para 1995 (8,5 para saúde, sendo 1,71 da SMObras)
09/12/94	Reunião Comissão Executiva	Pesquisa entre os conselheiros indicou o Sábado como melhor dia para reuniões. Debate de um cronograma de visitas aos hospitais Discussão sobre instalação da sede do Conselho na sala da Fiocruz
10/12/94	Reunião Ordinária	Debate da agenda de visitas às unidades da AP3.1, iniciando pelo HU para discutir a implantação de maternidade naquela unidade para suprir o déficit de leitos da AP3.1 Avaliação de 94 (pontos importantes): a eleição da Comissão Executiva e o Seminário da Emergência.
14/01/95	Reunião Ordinária	Destaques: a instalação da Maternidade do HU e a utilização de recursos orçamentários para manutenção do Conselho Denúncia e debate do fechamento da Emergência do HGB Durval Dionísio despede-se e apresenta a nova coordenadora da AP3.1, Wanda Siqueira
11/02/95	Reunião Ordinária	Apresentação da situação das unidades (HGB, HU, PAM-Ramos e PAM-Ilha) pelos diretores

		Debate sobre a proposta de instalação de Maternidade no HU Exposição do vereador Milton Nahon sobre a previsão de recursos para o funcionamento dos conselhos distritais, apresentada por ele como emenda ao Orçamento 95. Informa também a aprovação do seu projeto de lei, que prevê a eleição dos presidentes dos conselhos distritais entre os conselheiros (Lei 2.289)
14/02/95	Reunião Comissão Executiva	Informe da reunião dos representantes do Conselho com o reitor da UFRJ para pleitear a instalação da Maternidade do HU Proposta de reunião extraordinária do Conselho para eleger o presidente, tendo em vista o pouco prazo (45 dias) previsto pela Lei 2.289, aprovada em 09 de janeiro Apontada a necessidade de produção de um boletim para fazer circular o acúmulo de informações que o Conselho está reunindo
11/03/95	Reunião Ordinária	Debate sobre a crise da Emergência do HGB Debate sobre a oportunidade de eleição de nova Comissão Executiva, já que haverá eleição de novo Presidente Formação da Comissão Organizadora da III Conferência Distrital de Saúde (Arlene, Homero, Nereu e mais 5 membros)
06/04/95	Reunião Ordinária	Coordenação da AP3.1 anuncia o início do processo de municipalização incipiente no município do Rio de Janeiro (incorporação dos PAMs e Maternidades do extinto INAMPS). Prazo: até o final do ano
25/05/95	Reunião Ordinária	Debate sobre a municipalização e a implantação do SUS no Rio Informe sobre o Seminário do CREMERJ sobre as Emergências Apontada a necessidade de acesso ao orçamento do município para que o Conselho possa ser de fato deliberativo
08/06/95	Reunião Ordinária	Informe sobre a 1ª reunião do Fórum Interdistrital que reúne os 10 conselhos distritais do município Informe sobre o andamento da organização da Conferência Distrital Informe sobre como foi iniciado o processo de municipalização A UFRJ anuncia, sob o protesto dos conselheiros, o fechamento do Posto de Saúde da Vila do João Debate sobre o papel dos agentes comunitários (“necessários porque os técnicos não sobem os morros”)
20/07/95	Reunião Ordinária	Informe sobre a crise da Emergência do HGB Informe sobre a municipalização (financiamento) Informe sobre a falta de resposta do reitor da UFRJ à proposta de instalação de Maternidade no HU Informe da UFRJ sobre a dispersão da equipe do posto da Vila do João em outras unidades da Universidade O Conselho protesta contra o encaminhamento dos pacientes do posto da Vila do João ao Hospital de Bonsucesso, feito pela Universidade através de ofício
10/08/95	Reunião Ordinária	Convocação para discussão dos Mini-postos dos CIEPS, dia 21/08, no CIEP Samora Machel (Nova Holanda)
16/08/95	Papo das Seis (CEPEL)	Evento preparatório a III Conferência Distrital: debate sobre a municipalização
02/09/95	III Conferência Distrital da AP3.1	“Construindo o Distrito de Saúde com Participação Popular”
10/10/95	Encontro de moradores da V. do João com a Comissão Executiva	Decidida distribuição de carta aos participantes da III Conferência Municipal de Saúde (ver Anexo)

ANEXOS

ÁREAS DE PLANEJAMENTO SANITÁRIO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

ÁREA DE PLANEJAMENTO SANITÁRIO	REGIÃO ADMINISTRATIVA (RA)
AP-1	I RA - Portuária II RA - Centro III RA - Rio Comprido VII RA - São Cristóvão XXI RA - Ilha de Paqueta XXIII RA - Santa Tereza
AP-2.I	IV RA - Botafogo V RA - Copacabana VI RA - Lagoa XXVII RA - Rocinha
AP-2.II	VIII RA - Tijuca IX RA - Vila Isabel
AP-3.I	X RA - Ramos XI RA - Penha XX RA - Ilha do Governador XXIX RA - Complexo do Morro do Alemão XXX RA - Complexo da Maré
AP-3.II	XII RA - Inhaúma XIII RA - Méier XXVIII RA - Jacarezinho
AP-3.III	XIV RA - Irajá XV RA - Madureira XXII RA - Anchieta XXV RA - Pavuna
AP-4	XVI RA - Jacarepaguá XXIV RA - Barra da Tijuca
AP-5.I	XVII RA - Bangu
AP-5.II	XVIII RA - Campo Grande XXVI RA - Guaratiba
AP-5.III	XIX RA - Santa Cruz

Resolução SMS nº 431 de 14 de abril de 1993.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE DA AP3.1 - RJ
I SEMINÁRIO DE EMERGÊNCIA DA AP3.1
RELATÓRIO FINAL

TEMA I - HIERARQUIZAÇÃO

1. Redefinição do perfil das unidades de saúde, de acordo com o nível de complexidade, com criação de polos especializados, através do CDS-AP3.1;

2. Criação de um Sistema de Informações e comunicação entre as unidades, como medida indispensável à eficiência do sistema de referência e contra-referência, priorizando os polos especializados .

3. Estabelecer um processo ativo de comunicação entre as unidades e a população, para que ela tenha conhecimento do funcionamento das unidades e dos seus níveis de complexidade, utilizando-se de : Murais, Boletins Informativos, Trabalho em salas de espera, etc. .

4. Ampliar e reequipar (recursos humanos e materiais) a rede básica de saúde, com introdução do terceiro turno nestas unidades, com o objetivo de atender a demanda que procura e sobrecarrega de forma indevida as emergências, introduzir atendimentos de pequenas urgências médicas como nebulizações, curativos, suturas, etc. .

5. Instrumentalizar o Conselho Distrital de Saúde para que em um processo de gradação segura, torne público o controle de ocupação de leitos na área.

6. Garantir através do CDS, permanente mobilização da população para fiscalizar e definir o adequado uso dos recursos públicos de saúde.

TEMA II - REGIONALIZAÇÃO

1. Atender a todos os usuários indistintamente, em situações de emergência. Após o primeiro atendimento, encaminhar os pacientes à sua área de origem. Em relação ao atendimento ambulatorial, priorizar o atendimento da área, salvo nos casos que requeiram atenção mais especializada.

2. Sensibilizar as populações dos municípios vizinhos - que acabam por sobrecarregar os serviços de emergência da área - a reivindicarem os seus direitos a atendimento à saúde em suas comunidades e, cobrar em conjunto com suas representações - Conselhos de Saúde, etc. - junto às autoridades competentes (secretários de saúde, prefeitos, etc.) a solução dos problemas relacionados ao atendimento das emergências.

3. Registrar e divulgar as estatísticas e custos dos atendimentos realizados a pacientes de outras áreas.

4. Criação da Caderneta de Saúde do cidadão, com informações básicas sobre a saúde, as quais serão úteis no atendimento em quaisquer unidades de saúde, independente onde esteja matriculado.

5. Garantir em todas as unidades da AP3.1, o atendimento com prontuário, onde possam ser registrados os dados do paciente.

6. Criação nas unidades de saúde, de serviço médico de atendimento domiciliar nas comunidades.

7. Intensificar as ações de educação em saúde, com formação de agentes de saúde, atuando na área em atividade voluntária e comunitária, com supervisão de profissionais qualificados.

8. Incentivar a criação de cursos de primeiros socorros na área.

9. Pressionar o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, para que no Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde, divulguem as políticas de investimento em saúde.

10. Que a Prefeitura não altere o perfil e nem crie unidades de saúde sem consulta prévia aos Conselhos Distritais e Municipal de Saúde.

TEMA III - INTEGRAÇÃO

1. As unidades devem manter o intercâmbio de recursos materiais e procurar formas que viabilizem o remanejamento de recursos humanos a partir da municipalização e da isonomia salarial;

2. Mobilização popular nas ruas, para conscientizar a população na luta pela manutenção da rede pública com recursos humanos e materiais;

3. Promover reciclagem contínua para os profissionais que atuam na área de emergência, com especial atenção para os temas ligados à capacitação no atendimento à pessoa portadora de deficiência. Realizar trabalho de conscientização junto às equipes de saúde, de que o portador de Paralisia Cerebral não é necessariamente portador de deficiência mental.

4. A Comissão de Emergência do CDS-AP3.1, inicie estudos sobre a capacidade de atendimento das emergências na AP3.1, especialmente o número de leitos para atendimento.

5. Viabilizar através da Secretaria Municipal de Saúde, a utilização de leitos da Fundação Abrigo Cristo Redentor para pacientes que necessitem atendimento de longa permanência hospitalar da área.

6. Criar alas de média e longa permanência de internação nos hospitais da área.

7. Reativar os leitos hospitalares da área.

8. Promover a discussão, através do CDS-AP3.1 quanto ao redimensionamento dos leitos hospitalares conveniados na área, pelas Casas de Saúde ao SUS, para garantir o atendimento a pacientes de longa permanência hospitalar.

9. O CDS-AP3.1 deverá atuar, por todos os meios possíveis para fazer valer a partir da própria AP3.1, a Lei Municipal elaborada a partir de resolução da I Conferência Municipal de Saúde, em 1990, a qual estabelece o repasse de verbas dos planos de saúde e do seguro obrigatório contra os acidentes ao setor público de saúde, pelos atendimentos realizados em unidades do SUS, a pacientes segurados.

10. Garantir orçamento para funcionamento adequado da rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 18 de junho de 1994

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1

CARTA À COMUNIDADE DO COMPLEXO DO ALEMÃO

O Setor de Emergência do PAM-RAMOS, antigo SAMDU DE RAMOS, vem atendendo há muitos anos a população local. Todo ano muitas Crianças, Mulheres, Homens, Idosos, Grávidas e Doentes da Comunidade, dia e noite, são atendidos.

Com deficiência em profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros) e administrativos, tem sido cada vez mais difícil manter o atendimento à população, como é de direito.

Muitas vidas são salvas e grande número de doentes são tratados no Setor de Emergência do PAM-RAMOS, e tudo isso está agora ameaçado de não continuar e até parar.

Os ACONTECIMENTOS na localidade e no Setor de Emergência impossibilitam a população de chegar a ser atendida no PAM-RAMOS.

É necessário encontrarmos SOLUÇÕES, pois a INTRANQUILIDADE da população alcança a todos os servidores do PAM-RAMOS.

Conselheiros do Distrito Sanitário da AP 3.1

**CARTA ABERTA AOS PARTICIPANTES
DA III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

Vila do João exige reabertura imediata do seu Posto de Saúde

Nós, moradores da Vila do João e comunidades vizinhas do Complexo da Maré, apelamos aos participantes da III Conferência Municipal de Saúde para que, neste momento de discussão e decisão sobre os grandes problemas da saúde da população da nossa cidade, não percam de vista a dimensão do absurdo das situações difíceis que enfrentamos no dia-a-dia. O fechamento do Posto de Saúde (UCBS) Prof. Ernani Braga, da Vila do João, em Manginhos, que estamos enfrentando, é um exemplo.

Desde novembro de 94, estão fechadas as portas deste Posto de Saúde. O Posto era mantido na comunidade pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e usado como espaço de treinamento dos alunos da Faculdade de Medicina. Foi fechado com a alegação dos profissionais e alunos de que não era mais possível funcionar com o clima de violência na comunidade. Resultado: o posto que durante 13 anos atendeu uma população de cerca de 35.000 pessoas, oferecia exames e serviços de pediatria, ginecologia, odontologia (6 cadeiras), psicologia, mantinha programas de hipertensão, tuberculose, hanseníase, nutrição e imunização, e é totalmente equipado, encontra-se fechado. Dentro, estão trancados até os nossos prontuários. As instalações estão sendo preservadas pela própria população.

Não aceitamos “o-clima-de-violência-na-comunidade” como desculpa dos profissionais e alunos da UFRJ para o fechamento do Posto! Infelizmente, o clima de violência hoje domina toda a cidade do Rio de Janeiro, tornando TODOS os cidadãos suas vítimas potenciais, incluindo profissionais e usuários dos serviços de saúde. E nem por isso os serviços públicos e outras instituições deixaram de funcionar em qualquer área da cidade. Na própria Vila do João, continuamos com nossas escolas e igrejas abertas. O que estamos aprendendo é que a violência maior vem da “guerra das canetas”: uma só penada deixou a população sem serviços básicos de saúde.

Mas já é tarde para reclamar da Universidade. Em diversos encontros que mantivemos, seus profissionais de saúde e dirigentes já deixaram claro que não pretendem reabrir o Posto. Diante deste desprezo com as necessidades de saúde da população e da informação da própria Universidade de que ela repassaria o Posto totalmente equipado a quem quisesse assumi-lo, partimos para a busca de uma solução.

Com o apoio do Conselho Distrital de Saúde da AP3.1, estamos encaminhando a proposta de que a Secretaria Municipal de Saúde assumira a administração do Posto de Saúde da Vila do João, integrando-o à sua rede e nele lotando os profissionais necessários, no mínimo, à continuidade dos serviços, exames e programas que eram oferecidos até o seu absurdo fechamento.

Dos companheiros da III Conferência Municipal de Saúde, queremos o apoio. Das autoridades, respeito! E providências para a reabertura imediata do nosso Posto de Saúde.

Rio de Janeiro, 13 de outubro de 1995.

**Moradores da Vila do João, Vila Pinheiros,
Conjunto Pinheiros e Conjunto Esperança**

Drogas e seqüestros aterrorizam a ilha

Ontem, um lugar agradável. Hoje, 40 favelas, narcotráfico, contrabando de armas e muitos seqüestros

▼ LUCIANA BARROS

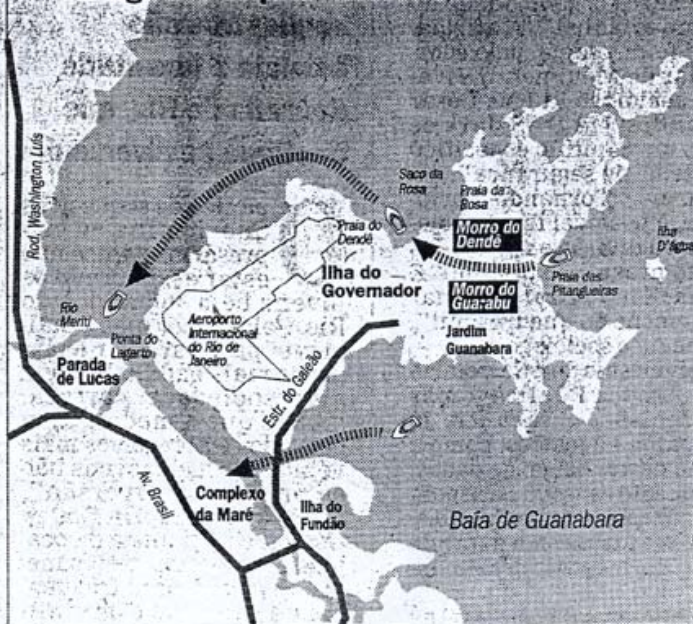
Anos 70. A Ilha do Governador era um dos bairros mais agradáveis da cidade. Dez anos depois, ficou superpovoadada. Hoje, seus 32 quilômetros quadrados abrigam quase um milhão de pessoas e cerca de 40 favelas, a maior delas a do Morro do Dendê. Os muitos acessos por mar – são 12 praias – e o movimento do Aeroporto Internacional do Rio de Janeiro a transformaram em centro da rota do tráfico de drogas e do contrabando de armas no Rio, além de esconderijo de seqüestradores.

Segundo a polícia, há mais de três anos o governador da Ilha é o traficante Romildo Souza da Costa, 38 anos, o **Miltinho do Dendê**. O morro alto oferece visão panorâmica e tem tantas saídas que só um morador antigo saberia apontá-las. O narcotráfico e o contrabando de armas são feitos pelas praias das Pitangueiras e da Rosa.

Por elas, o Dendê abastece a Favela de Parada de Lucas, dominada por José Roberto da Silva Filho, o **Robertinho de Lucas** – maior aliado de **Miltinho** e acusado de armar seqüestradores. Traineiras ou rebocadores ancorados na Baía de Guanabara também abastecem o Com-

plexo da Maré

As saídas marítimas da Ilha do Governador, que facilitam o tráfico de drogas e o contrabando de armas, serviram agora para a fuga dos seqüestradores com os reféns.



plexo da Maré

Um relatório da polícia, de 1992, atribuiu a **Miltinho** quatro dos seis seqüestros ocorridos na Ilha. O medo é maior no Jardim Guanabara, onde vivem comerciantes e empresários.

Ainda assim, o delegado Altair Delamare, da 37ª DP, diz: "A Ilha não é propícia para seqüestros. Só existe uma saída, a Estrada do Galeão. Bandido, no Brasil, não tem infra-estrutura para montar um esquema de fuga por mar, ainda mais estes pilantrões aqui do Dendê". Ele lembrou que os seqüestradores de Marcos Chiesa fugiram em direção ao Morro do Guarabu, logo cercado pela Polícia Militar. Enquanto isso, a Estrada do Galeão

estava livre – o bloqueio só foi feito mais tarde.

Barreiras policiais também não impediram a fuga, em 7 de agosto de 1993, dos seqüestradores de Carlos Alexandre Hussam, no Jardim Guanabara. Filho de um criador de cavalos, ele passou quatro dias em cativeiro.

Mas o caso que traumatizou a Ilha ocorreu antes, em 7 de fevereiro: o seqüestro de José Alves Lavouras, 65 anos. Dono da Viação Flores, a maior empresa de ônibus da Baixada Fluminense, ele passeava com a mulher perto de casa, no Dendê. A família pagou o resgate duas vezes, mas Lavouras foi enforcado pelos seqüestradores dois meses depois.

110 DIA - 28.10.95

Hospitais da Zona Sul terão mais consultas

Um terço dos 1.428 leitos públicos da Zona Sul está desativado e os que estão abertos não atendem às necessidades da população. Não há um único serviço em funcionamento para tratar pacientes com câncer e os dois hospitais de cardiologia não atendem emergências, apesar de as doenças cardíaco-vasculares serem a maior causa de mortalidade da região. Para mudar este quadro, o conselho distrital de saúde da Zona Sul decidiu, quinta-feira à noite, assumir o poder que lhe foi conferido pela Lei 2.011, aprovada pela Câmara de Vereadores ano passado.

A partir de agora, as unidades de saúde da Zona Sul terão de cumprir as diretrizes do conselho distrital — metade dos membros deve representar entidades de usuários do sistema, como associação de moradores e de pacientes com doenças crônicas. Uma das primeiras diretrizes, aprovada na quinta-feira, obriga cada uma das cinco unidades de saúde básica e mais os hospitais

da Lagoa, Ipanema, Rocha Maia e Miguel Couto a dar, diariamente, entre 30 a 50 consultas de clínica médica. O objetivo é evitar a superlotação da emergência do Miguel Couto.

Também por decisão do conselho, os leitos que forem abertos no Hospital da Lagoa serão de clínica médica, a fim de suprir essa carência, detectada em um levantamento feito pela coordenação de saúde da área programática da Zona Sul (AP-2.1) — que abrange as regiões administrativas de Botafogo, Copacabana e Lagoa. Segundo o levantamento, há 221 leitos públicos de clínica médica na Zona Sul, quando o mínimo necessário seria 777, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde.

Também há carência de leitos para obstetria (existem 115 e são necessários 252), pediatria (há 66 e são precisos 195) e de UTI adulto (há 14 e são precisos 40). Dos seis leitos de UTI pediátrico do Hospital da Lagoa, apenas dois funcionam.



Paulo Pinheiro, diretor do Miguel Couto

Arquivo

Conselho aponta problemas

Como reflexo da situação da saúde no Estado, o Instituto de Cardiologia Aloísio de Castro não consegue sequer fazer os exames de seus próprios pacientes. No Hospital da Lagoa, há uma única enfermeira para tratar os 15 pacientes com Aids internados. No Hospital de Ipanema, 120 leitos estão desativados por falta de pessoal de enfermagem, problema que atinge também o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, que tem 74 de seus 118 leitos desativados.

Esses foram alguns dos problemas detectados por representantes do conselho distrital que, nas últimas três semanas, visitaram os cinco maiores hospitais públicos da região. A cada diretor desses hospitais, eles fizeram a mesma pergunta: por que tantos leitos desativados e a emergência fechada?

Nem todas as respostas convenceram. Uma das decisões do conselho foi a de que um dos dois hospitais — Lagoa ou Cardiologia de Laranjeiras —

terá de abrir um serviço de emergência. A escolha só não foi feita na quinta-feira porque o diretor do Hospital de Cardiologia não foi à reunião.

Enquanto médicos e representantes de associações de moradores discutiam, três pacientes com ataque cardíaco aguardavam atendimento na superlotada emergência do Miguel Couto. No próximo dia 26, o conselho faz nova reunião para aprovar os protocolos de intenções que serão assinados pelos hospitais.

26-06-10-94

Hospitais da Zona Sul dividirão atendimento

Em reunião realizada na noite de anteontem no Hospital Pinel, em Botafogo, representantes do Conselho Distrital de Saúde da Zona Sul começaram a elaborar um plano para melhorar o atendimento médico nos hospitais da região. A iniciativa é inédita e prevê a ação integrada entre os diretores de seis unidades de saúde e representantes das associações de moradores da área.

O plano prevê o atendimento setorizado, de acordo com a estrutura de cada hospital. Assim, cada unidade teria de reservar determinado número de leitos para os pacientes. O Hospital Miguel Couto, no Leblon, seria responsável pelo atendimento a emergência em geral, incluindo as vítimas de fraturas. O Hospital da Lagoa reberia os casos clínicos e o Hospital de Ipanema, os cirúrgicos. As pessoas com deficiência cardíaca seriam levadas para o Hospital de Laranjeiras, enquanto que os casos relacionados a problemas psiquiátricos, encaminhados para o Hospital Pinel.

Pessoal— Os diretores das seis unidades de saúde se comprometeram a levar adiante o compromisso de cooperação mútua. Mas para ser colocado em prática, o plano depende da contratação de funcionários. Em função da deficiência de pessoal, o setor de emergência cardíaca do Hospital de Cardiologia de Laranjeiras está parado. A emergência do Hospital da Lagoa também está fechada

há dois anos. Representantes da Secretaria Estadual e do Ministério da Saúde também participaram do encontro e se comprometeram a colaborar com a realização do plano.

“Estamos buscando a melhoria do atendimento para o usuário, sem a descaracterização da função de cada hospital disse Paulo Pinheiro, diretor do Hospital Miguel Couto, principal centro de referência da Zona Sul, onde são registrados cerca de mil atendimentos por motivos diversos. No próximo dia 26, os diretores dos hospitais vão se reunir às 19h, no Hospital Pinel, para assinatura do compromisso de cooperação mútua. A reunião de anteontem contou com a participação de cerca de 100 pessoas. Estiveram presentes também lideranças comunitárias.

Cerca de cem professores fizeram ontem um protesto, em frente ao Centro Administrativo São Sebastião, na Cidade Nova, contra a resolução nº 538 da Secretaria Municipal de Educação, que aumenta a aposentadoria de 25 para 30 anos de serviço dos professores que trabalham fora das salas de aula. Segurando cartazes com frases como Não sou culpados. Por que a punição?, fizeram um minuto de silêncio. Eles acusam ainda funcionários do gabinete da secretária Regina de Assis de não terem seu tempo de aposentadoria estendido.