



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

CARLA FERNANDA DE BARROS RIBEIRO

**O MINISTÉRIO PÚBLICO E O CONTROLE SOCIAL:
POSSIBILIDADES DE INTERAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA DEFESA
E GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE**

Londrina
2008

CARLA FERNANDA DE BARROS RIBEIRO

**O MINISTÉRIO PÚBLICO E O CONTROLE SOCIAL:
POSSIBILIDADES DE INTERAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA DEFESA
E GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Alapanian.

Londrina
2008

Ribeiro, Carla Fernanda de Barros

O Ministério Público e o Controle Social: possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde / Carla Fernanda de Barros Ribeiro – 2008
168 f. ; 30 cm

Orientadora: Silvia Alapanian

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) –
Universidade Estadual de Londrina

I. Conselhos de Saúde. 2. Ministério Público. 3. Controle Social.

CARLA FERNANDA DE BARROS RIBEIRO

**O MINISTÉRIO PÚBLICO E O CONTROLE SOCIAL:
POSSIBILIDADES DE INTERAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA DEFESA
E GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvia Alapanian
Orientadora – UEL

Profa. Dra. Celene Tonella

Profa. Dra. Cássia Maria Carloto

Londrina, 20 de agosto de 2008.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Dagoberto,
por seu incentivo e apoio de todas as horas,
sem o qual este trabalho não teria sequer iniciado.

Aos meus filhos amados Ana Júlia e João Pedro,
que, de modo incondicional souberam
compreender as minhas intenções,
apoiando-me e incentivando-me
incessantemente.

Aos meus pais queridos, Carlos e Celina, que, de
maneira fundamental contribuíram na direção da
minha vida, oferecendo tudo o que tinham para
que eu alcançasse meus objetivos.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos,
por enxergarem uma força em mim,
que eu mesma desconheço.

AGRADECIMENTOS

Quase três anos se passaram entre a concepção deste trabalho e a sua conclusão. Neste período, muitas pessoas participaram, direta ou indiretamente, de seu desenvolvimento, e esta folha seria insuficiente para agradecer a todos. Dessa maneira, elencarei alguns destes personagens para expressar meus especiais agradecimentos.

À Dr^a. Elza que creditou em mim enorme confiança profissional. Jamais terei palavras suficientes para agradecer as oportunidades e o aprendizado que tive a seu lado;

Às amigas Úrsula e Lucimeire, companheiras no trabalho, na profissão, nas viagens e, sobretudo, nos momentos difíceis e tumultuados, agradeço pelo incentivo e pelo carinho;

À minha orientadora Sílvia Alapanian, por sua confiança, comprometimento e profissionalismo. Ao mesmo tempo, delicada e firme no argumentar e me conduzir à reflexão, permitindo-me desenvolver este trabalho de forma que expressasse minhas experiências e posicionamentos;

Às professoras Celene Tonella e Cássia Carloto, pela leitura atenta e pelas importantes sugestões durante o exame de qualificação;

Aos atores entrevistados, sem os quais não seria possível construir este trabalho, pela disponibilidade e prontidão ao fornecer subsídios para a conclusão da pesquisa;

Aos amigos, que sempre estiveram presentes nas importantes fases da minha vida e que não se furtaram de dar a sua contribuição para que eu pudesse alcançar os meus objetivos.

Devemos fomentar a criação de condições para o fortalecimento do controle social. Este é um dos objetivos do Ministério Público, inclusive criar condições para a integração e para a interação dos controles institucionais com as várias formas do controle social.

Elza Kimie Sangalli – Promotora de Justiça –
Palestra proferida no I Seminário sobre Orçamento Público e Controle Social, realizado em fevereiro de 2008 na cidade de Maringá.

RIBEIRO, Carla Fernanda de Barros. **O Ministério Público e o Controle Social:** possibilidades de interação na construção da defesa e garantia do direito à saúde. 2008. 166f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 buscou garantir e ampliar direitos sociais e estabeleceu mecanismos à sociedade brasileira para assegurá-los. Definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, possibilitando a participação social, por meio de conselhos gestores, na construção de políticas públicas. Por outro lado, ampliou as atribuições do Ministério Público e o incumbiu de defender o previsto em lei, fornecendo-lhe instrumentos para a defesa de direitos difusos e coletivos. Este estudo tem por objetivo identificar as possibilidades de interação entre estes dois agentes, um de controle social e outro institucional, na construção da defesa e garantia do direito à saúde. Utilizamos de dados registrados em tabelas e gráficos, que documentam a realidade da Comarca de Maringá, e de análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas com os atores escolhidos, quais sejam, os cinco Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde da Comarca, os respectivos Secretários Municipais de Saúde e a Promotora de Justiça. Os resultados desta pesquisa nos remetem a concluir que a interação estabelecida entre estes espaços se assenta em relações marcadas pela subordinação de um pelo outro. Prova disso é a prevalência de posturas de subserviência identificadas no espaço do conselho, que tem sido obstáculos no trato da coisa pública. Constatamos, ainda, que a forte ofensiva neoliberal contra projetos democratizantes, como, por exemplo, os princípios do Sistema Único de Saúde, vem encontrando resistências no interior do próprio Estado, através de ações do Ministério Público que buscam sintonia com o Estado de Direito. Defendemos que os atores sociais apropriem-se desses espaços democráticos, estabeleçam sólidas parcerias, e internalizem as constantes lutas pela garantia dos direitos sociais constitucionalmente assegurados.

Palavras-chave: Conselhos de saúde. Ministério público. Controle social.

RIBEIRO, Carla Fernanda de Barros. **The Public Prosecution Service and Social Control**: possibilities of interaction in building the defense and a guarantee to the right to health care. 2008. 166f. Dissertation (Master Degree in Social Service and Social Politics) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 sought to guarantee and expand social rights and introduced ways to the Brazilian society to insure them. It defined health as a citizen's right and a State's duty, enabling the social participation, through Management Councils, in building the public politics. On the other hand, it amplified the Public Prosecution Service's attributions and entrusted it to defend what was foreseen by the law, and provided it with instruments for the defense of diffuse and collective rights. This paper has as its goal to identify the possibilities of interaction between these two agents, one being the social control and the other institutional, in building the defense and guarantee to right to health. We have used qualitative data shown through tables and charts, to characterize the reality of Maringá's Municipality, and through the analysis of contents of semi-structured interviews with chosen actors, these being the five Presidents of the Municipal Health Councils in the Municipality, the respective Municipal Secretaries of Health and the District Attorney. The results of this research make us conclude that the interaction established between them is based on their subordination to one another. The evidence of this is the prevalence of postures of subservience identified at the Council, which have been obstacles in the treatment of the public thing. We have also verified that the strong neoliberal offensive against democratizing projects, such as the principles of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS), has been finding resistance within its own State through the Public Prosecution Service's actions which seek synchrony with the State of Rights. We defend that the social actors take over these democratic spaces, establish solid partnerships and internalize the constant fights for guarantee to social rights constitutionally insured.

Keywords: Health councils. Public prosecution service. Social control.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Principais indicadores Sociais da Comarca	90
Tabela 2	– Taxa de Cobertura dos Serviços Urbanos	91
Tabela 3	– Serviços Existentes.....	92
Tabela 4	– Crescimento Populacional	93
Tabela 5	– População da Comarca de Maringá.....	93
Tabela 6	– Hospitais e Leitos em Maringá.....	95
Tabela 7	– Hospitais Municipais da Comarca.....	97
Tabela 8	– Mortalidade Geral de residentes em Maringá por grupo de causas, 2004	97
Tabela 9	– Internações de residentes em Maringá, segundo causas CID10, 2004.....	98
Tabela 10	– Serviços Públicos em Saúde	99
Tabela 11	– Número de Unidades Básicas de Saúde por mil habitantes	100
Tabela 12	– Serviços Públicos em Saúde.....	102
Tabela 13	– Conferência e Conselho de Saúde da Comarca.....	104
Tabela 14	– Dados quantitativos de algumas ações desenvolvidas na Comarca de Maringá	107
Tabela 15	– Tipo de Demanda do Atendimento prestado à População	108
Tabela 16	– Divisão por ano e por Municípios/ano 2005	111
Tabela 17	– Divisão por ano e por Municípios/ano 2006	111
Tabela 18	– Divisão por ano e por Municípios/ano 2007	111
Tabela 19	– Número de Procedimentos Instaurados.....	113
Tabela 20	– Divisão dos Procedimentos/ano 2005.....	113
Tabela 21	– Divisão dos Procedimentos/ano 2006.....	113
Tabela 22	– Divisão dos Procedimentos/ano 2007	114
Tabela 23	– Inspeções realizadas/ano 2005.....	115
Tabela 24	– Inspeções realizadas/ano 2006.....	115
Tabela 25	– Inspeções realizadas/ano 2007.....	115
Tabela 26	– Participações em Reuniões Ordinárias e Extraordinárias dos Conselhos de Saúde.....	118
Tabela 27	– Participação nas reuniões das Comissões dos Conselhos de Saúde	119

Tabela 28 – Audiências extra-judiciais realizadas entre a 14ª Promotoria, as Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde da Comarca.....	120
Tabela 29 – Orientações realizadas aos membros dos Conselhos de Saúde	121

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DOS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL .	19
1.1 OS CONSELHOS POPULARES: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS HISTÓRICAS	19
1.1.1 Apontamentos Sobre o Movimento Operário Brasileiro.....	25
1.2 O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL	28
1.2.1 A Institucionalização da Participação Social no Brasil.....	32
1.3 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	36
1.4 O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE	45
2 O PAPEL INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS	51
2.1 O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO	52
2.1.1 A Tradição Jurídica Brasileira.....	57
2.2 DAS ORIGENS DO MINISTÉRIO PÚBLICO À DEFESA DOS DIREITOS SOCIAIS	62
2.2.1 O Ministério Público na Atualidade.....	65
2.2.2 O Ministério Público no Brasil.....	68
2.2.3 O Ministério Público na Constituição Federal de 1988.....	76
3 A COMARCA DE MARINGÁ E AS AÇÕES DA 14ª PROMOTORIA DE DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA	83
3.1 APRESENTAÇÃO DO <i>LOCUS</i> DA PESQUISA	83
3.2 O MINISTÉRIO PÚBLICO E A 14ª PROMOTORIA ESPECIALIZADA NA DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA DA COMARCA DE MARINGÁ.....	85
3.2.1 Organização do Ministério Público no Estado do Paraná.....	85
3.2.2 A 14ª Promotoria Especializada na Defesa da Saúde Pública.....	87
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO QUE COMPÕE A COMARCA DE MARINGÁ	89
3.3.1 Alguns Indicadores Sociais Gerais	89
3.3.2 Caracterização da Área de Saúde	94
3.4 CONTROLE SOCIAL E CONTROLE INSTITUCIONAL	104
3.4.1 Os Conselhos Municipais de Saúde da Comarca	104
3.4.2 As ações realizadas pela 14ª Promotoria de Defesa da Saúde	106

3.4.3 Relações formais estabelecidas entre a 14ª Promotoria e os Conselhos da Comarca	116
---	-----

4 A INTERAÇÃO ENTRE A PROMOTORIA E OS CONSELHOS DE SAÚDE DA COMARCA	123
--	------------

4.1 A PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A REALIDADE DA SAÚDE NA COMARCA	125
---	-----

4.2 A FORMAÇÃO DOS CONSELHOS E SUA SUBORDINAÇÃO AO PODER EXECUTIVO	131
--	-----

4.3 OS CONSELHOS E A SUBORDINAÇÃO AO MINISTÉRIO PÚBLICO	141
---	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
-----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	155
--------------------------	------------

APÊNDICE	163
-----------------------	------------

ANEXO	166
--------------------	------------

INTRODUÇÃO

A inserção do Assistente Social na Instituição Ministério Público é um evento recente, mas esta modalidade de prática profissional vem, gradativamente, ganhando espaço e se tornando um instrumento auxiliar da instituição na sua intervenção em diferentes áreas de políticas sociais. Desenvolvemos um trabalho como assistente social na 14ª Promotoria Especializada na Defesa da Saúde Pública da Comarca de Maringá desde 2004 e o presente estudo resultou da necessidade de refletir sobre a realidade na qual se insere nossa atuação profissional.

O Serviço Social no Ministério Público do Estado do Paraná teve início em 1989, na cidade de Curitiba, a partir da intervenção de uma assistente social cedida por outro órgão público. Em 1994, sua ação na instituição foi consolidada por meio do ingresso de duas profissionais que, concursadas, passaram a atuar também na capital do Estado.

Em 1998, foi ampliado o trabalho, com a contratação de mais oito profissionais por meio de concurso público. Estes ficaram disponibilizados nos Centros de Apoio Operacional das Promotorias Especializadas, sediados em Curitiba. Dentre as suas atribuições, estes Centros têm a responsabilidade de dar apoio técnico para as Promotorias das Comarcas do interior¹.

No entanto, a realidade que as Promotorias do interior do Estado enfrentam não é diferente da realidade da capital. O agravamento da situação social da população brasileira, os inúmeros desdobramentos da “questão social” que chegam à Instituição e a crescente procura pela Promotoria de Defesa da Saúde Pública em Maringá contribuíram para que a Promotora de Justiça Titular, passasse a defender a necessidade de intervenção do Serviço Social, com vistas ao atendimento desta demanda específica e à ampliação de suas atividades para

¹ Apesar dos esforços dos profissionais de Serviço Social da Instituição em demonstrar a necessidade de ampliação do quadro de Assistentes Sociais para o Ministério Público, particularmente para o interior do Paraná, inclusive com elaboração de material teórico que versa sobre a importância desta ampliação, isso ainda não se concretizou. Tanto é que, em Maringá, as duas Assistentes Sociais que atuam no Ministério Público, nas áreas da Saúde Pública e Idoso, são disponibilizadas respectivamente pela Universidade Estadual de Maringá – UEM e pelo Instituto de Saúde do Estado do Paraná – ISEP.

responder aos questionamentos da população quanto ao cumprimento, efetividade e controle dos direitos da população usuária do Sistema Único de Saúde.

Assim, em 2004, com a colaboração da Universidade Estadual de Maringá², a 14ª Promotoria Especializada na defesa da Saúde Pública da Comarca de Maringá implantou o Serviço Social com a função de atender uma demanda que busca solucionar problemas relativos ao acesso negado a direitos.

O aumento da população em busca das instituições jurídicas para garantir direitos não atendidos nas instâncias sociais não pode estar dissociado da crise social e de suas conseqüências no cotidiano da sociedade e requer que a ciência do Direito busque auxílio das ciências humanas e sociais, culminando, desta forma, numa proposta multidisciplinar.

O Serviço Social, primeiramente, buscou identificar se os usuários dos serviços de saúde tinham garantia de acesso à saúde pública. Foi elaborado um instrumental de trabalho para registrar os principais problemas relatados pela população que ocorre à Promotoria e instrumentos de controle sobre os encaminhamentos e soluções propostas. Procuramos, como profissionais de Serviço Social, restabelecer o vínculo do usuário com o Sistema Único de Saúde, realizando encaminhamentos e acompanhando os casos até serem solucionados em sua totalidade.

Várias são as reclamações da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS): demora nas consultas especializadas ou mesmo a inexistência de algumas delas, negativa de acesso a medicamentos receitados pelos médicos da rede, exames que não são disponibilizados por não fazerem parte da listagem do SUS, denúncias de falta ou mau atendimento de profissionais da saúde, entre outros.

Apenas para dar a dimensão desse trabalho, no ano de 2005 mais de quatro mil pessoas estiveram na 14ª Promotoria de Justiça e, destas, 989 foram atendidas pelo Serviço Social³.

² Isto foi possível devido à Lei nº 6.174/70 – Estatuto dos Funcionários do Estado do Paraná e ao artigo 23 do Estatuto da UEM que possibilita o estabelecimento de parceria entre os órgãos públicos estaduais na disponibilização de pessoal técnico.

³ Dos casos atendidos pelo Serviço Social, 96% solicitavam intervenção no cumprimento do direito à saúde. Dos 319 encaminhamentos realizados pelo Serviço Social da Promotoria de Saúde Pública aos órgãos municipais e estaduais de saúde pública no ano de 2006, 91% foram solucionados. Já os ofícios que foram emitidos para os mesmos órgãos, durante o mesmo período, tiveram 52% dos casos solucionados e respondidos, contra 25% que foram respondidos, mas ainda não foram resolvidos, e 23% que estão sem resposta e sem atendimento.

O volume de atendimentos individuais, muitas vezes, que se concentravam em reclamações de mesmo tipo, chamou a nossa atenção para a necessidade da utilização de instrumentos voltados para o coletivo. Esta estratégia considera a postura de gestores públicos que usam diversos mecanismos para isentarem-se da obrigatoriedade do cumprimento dos direitos dispostos na Carta Constitucional⁴. Ressaltamos que a defesa dos direitos sociais exige que se supere a visão clássica de tutela jurisdicional, que se baseia no individualismo, e assumam a defesa dos interesses coletivos, que exige que sejam defendidos com novos instrumentos, inclusive com a proposta de maior interação com os Conselhos Gestores da Saúde.

Neste sentido, uma frente de ação tornou-se prioridade do Serviço Social na Promotoria, desenvolvendo um trabalho de acompanhamento aos Conselhos Municipais de Saúde da Comarca de Maringá⁵ por meio do comparecimento às suas reuniões ordinárias e extraordinárias e à assessoria aos mesmos, mediante orientação e capacitação, com o objetivo de fortalecer o papel desse organismo destinado ao controle social.

Inclusive esta ação condiz com o Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública (BRASIL, 2006) que, sobre o controle social, recomenda aos promotores atuantes nessa política setorial: fiscalizar as condições de funcionamento dos Conselhos, comparecendo às reuniões, acompanhando as pautas, as atas e suas deliberações, promovendo, inclusive, medidas necessárias para regular o exercício de suas atribuições; participar das Conferências de Saúde, velando pelas proposições da política de saúde condizente com o preconizado em lei; manifestar, quando oportuno, a posição do Ministério Público; e contribuir para a informação e o aperfeiçoamento técnico dos conselheiros.

Para vários autores⁶, o Ministério Público existe para defender a sociedade de forma coletiva, e não para atender ao direito ou interesse individual de uma única pessoa. Assim, um dos mecanismos para efetivar o processo de fiscalização sobre os gastos públicos seria o fortalecimento dos conselhos gestores.

⁴ Um exemplo é a discussão do Princípio da Reserva do Possível, comum no meio jurídico, que incide sobre a efetivação e garantia das políticas públicas. Pautado nesse princípio, o poder público alega que os direitos sociais só poderão ser garantidos a todos que o solicitam quando os recursos financeiros públicos forem suficientes.

⁵ Municípios que compõem a Comarca de Maringá: Maringá, Paiçandu, Dr. Camargo, Floresta e Ivatuba.

⁶ Dentre eles, Luiza Cristina Fonseca Frischeisen, Procuradora do Ministério Público Federal.

Portanto, se cabe ao Ministério Público atuar na defesa dos interesses sociais e na defesa da ordem jurídica (BRASIL, 1988), caberá, também, à instituição zelar pela efetiva implementação e funcionamento dos conselhos gestores de políticas públicas.

A nova frente de trabalho passou a estabelecer uma relação diferenciada do Ministério Público com os Conselhos Municipais de Saúde. E nessa relação, na qual estamos diretamente implicados, algumas indagações nos foram surgindo.

A primeira delas partiu da constatação de que ambos os organismos, Ministério Público e Conselhos Municipais de Saúde, deveriam atuar num mesmo sentido, ou seja, procurar garantir o direito à saúde da população. Embora ambos se estruturarem como mecanismos distintos, têm o mesmo fim. Um é espaço de controle social e o outro, espaço de controle institucional na garantia dos direitos à saúde. Porém, em nossa vivência não observamos que as ações desses agentes se davam nesse sentido.

Outra questão que se colocava para nós e, que observamos ao longo dos quatro anos de trabalho, é o aumento gradativo de uma demanda individual, que busca o Ministério Público como mais um órgão que lhes possibilite solucionar seu problema particular.

Observamos ainda, freqüentes críticas por parte dos vários profissionais que atuam na área ao se depararem com os limites da participação popular nas políticas públicas, especificamente nas políticas públicas de saúde. No entanto, entendemos que essa relação é condicionada por dimensões estruturais complexas e, para compreendê-la, é preciso fazer uma análise mais profunda.

A bibliografia sobre os conselhos gestores e sua atuação na gestão da coisa pública é vasta e tem apontado para algumas experiências satisfatórias. Por outro lado, a literatura indica que a maioria desses conselhos mantém um forte atrelamento de suas ações com o gestor público. Com base em dados empíricos de nossa atuação profissional, percebemos que, na nossa região, não é diferente.

Uma pesquisa realizada pela Professora Doutora Celene Tonella (2006)⁷ com 30 conselhos gestores municipais de seis cidades da região, dentre

⁷ A obra reúne parte do trabalho desenvolvido pela professora durante o curso de pós-doutorado na PUC de São Paulo.

eles a cidade de Maringá, identificou que sempre há riscos dos conselhos funcionarem como instrumentos a serviço da administração municipal.

O seu estudo apontou que os segmentos sociais não estão representados como deveriam, já que os conselheiros se comportam subordinados a prazos e a um formato de discussões definido conforme critérios do poder público e, nas pequenas cidades, uma pessoa atua como membro de quatro conselhos ao mesmo tempo. Na conclusão, afirma que, apesar dos conselhos serem considerados modelos de democracia participativa, eles ainda são frágeis e precisam ser constantemente estimulados para desempenhar suas reais funções.

Ante tal problemática, propusemos-nos estudar a inter-relação entre o Ministério Público, representado pela 14ª Promotoria Especializada de Defesa da Saúde Pública da Comarca de Maringá, enquanto organismo responsável pela garantia dos direitos estabelecidos em lei, e os Conselhos Municipais de Saúde da Comarca, enquanto organismos de controle social.

Nossa intenção é identificar as ações desenvolvidas e os instrumentos utilizados pela 14ª Promotoria de Maringá, no período de 2005-2007, na interação com os Conselhos Municipais de Saúde da Comarca, de modo a identificar elementos que indiquem como o direito à saúde da população na região é viabilizado. Acreditamos que os resultados deste trabalho caminhem no sentido de contribuir para compreender os mecanismos que estão sendo formulados cotidianamente em nosso país para garantir à população o direito à saúde e o acesso à justiça.

A dissertação foi estruturada em quatro capítulos. O primeiro remete às discussões sobre os Conselhos. Procuramos resgatar a origem da participação dos indivíduos nas questões relativas às suas reivindicações, retomando a essência da concepção dos conselhos na construção de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. Essas reflexões são baseadas nas experiências que se destacaram em diferentes momentos históricos: a Comuna de Paris, os conselhos soviéticos e os conselhos operários de Turim (estudados por Gramsci). Em seguida, fazemos algumas considerações acerca do movimento operário no Brasil, apontando para as formas de mobilização encontradas pela classe na conquista e retrocesso de direitos. Sistematizamos, ainda, as discussões ocorridas no Brasil sobre a participação social, passando pela ditadura militar até chegar à institucionalização dos conselhos. Para as análises, resgatamos alguns autores, como Correia, Jacobi

e Carvalho que discutem o processo de institucionalização da participação social, operacionalizada pelas leis ordinárias nas diversas políticas públicas, como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, mescladas à idéia dos avanços e limites da participação popular no controle social da coisa pública.

No segundo capítulo, discutimos o surgimento do Ministério Público inserido em um contexto liberal, e seu reflexo ideológico na construção de uma cultura jurídica; a influência do Direito Lusitano no Brasil e suas marcas patrimonialistas e escravocratas que pautaram o nosso modelo jurídico. Discutimos os limites e possibilidades dessa Instituição que, apesar de antiga, somente à partir da Constituição de 1988 teve sua atuação publicamente polemizada. Para isso, os utilizamos-nos, sobretudo, de autores como Bonavides, Wolkmer e Sauwen Filho que conseguiram, com bastante propriedade, realizar discussões críticas sobre a estrutura jurídica brasileira.

No terceiro capítulo, apresentamos o *lôcus* estudado com uma breve caracterização dos Municípios pertencentes à 14ª Promotoria de Justiça, o perfil da saúde nos municípios estudados e um levantamento dos dados quantitativos das condutas formais tomadas pela Promotoria.

No quarto capítulo, apresentamos a análise dos dados obtidos por meio de entrevistas realizadas com os principais agentes envolvidos no processo. Para esta análise, foram utilizadas as categorias teóricas delineadas a partir do referencial construído anteriormente, e que foram, assim constituídas: percepção sobre a realidade e relação de subordinação entre os agentes envolvidos, à partir dos conceitos de participação e de controle social.

As entrevistas foram realizadas junto aos Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde, os Secretários Municipais de Saúde e a Promotora de Justiça responsável pela 14ª Promotoria de Justiça da Comarca de Maringá, totalizando onze entrevistados, com a perspectiva de analisar essa inter-relação dos espaços de controle social e controle institucional na garantia dos direitos à saúde.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada⁸ para a coleta dos dados, que, segundo Cruz Neto (1994) caracteriza-se pela articulação das duas modalidades existentes: a estruturada, em que as perguntas são formuladas

⁸ O roteiro da entrevista semi-estruturada encontra-se no Apêndice A deste trabalho.

antecipadamente, e a não-estruturada, na qual o tema da pesquisa é abordado livremente. Para o autor, a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo e a importância desta técnica está nas possibilidades de o pesquisador obter maiores informações pela fala dos atores.

Na seqüência, as considerações finais apontam quais são os desafios a serem enfrentados para que as interações destes espaços tenham uma atuação na perspectiva de consolidarem os espaços públicos democráticos para a garantia e defesa do direito à saúde.

1 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DOS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 consagrou uma modalidade de organização das políticas públicas, em especial das políticas sociais, que prevê a participação popular nas decisões e no controle de sua gestão. Na legislação infra-constitucional, encontramos os conselhos gestores de políticas como mecanismos criados para realizar o controle social nas áreas de saúde, assistência social, entre outras. A compreensão da origem e organização de conselhos como instâncias de participação da população até chegar à configuração que tem os conselhos gestores de políticas sociais na atualidade, é o que tratamos neste primeiro momento de nossa reflexão.

1.1 OS CONSELHOS POPULARES: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS HISTÓRICAS

Segundo Teixeira (1999), a origem dos conselhos tem sua base em duas vertentes distintas. Resultou, por um lado, de movimentos insurrecionais, de caráter revolucionário, que visavam a organização de uma representação democrática alternativa, e de outro, tentativas de construir um sistema de representação das classes operárias em seu próprio local de trabalho.

É certo que estes mesmos conselhos acabaram por carregar significados diferentes, considerando-se o contexto histórico e sócio-cultural no qual desenvolveram-se. Entretanto, mesmo que obedecendo a uma lógica contextual, “[...] em geral, rejeitavam a lógica do capitalismo, [e] buscavam outras formas de poder descentralizadas, com autonomia e autodeterminação” (GOHN, 2000, p.176).

Os autores que estudam a temática costumam mencionar três modos de organização de conselhos que se destacaram em diferentes momentos históricos: a Comuna de Paris, os conselhos soviéticos e os conselhos operários de Turim (estudados por Gramsci).

Espontânea, popular e operária, a Comuna de Paris foi a primeira revolta da história mundial a transformar-se em uma revolução operária, com uma composição predominantemente de trabalhadores manuais. Uma combinação de

acontecimentos variados propiciou seu desenrolar, entre eles destacam-se: a forte tradição revolucionária da França, marcada pela influência de duas correntes opostas: a jacobina e dos *sans-culottes*; a expansão da classe operária com a revolução industrial; a falência das elites dirigentes e a oposição republicana às ameaças de restauração da monarquia na França.

Embora efêmera, permite o esboço de uma sociedade autogestionária. Em 1871, a ação proletária parisiense toma força por intermédio das oficinas da comuna. “Nestas oficinas, os operários escolhiam seus gerentes e os demitiam caso não agissem a contento. Todos os dias ao final da tarde, os trabalhadores se reuniam para organizar os trabalhos do dia seguinte” (CANÇADO, 2004, p.52).

Dentre as medidas alcançadas pelos comunardos temos:

[...] combate à burocracia – supressão do funcionamento estatal;
abolição do exército e sua substituição pelas milícias populares;
interdição do acúmulo de cargos;
organização de conselhos operários nas fábricas abandonadas pelos patrões;
redução da jornada de trabalho para 10 horas;
eleição da direção das fábricas pelos trabalhadores;
reforma do ensino;
revolução cultural do cotidiano. (NASCIMENTO, 2001, p.13-14)

E assim, com sua política de autogoverno, a Comuna apresentou ao mundo a possibilidade real de superar o poder político vigente pela organização econômica e social da própria população. As fábricas foram abandonadas pelos patrões e se viu o desabrochar de um governo gerido por conselhos, inaugurando uma nova proposta de gestão pelos próprios operários.

Para Garcia (2001, p.153), evidente se faz que o caráter simbólico adquirido pela Comuna, que mobiliza mentalidades coletivas e “[...] serve de paradigma para as vanguardas políticas que surgem no fim do século XIX e início do XX”, permite a corporificação e dá forma e conteúdo ao poder de massas, além de colocar-se como exemplo para uma identidade de esquerda. Ao mostrar que o grupo de trabalhadores pode assumir as rédeas de seu próprio caminhar e construir sua própria história – seja ela política, social, cultural ou de idéias.

A segunda experiência histórica também acontece espontaneamente em 1905, mas desta vez como fruto de um processo revolucionário. A formação dos sovietes na Rússia se organizou por meio de comitês de greve e delegados operários, que se encarregavam de organizar e conduzir as greves pós tentativa revolucionária de Petrogrado.

O primeiro 'Conselho' foi eleito em assembléia geral dos operários da cidade de IVANOV, e tinha objetivos puramente econômicos. O Conselho de Petrogrado (capital da Rússia) foi eleito por 200.000 operários, composto com base territorial (bairro) e industrial (fábrica), abrangia 226 delegados operários eleitos por 96 fábricas e 5 sindicatos, mais 3 delegados eleitos de cada um dos partidos socialistas: Bolchevique, Menchevique e Socialista Revolucionário. O Conselho de Petrogrado tinha sua própria imprensa, o 'IZVESTIA' ('Notícias'). Os 200.000 trabalhadores do Conselho de Petrogrado reuniam-se todos os dias para confirmar ou revogar seus delegados eleitos, para decidir sobre as medidas econômicas e a linha política (NASCIMENTO, 2001, p.31).

Em 1917, esses conselhos retornam acompanhados, no entanto, pelos 'Comitês de fábrica' e 'Conselhos dos Comitês de bairro' – instituições essas que surgem como expressão do poder popular e luta dos trabalhadores. Buscavam formas alternativas de expressão àquelas já deliberadas pelos partidos políticos, sindicatos e cooperativas.

Em geral, os Conselhos ('Soviets') tinham a seguinte estrutura: uma Assembléia Geral, um Presidente, um Comitê Executivo, Seções (compostas pelos operários, soldados e camponeses) e ainda as Comissões.

As milícias eram organizadas pelos Conselhos, com o intuito de defender a revolução, instigadas que foram por apelo do Conselho de Petrogrado. Grupos de operários organizaram-se das fábricas e constituíram grupos que atuavam em bairros da periferia e no centro de Petrogrado, com a participação também de estudantes, com idade mínima de 18 anos, e mulheres.

Havia uma convergência de aspirações entre a classe operária e os partidos 'Bolchevique' e 'Menchevique', sobretudo quanto a melhores condições de vida. Os operários acabavam por identificar-se com outras instituições (Comitês de fábrica, Comitês de bairro, Guarda vermelha) que não as dos partidos de esquerda, já que estes não traziam em seus programas a questão do estatuto dos trabalhadores nas fábricas.

Desta forma, inúmeros Conselhos começaram a salpicar por toda a Rússia, enquanto o governo provisório estagnava. Greves eram organizadas, patrões seqüestrados e fábricas, ocupadas. “[...] nasce a autogestão, sobretudo nas pequenas e médias empresas, mais fáceis de serem geridas” (NASCIMENTO, 2001, p. 32).

Embora renovasse em relação à experiência da Comuna de Paris de busca pela autonomia, autogestão e auto-emancipação dos trabalhadores, a experiência soviética do período revolucionário não teve vida longa. O autor entende, inclusive, que a prática dos conselhos soviéticos acabou por dissolver-se nas mãos de um socialismo totalitário. A necessidade em obter resultados rápidos frente ao crescimento econômico que então despontava, devolve “[...] o poder aos antigos donos das fábricas e proprietários de terras, por estes serem considerados mais capazes de cumprir as metas estipuladas nos planos quinquenais” (SINGER apud CANÇADO, 2004, p.54).

E, finalmente, a terceira experiência de conselho a ser destacada é a dos conselhos operários de Turim, que se estruturaram durante o período da guerra imperialista (1914-1918), e posicionaram a cidade diante de duas insurreições armadas. Uma em 1915, que objetivou barrar a participação da Itália na guerra contra a Alemanha, e outra em 1917, que tomou forma de luta revolucionária.

Sob influência da radicalização da revolução russa, os Conselhos de Fábrica articulavam-se em ações políticas e o maior objetivo do grupo era elaborar uma estratégia que possibilitasse ao proletariado conquistar e manter o poder político.

Assim, em meados de 1917, encontravam-se conselhos em quase todas as fábricas e oficinas metalúrgicas de Turim, tendo estes o controle sobre a produção com aprovação da maioria do congresso e parte dos sindicatos. Tais conselhos apresentavam a seguinte estruturação:

[...] em cada fábrica, em cada oficina, é constituído um organismo sobre a base de representação (e não sobre a antiga base do sistema burocrático) que realiza a força do proletariado, luta contra a ordem capitalista ou exerce o controle sobre a produção, educando toda a massa operária para a luta revolucionária e para a criação do Estado operário. O conselho de fábrica deve ser formado segundo o princípio da organização por indústria [...].

Cada empresa subdivide-se em repartições e cada repartição em equipes especializadas: cada equipe executa uma determinada parte do trabalho; os operários de uma equipe elegem um operário com mandato imperativo e condicionado. A assembléia dos delegados de toda a fábrica forma um conselho que elege do seu seio um 'comitê' executivo. A assembléia dos secretários políticos dos 'comitês' executivos forma o 'comitê' central dos conselhos que elege do seu seio um 'comitê' urbano de estudo para a organização da propaganda, para a elaboração dos planos de trabalho, para a aprovação dos projetos e das propostas particulares de todo o movimento (GRAMSCI, 1978, p. 253).

Com o fim da guerra imperialista, Turim já apresentava uma massa operária mais fortalecida, embora tivesse sido derrotada durante a insurreição de agosto de 1917. Podia-se reconhecer, então, pequenos 'comitês' de trabalhadores em diversas empresas de Turim, que se embrenhavam na luta contra o reformismo e as tendências constitucionais dos sindicatos.

Nas colunas deste semanário, trataram-se os vários problemas da revolução; a organização revolucionária das massas que deviam conquistar os sindicatos para a causa do comunismo; a transferência da luta sindical do campo especificamente corporativista e reformista para o terreno da luta revolucionária, do controle sobre a produção e da ditadura do proletariado. Mesmo a questão dos conselhos de fábrica foi posta na ordem do dia. [...] Os seguidores de *Ordine Nuovo* advogaram na sua propaganda, em primeiro lugar, a transformação das comissões internas, e o princípio de que a formação das listas de candidatos [para as comissões internas dos comitês de fábrica] deveria vir do seio da massa operária e não dos vértices da burocracia sindical. As tarefas que eles atribuíram aos conselhos de fábrica foram o controle sobre a produção, o armamento e a preparação militar das massas, a sua preparação política e técnica. Não deviam exercer mais nem a antiga função de cães de guarda que protegem os interesses das classes dominantes, nem travar as massas nas suas ações contra o regime capitalista (GRAMSCI, 1978, p. 252-253).

Este movimento, no entanto, encontrou resistência, em especial, por parte dos sindicatos, do partido socialista e do *Avanti!*, que polemizavam, basicamente, sobre a conceituação de conselhos de fábrica e de soviets. O que se mostrava implícito no questionamento de seus opositores era, na verdade, a preocupação em evitar a participação das massas na luta revolucionária. Desta forma, para Gramsci (1978) as inúmeras críticas aliadas ao trâmite burocrático dos

sindicatos impediram a expansão do movimento de conselhos turineses para outras áreas da Itália, acabando por abafá-lo, com o apoio capitalista.

A conferência dos industriais, que se realizou em março de 1920 em Milão, elaborou um plano de ataque; mas os 'tutores da classe operária', as organizações econômicas e políticas não se importaram com este fato. Abandonado por todos, o proletariado turinês foi obrigado a enfrentar sozinho, com as próprias forças, o capitalismo nacional e o poder do Estado (GRAMSCI, 1978, p. 255).

Articulando esses pequenos comitês e organizando-os de maneira a constituir conselhos de fábrica, a massa operária turinesa começa, pouco a pouco, a despertar para uma consciência revolucionária devido à constituição de uma nova compreensão das relações sociais e de produção dos trabalhadores da indústria e do campo. Para vários autores, é nesses trabalhadores que está a capacidade de controlar a produção e a comercialização; conseqüentemente, substituir a burguesia no que se refere à economia e à direção da sociedade.

Ainda que com um fim marcado, os conselhos podem ser utilizados, segundo Gramsci, como ilustração de um movimento que pode transformar o objetivo em subjetivo através de uma vontade coletiva. Para ele, o afastamento e a desvinculação do modo de ser capitalista-industrialista só poderão ser efetivados, no entanto, diante de um projeto de sociedade superior ao da classe dominante.

Para nós, a importância de registrar estas experiências como legado histórico das lutas populares está no fato da novidade histórica que elas inauguraram: a autogestão da coisa pública pelos próprios mandatários, a possibilidade de participação direta da população na gestão da cidade e, particularmente, a possibilidade da gestão pública estatal, articulada com a gestão da produção, em um projeto político emancipatório. Porém a influência dessas experiências no Brasil foram filtradas pelas características do nosso país, sua formação e configuração na contemporaneidade.

1.1.1 Apontamentos sobre o Movimento Operário Brasileiro

No final do século XIX e início do século XX, o processo de urbanização e industrialização no Brasil fez emergir uma pequena classe operária, em especial nos centros urbanos do Rio de Janeiro e São Paulo, onde se concentrava mais da metade das indústrias.

As condições de trabalho nestes locais eram das mais precárias possíveis e imagináveis. As jornadas de trabalho ultrapassavam quatorze horas por dia, em algumas fábricas, sequer havia janelas, crianças com cinco anos de idade faziam parte do quadro do operariado, os salários eram irrisórios para a sobrevivência, dentre tantas outras barbáries.

Com forte influência do anarquismo trazido pelos imigrantes europeus, há um movimento de organização sindical, de manifestações e reivindicações públicas e as greves começaram a aparecer no cenário nacional. A ideologia anarquista predominava no movimento operário e a classe trabalhadora começava dar os primeiros sinais de organização no Brasil. Os trabalhadores defendiam melhores condições de higiene, trabalho, saúde e habitação, assim como a organização sindical autônoma. Por intermédio de uma prática combativa, arrancavam conquistas de uma classe dominante acostumada a tratar os trabalhadores como escravos.

Diante de inúmeras greves, passeatas, comícios e forte repressão policial, a classe trabalhadora conseguiu alguns avanços e conquistas, entretanto por volta de 1930, o governo de Getúlio Vargas começou a dar os primeiros sinais de controle sobre o movimento operário. A estratégia utilizada era a seguinte: para responder às questões sociais emergentes, e cada vez mais difíceis de manter sob controle, a conjuntura de 1930 possibilitou o surgimento de algumas políticas sociais nacionais. Começaram a ser implantadas as primeiras ações de políticas trabalhistas e de saúde.

Para muitos autores, o que estava implícito, na criação destas políticas sociais, era que o capital precisava de mão-de-obra em mínimas condições de desempenhar o trabalho e necessitava criar mecanismos para garanti-las, assim como, através das concessões, mantê-la controlada.

Infelizmente, nem todos os trabalhadores tinham este entendimento e tais ações conquistavam o apoio de grandes massas populares ao governo. E nem poderia ser diferente, já que o trabalhador desempregado sentia culpa pela incapacidade de prover o sustento de sua família, e qualquer possibilidade de solidariedade em partilhar as mesmas dificuldades entre os operários era minada pela concorrência no mercado de trabalho.

Paralelamente às medidas trabalhistas de Getúlio Vargas, que contemplavam alguns anseios da massa trabalhadora, havia um processo de desmobilização das suas tradicionais formas de luta. As greves passaram a ser proibidas e os sindicatos a ser controlados pelo Governo, que tinha poderes para abrir ou fechá-los. A autonomia do movimento operário foi extinta e os sindicatos passaram de instrumentos de luta proletária para manipulação dos patrões, o que se convencionou chamar de “sindicalismo pelego”⁹.

Em 1937, é instalado um período de instabilidade política culminando com o novo golpe de Estado – a ditadura. É outorgada a Constituição do Estado Novo, que, em um de seus artigos, estava prevista a extinção dos partidos políticos. Outras medidas foram tomadas para reprimir as oposições, como a censura aos meios de comunicação, a perda de autonomia dos Estados pela nomeação dos interventores, controle sobre a opinião pública, etc.

O governo que se instalou era forte e contava com o apoio da burguesia e de amplos setores do latifúndio. Controlava o movimento sindical por meio das estruturas corporativas e bloqueava quaisquer reivindicações e manifestações contrárias a ele.

Num contra-senso de garantia de direitos e controle de organização do movimento operário, muitos autores apontam que a estratégia utilizada durante todos os anos da chamada “era Vargas” foi a criação de uma série de “benefícios” aos trabalhadores: direito ao descanso semanal, regulamentação do trabalho de menores, jornada de oito horas de trabalho, instituição da carteira profissional, etc.

Essa política trabalhista, aparentemente favorável aos operários, objetivava conquistar o apoio das massas populares ao governo. Tal política paternalista buscava ainda anular as influências da esquerda, desejando transformar

⁹ Para Costa (2005), sindicalismo pelego se refere à estrutura sindical politicamente conservadora e prática essencialmente governista. Reconhecidos não para defender os conflitos inerentes às relações de trabalho, mas para submetê-los ao controle do Estado.

o operariado num setor sob seu controle, para ser usado pelo jogo do poder na desmobilização da classe operária, conforme já descrito anteriormente.

A década de 1950, embora configurada por governos democraticamente eleitos, continua marcada pela política de cooptação dos movimentos populares em formas e graus diferenciados, mas sob forte influência do trabalhismo getulista. As fábricas modernas constituíram espaços privilegiados de experiências coletivas dos trabalhadores relacionadas às condições de trabalho, que tentavam se organizar para reivindicar direitos. A complexidade destes “espaços privilegiados” está no fato de que havia um minucioso sistema de controle sobre o processo de produção e politização do operariado, inclusive com a instalação do Departamento de Ordem Política e Social (DOPS)¹⁰ dentro das fábricas, como estratégia para eliminar qualquer contestação.

Dessa maneira, os conflitos existentes eram ofuscados, quando não reprimidos, e as ações coletivas apareciam como sinônimo de desordem sendo “punidas” com o desemprego. A partir de 1964, com mais uma ditadura instalada no país, esta tendência foi aprofundada.

A organização da classe trabalhadora brasileira, em especial no que diz respeito ao movimento operário, sofreu uma grande perda com a estrutura organizada pela política getulista, baseada no atrelamento e cooptação de suas lideranças. Experiências autônomas de organização são praticamente inexistentes na trajetória da classe trabalhadora brasileira. As experiências de conselhos autônomos e outras tentativas de organização nessa linha não tiveram expressão entre nós.

Porém, um outro grupo de movimentos, constituído pelo que Sader (1988, p.195) denominou de “trabalhadores precários”, do qual fazem parte as donas-de-casa, os favelados, os desempregados, os trabalhadores informais, não tinha esse poder de barganha e pressão na esfera da produção e, por isso, utilizava-se de outros mecanismos para fazer valer seus direitos. Esse segmento da classe trabalhadora se engaja em lutas por melhorias de condições de vida, saúde, educação, infra-estrutura nos bairros, diante das dificuldades de estruturação de um movimento realmente autônomo da classe trabalhadora.

¹⁰ O DOPS foi um órgão do governo criado durante o Estado Novo para reprimir e controlar movimentos políticos e sociais contrários ao regime no poder.

A organização popular passa a se dar em boa medida por intermédio dos movimentos sociais urbanos, criando suas próprias referências, apoiando-se na Igreja e em estruturas comunitárias, como veremos a seguir.

1.2 O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL

A questão da participação social no Brasil tem despontado como tema de vários estudos, gerando polêmica entre os cientistas sociais e políticos, ganhando espaço nas publicações e discussões acadêmicas, adentrando nas instituições e organizações sociais, assim como nos discursos e práticas (no âmbito) das políticas estatais.

É incontestável que o regime ditatorial que se instalou no Brasil, a partir de 1964, foi o que mais tolheu a participação social. O Brasil foi transformado em um verdadeiro Estado unitário e o controle social da classe dominante era exercido através de um Estado autoritário. As possibilidades de participação popular e sindical se retraíram e o movimento de resistência continuou nas “catacumbas”.

Sader (1988) entende que o primeiro efeito de consolidação do regime militar era, exatamente, reforçar essa imagem de impotência e incapacidade de organização da sociedade civil. O que se observou, na verdade, foi a emergência de uma nova configuração das classes populares no cenário público brasileiro. Mesmo com a repressão, por meio de censura, prisões, torturas, perseguições e mortes, não se conseguiu destruir totalmente a articulação dos movimentos sociais e sua presença na discussão do processo democrático.

Em meio à perplexidade e ao medo, os movimentos populares precisavam analisar a nova realidade e aprender a organizar-se frente às piores condições, “[...] novos agentes entraram em cena e passaram a dividir com o movimento operário (e também o estudantil) a arena de construção de um campo articulado de resistência [...]” (TONELLA, 2006, p.27).

Após a crise sentida pelos intelectuais e militantes de que havia algo mais para a política além do Estado, deixando de vê-lo como lugar privilegiado das mudanças sociais, começaram a vislumbrar possibilidades de articulação com a

sociedade civil e, nos dizeres de Sader (1988, p.33) “[...] começam a enfatizar a polarização – às vezes até maniqueísta – entre sociedade civil e Estado”.

E o inusitado ocorreu:

Foi da experiência do fechamento do Estado que ele deixou de ser visto como o parâmetro no qual se media a relevância de cada manifestação social. Começam a surgir interrogações sobre as potencialidades dos movimentos sociais que só poderiam se desenvolver fora da institucionalidade estatal (SADER, 1988, p. 34).

Diante da subjugação do capital, da dominação de um Estado onipresente e da impossibilidade de participação de qualquer espaço legitimamente popular, os intelectuais, militantes de esquerda e até alguns membros da classe operária – que apesar de cooptada ainda demonstrava sinais de mobilizações – passaram a se organizar junto aos movimentos populares que emergiam com a marca da autonomia e da contestação à ordem estabelecida.

Os movimentos sociais urbanos eclodiram na década de 1970 e é possível identificar, na bibliografia existente¹¹, inúmeras mobilizações, articulações e pressões políticas e sociais em busca de garantir alguns direitos. Ocorreram várias lutas de resistência e movimentos de protestos por todo país, entre elas, o Movimento Estudantil, Feministas, pela Reforma Sanitária, da Pastoral da Terra, Comunidades Eclesiais de Base, etc.

Sader (1988) analisa as dificuldades, ambigüidades e contradições existentes em alguns destes movimentos sociais populares ocorridos na grande São Paulo, e admite que, mesmo diante dos limites impostos ao projeto político, constituíam espaços públicos para além do sistema de representação política, em que os atores criavam sua própria cena através da ação.

A exemplo da luta por creches, de mulheres que precisavam trabalhar e não tinham onde deixar seus filhos; destacam-se o movimento realizado pelo clube de mães do Jardim Nakamura, na cidade de São Paulo, enviou cartas às autoridades, nas quais solicitava medidas contra a elevação do custo de vida; a campanha proposta pelos moradores da Vila Mariana em coletar um milhão de assinaturas reivindicando o congelamento dos preços dos gêneros de primeira

¹¹ Ver: Sader (1988).

necessidade; a organização junto à comunidade de um grupo de médicos sanitaristas que se mudaram para a periferia da zona leste da cidade de São Paulo e passaram a formar a população daquele bairro sobre as possibilidades de pressionar as autoridades públicas para conquistas de suas reivindicações; entre tantos outros.

Segundo Gohn (2003), foi neste período (anos 1970), diante da crescente mobilização da sociedade civil e suas manifestações, que foram criados – pelo próprio poder executivo – os conselhos comunitários que tinham por objetivo mediar suas relações com os movimentos populares. Estes conselhos comunitários tinham atribuições consultivas, opinativas, e eram compostos apenas por representantes da sociedade civil, portanto não estavam institucionalizados (ainda) junto ao poder público.

Como exemplo, temos a criação dos conselhos comunitários na cidade de São Paulo, que eram mecanismos ligados diretamente ao gabinete do prefeito. Entretanto os conselhos comunitários não conseguiam caminhar no campo das deliberações, suas reivindicações eram catalogadas, burocratizadas e despolitizadas pelo órgão gestor, que continuou a administrar segundo “[...] as prioridades definidas nos gabinetes, objetivando mais atendimento dos interesses econômicos [...]” (GOHN, 2003, p. 73).

No final da década de 1970, com a crise econômica mundial exercendo influência na situação interna do país, Nunes (2000) observa os primeiros sinais de esgotamento do modelo militar-fascista, que começa a preparar “[...] a retirada controlada, de forma que todas as chaves do poder permanecessem nas mãos da reação” (GOHN, 2003, p. 85).

Neste sentido, os anos 1980 caracterizaram-se pela efervescência política em busca de um processo de democratização. Havia uma forte contraposição ao regime militar, ressurgiam os movimentos sociais contrários aos governos autoritários, abrindo discussões para uma democracia representativa.

Para muitos autores, este período foi considerado como o mais rico da história brasileira no que diz respeito a lutas, movimentos e, sobretudo, projetos para o país. Havia uma esperança na força do povo, nas camadas populares, quando organizadas para realizarem mudanças históricas que outros grupos não tinham conseguido conquistar no passado relativamente recente do Brasil. “É importante notar que, embora os anos 80 seja um período de aprofundamento das

desigualdades sociais, é simultânea e contraditoriamente, palco de avanços democráticos dos mais significativos da história política brasileira” (RAICHELIS, 2006, p. 77).

As pautas reivindicatórias eram extensas e iam desde o enriquecimento da merenda escolar, construções de praças, alargamento de ruas, criação de bibliotecas até maior participação na gestão da coisa pública.

No início da década de 1980, surge outra modalidade de conselhos, os populares, que representavam resistência ao regime militar, e seu foco principal era a luta pela participação popular. Surgiram com os mais diferentes papéis:

[...] como organismos do movimento popular, atuando com parcelas de poder junto ao executivo (tendo a possibilidade de decidir sobre determinadas questões de governo); organismos superiores de luta e de organismos de administração municipal criados pelo governo para incorporar o movimento popular ao governo, no sentido de assumirem tarefa de aconselhamento, deliberações e/ou execução (GOHN, 2003, p. 75).

Para uma determinada parcela destes movimentos sociais, a paridade na constituição dos conselhos poderia significar maior possibilidade de garantir seus direitos e de suas reivindicações serem efetivamente realizadas. Já uma outra parcela do movimento tinha a preocupação dos riscos de cooptação e manipulação que essa proximidade poderia causar, inclusive com a perda de autonomia.

Apesar destas discussões, os conselhos populares se destacaram no cenário urbano, e Gohn (2003) destaca vários deles, como o Conselho de Pais, em Lages, Santa Catarina; o Conselho de Desenvolvimento Municipal, em Boa Esperança, Espírito Santo; os de Saúde da Zona Leste da cidade de São Paulo, e outros.

Dessa forma, a trajetória dos movimentos sociais esteve diretamente relacionada a um esforço de inscrever novos direitos na ordem legal e influenciar a elaboração e regulamentação da nova ordem institucional, primeiro no plano federal e depois nos planos estaduais e municipais, como veremos a seguir.

1.2.1 A Institucionalização da Participação Social no Brasil

A partir da segunda metade da década de 1980, mediante um processo de resistência, de crise do regime e da transição negociada entre as elites, um novo paradigma foi criado, e se retomou a temática da participação social como demandatária da democracia e das novas relações entre o público e o privado pela institucionalização dos conselhos.

Era possível, então, falar no acúmulo de experiências na luta pela conquista de direitos e, para Tonella (2006, p. 29), foram essas “[...] articulações ocorridas no campo social que levaram o país a transformações no campo político, no sentido da redemocratização e da ampliação da participação social [...]”, culminando em garantias inscritas na Constituição de 1988.

O amplo movimento de participação popular no processo constituinte marca esta nova fase dos movimentos sociais. As experiências, anteriormente definidas por seu caráter reivindicatório, passam a ser sistematizadas e traduzidas em propostas políticas mais elaboradas e levadas aos canais institucionais. É a emergência dos chamados “novos movimentos sociais”, caracterizados pela busca do direito a ter direitos, do direito a participar da redefinição dos direitos e da gestão da sociedade.

Mesmo na contramão da história, vivenciado pelo Estado minimalista das teses neoliberais, o processo constituinte brasileiro não só provocou intensa discussão em torno da participação da sociedade, como possibilitou a inclusão, no texto constitucional, de diretrizes para adoção de mecanismos que as efetivassem, notadamente nas áreas de políticas sociais.

Apesar das fragilidades encontradas no texto constitucional, como, por exemplo, não contemplar a moradia como um direito fundamental, foi a primeira vez, na história do Brasil, que as camadas populares puderam participar da elaboração de uma Constituição, travando, desta forma, uma luta política com os setores da elite. Em vários momentos do novo arcabouço jurídico, é possível identificar a positivação do princípio constitucional da participação popular.

Está presente na Constituição (BRASIL, 1988) no Título VIII – Da Ordem Social, no capítulo II da Seguridade Social, Seção I, artigo 194, inciso VII – caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação

da comunidade. Também identificamos na Seção II, Da Saúde, em seu artigo 198, inciso III que prevê, como diretriz do sistema único de saúde, a participação da comunidade. E, ainda, na Seção IV, Da Assistência Social, em seu artigo 204, inciso II, que prevê a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação de políticas e no controle de ações de todos os níveis.

No entanto em nenhum momento da “Constituição Cidadã”, conforme expressão cunhada pelo então presidente da Assembléia Nacional Constituinte – Deputado Ulisses Guimarães –, ficou esclarecido como ocorreria essa participação da sociedade. Mas, a partir dessa Lei maior, a legislação ordinária e específica de cada área, (saúde, previdência e assistência) detalha e aprofunda o formato participativo, sendo implementadas, pelo Brasil afora, na forma dos Conselhos Gestores.

Vários dispositivos legais foram estabelecidos em Leis Orgânicas específicas, e passaram a regulamentar o direito constitucional à participação por meio de conselhos deliberativos, de composição paritária entre representantes do poder executivo e de instituições da sociedade civil. A grande novidade dos conselhos gestores foi a possibilidade de seu caráter interinstitucional e, mediante a inscrição na Constituição de 1988 de participação da população, passam a ter o papel de instrumentos mediadores na relação sociedade/Estado.

Para muitos autores, os conselhos gestores representaram um avanço no processo de democratização no país e, apesar de terem sido oficializados no contexto neoliberal, são considerados frutos de lutas e demandas populares de pressões da sociedade civil.

Neste sentido, vislumbrou um novo instrumento de expressão, representação e participação da sociedade civil, tendo a oportunidade de imprimir um novo formato às políticas sociais.

[...] os conselhos gestores são diferentes dos conselhos comunitários, populares ou dos fóruns civis não governamentais, porque estes últimos são compostos exclusivamente de representantes da sociedade civil, cujo poder reside na força de mobilização e da pressão, não possuindo assento institucional junto ao poder público. Os conselhos gestores são diferentes também dos conselhos “notáveis” que já existiam nas esferas públicas no passado, compostos exclusivamente por especialistas (GOHN, 2000, p. 178).

A institucionalização da participação social foi efetivada nas diversas políticas públicas, como, por exemplo, na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, que instituiu os conselhos nacional, estaduais e municipais da criança e do adolescente; com a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social, que instituiu o sistema descentralizado e participativo de Assistência Social de composição paritária entre governo e sociedade civil, composto pelo conselho nacional, estaduais e municipais de assistência social; e também com a saúde, através de suas Leis Orgânicas nº 8.080/90, que instituiu o sistema único de saúde e nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe, especificamente, sobre a participação da comunidade na gestão da política pública de saúde (CONSELHO REGIONAL, 2001), tema que aprofundaremos adiante.

É importante ressaltar que, apesar dos diferentes matizes, o debate sobre os conselhos como instrumentos de exercício da democracia sempre esteve presente tanto nos setores ditos liberais quanto nos ditos da esquerda. A diferença é que, para os liberais, os conselhos são pensados como instrumento ou mecanismo de colaboração; já pela esquerda, são pensados como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder (GOHN, 2000, p. 175).

Outro aspecto que temos observado nas pesquisas de estudiosos das Ciências Sociais, como o caso de Dagnino, Olvera e Panfichi (2006, p. 138), é a necessidade de atentarmos para o “[...] reconhecimento da disputa simbólica como constitutiva de toda disputa política”. A centralidade da discussão está em demonstrar a existência do que ela denominou de “confluência perversa”.

Os autores descrevem que, na última década do século XX, os conceitos e discursos de cidadania, democracia e participação foram utilizados por projetos antagônicos. De um lado, o projeto neoliberal que reivindicava uma sociedade civil mais participativa, inclusive propondo o orçamento participativo, até então, um discurso exclusivo da esquerda. De outro, as propostas de um projeto democratizante que, também, utiliza os mesmos referenciais. Para eles, a perversidade estaria colocada no fato de que os projetos apontam em direções opostas e com discursos antagônicos, mas pouco perceptíveis. Dessa forma, os deslizamentos semânticos e os deslocamentos dos sentidos seriam as principais

armas na constituição da prática política, na qual “qualquer passo em falso nos leva ao campo adversário” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 141).

É fundamental a incorporação da participação numa perspectiva ampla de direitos, uma vez que isso envolve uma dupla mudança na relação sociedade-Estado: de um lado, a obrigatoriedade por parte do Estado de cumprir e fazer cumprir os direitos por meio da implementação de políticas públicas e, por outro, a capacidade que os cidadãos têm de exigir o cumprimento dos direitos.

Por si só, a institucionalização dos mecanismos de participação não assegura uma democracia participativa; por isso, identificar os projetos políticos existentes pode representar avanço do processo de construção democrática no Brasil.

Assim, Correia (2000, p. 123) alerta para a “[...] pseudodicotomia entre Estado e sociedade civil e uma pseudo-homogeneização desta última como se ela fosse composta unicamente por setores progressistas, ou pelas classes subalternas [...]”.

Cumprir destacar que a sociedade civil está permeada de conflitos e é composta por uma grande heterogeneidade de atores (inclusive conservadores). Isso significa que a sociedade civil não é um território pacífico e, ao imprimir um caráter homogêneo e intrinsecamente virtuoso a ela, pode representar uma armadilha das versões dominantes para permanecer no controle.

Mas, em que pese seus limites e ambivalências, a legalidade democrática negociada e pactuada no correr de mais de um ano de trabalhos constituintes, traz as marcas dessa movimentação social ampla e plural que marcou a primeira metade da década de 1980 (PAOLI; TELLES, 2000, p. 109).

Sobre o assunto nos resta a seguinte reflexão: a enorme complexidade deste processo deve ultrapassar análises simplistas e unilaterais e pensá-las por determinações exclusivamente estruturais podem nos levar a impasses insolúveis.

1.3 O PROCESSO PARTICIPATIVO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

No primeiro período do Brasil-Colônia (1500-1808), os escravos eram a grande maioria trabalhadora do país, não tinham qualquer reconhecimento social ou político e, portanto, inexistia qualquer tipo de amparo assistencial à sua saúde ou oportunidade de participação popular na cena política.

Por sua vez, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte de Portugal, em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas), os boticários eram utilizados como assistência aos enfermos e a população ficava à mercê de práticas de toda ordem daqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

Por volta de 1789, havia, no Rio de Janeiro, apenas quatro profissionais médicos e, nos demais estados brasileiros, este profissional inexistia. Os membros da classe dominante, aqueles que podiam pagar, recebiam atendimento de profissionais físicos, cirurgiões, e médicos, formados em universidades européias, sobretudo ibéricas.

O primeiro hospital criado em Santos não trazia a concepção de espaço terapêutico e a idéia de cura era inexistente. Suas ações eram pautadas na filantropia, com aspectos voltados para a caridade e a compaixão. O atendimento era prestado aos pobres, forasteiros, soldados e marinheiros. Entretanto a ineficiência qualitativa dos hospitais produzia mortes e ameaçava a conservação das tropas, o que levou à criação do Hospital Real Militar, com o soldo dos próprios militares.

Com a instalação da coroa portuguesa no Rio de Janeiro em 1808, criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava. O discurso embutido para essa organização era garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do povo na nova terra, mas, na verdade, Dom João VI fugia da ocupação francesa em Portugal e precisava organizar no Brasil condições mínimas para a manutenção da sede do reino.

Ademais, a Colônia passou a fazer parte das rotas comerciais inglesas, aumentando a circulação de navios, mercadorias e pessoas, o que se constituiu em um importante fator para a reorganização da higiene pública no país. A

intenção era manter os súditos saudáveis para cumprir suas obrigações na paz e na guerra, daí se verifica um deslocamento do objeto de intervenção das práticas de saúde: do doente/doença para a saúde.

A partir de 1822, o quadro de saúde no país permaneceu igualmente caótico e inúmeras epidemias invadiam o Rio de Janeiro, como febre amarela, varíola, febre tifóide, sarampo e gripes, que vieram juntar-se às tradicionais matadoras: a malária e a tuberculose.

A partir de 1889, com a proclamação da República, uma outra formatação da oligarquia se colocou no poder. A República crescia e se fundamentava com características similares ao absolutismo da monarquia, ora composta de proprietários de latifúndios, ora pelas forças dos industriais ou de militares, que defendiam, implacavelmente, seus próprios interesses. Neste sentido, a saúde novamente estava à mercê das elites política e econômica.

Se, durante o período monárquico ou mesmo o imperial, a questão da saúde era focada pelo único aspecto do atendimento à elite política dominante, ao final do século XIX e primeira década do século XX, em decorrência das transformações econômicas e políticas oriundas do amplo processo de urbanização, industrialização e migração, os problemas sociais se agravaram. Os altos índices de mortalidades provocados pelas epidemias afetavam diretamente a economia nacional, fazendo com que as companhias de navegação evitassem os portos brasileiros.

Neste sentido, alguns instrumentos de organização sanitária são criados para amenizar a crise e, para Costa (1986), a intenção de sanear os espaços de circulação e de distribuição de mercadorias ficou estritamente articulada com as necessidades do desenvolvimento capitalista.

Nessa mesma época, observou-se o nascimento das primeiras organizações operárias, através de algumas associações de artesãos, mas organizadas sob a forma de irmandades religiosas. Para Teixeira (1999), as primeiras organizações operárias sem um caráter essencialmente religioso foram as associações voltadas para a ajuda mútua entre os trabalhadores e seus familiares, em situações de doença, acidentes no trabalho, invalidez, etc. Estas ações tinham influência do movimento anarquista, trazido ao Brasil pelos imigrantes italianos.

É interessante notar que a questão da saúde estava fortemente presente na motivação das primeiras organizações populares: as associações de

auxílio mútuo. Elas representaram a primeira forma de participação das classes populares no enfrentamento das questões de saúde. Mas não era uma participação nos serviços de saúde, uma vez que suas atuações eram mais voltadas para o apoio individual ao companheiro em situação emergencial.

Os poucos serviços de saúde que atendiam à classe popular eram as Santas Casas de Misericórdia, organizadas pela Igreja Católica com o apoio da elite econômica. Nelas, a assistência médica era vista como caridade e não como direito. Aos trabalhadores, só cabiam a gratidão e não a participação.

No que diz respeito à saúde pública, por sua vez, várias ações sanitárias foram desenvolvidas, mas o caso mais exemplar, para ilustrar o objetivo deste estudo, foram as campanhas de 1903. As ações foram precedidas por uma reforma urbana, a partir da criação de leis e normas que proibiam a circulação de animais na cidade, regulavam a construção e consertos de prédios, proibiam que mendigos andassem pela cidade e foi criado um serviço de limpeza pública em que turmas de guardas sanitários percorriam as ruas da cidade, visitando, obrigatoriamente, todas as casas e removendo tudo no seu interior que fosse julgado prejudicial à saúde pública. Casas e cortiços em precárias condições de higiene eram desapropriados e os moradores tinham um prazo determinado para se mudarem. A população protestava de várias formas.

Em outro episódio, desta vez de combate à febre amarela, as ações centravam-se, sobretudo, no combate aos mosquitos transmissores. Foram criadas milícias paramilitares que entravam em todas as casas da região pobre da cidade, identificando problemas higiênicos (particularmente depósitos de água que pudessem servir para a multiplicação dos insetos) que deviam ser obrigatoriamente corrigidos. Os doentes tinham que ser recolhidos em quartos com condições apropriadas de isolamento. Houve demolições de várias habitações coletivas e de casas em que se alugavam cômodos, situadas na região central de cidades como Rio Janeiro e São Paulo. O problema habitacional se intensificou. A resistência popular aumentava e cada vez mais com apoio das classes médias.

Posteriormente, foi a vez do combate à peste bubônica, que recebeu menor oposição porque se adotou, também, a medida de se comprar ratos da população. Surgiram várias criações de roedores com o objetivo de venda à Saúde Pública.

E, por fim, a grande revolta de 1904, com a obrigatoriedade da vacinação antivariólica, que contava com a colaboração da polícia para o cumprimento da lei. Era a primeira vez que se passava de uma ação sobre o ambiente para uma ação sobre o corpo. A vacina tinha muitos efeitos colaterais e havia dúvidas quanto a sua eficácia.

Novamente, a população se revolta de modo generalizado, mas, desta vez, com choques violentos da polícia, troca de tiros e várias mortes. Apesar da revolta ter sido sufocada, a lei da vacinação obrigatória deixou de ser posta em vigor na forma proposta. Em 1908, a cidade sofreu uma das suas maiores epidemias de varíola, com 9.000 mortos (COSTA, 1986).

O relato destes episódios tem a intenção de demonstrar que as classes populares e médias urbanas, se ainda eram incapazes de participar da orientação das políticas públicas de saúde que começavam a se estruturar, já tinham, no entanto, evoluído em sua organização e cultura a ponto de poderem resistir ao autoritarismo das oligarquias. Era uma primeira forma de participação: a reação.

A situação de saúde da população, nesse período, ainda era muito precária e, apesar do investimento em ações sanitárias, estas não foram suficientes para eliminar o quadro de morbi-mortalidade infantil e geral, tampouco de eliminar as doenças infecto-contagiosas e parasitárias.

Após uma série de cálculos e barganhas, de um processo de negociação e convencimento sobre os custos e benefícios, bem como dos perigos representados pelas doenças contagiosas, as elites políticas foram convencidas da importância de ações estatais no enfrentamento das condições sanitárias. Segundo Costa (1986, p.79) este compromisso foi manifestado nos Decretos de 1918 e 1919 que “[...] criavam e regulamentavam as ações federais de saneamento e profilaxia rural”.

Em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública, então ligado ao Ministério da Justiça, foi reestruturado, e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista que ainda era puramente fiscal e policial.

Em 1922, o governo de Artur Bernardes seria marcado por grande instabilidade política devido ao movimento tenentista, de forte repressão ao movimento operário. Segundo Bravo (2006), o enfraquecimento do poder de pressão

da classe trabalhadora, juntamente com a desaceleração do ritmo da produção e o aumento das importações fizeram com que setores do empresariado retrocedessem em seu relativo apoio às demandas sociais e trabalhistas.

No período, as questões de higiene e saúde do trabalhador foram colocadas em evidência. Vale lembrar que, até então, eles se organizavam numa rede de solidariedade e depositavam uma quantia determinada para ajudar o outro trabalhador em determinados infortúnios, como as despesas com saúde e funeral.

Como forma de institucionalizar essa ajuda mútua, foi instituída a Lei Elói Chaves, que, apesar de ser um marco na história da previdência social brasileira, apenas formalizou e regulamentou uma ação já existente entre os trabalhadores. Sua criação privilegiou os trabalhadores ferroviários e, somente três anos mais tarde, se estendeu aos das empresas marítimas e portuárias.

Na década de 1930, com a acentuação da recessão, do desemprego, a redução dos salários e a elevação do custo de vida, bem como a agitação política e as reivindicações da classe trabalhadora diante das precárias condições de higiene, saúde e habitação, a intervenção estatal na área da saúde começa a ser mais efetiva.

Cada vez mais, o patronato se sentia lesado em seus direitos e liberdades com o crescente intervencionismo do Estado no campo trabalhista. Mesmo assim, é necessário considerar que estas ações estavam diretamente ligadas à necessidade de manutenção da ordem capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais.

Para Bravo (2006), foi esta conjuntura que possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática, e precisavam ser enfrentadas de maneira mais sofisticada. A autora continua sua reflexão e aponta que o Estado é chamado a agir e novos aparelhos são criados para dar respostas aos assalariados urbanos.

Essas ações eram organizadas em duas vertentes: a de saúde pública e a de medicina curativa. A questão da saúde pública centrava suas ações na criação de condições sanitárias mínimas, e de serviços de combate às endemias. Já, na curativa, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), de modo a estender seus benefícios a um maior número de categorias assalariadas urbanas, utilizando como uma das estratégias a antecipação de qualquer tipo de

reivindicação da classe trabalhadora. Paralelamente à consolidação do modelo denominado curativo, houve o enfraquecimento do modelo campanhista, ou seja, a saúde pública recebia investimentos cada vez mais insignificantes e escassos.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com separação das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1953, mudou para Ministério da Saúde, o que, na verdade, limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, sem que isto significasse uma nova postura do governo ou uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

Esse panorama se manteve até 1964 quando, após o golpe militar, os problemas estruturais se aprofundaram, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla .

A estratégia utilizada por esta ditadura foi o “binômio repressão-assistência”, sendo:

[...] a política assistencial à saúde, ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2006, p. 93-94).

Neste sentido, o golpe militar e o regime ditatorial serviram a interesses muito mais profundos do que simplesmente os da corporação militar. A violenta repressão serviu para reforçar as posições do grande capital nacional e estrangeiro no processo de acumulação de capital.

Uma sucessão de crises começa a emergir, e a idéia de que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirmou no plano social. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como o aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário¹² começou a mostrar suas

¹² O modelo de saúde previdenciário estava diretamente relacionado à assistência prestada aos trabalhadores com vínculo empregatício. Os demais cidadãos contavam com a caridade das Santas Casas de Misericórdia ou morriam sem nenhum tipo de atendimento médico.

mazelas e o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde.

Dando continuidade às reflexões sobre a necessidade de rever as condições de vida da população no Brasil, os sanitaristas brasileiros aproveitaram o momento de efervescência política e se integraram ao movimento de resistência democrática. Mesmo diante das perseguições e da censura, pretendiam aprofundar o conhecimento entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde, formulando propostas para a melhoria da saúde.

Essas articulações foram denominadas de Movimento pela Reforma Sanitária, e seus personagens se constituíram de profissionais de saúde, movimentos sociais urbanos e partidos políticos de oposição. A tônica da proposta estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva. Organizado a partir de meados da década de 1970, advogou por transformações no sistema de saúde vigente, que incluíam mudanças no modelo de atenção à saúde e a democratização do mesmo, com a adoção de medidas que permitissem e garantissem a participação da sociedade civil nas decisões.

Vale ressaltar que, nessa época (meados de 1970), foi criada a Comissão de Saúde da zona leste da cidade de São Paulo, uma das principais responsáveis pela organização geral do Movimento de Saúde na região e sua disseminação em outros grupos comunitários da cidade. Sem dúvida, o Movimento de Saúde da Zona Leste – MSZL tornou-se uma referência na área da participação popular em saúde e cumpriu um papel fundamental na criação e consolidação dos espaços institucionais de participação.

Em 1979, foi criado o 1º Conselho de Saúde de São Paulo e, em 1981, já existiam 18 conselhos eleitos nos Centros de Saúde de toda a região. Para Bógus (1999), esses conselhos são o que hoje denominamos de Conselhos Populares de Saúde, formas autônomas de organização da população, independentes do Estado, eleitos diretamente pela população, nos bairros e regiões, com o objetivo de estimular a participação de todos na luta pela melhoria da qualidade de vida e saúde.

Dessa forma, a partir do acúmulo de organizações, assembleias públicas, carreatas, conferências e tantas outras estratégias, o próximo passo

encontrado pelos movimentos sociais, para consolidar o desejo de regulamentação da participação e concretização de um sistema único de saúde com caráter universal, foram as pressões junto à Assembléia Nacional Constituinte.

Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e setores conservadores, até se garantir na Constituição Federal a Saúde como direito de todos e dever o Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, a universalização do atendimento, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação (CORREIA, 2000, p. 125).

O marco para a legitimação das propostas do Movimento Sanitário em torno do Sistema Único de Saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994), com ampla participação dos segmentos organizados da sociedade civil.

Um dos eixos de debates desta conferência foi a participação no sistema de saúde, definida como conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação de políticas públicas para o setor saúde. A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, como um princípio doutrinário que deveria nortear a construção jurídico-institucional do sistema de saúde, sendo regulamentada pela Lei nº 8.142/90.

Previa a participação de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, em que a população, por meio de seus representantes, apesar de não governar, acompanharia a execução, fiscalizaria as políticas públicas de saúde, exigiria democratização das informações e transparência no uso de recursos públicos. O foco central deste mecanismo – a participação social – era objetivar o controle, no sentido fiscalizatório da palavra, especialmente em virtude do contexto histórico em que surgiu.

Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde (CONSELHO REGIONAL, 2001) estabeleceu mecanismos inovadores na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos três níveis de governo, através de duas instâncias colegiadas: as Conferências e os Conselhos de Saúde.

As Conferências são fóruns amplos, nelas se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, entre outros, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governos, conforme descrito no Artigo 1º inciso 1º da referida lei:

A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (CONSELHOS REGIONAL..., 2001, p. 197).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, com poder de deliberação, representados pela sociedade civil organizada e gestores. Suas principais funções são formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, homologadas pelo chefe do poder legislativo legalmente constituído em cada esfera do governo (CONSELHO REGIONAL..., 2001, p. 197).

A participação, na perspectiva do Controle Social, possibilita à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Segundo o relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, o controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

1.4 O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Com a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece-se uma nova relação entre Estado e sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde devem ser negociadas com os representantes da sociedade.

Vale ressaltar que, neste processo de institucionalização da participação, os Conselhos de Saúde foram criados como uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Entretanto não se deve confundir os Conselhos de Saúde com as invenções burocráticas de uma mera auto-reforma do Estado, antes:

[...] são expressões institucionais de um processo mais amplo de reordenamento das relações Estado-sociedade, impulsionado por forças e fatores tanto endógenos quanto exógenos ao aparelho do Estado. Tal processo, que não foi específico da área da saúde, acelerou-se no final dos anos 80 e instituiu no país um novo padrão de políticas sociais, caracterizado pela extensão universal dos direitos e, portanto, das prestações sociais (CARVALHO, 1995, p. 23).

Em virtude da idéia de controle social no setor saúde ser gerada dentro do processo de (re)democratização do país, nasce marcada por um caráter fiscalizatório e expressa a idéia de controle da sociedade sobre o Estado.

[...] a idéia de controle social é aqui marcada por um duplo viés: a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado brasileiro. [...] Daí o forte sentido “fiscalizatório” que a idéia de controle social em saúde adquiriu, onde parece mais importante impedir o Estado de transgredir do que induzi-lo a agir (CARVALHO, 1995, p. 28).

Entendemos que a institucionalização dos Conselhos de Saúde no Brasil não significou a conquista de uma sociedade politizada muito menos a permissão de um Estado bondoso. Na verdade, o Estado tratou de adaptar-se a uma crescente onda de reivindicações de setores sociais excluídos e pouco beneficiados pelas agendas públicas, assumindo o conflito e patrocinando a concentração de

interesses. Por sua vez, o Estado incorpora, de maneira institucional e permanente, estratégias que possam harmonizá-las com os inúmeros interesses e demandas presentes na sociedade.

Neste sentido, é necessário atentarmos para o aspecto contraditório desses mecanismos de participação institucionalizados, porque, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais.

Ademais, Raichelis (2006) sugere que, ao analisar as experiências conselhistas, devemos considerar o fato de que essas propostas democratizantes do Estado surgiram na contramão de um movimento internacional que desencadeou o fortalecimento de ideologias contrárias à universalização dos direitos sociais legalmente definidos pela Constituição.

Inclusive, muitos dos conselhos de saúde criados pelo Brasil afora surgiram formalmente, apenas para cumprir um requisito legal, como forma de legitimar as gestões. Nos últimos anos, fomos brindados por uma gama de estudos empíricos e teóricos sobre os conselhos gestores e a maioria deles concluiu que eles são manipulados desde a sua composição, apresentam a ingerência dos gestores, sua atuação é reduzida à aprovação de documentos necessários para o repasse de verbas, entre outros.

As discussões sobre a participação da sociedade civil nos espaços de poder institucionalizados foram inseridas durante o governo Fernando Henrique Cardoso – FHC, que trazia em sua essência a concepção liberal de sociedade civil. Nesta perspectiva, a sociedade civil é considerada homogênea e com direitos universais garantidos, que implicam em práticas sociais capazes de superar o antagonismo de classes, mediante de entendimentos entre o Estado e a sociedade na resolução dos problemas. Há uma expectativa de formar relações de colaboração baseadas em consenso interclasses, como se isso fosse simples ou mesmo possível.

Esta perspectiva de participação e controle social passa pela busca de parcerias com a sociedade civil no enfrentamento dos problemas sociais, no controle dos gastos públicos, que deveriam ser mínimos, racionalizados e eficazes e, ainda, repassando os serviços de assistência à saúde para um terceiro ente, que não seria nem Estado e nem mercado.

Neste sentido, o Estado repassa uma responsabilidade, que antes era sua, para a sociedade civil, que se corporifica como produtora de bens e serviços, e, tanto para Dagnino (2006), como para Carvalho (1995), é exatamente este tipo de controle social que interessa às classes dominantes por ser funcional à sua preservação e perpetuação da dominação.

Contra-pondo-se a concepção de sociedade civil homogênea, defendida pelo discurso liberal, Correia (2000) aponta que nela estão presentes interesses das classes antagônicas. Por isso:

O conselho de saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados. Desta forma, constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos iminentes ao processo de acumulação do capital, e de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde (CARVALHO, 1995, p. 127).

Alguns autores, como Jacobi (2002) e Jara (2006) acreditam que o controle social pode ser entendido como uma das formas mais avançadas de democracia e, apesar das limitações, vislumbram que, se os conselhos gestores forem efetivamente representativos, poderão imprimir um novo formato às políticas sociais.

Eles defendem que, mesmo diante deste Estado neoliberal que caminha para a desconstrução do sentido público, ainda existe a possibilidade dos conselhos reaglutinarem esses direitos fragmentados, reconstruindo os caminhos da cidadania em meio ao esfacelamento dos direitos sociais.

Há também os que acreditam, como Raichelis (2006) e Tonella (2006) que o processo de participação social institucionalizada, por meio dos Conselhos, pode criar espaços para os segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia.

E as reflexões sobre a participação social na gestão da coisa pública não podem parar por aí.

A institucionalização da participação é permeada de dificuldades decorrentes de heterogeneidade dos grupos comunitários e associativos, o que torna complexos os problemas de representação, criando tensões quanto aos critérios de escolha, acirrando a concorrência e trazendo à tona a pressão dos grupos organizados no sentido de reforço das práticas neocorporativas. Isso provoca, freqüentemente, um esvaziamento destes mecanismos de decisão coletiva (JACOBI, 2002, p. 18).

Um exemplo disso é a Lei 8.142/90 (CONSELHO REGIONAL, 2001), ao mesmo tempo que garante o caráter deliberativo do conselho, aumentando o “poder” da sociedade civil nela representada, restringe tal “poder” à permissão do dirigente do SUS, por submeter as decisões nele tomadas à homologação do chefe do poder legalmente constituído.

No guia de referência para a criação e organização de conselhos de saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde (1994), é descrito que nem todas as decisões deliberadas pelo Conselho são passíveis de homologação, a não ser aquelas que impliquem adoção de medidas administrativas da alçada privativa do dirigente do SUS.

Neste sentido, Correia (2000) aponta que o fato das decisões estarem sujeitas à homologação do executivo representa controle por parte deste sobre as decisões dos conselhos, restituindo seu poder na hora da palavra final: o gestor do SUS pode só homologar as decisões de seu interesse e esquecer as que lhe possam causar problemas. Entretanto os limites para a efetivação do controle social no campo dos conselhos não prevalecem apenas no espaço da sociedade civil.

A maioria dos autores que tratam da questão questiona as limitações do controle social. Eles apontam para os riscos de burocratizar suas ações e seu funcionamento. É preciso repensar a “[...] heterogeneidade dos atores e das concepções ídeo-políticas, a fragmentação de interesses e demandas [...]” (RAICHELIS, 2006, p.84), bem como a retomada de discussões em torno de pautas coletivas.

No campo dos usuários, observa-se a fragilidade na representatividade, a ausência de organização e domínio político, o desconhecimento sobre seu papel dentro do Conselho e da própria realidade da saúde em que estão inseridos.

Difícilmente poderíamos esperar algo diferente em um país de tantas desigualdades sociais, de exclusão de bens de consumo e até mesmo exclusão da vida social política. Resende e Tafner (2005) alertam para os riscos em se tirar conclusões sobre essa fragilidade na participação social sem antes compreendermos o “custo” que essa participação tem para a população.

Os autores questionam que, embora a Constituição assegure aos diversos grupos sociais o direito de freqüentar organizações e decidir sobre as políticas públicas, o problema do custo pode limitar essa forma de participação. Como, por exemplo, a reunião de um Conselho Municipal de Políticas Públicas ser realizada em horário comercial; ou um determinado conselheiro não ter acesso aos meios de transportes (dinheiro, passe ou cartão) para comparecer às reuniões; ou ainda, o possível constrangimento de que tipo de roupa usar nas reuniões realizadas na sala do Gabinete do Prefeito, etc. Dessa forma, as desigualdades sociais entre os grupos de menores renda, são entraves à inclusão sociocívica no Brasil, que, aliás, poderiam ser reduzidas se houvessem acesso de todos aos direitos constitucionais.

Também se faz necessário apontar para a fragilidade percebida entre os gestores das políticas públicas que manipulam dados, realizam ingerência política partidária na escolha dos conselheiros, usam de artifícios para o manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, manipulam os conselheiros na aprovação de propostas e agem como se os recursos públicos tivessem caráter privado. E as interferências não param nisso, porque, também, sonegam informações relativas ao orçamento, impõem sua vontade na eleição para a presidência, manipulam as regras da eleição, agregam conselheiros, entre outras.

Neste sentido, achamos de fundamental importância que o tema seja aprofundado e ultrapasse a visão de participação nos mais variados conselhos de direitos, como reivindicação e conquista única e exclusiva da sociedade.

Com este argumento, Albuquerque (1998) alerta para a necessidade de analisarmos o processo de participação como uma oferta estatal, isto é, o Estado faz uma concessão à sociedade para responder às demandas emergentes, e aponta para este caminho, lembrando que mesmo as ditaduras necessitaram de legitimação e diálogo com alguns setores sociais para que se mantivessem. Daí a necessidade de avaliar, com rigorosos critérios, esses espaços de organização da sociedade civil, não se detendo apenas nos avanços institucionais, mas, sobretudo, apresentando real engajamento na política e nas condições para isso.

Um dos desafios apontados por Raichelis (2005) para um efetivo controle social nos espaços de participação institucionalizada seria a qualificação permanente dos conselheiros, especialmente da sociedade civil. Precisam incorporar novas competências políticas, éticas e técnicas para desempenhar o papel de representação política no espaço público. Argumenta, ainda, para a necessidade de repensar a representação dos usuários e investir nas articulações com os movimentos e associações populares, colaborar para estimular sua auto-organização e auto-representação, considerando que os usuários permanecem sub-representados na maioria dos conselhos.

A participação popular por meio de conselhos gestores entretanto, não foi a única tentativa de estabelecer mecanismos que garantissem o cumprimento da vontade popular expressa na Constituição Federal de 1988 ao traduzir os anseios de toda uma geração que se opôs à ditadura militar. Os constituintes entenderam ser necessária a criação de um sistema de controle institucional, interno à própria estrutura do Estado democrático, com o fim de garantir os direitos sociais assegurados em lei.

A análise desse outro componente de controle da ação do Estado democrático, proposto na Constituição Federal de 1988, o Ministério Público, é o tema que desenvolvemos a seguir.

2 O PAPEL INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS

Os debates em torno da Constituição de 1988 desencadearam uma ampla discussão acerca do novo papel do Estado e, como consequência, do reordenamento que as instituições governamentais deveriam sofrer. Um aspecto importante desse processo constituinte foi a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, frente à grave crise de reestruturação dos mecanismos de acumulação do capitalismo, às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social, bem como o surgimento de “[...] novos espaços em que forças sociais foram protagonistas na formulação de projetos societários [...]” (RAICHELIS, 2005, p. 35).

Inserido nesse contexto de transformações jurídicas e institucionais, o Ministério Público, que, antes da consolidação da Constituição de 1988, atuava na promoção de acusações criminais, na fiscalização e garantia da correta aplicação da lei, ganhou a possibilidade de agir sobre causas coletivas e sociais, na medida em que a lei garantiu esses direitos.

O texto constitucional previu também uma ampliação nas atribuições do Ministério Público, tornando-o mais autônomo, com poderes para agir, para investigar. Segundo Arantes (1999), a principal mudança institucional é que o Ministério Público deixou de ser defensor do Estado para ser defensora da sociedade. Ele continuaria responsável pela fiscalização da lei, entretanto com uma clara inversão de sentido.

Ao atribuir-lhe novos papéis, a Carta Magna, em seu artigo 127, define o Ministério Público com uma “[...] instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (BRASIL, 1988). É, pois, objeto de sua ação a defesa dos interesses que a lei considera indisponíveis, como o direito à saúde, à educação, à vida, entre outros. Assim, é comum entre os autores da área comentarem que, onde houver violação de interesses sociais e individuais indisponíveis, requer-se a ação do Ministério Público.

Com a garantia de proteção social preconizada no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, bem como nas legislações posteriores resultantes de

suas diretrizes obrigatórias, foi assegurado a todos os cidadãos o acesso às políticas públicas sociais. Neste sentido, o país dispõe de um arcabouço jurídico institucional que assegura a universalidade de um conjunto de direitos sociais. Por conseguinte, entre o enunciado legal e sua concretização como realidade na vida da população, há um grande hiato. Ao lado da regulação democrática da vida social, que tem por base o reconhecimento e a universalização de direitos, contrapõe-se uma realidade histórico-social crivada por desigualdade.

Nossa intenção, aqui, é refletir sobre as questões que se colocam para o Ministério Público na atualidade diante da enorme tarefa que lhe foi atribuída pela Constituição de 1988 e que implica, dentre outras coisas, a garantia dos direitos sociais, difusos e coletivos.

2.1 O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Por volta do século XVII, aparece a primeira menção ao Estado de Direito, com a proposta de proteção aos valores fundamentais da pessoa humana, a exigência de organização e funcionamento do Estado enquanto organismo protetivo e a pretensão a novos direitos.

Bonavides (1972) aponta para os grandes movimentos político-sociais que conduziram às discussões sobre o Estado Democrático de Direito: a Revolução Inglesa, com a proposta de que o governo de maioria poderia assegurar a proteção dos direitos naturais dos indivíduos, e que a influência de Locke contribuiu definitivamente para a superação dos resquícios feudais; a Revolução Americana, com seus princípios expressos na Declaração da Independência das treze colônias americanas em 1776; e a Revolução Francesa, com a influência de Rousseau, dando universalidade a seus princípios, expressos na declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, evidenciando que a sociedade política tem por fim a preservação da liberdade do homem e a inexistência da imposição de limites que não seja decorrente de lei.

Um Estado de Direito¹³ se sustenta em quatro princípios básicos: o império da lei, a divisão dos poderes, a legalidade da administração e a garantia dos direitos e liberdades fundamentais. Também preconiza um Estado juridicamente organizado e obediente às suas próprias leis, com base em um sistema de normas que, num conceito mais direto possível, podemos afirmar, implica na constituição de Estados limitados pelas regras jurídicas.

No Estado de Direito, os direitos inerentes ao ser humano são expressamente garantidos e o exercício do poder são limitados e vinculados a realizações das finalidades consagradas no texto constitucional. Os documentos históricos que mencionam a garantia da liberdade por meio da constituição de um Estado de Direito apontam que sua administração precisa funcionar conforme a lei e sob o controle judicial.

Acredita-se que, garantindo alguns princípios fundamentais no ordenamento jurídico, garantir-se-á a sua aplicação. Sua origem reside nos ideais liberais, e, portanto, sua fundamental proposição está constituída na igualdade e na liberdade individual: religiosa, de imprensa e de propriedade privada, garantida através do Direito. Entretanto essa liberdade deve ser melhor compreendida, visto que era compreendida, única e exclusivamente, como a liberdade da burguesia, que a utilizava para o domínio do poder político e se estendia às demais classes apenas na generalização nominal.

Para Vieira (2004), a garantia da igualdade e da liberdade é, sem dúvida, o ponto central para qualquer Estado de Direito, e seus princípios, efetivamente sustentados, podem ter validade em qualquer país, porque a liberdade prevalecerá sobre a autoridade.

¹³ Encontramos alguns autores, como Honorato (2005, p.108), que fazem uma distinção técnica entre Estado de Direito e Estado Democrático, como se o segundo fosse ligado ao povo e o primeiro única e exclusivamente ao cumprimento da lei. Se uma regra de conduta fosse prevista em norma jurídica, isto seria direito. Viver em um Estado de Direito seria viver sob o Império da Lei, fosse ela imoral ou contrária à ética, deveria ser cumprida, pois lei é lei. Para o autor, o termo “Democrático” foi necessário para “quebrar este rigor”, reforçando os princípios fundamentais e submetendo-se aos direitos e garantias individuais ratificados pela Constituição. Dessa forma, defende que o “Estado de Direito é um pressuposto para a existência do Estado, e, assim sendo, é a parte do termo que fornece o substantivo, a existência do Estado. O termo Democrático, por sua vez, é o adjetivo que, servindo de requisitor, vem fornecer a validade do Estado”. Não temos a pretensão de fazer esta diferenciação técnica, entretanto, quando nos referirmos ao Estado de Direito, estamos simplesmente considerando-o no contexto democrático.

Os substantivos igualdade e liberdade estão, freqüentemente, impressos nas Constituições dos Estados, aparecendo, inclusive, em textos internacionais, como na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948:

Artigo I. Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos [...]

Artigo II. Todos ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades [...]

Artigo VII. Todos são iguais perante a lei [...]

Artigo XIII. Todo ser humano tem direito à liberdade de locomoção [...]

Artigo XVII. Todo ser humano tem direito à propriedade [...]

Artigo XVIII. Todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento [...]

Artigo XIX. Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão [...] (BONAVIDES, 1972, p 109).

Tais normativas buscam aceitação internacional junto aos países que adotam o modelo capitalista de produção, numa tentativa de relacionar capitalismo com liberalismo e direitos humanos. No entanto, as palavras “liberdade” e “igualdade” são carregadas de doses emotivas e por isso, para Faria (1997, p. 20) são utilizadas pela classe dominante como através de um “eficiente recurso retórico” para manipular e conquistar adesão dos governados e, desta maneira mascarar, as verdadeiras intenções ideológicas para sua manutenção no poder.

Estratégia semelhante é transferida para o âmbito jurídico-político, que enfatiza a noção de liberdade tutelada pela lei, como um dos mais importantes modelos políticos do mundo moderno. Neste sentido, José Eduardo Faria (1991, p. 21) afirma que:

O estereótipo liberalismo, produzindo o efeito de distanciamento e o conseqüente espaço ideológico no qual o Estado moderno monopoliza a produção do direito e manipula os instrumentos normativos e políticos necessários à manutenção de um padrão específico de dominação, provoca uma alienação congnotiva entre os “cidadãos” formalmente “iguais”: afinal equilibrada e harmoniosa, na qual os conflitos socioeconômicos são mascarados e “resolvidos” pela força retórica das normas que regulam e decidem os conflitos jurídicos, tais “cidadãos” tornam-se incapazes de compreender e dominar as estruturas sociais em que eles, enquanto indivíduos historicamente situados, estão inseridos.

Apesar do princípio da legalidade ser o elemento básico do Estado liberal, a liberdade formal apresenta características negativas à medida que é transformada pelo Estado de Direito em certeza jurídica e garantia individual, já que, para o autor, estes são instrumentos retóricos com a finalidade de neutralizar pressões, descarregar tensões e tornar difusas as resistências à ordem vigente.

Vieira (2004, p.24) defende que o mais perfeito e seguro sustentáculo do Estado de Direito é a sociedade democrática, porém os conceitos de democracia e liberalismo são comumente utilizados como pressupostos um do outro, e encontram no Estado de Direito o denominador comum, no qual os interesses particulares e contraditórios são convertidos em interesses gerais, sob a “[...] aparente conciliação do pluralismo socioeconômico com a unidade do sistema legal”.

O Estado Democrático de Direito é garantido mediante a elaboração de Constituições, nas quais o sistema de normas fundamentais de ordenamento jurídico passa a ter uma validade formal, indispensável à garantia dos direitos. Uma das características do constitucionalismo é ter escrito as normas jurídicas que regulam o funcionamento do Estado e os limites de seu poder. Na posição liberal, a legitimidade constitucional está na “[...] racionalidade e justeza de suas normas e também por emanar da vontade do povo que elege os seus representantes” (ALAPANIAN, 2008, p. 40).

Entretanto o Estado Democrático de Direito não se realiza apenas com a garantia do aparato jurídico-formal, uma vez que ainda observa-se um abismo entre a declaração escrita e a sua real efetivação.

Numa leitura crítica sobre a validade formal e normativa das constituições podemos afirmar que, ao serem utilizadas para regular as relações e os conflitos sociais, limitam as reações sociais, programam comportamentos, induzem à obediência, para que os cidadãos permaneçam aceitando, de maneira passiva, as normas gerais e impessoais descritas na lei.

A estratégia apontada pelo Estado de Direito, na tentativa de garantir os direitos individuais dos cidadãos e limitar a ação do Estado, é constituir normas jurídicas constitucionais, através da divisão dos poderes. Defendida por pensadores como Kant e Locke, a divisão dos poderes seria este sistema de freios ao governo, para que o poder não ficasse sob controle de uma determinada pessoa ou um determinado grupo.

Na verdade, a divisão dos poderes se tornou técnica fundamental de proteção dos direitos da liberdade da burguesia, porque, decompondo a soberania na pluralidade dos poderes, sua liberdade estaria salva. A teoria tripartida dos poderes, como princípio de organização do Estado constitucional, é uma contribuição de Locke e Montesquieu, que supõem um Estado e três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. A divisão dos poderes, como uma técnica liberal, na sua essência, era: “[...] acauteladora dos direitos do indivíduo perante o organismo estatal, não implicava necessariamente em determinada forma de governo e tanto podia compadecer-se com o Estado democrático como também com a monarquia constitucional” (BONAVIDES, 1972, p. 10).

Entretanto, no Estado de Direito, a separação dos poderes significa distribuição de funções e de competências.

As diretrizes responsáveis pela organização do Estado no século XVIII, que continuou ao longo dos séculos XIX e XX, em busca do ideal supremo de Estado Democrático, tinham a preocupação primordial da participação do povo na organização do Estado, na formação e na atuação do governo. Considerava-se implícito que o povo, expressando livremente sua vontade soberana, saberia resguardar a liberdade e a igualdade. Neste sentido, apesar da generalização atual da palavra democracia e de sua utilização fora do domínio político-jurídico, ela ainda é fundamental para a estabilidade do Estado de Direito.

Para muitos autores, dentre eles, Bobbio (1992) a democracia é considerada a quarta geração de direitos fundamentais¹⁴ e passou a qualificar o Estado de Direito, exigindo a observância de novos valores e irradiando diferentes princípios fundamentais.

¹⁴ Segundo Bobbio (1992) os direitos do homem são direitos fundamentais e históricos, oriundos de determinadas situações, na busca por novos conceitos, gerados gradualmente e em constantes alterações. Aponta para quatro grandes gerações de direitos, classificando-as como: 1ª geração de direitos – constituída pelas conquistas do pensamento liberal, com destaque para os direitos e garantias individuais; 2ª geração de direitos – nasceu sob o confronto entre o pensamento liberal e as idéias socialistas no século XIX, referindo-se aos direitos sociais, como a educação, saúde, trabalho e todos os que possuem caráter econômico-social e cultural; 3ª geração – que leva em conta os direitos dos grupos humanos, ou seja, família, etnia, gênero, meio ambiente, paz, etc e, por fim, a 4ª geração de direitos que, conforme Bobbio já previra, está relacionada às inovações tecnológicas da humanidade, como, por exemplo, a proposição de limites e regulamentos às pesquisas de material genético humano, sigilo em banco de dados, privacidade frente aos sistemas eletrônicos e de vigilância, preservação das crianças frente às ameaças da pedofilia na Internet e uma infinita série de novas realidades.

Uma sociedade democrática é aquela em que os indivíduos participam efetivamente dos mecanismos de controle das decisões e participam, inclusive, nos lucros produzidos. Porém Vieira (2004, p. 134) alerta que “participar dos rendimentos da produção envolve não só mecanismos de distribuição de renda, mas, sobretudo, níveis crescentes de coletivização das decisões principalmente nas diversas formas de produção”.

Acerca da participação, é necessário atentar que garantir a alguns poucos setores participarem das decisões políticas da vida em sociedade significa admitir uma representação formal, passiva ou parcial de participação.

Nestas condições poderemos continuar com as garantias constitucionais descritas formalmente de um Estado Democrático de Direito, mas é a sociedade democrática que deverá proteger e conservá-lo. Caso contrário, tal Estado tende, fatalmente, a desaparecer do horizonte humano.

No Brasil, as alterações no cenário jurídico, devido ao termo constante no art. 1º da Constituição de 1988, seguem à risca as ideologias liberais, acreditando que, ao garantir alguns princípios fundamentais em lei, sua aplicação estaria assegurada. Para muitos constitucionalistas, o Estado Democrático de Direito, irradia valores de democracia sobre todos os elementos constitutivos do Estado e também sobre a ordem jurídica, reforçando, assim, o ideal liberal impresso nestes discursos.

2.1.1 A Tradição Jurídica Brasileira

Diferentemente dos traços do moderno Direito Ocidental, em que o liberalismo emergia como nova concepção de mundo, trazendo o discurso de uma liberdade integral em diversos níveis da realidade, desde o ético ao social, do econômico ao político, a tradição jurídica no Brasil não contemplou tais princípios.

Na verdade, a tradição jurídica brasileira não é nem liberal, nem revolucionária, como ocorreu na França e na Inglaterra, o liberalismo brasileiro foi canalizado e adequado para servir de suporte aos interesses das oligarquias, dos grandes proprietários de terra e do clientelismo vinculado ao monarquismo imperial.

O Direito trazido para o Brasil-Colônia foi fortemente influenciado pelo Direito lusitano. Por isso, o Direito brasileiro é filho do Direito português. Para

entender a trajetória do Ministério Público no Brasil, remete-nos à necessidade de compreender as origens do Direito no país e o contexto histórico no qual surge.

Havia, na Europa, em especial na França e Inglaterra, o predomínio da tradição do Direito romano, mas, em função de seu isolamento cultural, Portugal acabou por distanciar-se das transformações filosóficas e científicas ocorridas a partir do Renascimento. O Direito português continha fortes elementos do Direito bárbaro e, apesar de ter recebido influências de outras fontes, muitos destes traços, permaneceram em sua legislação.

Esse isolamento fez com que Portugal continuasse apegado aos dogmas da fé, de crenças religiosas, no servilismo, que foram colocadas em prática na legislação do então Brasil-Colônia. Desta forma, o modelo jurídico brasileiro trazia profundas marcas de um sistema subserviente às necessidades e interesses econômicos de Portugal. Wolkmer (2003) aponta que, para compreender as raízes e evoluções das instituições jurídicas brasileiras do período colonial, é fundamental apreender seu passado patrimonialista, escravocrata, de dominação social de uma elite agrária e submissão econômica aos países centrais de capitalismo avançado.

Havia, sobre o comércio e a organização social da Colônia, o monopólio da Metrópole, com o objetivo principal de manutenção dos privilégios e exclusividade de exploração aos portugueses. A propósito dessa organização, Alapanian (2008, p.100) aponta que a organização do Estado consistiu na “[...] estruturação de um aparato burocrático e profissional instalado como extensão do poder real na Colônia”.

Neste sentido, o Estado era fundamentalmente neofeudal e patrimonial, com o poder centrado nas mãos dos grandes fazendeiros, organizando o poder público em aliança com a Coroa Portuguesa. A maior parte da população não tinha direitos pessoais. Eram escravos, objetos de comércio. Havia um sistema de repressão constante que somente podia ser sustentado porque a classe dominante, por intermédio de seus vínculos comerciais com a Europa, podia manter a força militar e comprar as armas necessárias para controlar a população.

Não há como negar que a nossa formação social foi marcada pela polarização entre os enormes latifúndios e a massa de mão-de-obra escrava, que, aliás, constituía-se a alternativa mais lucrativa para o sistema e era apregoada pela maciça maioria dos latifundiários e com o aval da Coroa. Era evidente a inexistência,

no projeto da Metrópole, de qualquer predisposição à prestação de serviços ao povo, muito menos de trazer-lhes justiça.

Como colônia portuguesa, todo arsenal legislativo, particularmente o penal, era importado de lá. Entretanto a legislação estava longe de se aproximar dos costumes e padrões morais da grande maioria dos habitantes da Colônia brasileira. É sabido que, na sua maioria, era composta por indígenas, negros trazidos da África para a escravidão e uma minoria branca de portugueses, que dominava os demais, pela imposição de suas leis e costumes. Ademais, é de conhecimento de todos que o objetivo dos portugueses não era fincar raízes, e sim explorar toda riqueza natural que a terra oferecia, e retornar a Portugal para usufruir as riquezas acumuladas.

Foram as Ordenações Filipinas que regeram toda disciplina penal no Brasil, e sua aplicação se deu de forma descontínua devido à frágil e deficitária estrutura burocrática, mesmo assim fizeram valer a dominação portuguesa. Era uma compilação jurídica marcada pelas influências do Direito Romano, Canônico e Germânico, que juntos constituíram elementos do Direito português, que, além de retrógrada, foi forjada em tom patriarcal e patrimonialista.

Interessante mencionar que as Ordenações Filipinas foram elaboradas no final do século XIV, durante o período em que Portugal estava sob o controle espanhol, a partir do reconhecimento da autoridade real do rei da Espanha. Seu único objetivo era ter uma legislação que impusesse o domínio do monarca. E foi exatamente essa concepção trazida durante a colonização brasileira. Regeram o ordenamento jurídico no Brasil por mais de 300 anos, e só após a independência brasileira, teve que se emancipar e trilhar rumo próprio. Acrescentado a isso, Wolkmer (2003, p. 43) enumera os principais traços culturais propagados pela Metrópole durante os primórdios da colonização lusitana no Brasil: “senhorial, escolástica, jesuítica, católica, absolutista, autoritária, obscurantista e acrítica”.

Somente a partir do século XVIII, os ideais liberais começaram a surgir no Brasil, iniciando as discussões sobre a necessidade de eliminação dos vínculos coloniais com Portugal. O único interesse das elites brasileiras era a autonomia nacional, tanto é que a declaração de Independência foi lida pelo filho do rei de Portugal, que foi aclamado o primeiro Imperador do Brasil. Todavia não ficou estabelecido se a monarquia brasileira adotaria uma estrutura absolutista, parlamentar-constitucional, ou o quê.

Diferentemente do liberalismo europeu, que nasceu como ideologia revolucionária, articulado por novos setores emergentes, forjado na luta contra os privilégios da nobreza e que tornou-se conservador à medida que a burguesia, instalada no poder, sentiu-se ameaçada pelo proletariado, no Brasil, o Estado liberal nasceu em virtude da vontade da própria elite dominante em se manter no poder.

Os estratos sociais que participaram do movimento em 1822¹⁵ apresentavam forte conteúdo conservador, com características de manutenção de seus interesses oligárquicos e das relações de dominação das elites agrárias. Exemplo disso é a contradição existente entre o discurso liberal brasileiro e a manutenção da economia por meio da escravidão.

Todas as elites sul-americanas seguiram estritamente os ideais liberais, ao mesmo tempo que reivindicavam liberdade da Espanha, aboliam a escravidão e constituíam Repúblicas. Exceto o Brasil que, apesar da importação dos ideais liberais, conviveu com um cenário anômalo, de herança patrimonialista. E esse discurso liberal tornou-se imprescindível na vida cultural brasileira, sobretudo, na projeção das bases essenciais de organização do Estado.

Superada a fase de emancipação brasileira com a independência do Brasil, a ideologia importada em uma estrutura conservadora começou a se solidificar ao longo do século XIX.

Conforme Viotti (1985, p. 26), não se deve comparar os ideais liberais europeus com as “convulsões sociais” ocorridas na Inconfidência Mineira ou mesmo na Revolução Pernambucana. Para ela, tais movimentos não chegaram a ter grande alcance ideológico, haja vista que a maioria da população não tinha sequer informações das concepções ideais e eram mantidas analfabetas e alienadas.

Neste sentido, o Direito, no Brasil, assim como todas as demais áreas da economia, da política e das relações sociais, sofreu influência dessa ambígua relação entre patrimonialismo e liberalismo.

Durante o século XIX, as Escolas Jurídicas contribuíram para a consolidação da emancipação jurídica brasileira, receberam influência do projeto liberal, resultando numa estratégia liberal-conservadora que, de um lado, permitiriam o favor, o clientelismo e a cooptação; de outro, introduziriam uma cultura jurídico-institucional marcadamente formalista, retórica e ornamental.

¹⁵ Refere-se ao Movimento da Independência que culminou na emancipação política do Brasil.

Mas não foi apenas nas Escolas de Direito que essa vertente jurídicista teve papel fundamental na construção da cultura jurídica brasileira. Houve a formação de uma elite jurídica adequada à realidade do Brasil, assim como a elaboração de um arcabouço jurídico com a criação da constituição, códigos, leis, etc.

Com o retorno da família real a Portugal e a criação de uma Regência no Brasil, exercida pelo príncipe herdeiro, a carta constitucional de 1822, dispôs normas reguladoras de nossa organização administrativa, política e judiciária.

A Constituição Imperial de 1824 institucionalizou a monarquia parlamentar, que, para Wolkmer (2003), estava imbuída por uma fachada liberal, um individualismo econômico e uma forte centralidade política, que ocultava a escravidão e excluía grande parte da população. A contradição existente entre a realidade social brasileira do século XIX e os princípios legais (direito à liberdade e à propriedade) não preocupavam a elite dominante, que não se cansava de proclamar as conquistas do texto constitucional.

Podemos afirmar que a Constituição de 1824, além de consagrar o atrelamento político entre as elites burguesas, estabelecia mecanismos para ajustar o Estado patrimonial ao modelo liberal de exercício do poder.

O sistema judicial também passou pela reforma liberal e, apesar de denotar autonomia no âmbito do controle brasileiro, reforçou as instituições liberais existentes, valendo-se da estrutura burocrática da dominação patrimonialista. Essas práticas foram percebidas devido a manutenção do juiz de paz com atribuições policiais e criminais, do chefe de polícia nas atribuições da Justiça, e nas reformas de 1841.

Historicamente, sucedeu o Código Criminal de 1830, o Código Comercial de 1850 e o Código Civil de 1916. Todos, segundo Wolkmer (2003, p. 89) em explícita “[...] mentalidade patriarcal, individualista e machista de uma sociedade agrária preconceituosa, presa aos interesses dos grandes fazendeiros de café, dos proprietários de terra e de uma gananciosa burguesia mercantil”.

Acerca das circunstâncias de elaboração do Código Civil e do pensamento vigente na sua época, Amaral (2003, p.131) esclarece:

O Código Civil foi elaborado a partir da realização típica de uma sociedade colonial, traduzindo uma visão do mundo condicionado pelas circunstâncias históricas, físicas e étnicas em que se revela. Sendo a cristalização axiológica das idéias dominantes, detentores do poder político e social da época, por sua vez determinadas, ou condicionadas, pelos fatores econômicos, políticos e sociais.

O reflexo do legado lusitano-patrimonialista fatalmente incidiu nos operadores jurídicos brasileiros, que foram transformados em elite burocrática do poder, legitimados para o exercício de construção da identidade nacional. Utilizavam a máquina de justiça para a aplicação da lei estatal, garantia do sistema e resolução dos conflitos da burguesia.

Para ocupar os espaços burocráticos e políticos do Império e de grande parte da República, o bacharel em Direito, diante de uma cultura marcada pelo individualismo e pelo formalismo legalista, vislumbrava as possibilidades de ocupação destes espaços, que, além de status social, trazia ascensão e estabilidade profissional. Inserido em um contexto de privilégios econômicos e profundas desigualdades sociais, utilizava linguagem extremamente formal e ornamental, com discurso de neutralidade e moderação para reproduzir a primazia da ordem, da segurança e das liberdades individuais.

Dessa forma, os atores jurídicos combinavam ideais liberais com práticas conservadoras em um estranho e conveniente ecletismo, com trajetória que ia da tradição patrimonialista (tipicamente portuguesa) à cultura jurídica liberal burguesa, as quais influenciaram a constituição do Ministério Público como parte do sistema de justiça.

2.2 DAS ORIGENS DO MINISTÉRIO PÚBLICO À DEFESA DOS DIREITOS SOCIAIS

As informações sobre as origens do Ministério Público ainda são escassas e as que existem apresentam conceitos e informações divergentes. Alguns autores, como Mazzilli (1989) indicam sua existência há mais de quatro mil anos atrás, como a primeira amostra histórica da Instituição, os funcionários reais do Egito. Suas funções eram castigar os rebeldes, proteger os cidadãos pacíficos,

reprimir os violentos, ouvir as palavras de acusações, acolher os pedidos dos homens justos e verdadeiros, entre outras. Inseridos num contexto social de formação patriarcal e teocrática, com nítido imbricamento da religião na conduta social e na organização política, essas eram as principais características do Estado Antigo Ocidental.

Outros doutrinadores por sua vez, como Moraes (2003), apontam a Grécia Antiga como o berço embrionário do Ministério Público. Na democracia ateniense, havia a figura dos magistrados da lei, que vigiavam as assembleias sentados em bancos altos, em clara representação de superioridade e controle de execução da lei. Essa função de guarda da lei é semelhante ao exercício da atividade designada como *custos legis* pelo Ministério Público, que atua como fiscal da lei em juízo.

Ainda há os que apontam, conforme Sauwen Filho (1999), as figuras romanas dos *advocati fisci* e dos *procuratores cesares* como precursoras da Instituição, porque eram encarregados de vigiar a administração dos bens do imperador.

Costuma-se afirmar, também, que os *missi dominici*, instituídos por Carlos Magno, na França, exerciam certas funções de órgão do Ministério Público. Eram funcionários, como uma espécie de inspetores peregrinos, que supervisionavam as autoridades locais, ouvindo queixas e coibindo abusos (MACEDO JÚNIOR, 2005).

Embora haja divergências acerca da origem do Ministério Público, parece que a doutrina é unânime em apontar as Ordenanças, em 1302, na França, como o marco mais importante para o surgimento da Instituição. As atribuições das *ordonnance* eram defender os interesses do Soberano, que representava os interesses do próprio Estado.

Em que pese a observação de Tornaghi, apud Mazzilli (1989, p.24) de que o Ministério Público “[...] não surgiu de repente, num só lugar por força de algum ato legislativo, mas formou-se lenta e progressivamente, em resposta às exigências históricas”. Resta aos que buscam compreender a origem do Ministério Público esclarecer quais são essas exigências que foram capazes de favorecer o surgimento da Instituição, e por que a França se destaca nesse contexto histórico.

Para Lyra (1982), é a partir da constituição do Estado Moderno que se observa um espaço propício para o nascimento do Ministério Público. O autor defende a teoria de que, com a dissolução da sociedade medieval, onde o direito se

origina de diferentes fontes de produção e se organiza em diversos ordenamentos, há instituições desenvolvidas naquele contexto histórico como possíveis sementes do Ministério Público.

O processo de separação entre a Igreja e o Estado continua e, para Sauwen Filho (1999), é na França, a partir do século XVI, que o ensino do direito canônico perde interesse para o direito laico. Dessa forma, o antiabsolutismo se aflora, tomando dimensões extraterritoriais, que, para o autor, culminaram nos princípios da Revolução Francesa no final do século XVIII.

A reação ao poder absoluto dos reis guarda estreita relação com o surgimento do Ministério Público, já que, neste contexto de separação dos poderes do Estado, a Instituição aparece como órgão que deve se distanciar das influências do poder executivo a fim de responder às exigências históricas de limitação do poder estatal.

Com a separação entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, há necessidade de diferenciar de quem será a função de defesa, acusação e julgamento na resolução dos conflitos, agora tutelados pelo Estado.

A introdução de um sistema acusatório, verificada com a separação dos poderes estatais, resume a evolução do Ministério Público como órgão, representante do interesse público e guardião da lei nos procedimentos do poder judiciário.

[...] o que se sabe sobre a evolução do Ministério Público é que houve um processo paulatino de formação e separação da atividade acusatória do âmbito do Poder Judiciário. Neste sentido, os princípios liberais de tripartição dos poderes significaram, na maioria dos países ocidentais, o abandono do processo inquisitorial promovido pelo Poder Judiciário pela criação de uma instituição autônoma e especializada, como encarregada de tal tarefa (MACEDO JÚNIOR, 2005, p. 2).

A passagem do período de abolição do regime feudal e de organização da ordem monárquica constitucional já foi amplamente discutida por inúmeros autores. Mas o que nos interessa mencionar são as modificações previstas pela Assembléia Nacional Constituinte Francesa de 1789, que orienta a retirada da natureza política do Ministério Público e o transforma num simples órgão judiciário independente do rei.

Apesar de continuarem sendo nomeados por ele, só poderiam ser demitidos mediante a comprovação de corrupção, o que foi uma conquista.

A definitiva organização institucional seria em 1790 com a divisão das funções do Ministério Público em *dominus litis* e de *custos legis*¹⁶:

[...] um Comissário do Rei, nomeado pelo soberano e a quem cabia a missão exclusiva de zelar pela aplicação e pela correta execução das decisões judiciais, e o Acusador Público eleito pelo povo, e que tinha a função de sustentar, diante dos tribunais, a acusação dos réus (SAUWEN FILHO, 1999, p. 42).

Apesar da condição de *custos legis* caracterizar a evolução do Ministério Público de acordo com a legalidade do Estado de Direito, este é controverso ao Estado Moderno na medida em que pretende limitar o exercício do poder estatal, pela separação dos poderes do Estado, do princípio da soberania popular e do reconhecimento de direitos individuais em uma Constituição.

Neste sentido, fica sob responsabilidade do Ministério Público promover e defender o bem público nos tribunais, passando a atuar na função de fiscal da lei e na promoção da ação penal pública, atribuições conservadas até os dias atuais, exercendo parcela da soberania estatal, entendida como soberania dos interesses do povo.

É observável que as idéias iluministas norteadoras do Estado de Direito incidiram definitivamente na evolução do Ministério Público francês, que, por sua vez, refletiu na constituição institucional de vários países, dentre eles Espanha e Portugal.

2.2.1 O Ministério Público na Atualidade

A organização do Ministério Público nos chamados Estados Democráticos de Direito foi constituída de maneira variada e bastante distinta. Resumidamente, apontaremos para as diferentes formas de atuação do Ministério Público mundo afora, como França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, para nos

¹⁶ Em Direito Penal, *dominus litis* significa o autor da ação, ou seja, fica a cargo do membro do Ministério Público promover a ação penal, oferecer a denúncia, fundamentar o pedido de arquivamento da ação. Já o *custos legis* está relacionado ao dever de defender o contido na lei.

concentrarmos na trajetória de constituição institucional no Brasil, com base no modelo português.

Para conhecer sua atuação em diferentes países, utilizaremos Sauwen Filho (1999) que apresentou detalhadamente, uma retrospectiva histórica das tendências institucionais observadas pelos países ocidentais, caracterizando-as. Apesar de não termos a pretensão de aprofundar o assunto, entendemos que ele é fundamental para a compreensão do contexto histórico que estamos analisando.

A atividade desenvolvida pelo modelo institucional inglês resume-se, quase que exclusivamente, à matéria criminal, ou seja, à tarefa de combate à criminalidade, apuração de delitos e punição dos delinqüentes.

No sistema americano, o Ministério Público apresenta grande poder político, com ampla influência no processo de elaboração de leis destinadas a normatizar os costumes e a combater o crime. Já no sistema alemão, vigora o clássico princípio da exclusividade do exercício da ação penal.

Apesar de amplas e complexas as atribuições do Ministério Público na França, são organizadas de modo unitário e centralizadas, diretamente subordinadas ao Poder Executivo:

[...] assim, é considerado uma magistratura especial encarregada de representar a Sociedade e em seu nome requerer a aplicação das leis; de velar por sua observância; de executar as decisões judiciais quando estas disserem respeito à ordem pública; de defender os interesses daqueles que foram incapazes de fazê-lo por si, nos termos da lei (SAUWEN FILHO, 1999, p. 73)

Na Itália, o objetivo principal do Ministério Público é a administração da Justiça, na qual se incluem, por tradição, as providências necessárias à investigação criminal. A tarefa de suprir as carências dos cidadãos na busca de realizações sob a proteção do ordenamento jurídico é, como nos demais sistemas, deixadas para outros mecanismos que não o Ministério Público. Este deve se ater ao desempenho das funções públicas.

E, finalmente, o Ministério Público no sistema português que, para a compreensão da história do Direito no Brasil, é determinante, considerando a nossa colonização lusitana, apresentá-lo retrospectivamente.

O Ministério Público moderno originou-se dos procuradores do rei da França, e o Ministério Público brasileiro, por sua vez, desenvolveu-se a partir dos procuradores do rei de Portugal.

Sob a vigência do Ordenamento lusitano, tinha-o como órgão auxiliar do Governo.

O Ministério Público é um organismo hierarquizado, cujos agentes têm de obedecer às ordens recebidas do Governo para fazerem valer os interesses do Estado como parte perante os Tribunais: como nalguns países se diz, é um corpo de advogados do Estado e dos interesses que este toma a seu cargo ou sob a sua proteção (LIMA, 2007, p. 94).

Foram as Ordenações Filipinas, em 1693, que estabeleceram, claramente, as atribuições dos Promotores de Justiça, atribuindo-lhes a função de fiscalizar a lei e promover a acusação criminal.

Apesar de o Ministério Público português não seguir o ideário francês em sua essência, pode ser considerado uma variante de seu modelo. Na verdade, pelo fato do desenvolvimento institucional do Ministério Público português fluir muito próximo às transformações das instituições judiciais, muito autores negaram as origens francesas no *Parquet*¹⁷ português.

Entretanto, independente das peculiaridades próprias de cada universo dos modernos *Parquets*, não há como negar as influências revolucionárias. Também foi atingido pelas alterações decorrentes da Revolução Francesa, em que o Estado introjeta, como questão central, as liberdades e garantias individuais, assumindo feições claramente liberais.

Com o desaparecimento do feudalismo e a centralização do poder, a administração da Justiça se vê igualmente centralizada, evidenciando a necessidade de organizar a representação da sociedade junto aos tribunais. É nesse contexto que se estrutura o Ministério Público com as características de hoje, ou seja, mediante a criação de uma função pública que defendesse os interesses da sociedade.

¹⁷ A expressão "Parquet" decorre do fato de que os procuradores do rei, antes de serem nomeados magistrados e terem espaço ao lado dos juízes, tinham, literalmente, assento no assoalho das salas de audiências.

O Decreto nº 27, de maio de 1832, foi, para maioria dos autores, um marco fundamental para o Ministério Público português, porque, finalmente, aparece como um corpo hierarquizado e centrado em torno do Procurador-Geral da Coroa.

Em 1989, com as alterações sofridas na Carta Constitucional lusitana, o *Parquet* português passa a ser considerado um órgão do Poder Judiciário. De acordo com Moraes (2003, p. 119):

[...] originariamente concebido como órgão de ligação entre o poder judicial e o poder político, o Ministério Público é, nos termos constitucionais, um órgão do poder judicial ao qual estão fundamentalmente cometidas as tarefas de: (1) representar o Estado; (2) exercer a ação penal; (3) defender a legalidade democrática; (4) defender os interesses que a lei determinar.

Não seria exagero mencionar os estreitos laços que unem o nosso Ministério Público ao lusitano, visto que o Decreto que organizou o *Parquet* português foi conduzido pelo mesmo príncipe que, por meio da abdicação ao trono brasileiro, levou, de forma indireta, à organização do nosso.

2.2.2 O Ministério Público no Brasil

Conforme mencionado anteriormente, a formação do Direito no Brasil teve influência direta do Direito lusitano. Não só devido à colonização portuguesa, mas, sobretudo, pelas raízes contraditórias e com características do patrimonialismo, do escravismo e da dominação social de sua elite agrária.

No período colonial brasileiro, o Ministério Público ainda não possuía as características de instituição. Suas ações estavam centradas na figura do Procurador, que representava um agente do Poder Executivo. Os Promotores de Justiça também eram subordinados a este Poder de Estado.

A competência do Promotor de Justiça era velar pela integridade da Jurisdição Civil contra os invasores da Jurisdição Eclesiástica. Em virtude dos costumes da época e das intransigências religiosas, antes de realizarem suas

funções, os Promotores eram obrigados a ouvir a missa celebrada por um capelão especial.

Somente em 1822, há os primeiros indícios de organização da legislação brasileira, por meio da vigência da Constituição Portuguesa no Brasil, que faz menção a uma carta constitucional ao Ministério Público.

Com a Proclamação da Independência brasileira, observou-se uma longa fase de instabilidade política e institucional, que se cristalizou nas correntes liberais e conservadoras.

A primeira Constituição brasileira, instituída em 1824 na fase Imperial, reconhecia ao monarca uma série de poderes, privilégios e regalias, mas não dispunha sobre a criação do Ministério Público, destinando ao Procurador da Coroa a tarefa de acusação de crimes comuns. Para Lima (2007), os *Parquets* deste período funcionavam de forma desarticulada, sem unidade ou qualquer controle central. Suas atribuições eram incertas e não havia clareza sobre suas possibilidades e limites.

O pensamento político brasileiro da época estava mais preocupado em preservar os privilégios da classe dominante do que em garantir o exercício pleno das liberdades democráticas. E, para o autor, esse era um dos principais motivos da falta de vontade política na organização de uma Instituição voltada para os interesses gerais e coletivos.

No período que se seguiu à abdicação, segundo Mazzilli (1989, p.120), “[...] em razão dos indiscutíveis interesses dos elementos que iriam preponderar na direção do país, os quais não admitiam quaisquer reformas sociais que fossem perturbar essencialmente o binômio senhor e escravos”, era pouco provável que surgissem quaisquer condições para o advento de um Ministério Público eficiente.

Em 1838, começam a surgir as primeiras feições Institucionais, dando entendimento do que seria o futuro do Ministério Público. Estabelecia, pelo Aviso Imperial¹⁸, que os Promotores de Justiça eram os fiscais da lei.

Finalmente, em 1841, a Lei nº 261, no capítulo III, artigo 22, trata sobre os Promotores Públicos, que Sauwen Filho (1999, p. 121) transcreve na íntegra:

¹⁸ Aviso Imperial era uma espécie de lei, em seu sentido mais amplo, um ato normativo baixado pelo Rei.

Art. 22 – Os Promotores Públicos serão nomeados e demitidos pelo Imperador, ou pelos Presidentes das Províncias, preferindo sempre os Bacharéis formados, que forem idôneos, e servirão pelo tempo que convier. Na falta ou impedimento, serão nomeados interinamente pelos Juízes de Direito.

É possível identificar, pela leitura do artigo transcrito, que o Ministério Público está fortemente imbricado aos chefes do Poder Executivo, que têm o poder de nomeá-los ou demiti-los conforme suas necessidades. Ao mesmo tempo, fica subordinado ao Poder Judiciário quando é nomeado interinamente pelos Juízes de Direito, afastando quaisquer possibilidades de independência no exercício de suas funções, sem mencionar a permissividade legal que abria caminho para burlas e arbítrios.

Nos anos que se seguiram, algumas ações isoladas do governo foram ampliando as ações do Ministério Público. Como exemplo, temos a Lei do Ventre Livre, que, em 1871, atribuiu ao Promotor de Justiça a função de zelar para que os filhos de mulheres escravas fossem devidamente registrados.

Com o levante militar de 1889, pela primeira vez na história brasileira, o Exército tem acesso ao Poder. A República passa a ser constituída, mas, para isso, necessitava de segurança, “[...] de instituições estáveis, instrumentos hábeis, mecanismos severos, capazes de submeter o povo aos desmandos de um regime imposto à revelia” (SAUWEN FILHO, 1999, p. 124).

Neste sentido, destaca-se a figura do então Ministro da Justiça Campos Salles, que, para a maioria dos autores, foi considerado o patrono do Ministério Público, por elaborar o Decreto nº 848, de outubro 1890. Abaixo se transcrevem os motivos da necessidade de sua organização formal:

O Ministério Público, instituição necessária em toda a organização democrática e imposta pelas boas normas da justiça, está representado nas duas esferas da Justiça Federal. Depois do Procurador Geral da República vêm os Procuradores seccionais, isto é, um em cada Estado. Compete-lhe em geral velar pela execução das leis, decretos e regulamentos que devem ser aplicados pela Justiça Federal e promover a ação penal pública onde lhe couber. A sua independência foi devidamente resguardada (SAUWEN FILHO, 1999, p. 127).

No pensamento do legislador da época, a principal finalidade do Ministério Público seria velar pela boa execução das normas coercitivas emanadas do Poder Central e aplicadas pela Justiça Federal. Assim, o Decreto nº 1030, de novembro de 1890, define que o Ministério Público funcione perante a Justiça como:

[...] advogado da Lei, o fiscal de sua execução, o procurador dos interesses gerais, o promotor da ação pública contra todas as violações do direito, o assistente dos sentenciados, dos alienados, dos asilados e dos mendigos, requerendo o que for a bem da Justiça e dos deveres da humanidade (LYRA, 1982, p. 16).

Novamente, é possível identificar, pela leitura dos artigos acima transcritos, que o entendimento era centrado na necessidade de uma organização democrática e que fosse equipado com meios que possibilitassem o desempenho das atribuições definidas.

Essas disposições davam ao Ministério Público uma acentuada importância e a sua inserção no universo dos órgãos governamentais que o compõem. A organização do Estado de Direito era considerada uma imposição das boas normas da justiça.

Entretanto, em 1981, a Constituição limitou a Instituição, referindo-se apenas à figura do Procurador-Geral da República, e de forma indireta, dentro da parte destinada ao Poder Judiciário. Sua função seria exercitar a revisão criminal¹⁹. Neste sentido, a Carta Republicana, ao invés de inovar, apenas reafirmou a velha prática monarquista.

Durante o período constitucional presidencial, o Marechal Deodoro da Fonseca atribuiu ao Ministério Público, através da Lei nº 18, a tutela dos interesses do Estado e daqueles que, tradicionalmente, estivessem sob sua proteção. Essa lei entrou em vigor no auge da primeira crise republicana, provocada pelo fechamento do Congresso Nacional pelo então Presidente Marechal Fonseca, que esperou em vão o apoio do Exército para sustentá-lo naquele ato de força, que viria resultar em sua renúncia.

¹⁹ A revisão criminal é a ação pela qual o condenado pode pedir, aos tribunais, o reexame de seu processo quando ele estiver findo. No caso do termo ora apresentado, era atribuição do Ministério Público, a revisão de novas provas apresentadas, apontar as decisões contrárias à lei, mencionar as evidências dos autos e, ainda, verificar a veracidade dos documentos apresentados.

Após a renúncia, o vice-presidente Floriano Peixoto assume a República, e as discussões sobre o Ministério Público continuam. O jurista João Monteiro foi o Relator do Projeto na Comissão de Justiça do Senado e criticou, severamente, a largueza do campo de atuação do Ministério Público.

Era público que o eminente jurista aprovava a louvável solicitude com que a Câmara dos Deputados cercava de garantias os direitos do Estado e dos desvalidos, entretanto discordava do projeto sobre as garantias dos direitos dos incapazes, justificando que, historicamente, o Estado sempre agia de forma equivocada. Entendia que o princípio individualista do direito sempre foi falsamente compreendido.

O pensamento utilizado pelo parecerista, em sua ótica notoriamente liberal, era de quanto menor a intervenção estatal na vida do cidadão, maior será o grau de liberdade a ele reconhecido. A preocupação central de João Monteiro era que fossem aumentadas as atribuições do Ministério Público e houvesse uma indesejável intromissão do Estado no campo restrito do Direito privado, transformando-se em mecanismo de sustentação do Governo, quiçá, instrumento de arbítrio ou de arrimo a forças autoritárias.

Não obstante as preocupações do jurista, em 1894, sob o governo de Prudente de Moraes, com forte influência de Campos Sales, é instituída a Lei nº 221, que introduz as normas para organização e funcionamento da Justiça Federal, com tendências, como já havia sinalizado João Monteiro, a ser utilizada como instrumento do Governo para a sustentação de sua política e poder.

Em 1911, a estrutura organizacional do Ministério Público é alterada pelo Decreto nº 9.263, no Governo de Hermes da Fonseca. Objetivava o fortalecimento da ação repressiva do *Parquet*, como instrumento de ação do Governo, face às dificuldades relativas à segurança pública.

Antes de terminar a primeira fase republicana, o Ministério Público ainda sofreria mais uma alteração em sua estrutura. Em 1923, no Governo de Artur Bernardes, cujo mandato foi cumprido quase que integralmente em estado de sítio, o Decreto nº 13.273 objetivava maior eficiência Institucional. Para isso, o novo texto outorgava competência para intervir na disciplina judiciária, assegurando-lhe independência em relação aos poderes públicos.

Segundo Rizotti (2001) nos primeiros trinta anos do século XX há importantes transformações no cenário brasileiro merecendo destaque: o fim do

regime escravocrata e conseqüentemente o surgimento de uma nova classe dominante, assim como o acelerado crescimento das cidades e suas carências urbanas.

Em 1930, Getúlio Vargas foi nomeado Presidente e, com o apoio do Exército, gozava de poderes quase ilimitados, iniciando uma série de transformações no papel desempenhado pelo Estado para a proposição de alterações no campo dos direitos sociais no Brasil.

Diante da criação de parques industriais, decorrente da modernização das formas tradicionais de produção, do acentuado processo de urbanização, assim como a farta disposição de contingentes de força de trabalho, Vargas constrói uma gigantesca e centralizada máquina governamental. Na tentativa de ganhar o apoio popular para que estes concordassem com suas decisões, a era Vargas apresentou grandes avanços na legislação brasileira, como a previdenciária, a trabalhista e a de saúde.

Sobre sua relação com o Ministério Público, embora valorizasse a Instituição, ele a mantinha atrelada a uma estrutura comandada pelo executivo. É fato que, na Constituição de 1934, Getúlio Vargas foi obrigado a reconhecer a autonomia do Ministério Público. Este período da história é considerado, por muitos autores, como o mais democrático de todos.

O Regime Constitucional de 1934 desvinculou o Ministério Público do Poder Judiciário, porém, ainda, mantém-no subordinado ao Poder Executivo. Consagra a amovibilidade de seus membros, a estabilidade funcional, em que estes passaram a ingressar no quadro de carreira institucional após aprovação em concurso público. A dependência do *Parquet* ao Poder Executivo, todavia, era de entendimento majoritário dentre os juristas da época.

Apesar das inúmeras controvérsias entre os doutrinadores a respeito do Ministério Público, Lyra (1982) aponta que a Instituição era considerada, utilizada e tratada pelos governantes como instrumento de sua política. Nenhum outro presidente levou tão a sério esse entendimento como Getúlio Vargas, que chegou a declarar que o Ministério Público é um órgão que coopera na atividade do Governo, sendo utilizado, após a instalação no Estado Novo, como órgão auxiliar da ação ditatorial do Governo.

Entretanto, logo em seguida, em 1937, com o Estado Novo, Vargas reassume o comando de forma centralizada e autoritária. Revoga integralmente a

Constituição anterior, causando retrocesso à configuração institucional. Entrega ao Chefe do Poder Executivo a prerrogativa de escolher qualquer cidadão brasileiro nato para o cargo de Procurador-Geral da República, dando ao Presidente o mais amplo controle sobre o Ministério Público.

Sobre este período, Sauwen Filho (1999, p.147) descreve:

[...] assim é natural que, durante o tempo de vigência da Carta outorgada de 1937, o Ministério Público tenha sido tratado consoante esse entendimento do todo-poderoso Chefe do Governo, permanecendo como órgão de atuação do Poder Executivo junto aos Tribunais, dependente desse poder e transformado num simples instrumento da política interna de seu Chefe.

Foi com o advento da Constituição de 1946 e a retomada da democracia formal que a Instituição viria a se consolidar como um *Parquet* independente dos demais órgãos governamentais e, segundo Mazzilli (1989, p.16) “[...] apartando-se da esfera de abrangência de qualquer dos Poderes do Estado”.

O novo texto Constitucional dedicou todo um título ao Ministério Público, que previa sua organização, regras de ingresso na carreira por meio de concurso, garantias de estabilidade e inamovibilidade e o princípio da promoção. Na Carta de 1946, o Ministério Público ganhou uma organização consistente, estruturada em lei especial, que muito contribuiu para o progresso da Instituição. Entretanto o *Parquet* ainda continuaria dependente do Poder Executivo, em virtude da nomeação e demissão discricionária de seu chefe.

Anos depois, essa situação vai se aprofundar com o golpe militar de 1964 e a ruptura do ordenamento jurídico, que só iria se resolver, em parte, com a Constituição Federal de 1988. Em 1967, e “por um ato de força”²⁰ (LYRA, 1982, p.38), foi publicada a nova Carta Constitucional, alocando a Instituição dentro do Capítulo do Poder Judiciário. Os membros do Ministério Público foram equiparados aos magistrados para efeito de vantagens, aposentadoria e vencimentos. Tal encaminhamento não só fez com que a Instituição crescesse em importância no cenário político-administrativo nacional, mas, nos dizeres de Sauwen Filho (1999, p.166) “[...] despertou, no seio da corporação, uma consciência de classe que seria apurada com o exercício das novas

²⁰ Para o autor, nos Estados Democráticos, a soberania do povo deve emergir do Poder Constituinte, que, por sua vez, respalda a legitimidade da Assembléia Constituinte, entretanto, em 1967, o povo não foi ouvido, e por isso afirma que a Constituição foi resultante de um ato de força.

atividades que lhe foram destinadas”. Com isso, cresce a intenção de seus integrantes em torná-la um órgão independente. Conectados entre si por um ideal, têm o propósito de que seja identificado como um mecanismo de realização de um fim social predeterminado.

Porém a grave enfermidade de Costa e Silva o impossibilitou de continuar na chefia do Governo e, em 1969, os militares impediram o acesso do Vice-Presidente ao poder. O novo golpe de estado é instalado. Dentre tantas outras ações, foi instituída a Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969, que estabeleceu o Ministério Público dentro do Poder Executivo, não deixando dúvidas sobre a intenção dos governantes da época de transformar a Instituição num órgão de atuação de sua política autoritária.

Neste sentido, durante o regime militar, o Ministério Público:

[...] agia simplesmente como um órgão governamental ordinário, implementando as atividades que lhe eram afetadas por força da lei e necessárias ao desempenho de suas funções inerentes à administração da Justiça, sem se dar conta que o Ministério Público, nos regimes democráticos, está reservado um papel que em muito ultrapassa os estreitos limites de simples serventia judicial (SAUWEN FILHO, 1999, p. 166).

Portanto, desde o descobrimento do Brasil, o Ministério Público teve raros momentos de autonomia, e mesmo estes foram sempre muito questionados, tendo em vista que o Estado brasileiro esteve sempre marcado por políticas autoritárias e centralizadoras, de caráter patrimonialista.

A Constituição de 1988, promulgada em um período de amplo debate político que atingiu inúmeros setores da sociedade, buscou mudar essa realidade em um momento em que as classes dominantes encontravam-se enfraquecidas diante do apoio que emprestaram ao regime militar.

2.2.3 O Ministério Público na Constituição Federal de 1988

Os membros do Ministério Público tiveram, ao longo de sua organização no país, desde o período da colonização, dificuldades em definir princípios e estruturas coesas com vistas a solidificar uma consciência social para a Instituição. No entanto, eles encontraram, no contexto político da segunda metade da década de 1980, com a restauração do regime democrático, um ambiente propício para as discussões sobre o Ministério Público e o lugar que lhe caberia na nova Carta Constitucional.

Essas discussões acerca do papel Institucional resultaram em inúmeros encontros e congressos do Ministério Público, nos quais procurava acenar para seu verdadeiro papel, assim como desencadear a luta da Instituição em prol de garantias constitucionais que pudessem assegurar tais possibilidades de atuação social.

A proposta de escrever a nova Carta Constitucional com base nas sugestões de sindicatos, entidades de classes e instituições, não furtou o Ministério Público de colaborar nesse esforço geral para garantir um novo perfil constitucional ao *Parquet*. E conseguiram. Talvez pelo fato da forte mobilização de seus membros, ou mesmo pela crença de que o Ministério Público seja um dos mecanismos mais eficientes de preservação das liberdades democráticas, ou ainda pelo anseio de promulgação de uma Constituição recém-saída de longo regime ditatorial, não se sabe ao certo.

O fato é que a Constituição de 1988 reconheceu ao Ministério Público uma importância e independência funcional jamais vista nos anteriores sistemas constitucionais brasileiros. No texto Constitucional, foi dedicada ao Ministério Público toda uma seção do capítulo IV – Das funções essenciais à justiça, de seu Título IV – Da organização dos poderes, artigos 127 a 130 e seus diversos incisos e parágrafos.

Definia a Instituição, em seu artigo 127, como permanente, essencial à função jurisdicional, incumbida da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Seus princípios institucionais estão definidos como: unidade, indivisibilidade e independência funcional. Sua autonomia funcional e administrativa

foi consagrada. As garantias e vedações aos seus integrantes foram alinhavadas. E, por fim, a chefia do Ministério Público ficou disciplinada pelo Procurador-Geral da República, assuntos estes que tentaremos pormenorizar a seguir.

A natureza jurídica do Ministério Público é fonte de controvérsias doutrinárias desde o início de seu surgimento e vem se avolumando no decorrer dos anos. A independência funcional dispensada à Instituição com a Constituição de 1988 remete à idéia do Ministro Alfredo Valladão que o considera um Quarto Poder. Entretanto Sauwen Filho (1999) alerta que o Ministério Público não é um Poder de Estado tão independente quanto gostaria, visto que a carta Constitucional optou pela divisão tricotômica proposta por Montesquieu: Legislativo, Executivo e Judiciário tratando-os especificamente em seus Capítulos I, II e III. Não obstante o tratamento diferenciado dado ao Ministério Público em relação às demais instituições, assim como as pressões exercidas pelos seus integrantes, no sentido de garantirem maiores atribuições no texto constitucional, o Capítulo IV do Título IV tratou o *Parquet* no elenco de instituições essencial à Justiça.

A problemática da natureza jurídica do Ministério Público é abordada também por Viotti (1985), que defende que o poder é outorgado ao governante pelo povo, e recorre ao parágrafo único do artigo 1º da Constituição de 1988: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição”. Neste sentido, a autora afirma que é pretensão de alguns doutrinadores propagarem a idéia de que o Ministério Público é um Quarto Poder, particularmente por esbarrar no próprio mandamento constitucional.

Ao definir o Ministério Público como Instituição Permanente, a Carta da União, segundo Arantes (1999, p. 92) partiu do pressuposto de que o Estado atual é:

[...] permanentemente compelido a realizar o cidadão na sociedade por ele organizada, reconhecendo-lhe direitos, defendendo seus legítimos interesses, preservando a ordem jurídica e o próprio regime democrático, zelando pela integridade dos interesses sociais e individuais indisponíveis, inclusive promovendo junto ao Judiciário as medidas necessárias e compatíveis a esses deveres.

Neste sentido, reconheceu ao Ministério Público o caráter de órgão governamental permanente, por meio do qual manifesta sua soberania para atender a estes propósitos.

Para Honorato (2005), a essencialidade da função jurisdicional, reconhecida ao Ministério Público, não pode ser considerada uma novidade no direito. Ademais, da forma como foi redigida, imprime interpretações dúbias, porque nem todas as atividades desenvolvidas pelo *Parquet* são essenciais à função jurisdicional, como, por exemplo, no campo do Direito privado. Assim, o Ministério Público é essencial ao exercício da função jurisdicional, mas apenas em se tratando de situações de interesse do bem geral, como os interesses sociais e individuais indisponíveis, os difusos e os coletivos.

A tradicional função de defender o contido na lei, mais uma vez, foi inserida na Constituição, em 1998, atribuindo-lhe a defesa do ordenamento jurídico. O Ministério Público é um mecanismo de defesa social e sua função de *custos legis* (fiscal da lei) deve estar associada à defesa de interesses sociais e individuais indisponíveis²¹.

Ao ser responsabilizado pelo regime democrático, a Constituição de 1988 buscou inspiração na Constituição Portuguesa de 1976, que, por sua vez, inspirou-se nos ordenamentos constitucionais do leste europeu, que atribuíram aos *Parquet* funções semelhantes em relação aos respectivos regimes análogos.

Nas Cartas angolana e alemã, o *Parquet* era responsável pela defesa da legalidade social; na extinta Checoslováquia, referia-se à defesa do Estado socialista; na Constituição polonesa fazia a defesa da legalidade popular; o Texto Maior Romeno trazia à sua responsabilidade a defesa do regime socialista.

Entretanto a Constituição brasileira de 1988 acolheu os reclamos da classe e dos doutrinadores, a função de defesa do regime democrático e, pela da Lei nº 8.625/93 – Lei Orgânica do Ministério Público, normatizou sua organização. Porém Arantes (1999, p.203) aponta que a lei não foi suficiente para dotar a Instituição de “meios específicos para implementar essa função”.

Atribuiu-lhe, também, a incumbência de defensora dos interesses sociais e individuais indisponíveis, que, em diretrizes gerais, significa zelar pelos interesses de natureza indivisível de toda uma coletividade ou de um interesse individual, na medida em que esteja vinculado a um interesse geral, público.

²¹ Segundo Mazzilli (1989) a defesa dos interesses indisponíveis são aqueles que escapam ao poder de disposição dos respectivos titulares, que não os podem negociar, como a saúde, a integridade física, o direito à vida, entre outros.

A unidade é um dos princípios institucionais do *Parquet*, que pressupõe um só órgão, com uma só chefia, exercendo a mesma função. Todavia Mazzilli (1995, p.67) afirma inexistir qualquer unidade entre o Ministério Público Federal e os Estaduais, nem mesmo entre os Estados, por isso acredita que esta Unidade preconizada no inciso 1º do artigo 127 da Constituição, é mais “conceitual que efetiva”.

Sobre a sua indivisibilidade, enuncia que os membros do Ministério Público não se vinculam aos processos em que atuam, podendo ser substituídos uns pelos outros. Para Viotti (1985), a indivisibilidade é decorrência da unidade, não podendo ser concebida quando esta inexistente.

E, finalmente, a independência funcional, que está relacionada à desvinculação de seus integrantes em relação aos demais no exercício de suas funções, pressupõe a ausência de hierarquia e de livre ação sem o consentimento de um superior. Sauwen Filho (1999) defende que esta afirmação é muito ampla e contraditória, porque negar a existência de um poder hierárquico, numa Instituição cuja figura do Procurador é representada pela chefia do Ministério Público, essa independência funcional é, no mínimo, digna de discussões.

Para chegar ao formato atual, a Instituição foi paulatinamente modificada por legislações anteriores à Constituição. Durante a organização dos Estados nacionais absolutistas, a Instituição tinha a característica de órgão auxiliar do governo, em que estavam aptos a defender os direitos dos reis. No Estado Moderno, com feições claramente liberais, passou a ser o cooperador da justiça, à medida que as liberdades e as garantias individuais eram tratadas como questão central nas funções políticas, jurídicas e econômicas. E, finalmente, em 1988, foi transformada em uma instituição essencial à função jurisdicional, num contexto neoliberal de perversa distribuição de renda, pautado por reformas nas políticas públicas e econômicas.

As ampliações das funções institucionais do Promotor, garantidas pela Constituição de 1988, deixam à sua disposição uma série de instrumentos que marcam um novo modo de intervenção do Ministério Público, como, por exemplo, a defesa dos direitos sociais difusos e coletivos²².

²² Os interesses difusos são aqueles indivisíveis, de todas as pessoas, como, por exemplo, a preservação da Mata Atlântica. Os interesses coletivos dizem respeito a um determinado grupo, ou categoria de pessoas ligadas entre si. O próprio nome já indica que é direito de uma coletividade.

O artigo 129 da Constituição Federal de 1988 estabelece que, dentre as funções do Ministério Público, estaria o zelo pelos direitos assegurados na Constituição, promovendo, inclusive, as medidas necessárias para a sua garantia. A legitimidade para a tutela dos direitos sociais também é definida no artigo 6º da mencionada Constituição.

Dessa forma, Mazzilli (1989) aponta que o atual perfil constitucional do Ministério Público possui especial relevância entre as instituições que compõem a base de sustentação do Estado Democrático de Direito.

Considerando que a materialização dos direitos sociais se traduz por meio da execução de políticas públicas, o Ministério Público, quando atua na busca pelo cumprimento dessas políticas para que atendam aos direitos sociais, está, conseqüentemente, defendendo o regime democrático.

Entretanto a responsabilidade de implementação das políticas públicas é do Poder Executivo, que, por meio do planejamento de suas estratégias de atuação, inclusive orçamentária, executam-nas. Atualmente, os órgãos gestores contam com uma gama de colaboradores na proposição de diversas questões inerentes aos direitos sociais, como os Conselhos Gestores, o próprio Poder Legislativo, ou mesmo as Organizações não-governamentais (ONGs), que apontam para as necessidades e prioridades identificadas. Por conseguinte, entre o enunciado legal e a concretização dessa realidade, há um grande hiato a ser transposto.

O Ministério Público, historicamente, tem apresentado dificuldades de se impor diante do Poder Executivo. Mesmo com o advento da Constituição de 1988, que representou significativo avanço para a Instituição que conseguiu alcançar razoável grau de autonomia frente aos poderes políticos do Estado. Exemplo disso é que, apesar de estarmos próximos ao vigésimo ano da promulgação da Constituição de 1988, não só as novas atribuições dadas ao Ministério Público são passíveis de acaloradas discussões, mas, sobretudo, a eficácia da positivação dos direitos em sua garantia.

Por exemplo, se um rio foi contaminado, e há pescadores que, legalmente, utilizam a pesca para seu sustento, há lesão de um interesse daquele grupo.

As ações do Ministério Público encontram obstáculos nos demais poderes de Estado de maneira regular e sistemática. Muitas vezes, os exemplos desses conflitos tornam-se públicos em todo o país noticiados pela imprensa. Para exemplificar essa realidade, elegemos um fato divulgado em setembro de 2007 por todos os jornais do Estado do Paraná. O atual Chefe do Poder Executivo assinou um Anteprojeto de Lei, que acaba com aumentos, reajustes, gratificações e vantagens concedidas aos membros do Ministério Público, bem como a assinatura de um Decreto determinando que o Paraná Previdência²³ revise as aposentadorias dos integrantes do Ministério Público que recebem por meio do Fundo Financeiro – que paga os benefícios a quem se aposentou antes da criação da Paraná Previdência. O Governador do Estado justificou seus atos afirmando: “Assim, estamos acabando com a lenda da existência do Ministério Público como um poder. Trata-se de serviço público essencial para a República, com algumas prerrogativas fundamentais. Mas o Ministério Público não é poder independente” (ZANATTA, 2007, p. 5).

Na verdade, este exemplo demonstra o propósito do Poder Executivo, submeter o Ministério Público, solapando sua autonomia, utilizando os mecanismos que detém para intimidar e impedir a ação de fiscalização e as cobranças pela execução rigorosa da lei, feita pelos agentes do Ministério Público sobre o Poder Executivo.

As contradições existentes no interior deste Estado que regula o mercado, mantém o capitalismo e se subordina aos interesses do poder econômico, são conflitantes com os direitos sociais estabelecidos em lei. Criam problemas para o sistema de garantia de direitos, conforme descreve Alapanian (2008, p. 59):

Ameaçados em todo o mundo, os direitos sociais, como o direito ao trabalho, à saúde e à assistência, vêm sendo reduzidos de fato em benefício de mecanismos de acumulação capitalista. Nos países onde o movimento dos trabalhadores avança em suas reivindicações por direitos sociais, fica cada vez mais clara a incompatibilidade destes com o direito de propriedade capitalista que almeja a acumulação de capital.

²³ Órgão criado em 1998 para regular o fundo de aposentadoria dos servidores públicos do Estado do Paraná.

Mesmo quando se busca manter um Estado Democrático, há diversas facetas dos limites de aplicação do direito, como o corte de gastos públicos, reformas na legislação, restrições aos serviços públicos, privilégios à demanda individual em detrimento à coletiva, a crise no sistema de justiça, entre outros.

A luta pela efetivação ou mesmo manutenção dos direitos sociais é importante estratégia para que não se percam direitos constitucionalmente garantidos, acompanhada de constante vigilância sobre as ações governamentais. As novas atribuições institucionais conferidas ao Ministério Público pela Constituição de 1988 podem se configurar em valioso instrumento para este fim.

Cabe ainda dizer que há muito para ser discutido sobre os limites e possibilidades de atuação do Ministério Público, sobretudo se pensarmos na relação entre as alternativas jurídicas para a defesa de direitos, a concretização de políticas públicas efetivas e a devida participação social em todo este processo.

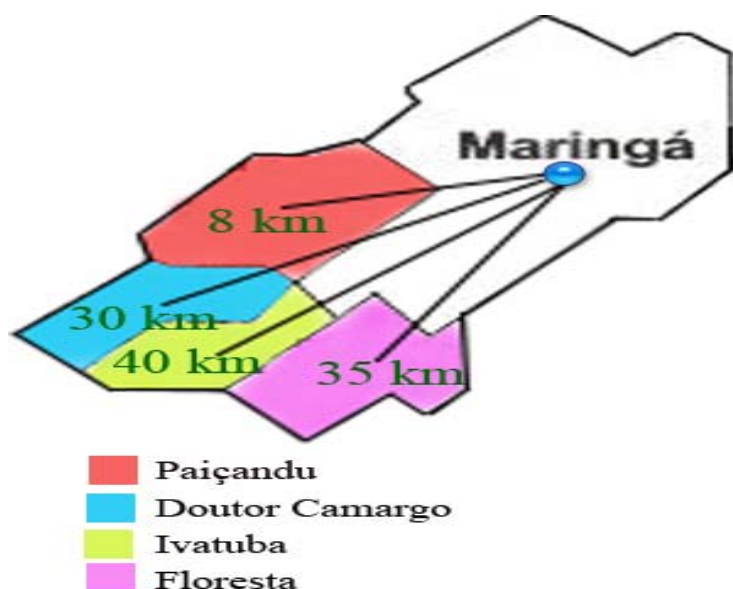
Em seguida, nos deteremos a contextualizar o leitor no espaço em que se realiza a nossa pesquisa, apresentando um breve histórico da 14ª Promotoria de Justiça Especializada na Defesa do Direito à Saúde da Comarca de Maringá e a realidade em que se dá a sua atuação.

3 A COMARCA DE MARINGÁ E AS AÇÕES DA 14ª PROMOTORIA DE DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA

Para que possamos analisar a interação entre os dois espaços de controle, o social e o institucional, apresentamos algumas informações sobre a organização e as ações desenvolvidas pela 14ª Promotoria de Defesa da Saúde Pública de Maringá na tentativa de garantir o direito à saúde pública, bem como informações sobre a realidade dos Municípios que compõem a Comarca, em especial no que se refere à política de saúde.

3.1 APRESENTAÇÃO DO *LOCUS* DA PESQUISA

Em 1954, Maringá foi elevada à categoria de Comarca pelo Código de Organização Judiciária, compreendendo mais quatro municípios da Região: Ivatuba, Paiçandu, Floresta e Dr. Camargo. Os municípios que compõem a Comarca e a distância entre os demais e a sede podem ser visualizados no mapa abaixo.



Mapa 1 – Quilômetros de distância entre a sede e os Municípios pertencentes à Comarca de Maringá

O mais recente Código de Organização e Divisão Judiciária é de dezembro de 2003, que, pela Lei nº 14.277, estabelece como será dividida a administração da Justiça no Estado do Paraná. Nele, a Comarca de Maringá mantém sua formação original, constituindo-se em uma área que abrange atualmente cerca de 382.159 habitantes.

A organização do Sistema Único de Saúde, no entanto, segue outra lógica, estabelecida a partir da Secretaria Estadual de Saúde. Nela, Maringá é o município sede da 15ª Regional de Saúde, cuja população corresponde a aproximadamente 600.000 habitantes, segundo o Plano Municipal de Saúde de Maringá 2006/2009. A Regional engloba 30 municípios da região, conforme a demonstração a seguir:



Mapa 2 – Municípios pertencentes à 15ª Regional de Saúde

Fonte: Internações Hospitalares pelo SUS (SAPATA, 2003, p. 58).

Em nossa pesquisa, utilizamos como referência a divisão estabelecida a partir da Organização Judiciária, isto é, a divisão em Comarcas, tendo em vista que a nossa reflexão está assentada na interação de uma Promotoria específica, a de Maringá, com o sistema de saúde, e a Promotoria se organiza com base nessa lógica.

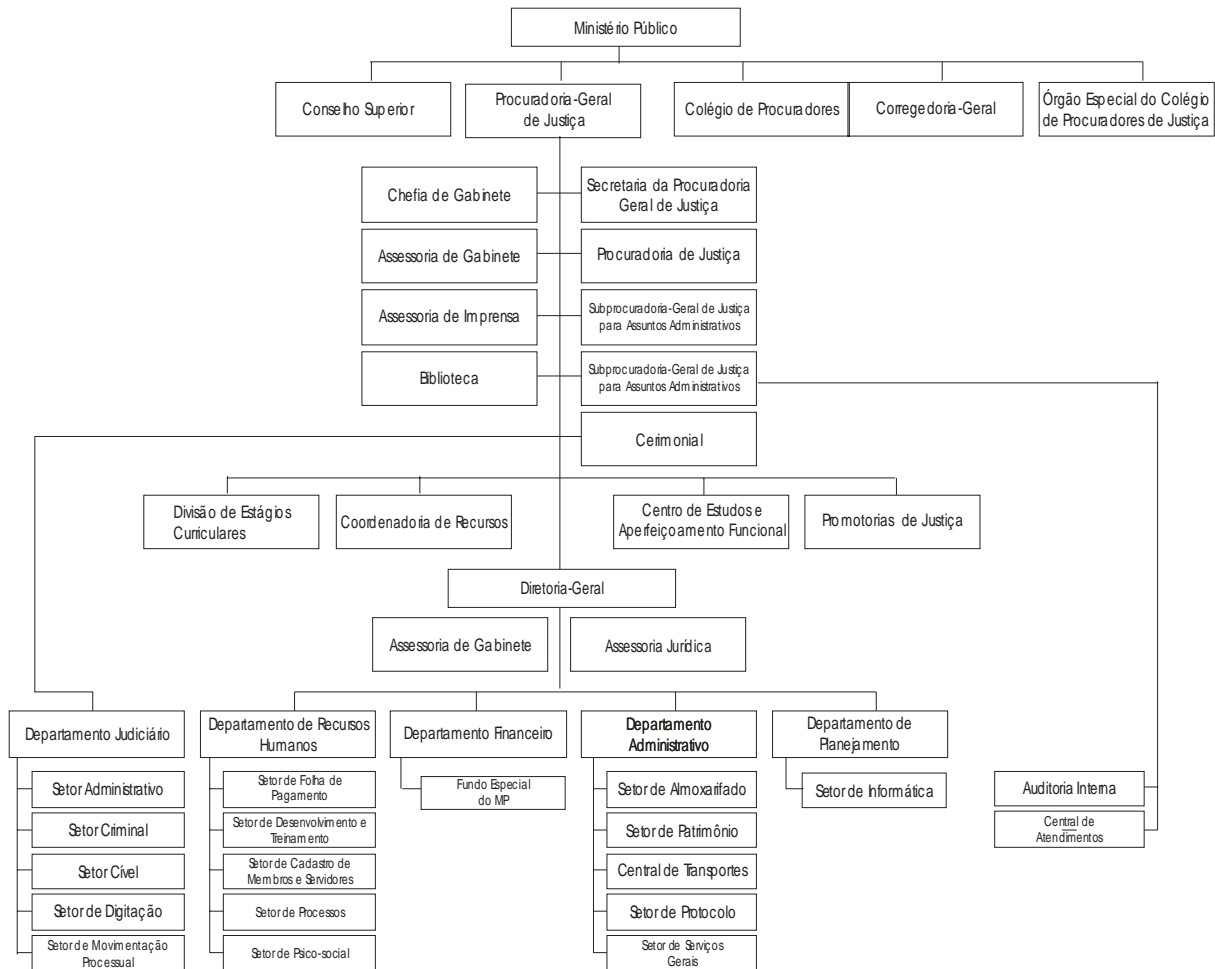
No próximo item, apresentamos um breve histórico da criação da Promotoria, bem como uma caracterização dos cinco municípios que compõem a Comarca de Maringá, dando ênfase à realidade na área de saúde.

3.2 O MINISTÉRIO PÚBLICO E A 14ª PROMOTORIA ESPECIALIZADA NA DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA DA COMARCA DE MARINGÁ

3.2.1 Organização do Ministério Público no Estado do Paraná

A partir de 1988, o Ministério Público assumiu novas atribuições institucionais e, com elas, houve a necessidade de sua reestruturação organizacional. Como o Ministério Público de cada Estado possui uma legislação própria, no Paraná, o organograma foi definido pela Lei Complementar nº 85, de dezembro de 1999 (BRASIL, 2006), ficando organizado da seguinte forma:

ORGANOGRAMA DO MINISTÉRIO PÚBLICO



Fonte: Diagnóstico do Ministério Público dos Estados (BRASIL, 2006).

As Promotorias de Justiça são órgãos da administração do Ministério Público, organizadas por Ato do Procurador-Geral de Justiça após aprovação do Colégio de Procuradores. São encarregadas de exercer as funções institucionais, assim como tomar as medidas necessárias à consecução dos objetivos do Ministério Público.

Conforme demonstra o organograma, as promotorias estão vinculadas diretamente ao Procurador-Geral de Justiça²⁴ e, segundo o artigo 68 da

²⁴ A ocupação deste cargo está prevista na Constituição de 1988 e o artigo 128 (BRASIL, 1988) dispõe sobre a formação de uma lista tripartite e entregue ao Chefe do Poder Executivo Estadual para a nomeação. O procedimento de elaboração da lista tripartite é disciplinado pela Lei Orgânica

referida lei complementar, suas principais funções referem-se à instauração de inquérito civil, promoção de ação civil pública, adoção de medidas administrativas e judiciais, requerimento de medidas judiciais e administrativas e zelo pela efetivação de políticas sociais.

3.2.2 A 14ª Promotoria Especializada na Defesa da Saúde Pública

A redefinição do papel do Ministério Público pela Constituição de 1988 exigiu que a Instituição desenhasse essa nova estrutura político-administrativa que vislumbra o acesso e a ampliação da garantia dos direitos fundamentais, ao tempo em que cria as áreas especializadas. Segundo Frischeisen (2000), o surgimento das Promotorias Especializadas se deve à redemocratização por que passou o país e são criadas para atender às demandas sociais.

Em 1990, foi criada a primeira Promotoria Especializada em Maringá, que atuava nas matérias do consumidor e garantias constitucionais, ou seja, todas as demandas eram atendidas por esta Promotoria, inclusive questões relacionadas à saúde. Interessante notar que as maiores queixas eram oriundas de assuntos individuais e relacionados ao consumidor. Essa demanda específica começou a diminuir após a instalação do Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor – PROCON em 1997. Com o crescimento populacional, o aumento das questões sociais e o aumento pela procura de instituições da justiça, outros assuntos começaram a fazer parte da rotina institucional.

Foi assim que, em 2000, por intermédio da Resolução nº 0009, de 04/01/2000 (BRASIL, 2000a), emitida pela Procuradoria Geral de Justiça, houve a primeira distribuição de serviços entre as Promotorias Especializadas, em que a 1ª Promotoria de Justiça passou a ser Especializada na Proteção ao Patrimônio Público e Juizado Especial Cível, e a 13ª Promotoria Especializada na Defesa do Meio Ambiente, dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, do Idoso, da Saúde do Trabalhador e de Reparação do Dano resultante de crime e das Fundações.

Por sua vez, a 14ª Promotoria ficou com as atribuições relativas ao Consumidor, à Defesa dos Direitos e Garantias constitucionais, e Saúde Pública.

Em março do mesmo ano, o Colégio dos Procuradores de Justiça, pela Resolução nº 03/2000 (BRASIL, 2000b) faz outras distribuições de serviços. Desta vez, modifica apenas as atribuições das 13ª e 14ª Promotorias: retira a Saúde do Trabalhador da 13ª Promotoria e passa esta matéria para a 14ª.

Em dezembro de 2002, a Resolução nº 2409 (BRASIL, 2002) atribui à 6ª Promotoria matérias relativas a crimes contra ordem tributária – “sonegação fiscal” e crimes afins. As demais Promotorias Especializadas permanecem com as matérias distribuídas no ano de 2000.

Em 2002, a Drª. Elza Kimie Sangalli assume, como titular, a 14ª Promotoria de Justiça de Maringá, com as mesmas matérias acima mencionadas.

A Resolução nº 0401, assinada pelo Procurador-Geral da Justiça em 04/01/2005 (BRASIL, 2005), realiza a última distribuição de serviços que afeta os serviços entre as Promotorias Especializadas, estabelecendo o seguinte: permanece a 1ª Promotoria Especializada atuando na Proteção ao Patrimônio Público; a 6ª Promotoria passa a ser denominada de Proteção aos Direitos Humanos e continua atuando em matérias relativas à sonegação fiscal e aos crimes contra a ordem tributária e crimes afins; a 13ª Promotoria Especializada passa a atuar na Defesa do Meio Ambiente e dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência; a 14ª fica sob a responsabilidade de questões relativas à Saúde Pública e Saúde do Trabalhador; e cria-se a 19ª Promotoria com a incumbência de tratar assuntos relacionados ao Consumidor, Idoso, Fundações e Terceiro Setor.

Hoje, Maringá conta com 19 Promotorias de Justiça, sendo seis delas especializadas nas mais diversas áreas: 14ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador; 6ª Promotoria Especial de Proteção aos Direitos Humanos e Combate à Sonegação Fiscal; 17ª Promotoria Especializada na Infância e Juventude; 19ª Promotoria Especializada na Defesa do Consumidor, Idoso, Fundações e Terceiro Setor; 13ª Promotoria Especializada na Defesa e Proteção do Meio Ambiente e Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência; 1ª Promotoria Especializada na Defesa da Proteção do Patrimônio Público e Juizado Especial Cível.

Assim, podemos observar que a 14ª Promotoria de Justiça ficou com a responsabilidade exclusiva de defesa da saúde na Comarca de Maringá, há bem

pouco tempo. Muitas ações ainda estão sendo discutidas e aprimoradas num constante processo de aperfeiçoamento.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO QUE COMPÕE A COMARCA DE MARINGÁ

3.3.1 Alguns Indicadores Sociais Gerais

Para que o leitor tenha uma maior compreensão do perfil da Comarca, é preciso, antes de abordar especificamente o tema da saúde, proceder a uma breve reflexão sobre as características sociais gerais da região. Para isso, utilizamo-nos de alguns indicadores sociais.

Estes indicadores, por situarem os dados apresentados dentro de um contexto global, já deixaram de configurar apenas em diagnósticos e relatórios governamentais para se transformarem em instrumento de pressão popular na transparência e aplicação do gasto público, de apontamento da persistência dos problemas sociais históricos, de avanços e retrocessos nas condições de vida da população, e, sobretudo, de indicação da eficácia ou não das políticas públicas.

Ressalte-se, porém, que as estatísticas e os dados censitários constituem-se na matéria-prima para a construção de indicadores sociais, devendo ser utilizados não apenas como números para fins de formulação e reformulação de políticas públicas, mas, sobretudo, para: “[...] subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo e possibilitar o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil” (JANNUZZI, 2001, p. 15).

Veja-se, valendo-se desta abordagem, o quadro comparativo de alguns indicadores sociais dos Municípios da Comarca, bem como a média da Região:

Tabela 1 – Principais indicadores Sociais da Comarca

Município	IDH ²⁵	Expectativa de Vida ²⁶	Renda per Capita Familiar ²⁷	Índice de GINI ²⁸	* Taxa de analfabetismo
Maringá	0,76	72,2 ANOS	465 REAIS	0,56	5,4%
Paiçandu	0,74	69,1 ANOS	182 REAIS	0,43	11,9%
Ivatuba	0,77	69,7 ANOS	237 REAIS	0,51	13,3%
Floresta	0,76	68,3 ANOS	258 REAIS	0,48	11,6%
Dr. Camargo	0,84	70,4 ANOS	233 REAIS	0,50	15,4%
Média da Comarca	0,77	69,9 ANOS	275 REAIS	0,50	11,5%

*Taxa média calculada em população acima de 15 anos de idade.

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004 e DR. CAMARGO, 2004).

Com base no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador social básico utilizado para apontar em que setores um país deve reunir esforços para melhorar o bem-estar da população, pode-se dizer que a região que compreende a Comarca de Maringá apresenta um desenvolvimento social mediano, isto é, apesar de apresentar uma qualidade de vida razoável, sobretudo quando comparada a outras regiões do país, ainda há muito que avançar.

Para fins de comparação, este índice encontra-se abaixo da média brasileira, que, no ano de 2005 (UNITED NATIONS, 2005), atingiu a média de 0,800, e faria com que a Comarca ocupasse a 1.194^a posição no ranking de IDH dos municípios brasileiros do ano de 2000, empatando com outros 31 municípios (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).

²⁵ O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH foi criado para medir o nível de desenvolvimento humano dos países tomando por base indicadores como: esperança de vida ao nascer, renda, educação, etc. Nos últimos anos, tornou-se um indicador de referência mundial e varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Municípios com IDH até 0,499 têm desenvolvimento considerado baixo, os municípios com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento e os com maiores de 0,800 têm desenvolvimento considerado alto.

²⁶ A expectativa de vida é um indicador demográfico alternativo para o objetivo de avaliação das condições de saúde da população. Embora esse indicador seja bastante complexo, seu significado é bem claro: número médio de anos que se espera que um recém-nascido possa viver em uma dada sociedade.

²⁷ Apesar de ainda existirem dificuldades metodológicas na elaboração do indicador de renda familiar per capita, no Brasil, ele é um dos principais indicadores utilizados e é definido como quociente entre a renda familiar total e o número de membros na família.

²⁸ Este índice mede o grau de desigualdade existente entre os indivíduos, cujo valor varia de 0 (perfeita igualdade) a 1 (desigualdade máxima).

No entanto, para fins de formulação de políticas públicas, com vistas a melhorar esse quadro, devem ser consideradas as discrepâncias existentes entre os municípios que compõem a Comarca, mormente no que tange à desigualdade social, em que a cidade de Maringá desponta com a maior variável, acima inclusive da média nacional²⁹, e também em relação à renda familiar *per capita*, em que Paiçandu se destaca flagrantemente dos demais, puxando para baixo a média da Comarca³⁰.

Há que se atentar também para o fato de que, apesar de os municípios considerados apresentarem grandes divergências em diversos aspectos, em relação ao indicador da expectativa de vida encontram-se bastante próximos, seguindo um padrão nacional que, de acordo com dados do IBGE, foi de 71,7 anos no ano de 2004. Esta informação é particularmente interessante, uma vez que está relacionada ao número de mortes precoces, geralmente devida a precárias condições de saúde e de salubridade no local.

A esse respeito, observem-se os índices relacionados à infraestrutura de serviços da Comarca:

Tabela 2 – Taxa de Cobertura dos Serviços Urbanos

Município	Saneamento básico	Energia elétrica	Esgoto
Maringá	99%	99%	72%
Paiçandu	100%	100%	10%
Ivatuba	100%	100%	0%
Floresta	98,4%	99,9%	0%
Dr. Camargo	81,3%	96%	8,2%
Média da Comarca	95,7%	98,9%	18,4%

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004 e DR. CAMARGO, 2004).

²⁹ Segundo o IBGE, a média nacional foi de 0,54 no ano de 2004.

³⁰ Segundo os especialistas, Paiçandu é considerada cidade dormitório, pois o baixo índice de geração de emprego faz com que os munícipes migrem aos centros maiores à procura de oportunidades de trabalho. Possivelmente, uma análise aprofundada destes dados levará à reflexão de que estes munícipes estão se submetendo a salários abaixo do mínimo estabelecido por lei e vivenciando, de maneira mais contundente, o cenário de precarização da mão-de-obra.

Tabela 3 – Serviços Existentes

Município	Coleta de lixo	Aterro Sanitário	Coleta seletiva	Incineração de lixo hospitalar
Maringá	Sim	Não	Parcial	Não
Paiçandu	Sim	Não	Não	Sim
Ivatuba	Sim	Sim	Sim	Não
Floresta	Sim	Sim	Sim	Não
Dr. Camargo	Sim	Não	Não	Terceirizado

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004 e DR. CAMARGO, 2004).

Historicamente, os grandes progressos na luta contra a mortalidade infantil no Terceiro Mundo, decorrente de doenças infecto-parasitárias, devem-se à ampliação da cobertura destes serviços.

Especificamente em relação aos esgotos, identifica-se uma grande defasagem entre os municípios, já que, em dois deles, inexistente este tipo de serviço e, nos demais, ainda prevalece o sistema de fossas sépticas. Apenas em Maringá este índice é satisfatório, entretanto ainda está abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 80% das residências com ligamento à rede de esgoto.

Diante da discrepância entre os serviços disponíveis em cada município, é curioso o fato de que a expectativa de vida mantenha-se regular na Comarca com um todo, o que aponta para possíveis problemas existentes no sistema de saúde da cidade de Maringá, já que, apesar de apresentar a melhor infra-estrutura urbana, não oferece expectativa de vida significativamente mais alta.

O aterro sanitário, a coleta seletiva ou mesmo a incineração do lixo hospitalar são problemas urbanos que, nas últimas décadas, tomaram dimensões significativas, extrapolando o âmbito exclusivo da saúde para percorrer as questões sociais e ambientais da comunidade. Na Comarca de Maringá, estas ações ainda são desenvolvidas de maneira parcial pelos municípios e, se mais estudados, podem servir como parâmetro para a definição de prioridades e do direcionamento das políticas públicas que vêm sendo construídas na região.

Finalmente, há que se ter em conta os indicadores sociais relacionados ao crescimento populacional:

Tabela 4 – Crescimento Populacional

Município/ Ano	Maringá	Paiçandu	Ivatuba	Floresta	Dr. Camargo
2005	318.953	36.132	5.494	5.673	3.976
2006	324.395	37.095	5.560	5.684	3.410
2007	329.800	38.053	5.626	5.697	3.143

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004; DR. CAMARGO, 2004).

Tabela 5 – População da Comarca de Maringá

Município	Urbana	Rural
Maringá	91,50%	8,50%
Paiçandu	96,00%	4,00%
Ivatuba	73,63%	26,37%
Floresta	86,00%	14,00%
Dr. Camargo	81,00%	19,00%
Média da Comarca	85,62%	14,38%

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004; DR. CAMARGO, 2004).

Para Jannuzzi (2001, p. 66), esses indicadores são os que têm mais destaque entre as pesquisas, porque, a partir deles, estabelecem-se parâmetros básicos para “[...] dimensionamento da população futura, consumidora de bens e serviços públicos e privados, e do público-alvo das políticas sociais”.

Segundo o autor, a taxa de crescimento demográfico está fortemente relacionada com a taxa de natalidade e, conforme os dados demonstram, apenas o Município de Dr. Camargo apresentou redução em seu crescimento populacional. Ainda não há estudos direcionados para este fenômeno, mas o que tudo indica é que o referido município necessita investir mais em serviços urbanos, habitação e emprego, demandas geralmente associadas ao avanço da urbanização. Inclusive, os dados apontam para esta suposição, pois Dr. Camargo é o município que apresentou menores índices de condições em infra-estrutura, conforme demonstram as tabelas 2 e 3.

3.3.2 Caracterização da Área de Saúde

Para entender como se organiza a Saúde na Comarca de Maringá, é preciso, primeiramente, ter em vista que a divisão administrativa judiciária não coincide com a organização regional do SUS. Conforme já mencionado, a cidade de Maringá funciona como sede da 15ª Regional de Saúde, concentrando recursos para atender a 30 municípios da região, com cerca de 600 mil habitantes. Esta circunstância acarreta duas importantes conseqüências para o entendimento da situação da Saúde na Comarca.

A primeira delas é que, em conformidade com o Sistema Único de Saúde, dos cinco municípios que compõem a Comarca, apenas Maringá obteve a condição de Gestão Plena de Saúde, ou seja, o município pode gerir todo o Sistema Único de Saúde, responsabilizando-se pela seleção, cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação e pagamento dos prestadores de serviços da área. Os demais municípios se encontram em Gestão da Atenção Básica de Saúde, compreendida como o conjunto de ações prestadas à comunidade com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, bem como seu tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde. Por isso, na caracterização da Comarca, será dada ênfase à cidade de Maringá.

A segunda conseqüência é que, apesar da grande concentração de recursos no referido município, os mesmos são dispersos nos atendimentos prestados às 30 cidades que compõem a 15ª Regional, não podendo ser considerados apenas para os municípios pertencentes à Comarca, o que relativiza o desenvolvimento e a abrangência da saúde da região.

Vale ressaltar que Maringá possui um convênio com o SUS para assistência em média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, de forma que, neste âmbito, o município é referência não só para a 15ª Regional de Saúde, como também, para outros municípios da macrorregião Noroeste do Estado do Paraná, cuja população total ultrapassa 1.600.000 habitantes.

Com essas informações, apresentamos, inicialmente, o demonstrativo do levantamento de leitos por hospital da cidade de Maringá, realizado no ano de 2004.

Tabela 6 – Hospitais e Leitos em Maringá

HOSPITAIS	LEITOS TOTAIS		LEITOS SUS	
	Gerais	UTI	Gerais	UTI
Hospital Psiquiátrico	294	-	240	-
Hospital Universitário	97	23	97	23
Hospital do Câncer	61	06	50	04
Hospital Santa Rita	133	20	50	12
Hospital Santa Casa	148	23	90	13
Hospital Municipal	51	-	51	-
Hospital Maringá	50	06	04	01
Hospital Santa Lúcia	49	-	46	-
Hospital São Marcos	73	04	-	-
Hospital Paraná	94	10	-	-
Hospital de Olhos	09	-	-	-
TOTAL	1.059	92	628	53

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Maringá 2004/2008.

Como se pode verificar na tabela, 59% dos leitos hospitalares existentes são destinados ao SUS, sendo que, destes, 37,6% são destinados à assistência psiquiátrica, de modo que, para todos os demais casos, restam apenas 425 leitos, inclusive para o atendimento de casos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade.

Este quadro gera um relevante déficit de leitos, especialmente quando se considera que, para os casos de alta complexidade, o município de Maringá atende a toda macrorregião Noroeste do Paraná. Inclusive, segundo estudo realizado pela Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação, só em relação ao SUS, a deficiência seria de cerca de 120 leitos.

Esta carência acarreta uma quantidade insuficiente de internações hospitalares. Segundo levantamentos de 2002, cerca de 7 a 9% da população brasileira tem necessidade de se internar anualmente. No entanto, para os municípios atendidos pela rede de saúde de Maringá, houve internação de apenas 5,8% da população.

Por outro lado, não há perspectivas de melhora da presente conjuntura. Inexiste, atualmente, a regulação de leitos hospitalares, consultas e exames especializados pela Secretaria de Saúde do Município. Esta oferta é controlada por um órgão estadual, qual seja, a Central de Leitos e Consultas de Maringá, o que dificulta a resolução do problema dentro da própria Comarca.

Segundo informações do Plano Municipal de Saúde de Maringá:

[...] sua ampliação requer aporte de recursos financeiros, humanos e de materiais/equipamentos, que necessita ser compartilhado nas três esferas de governo, haja vista as responsabilidades e referências pactuadas nos diversos níveis de assistência hospitalar (MARINGÁ, 2004, p. 13).

Especificamente em relação ao tratamento da saúde mental, há que se ressaltar que, dos 294 leitos existentes, 240 são destinados ao SUS. De maneira bastante simplista, a primeira impressão que temos é que o dinheiro público está sendo aplicado, quase que integralmente, na manutenção de uma empresa privada, visto que quase 95% dos leitos disponíveis são destinados aos pacientes oriundos do sistema público de saúde.

Essa realidade também se encontra no atendimento aos portadores de câncer, em que um hospital privado tem mais de 80% dos leitos destinados ao SUS, e, ao Hospital Santa Lúcia, que presta atendimento clínico, são quase 95%, ou seja, esses hospitais estão praticamente sobrevivendo de recursos públicos.

Nossa intenção não é induzir a interpretação para a necessidade de redução de leitos aos usuários do Sistema Único de Saúde, mas, sim, apontar que a lógica do neoliberalismo vem sendo seguida à risca, já que a convivência com os ditames da medicina privada inviabiliza qualquer possibilidade de concretização de um sistema universal, integral, público e de qualidade à saúde. A próxima tabela pode nos ajudar a reforçar esta teoria, uma vez que o número de leitos em hospital público é ínfimo se comparados com os leitos disponíveis nos hospitais privados.

Tabela 7 – Hospitais Municipais da Comarca

Município	nº leitos (geral)	nº leitos (semi-UTI)	nº leitos psiquiátricos	Ano de inauguração
Maringá	30	06	20	2002
Paiçandu	67	02	00	2003 *
Ivatuba	21	00	00	2001**
Floresta	24	00	00	2001***
Dr. Camargo	12	00	00	2003 ****
TOTAL	154	08	20	-

* O Hospital Municipal, 24 horas, atende a internamentos, partos, cirurgias de pequeno e médio porte, em especialidades como: cardiologia, ortopedia, radiologia, ultrassonografia e eletrocardiograma. Os casos de alta complexidade, como obstetrícia de alto risco, UTI geral e neonatal, são encaminhados pela Central de Leitos a Hospitais de Maringá e Região.

** Atende, 24 horas, a internamentos, cirurgias de pequeno e médio porte, exames laboratoriais, consultas de pré-natal e encaminhamentos para especialidades e emergências.

*** O Hospital também atende, 24 horas, a urgências e emergências de referência local, imobilização provisória, partos normais e cesarianos, pequenas e médias cirurgias, curativos, injeções e inalações.

**** O Hospital de Dr. Camargo atende como um grande posto de saúde; realiza ações na área clínica, aplicação de injeções e pequenas suturas. Em 2005, o centro cirúrgico foi interditado e nem os partos estavam sendo realizados no referido nosocômio.

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004; DR. CAMARGO, 2004).

Não bastasse a deficiência de leitos e a concentração de recursos em empresas privadas, ainda ocorre uma concentração indevida na área da saúde mental. Isso porque a maior parte dos óbitos relacionados a problemas de saúde do adulto é decorrente de afecções do aparelho circulatório, com 485 casos (31,01%) e neoplasias com 314 casos (20,08%), como demonstram os indicadores de mortalidade da tabela abaixo:

Tabela 8 – Mortalidade Geral de residentes em Maringá por grupo de causas, 2004

Causa	Nº	%
Aparelho circulatório	485	31,01
Neoplasias	314	20,08
Aparelho respiratório	187	11,96
Causas externas	145	9,27
Endócrinas e metabólicas	89	5,69
Aparelho Digestivo	69	4,41
Infecciosas e parasitárias	56	3,58
Sistema Nervoso	51	3,26
Afecções perinatais	26	1,66
Transtornos mentais e comportamentais	14	0,90
Outras causas	128	8,18
Total	1564	100

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Maringá 2004/2008.

Além disso, segundo os dados acerca das internações de residentes de Maringá em 2005, os transtornos mentais aparecem apenas em quarto lugar, responsáveis por 11,42% dos casos de internação segundo causas em 2005, contra 14,25% por gravidez, parto e puerpério, com 2.627 casos, seguido por doenças do aparelho respiratório com 13,62% dos casos.

Tabela 9 – Internações de residentes em Maringá, segundo causas CID10, 2004

Causas	Nº	%
Gravidez, parto e puerpério	2.627	14,25
Aparelho respiratório	2.510	13,62
Aparelho circulatório	2.104	11,42
Transtornos mentais e comportamento	1.897	10,29
Neoplasias	1.767	9,59
Lesões e causas externas	1.655	8,98
Aparelho digestivo	851	4,62
Aparelho geniturinário	826	4,48
Infecciosas e parasitárias	681	3,70
Outras causas	3.512	19,06
Total	18.430	100,00

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Maringá 2004/2008.

Nota-se, portanto, uma flagrante desproporção entre a necessidade de leitos e sua destinação.

Por outro lado, os coeficientes técnicos de alocação de recursos financeiros (humanos ou equipamentos físicos) são indicadores que revelam o esforço despendido pelos gestores nos programas voltados à saúde pública, e podem ser utilizados para análise do enfoque adotado (preventivo/curativo), assim como para verificar se os indicadores contemplam ou não os profissionais e equipamentos do setor privado ou público. Veja-se, nesse sentido, a figura a seguir:

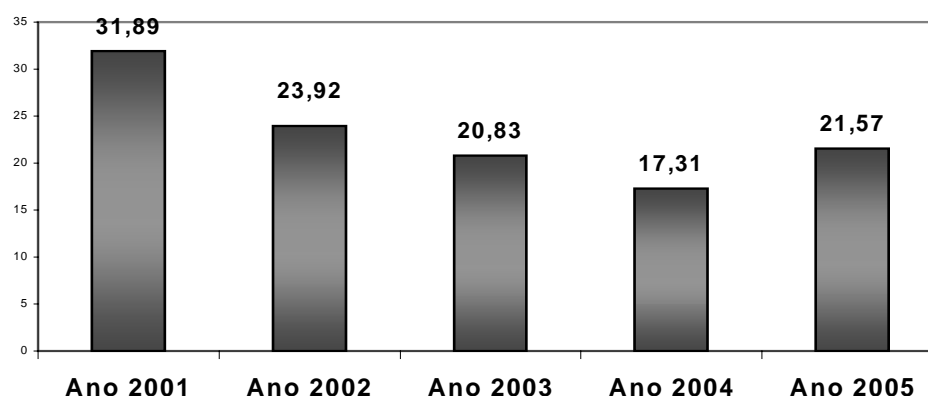


Figura 1 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde

Fonte: Internações Hospitalares pelo SUS (SAPATA, 2006, p. 76).

Um aspecto importante a mencionar é que nem sempre os coeficientes técnicos mais elevados de recursos para uma grande cidade significam, necessariamente, maior disponibilidade de atendimento à saúde para a sua população, já que os recursos estão, em tese, disponíveis para toda a população compreendida na região circunvizinha, como é o caso de Maringá, que, como dito anteriormente, atende à 15ª Regional de Saúde (30 municípios) e não apenas a Comarca de Maringá, os quais são divididos conforme critérios do Poder Judiciário.

Tabela 10 – Serviços Públicos em Saúde

MUNICÍPIO	nº de UBS	nº de CAPS	Clínicas Especializadas	Total
MARINGÁ	23	02	01*	26
PAIÇANDU	06	01	03	10
IVATUBA	02	00	00**	02
FLORESTA	02	00	00	02
DR.CAMARGO	01	00	00	01
TOTAL	34	03	04	41

* Consideramos apenas a Policlínica de Maringá, pois os demais serviços são comprados de serviços privados, ou convênios com Faculdades da cidade.

** Os municípios de Ivatuba, Floresta e Dr. Camargo contam, para os serviços especializados, com a Central de Leitos (casos de urgência) e Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISAMUSUEP (casos eletivos).

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004; DR. CAMARGO, 2004).

As Unidades Básicas de Saúde – UBS – são estratégias da atenção básica para aproximar os serviços de saúde da população e priorizar atividades preventivas. Apesar de parecerem estar concentradas na cidade de Maringá, quando se considera a proporção dessas unidades em relação à população de cada município, verifica-se que, na verdade, Maringá está pouco contemplada.

Conforme pode-se observar na tabela abaixo, a taxa de UBS por mil habitantes, na Comarca como um todo, está acima da taxa relativa à cidade de Maringá, que, aliás, apresenta a menor quantidade de UBS por habitante dentre todos os municípios. A cidade melhor abastecida é Ivatuba, que, apesar de ter apenas duas unidades básicas de saúde, exibe uma taxa de 0,74 UBS/mil habitantes.

Tabela 11 – Número de UBS por mil habitantes

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO EM 2007	UBS/ MIL HABITANTES
MARINGÁ	325.968	0,07
PAIÇANDU	34.640	0,17
IVATUBA	2.715	0,74
FLORESTA	5.215	0,38
DR. CAMARGO	5.609	0,18
TOTAL DA COMARCA	374.147	0,09

Fonte: Malha municipal digital do Brasil (IBGE, 2007).

A Comarca de Maringá, por meio de seu município homônimo, aderiu à estratégia de “Municípios e Comunidades Saudáveis” (MCS) da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) como política pública de saúde, cuja meta é fortalecer a implementação das atividades de promoção e proteção da saúde no nível local. Segundo o documento, os objetivos são “estabelecer políticas saudáveis, investindo nas ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, atendendo as prioridades estabelecidas no ‘Pacto pela Saúde’”; “criar ambientes que apoiem e favoreçam a saúde, executando ações de vigilância em saúde para a prevenção e controle dos agravos”; “fortalecer ações comunitárias e controle social, segundo as deliberações da VI Conferência Municipal de Saúde”; “desenvolver habilidades pessoais, por meio de ações que contribuam para a autonomia do trabalhador e do usuário”; “reorientar os serviços de saúde, fortalecendo a Estratégia

de Saúde da Família como espaço de mudança das práticas de saúde” (MARINGÁ, 2004, p. 19).

Os serviços de saúde em Maringá são mais complexos por ser este o único município da Comarca em nível de Gestão Plena da Saúde. Das 23 UBS, 19 são de nível II, com atendimento nas clínicas médicas e odontológicas; dois são de nível I, localizados nos distritos rurais e uma Policlínica considerada de nível III, que, além do atendimento básico ofertado aos moradores da área de abrangência, funciona como unidades de referência para os demais núcleos especializados.

Apenas os municípios de Maringá e Paiçandu possuem Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)³¹, que é o serviço especializado prestado aos pacientes portadores de transtorno mental. E somente Maringá conta com o CAPSad – álcool e drogas, para atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, além de uma Residência Terapêutica³² que atende quatro pacientes que perderam os vínculos familiares e são oriundos de longa internação psiquiátrica hospitalar.

Paiçandu concentrou alguns serviços especializados e conta com um centro odontológico, uma clínica de fisioterapia e uma de fonoaudiologia, todos mantidos com recursos públicos municipais.

Apesar dos demais municípios não possuírem um centro de atendimento especializado para questões relativas à saúde mental, a 14ª Promotoria acompanha, mediante procedimento investigatório (do qual mais adiante trataremos), a prestação desses serviços por meio de projetos desenvolvidos pelas Unidades Básicas de Saúde.

³¹ Os CAPSs caracterizam-se por um modelo de atenção à saúde, baseado não apenas na remissão temporária de sintomas, mas na assistência aberta, intensiva e continuada a pacientes que necessitam de tratamento psiquiátrico, e que apresentem condições de permanecer no convívio, mesmo durante o período de tratamento.

³² A Residência Terapêutica é um dos pilares da reforma psiquiátrica proposta pelo Ministério da Saúde, e diz respeito à ampliação de atenção extra-hospitalar aos portadores de transtorno mental.

Tabela 12 – Serviços Públicos em Saúde

MUNICÍPIO	Ano de implantação do PSF	Nº de Equipes do Programa Saúde da Família	Percentagem de Cobertura
MARINGÁ	2000	53	80%
PAIÇANDU	2002	02	40%
IVATUBA	2001	01	100%
FLORESTA	2000	02	95,5%
DR.CAMARGO	2002	01	70%

Fontes: Planos Municipais de Saúde da Comarca 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004 E DR. CAMARGO, 2004).

No ano de 2005, a cobertura de equipes do Programa Saúde da Família de Maringá (PSF) ficou prejudicada em função de problemas relacionados à contratação de empresas que gerissem o Programa. Foi o ano de troca da gestão municipal e, ao final do mês de dezembro/2005, a cobertura do Programa caiu de 80% para 33%, com apenas 31 equipes atuando.

Em Paiçandu, o Programa foi oficialmente implantado no ano de 1997, inclusive com repasse de recursos federais para esta ação, com a proposta de atuação de duas equipes do PFS. Entretanto essa meta não foi cumprida e apenas uma equipe funcionava e ainda de maneira parcial. No ano de 2002, houve uma reestruturação no Programa, e as equipes passaram a funcionar adequadamente. Mesmo assim, apenas 40% da população têm cobertura do Programa que prioriza a atenção básica.

Em virtude do número de habitantes, Ivatuba consegue, com uma equipe de PSF, atender a toda a população e, hoje, o Programa conta com, além do médico, um enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde. Segundo a 15ª Regional de Saúde, oficialmente o PSF de Dr. Camargo foi implantado no município no ano de 2000, inclusive com repasse de verbas federais para esta ação, entretanto, somente em 2003, o Programa começou a funcionar de fato, mas, ainda hoje, apresenta falhas estruturais significativas. Inclusive, a 14ª Promotória instaurou procedimento investigatório para acompanhar o serviço prestado pelo Programa, bem como a aplicação dos recursos destinados a ele.

Com relação ao tratamento específico dos problemas de saúde mais comuns, tem-se que, apenas em 2005, o município de Maringá atingiu o percentual de 10,34% da população coberta pela primeira consulta odontológica. Os números, todavia, vêm melhorando. Foram criadas vinte novas equipes de Saúde Bucal,

visando à ampliação do acesso da população e, conseqüentemente, à melhoria nos indicadores de cobertura, com as quais se pretende realizar ações de Saúde Bucal, assim como promover a integralidade do auxílio a ações de promoção e reabilitação da saúde.

A Comarca enfrenta ainda dificuldades relativas à reorganização das práticas sanitárias, que a parta de uma atenção básica resolutive, realizada de modo intersectorial e sob os olhos da territorialidade, com seus inúmeros atores interagindo com os serviços de saúde e ações não só de Vigilância Sanitária, mas de Vigilância em Saúde. Mesmo assim, houve, a exemplo dos tratamentos de Saúde Bucal, melhorias quanto às práticas sanitárias: o município de Maringá serviu de modelo para os outros da Comarca, assumindo as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica logo após sua publicação (Lei Federal nº 8080 de setembro de 1990), isto é, as equipes foram formadas no final do mesmo ano³³.

No que tange ao controle das doenças transmissíveis, a assistência à tuberculose foi descentralizada o do Programa de Controle da Tuberculose se expandiu e, em 2003, houve uma queda gritante de novos casos da doença. Já quanto à Hanseníase, houve uma inversão, foi centralizada: o Consórcio Público Intermunicipal do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP) realiza diagnóstico e tratamento, que também ajudou a diminuir o número de enfermos. Já com relação às doenças sexualmente transmissíveis, em especial à mais famosa delas, o HIV, Maringá fez adesão ao Programa Nacional de Aids, do Ministério da Saúde, em 1999, melhorando a respectiva qualidade.

Concluindo, entendemos que a Comarca de Maringá possui, ainda, vários problemas estruturais relacionados à situação da saúde. Porém o município de Maringá eleva o nível da citada comarca, sendo referencial para os outros municípios não apenas da sua divisão administrativa judiciária como também da respectiva organização regional do SUS. Seus problemas são contornáveis e há planos de efetiva melhoria, sendo que os planos de gestão mostram-se essenciais tanto para entender os problemas do presente (que, como vimos, mesmo tratando-

³³ Em nível nacional, está sendo discutido o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) para estruturar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. As discussões a respeito, ocorridas em Maringá, apontaram alguns problemas, como dificuldade de integração entre os setores do SUS, falta de capacitação dos profissionais, desconhecimento das políticas do SUS, etc., cujas soluções vêm sendo concomitantemente debatidas.

se de um referencial, ainda não são poucos) quanto para traçar metas de melhoria a curto, médio e longo prazos.

3.4 CONTROLE SOCIAL E CONTROLE INSTITUCIONAL

3.4.1 Os Conselhos Municipais de Saúde da Comarca

Após a regulamentação da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, inúmeros conselhos foram criados pelo Brasil afora e, com a Comarca de Maringá, não foi diferente, conforme demonstra o quadro abaixo:

Tabela 13 – Conferência e Conselho de Saúde da Comarca

MUNICÍPIO	Ano da 1ª Conferência	Lei de criação do Conselho	Nº de alterações	Nº da lei em vigor
MARINGÁ	1991	Nº 3459/1993	05	Nº 7380/2006
PAIÇANDU	1993	Nº 1070/1997	00	Nº 1070/1997
IVATUBA	1995	Nº 076/1991	02	Nº 314/2004
FLORESTA	1994	Nº 353/1991	00	Nº 353/1991
DR.CAMARGO	2003	Nº 511/1991	02	Nº 1005/2007

Fontes: Planos Municipais de Saúde 2004/2008 (MARINGÁ, 2004; PAIÇANDU, 2004; IVATUBA, 2004; FLORESTA, 2004; DR. CAMARGO, 2004).

Maringá foi o primeiro município da Comarca a realizar Conferência e criar o Conselho de Saúde e a partir de 1999, começaram as alterações na legislação municipal de Maringá, particularmente no que tange à composição do Conselho. Foram elas: Lei nº 4805/1999; nº 4931/1999; nº 5341/2001; nº 5396/2001. No ano de 2001, a Lei nº 5510 concede nova regulamentação ao Conselho e novamente a composição é alterada. Por meio do protocolo nº 4334/2006, a 14ª Promotoria de Justiça representa argüição de inconstitucionalidade em face da paridade da composição do Conselho, proposta na referida lei. Novamente, a lei é alterada e, atualmente, está em vigor pelo nº 7380/2006.

O município de Paiçandu foi o segundo a realizar Conferência de Saúde, porém cinco anos após a sua realização foi criado o Conselho. Sobre as alterações na legislação, só em 2007 o Conselho Municipal de Saúde juntamente com a Câmara de Vereadores iniciaram estudos sobre as propostas de alterações na legislação. Por inúmeras vezes, solicitaram orientação da 14ª Promotoria sobre dúvidas para garantir em lei o controle social efetivo. Até maio de 2008, a proposta não havia sido concluída.

Os demais municípios da Comarca possuem uma característica em comum, primeiramente, criaram os Conselhos de Saúde e, posteriormente realizaram as Conferências.

Sobre as alterações na legislação, a primeira lei de criação do Conselho de Saúde de Ivatuba, nº 076/1991, estava em desacordo com a paridade prevista em sua composição, além do representante do Legislativo Municipal ter direito a um assento. O artigo 9º previa que o chefe do Executivo era quem disciplinava o funcionamento do Conselho e que o Fundo Municipal era administrado pelo presidente, que também tinha atribuição de assinar cheques e ordenar pagamentos de despesas, que, por sua vez, era o diretor do departamento de saúde. Em 2004, a Lei nº 5341 deu nova estrutura ao Conselho, entretanto, novamente, a paridade não foi garantida. Ainda em 2004, após intervenção da 14ª Promotoria, foi publicada a Lei nº 314, que corrigiu, em lei, a paridade no Conselho.

A mesma situação é identificada no município de Dr. Camargo. Em 2006, a Lei nº 936 tenta dar nova estrutura ao Conselho, entretanto a paridade ainda não havia sido garantida. Foi acrescido um inciso de que o Conselho seria assessorado pelo Ministério Público, e sua competência permanecia no âmbito da consultoria. Somente em 2007, após intervenções da 14ª Promotoria, foi aprovada a Lei nº 1005, que corrigiu as distorções acerca das reais atribuições do Conselho.

Dessa forma, os conselhos começaram a ser implantados a partir da legislação que os fez entrar em vigor, estando sua existência diretamente vinculada ao repasse de recursos. É possível identificar uma disparidade nos municípios de Ivatuba, Floresta e Dr. Camargo com relação ao ano de criação do Conselho e a realização da primeira Conferência. Primeiro criou-se o Conselho, possivelmente na tentativa de garantir o repasse de verbas, sem qualquer preocupação com a participação social nesse processo, inexistindo, dessa forma, o exercício do controle social. No caso de Dr. Camargo em específico, somente dez anos após a criação

legal do Conselho Municipal de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde.

Apesar de uma permanente tentativa de aperfeiçoar a legislação dos conselhos, observamos que a discussão em torno a esses espaços de controle social está atualmente restrita a uns poucos gestores e autoridades envolvidas diretamente com a questão.

Dos cinco municípios pertencentes à Comarca, três Presidentes dos Conselhos de Saúde (Floresta, Ivatuba e Dr. Camargo) são funcionários públicos de carreira ou de confiança, e possuem forte atrelamento com o prefeito municipal.

As Conferências de Saúde da Comarca de Maringá são realizadas conforme descrito na lei, ou seja, a cada dois anos, entretanto ainda não consegue mobilizar os usuários do Sistema Único de Saúde, que muitas vezes acabam sendo representados por funcionários do município com ligações a entidades.

Apenas no município de Maringá as deliberações da Conferência de Saúde são objeto de debate e discussão, mesmo assim são feitas por membros das universidades ou grupos de entidades de classe, e não pelos munícipes que utilizam desse serviço público. Nos demais municípios as Conferências são acordadas. As propostas já estão prontas pelo órgão gestor que as apresentam durante o evento e são aprovadas pela grande maioria dos presentes, sem nenhuma intervenção.

Vale mencionar, que em todas as Conferências de Saúde realizadas nos últimos 08 anos na Comarca de Maringá, a 14ª Promotoria se fez presente, por vezes proferindo palestras sobre o tema discutido.

3.4.2 As Ações Realizadas pela 14ª Promotoria de Defesa da Saúde

As ações desenvolvidas pela 14ª Promotoria de Saúde de Maringá se regem pela demanda apresentada, que é muito grande³⁴. Priorizamos aqui aquelas que, de alguma forma, são utilizadas como estratégias pela Instituição para

³⁴ Exemplos de outras demandas atendidas pela 14ª Promotoria: solicitação de passe livre, reclamação de planos de saúde privados, orientação sobre previdência e assistência social, informações sobre tratamento fora de domicílio, cobrança indevida no atendimento hospitalar, etc.

garantir o direito à saúde, bem como a inter-relação estabelecida com os Conselhos Municipais de Saúde para efetivar o acesso.

Tabela 14 – Dados quantitativos de algumas ações desenvolvidas na Comarca de Maringá

CONDUTAS	2005	2006	2007
Atendimento prestado a usuários do SUS sobre negativa particular de acesso à saúde	775	981	1037
Ofícios expedidos para os gestores da saúde para atendimento de demanda particular	502	610	654
Encaminhamentos realizados aos órgãos gestores municipais da saúde no atendimento da demanda particular	273	371	383
Procedimentos instaurados na 14ª Promotoria	167	125	96
Audiências extra-judiciais realizadas entre a 14ª Promotoria, as Secretarias e os Conselhos Municipais de Saúde da Comarca	41	83	128
Orientações realizadas aos membros dos Conselhos de Saúde	184	202	183
Participações em Reuniões Ordinárias e Extraordinárias dos Conselhos de Saúde	39	46	58
Inspeções realizadas em órgãos públicos e privados que prestam direta ou indiretamente serviços à saúde pública	39	76	81

Fonte: Relatório anual da 14ª Promotoria (MARINGÁ, 2005; 2006; 2007).

É possível identificar, a cada ano, um aumento gradativo nas ações desenvolvidas. Esse fato está relacionado ao número de pessoas que procuram a Promotoria em virtude de negativa particular de acesso aos serviços de saúde, incidindo diretamente nas demais condutas tomadas.

O Serviço Social é porta de entrada para o atendimento da população que procura a Promotoria para ter acesso ao sistema de justiça. A demanda é bastante diferenciada, mas, conforme demonstra a tabela abaixo, há uma incidência maior de determinadas reclamações.

Tabela 15 – Tipo de Demanda do Atendimento prestado à População

Classificação	2005	2006	2007
1º	Cirurgias eletivas	Cirurgias eletivas	Cirurgias eletivas
2º	Medicamentos	Medicamentos	Falta de leitos
3º	Falta de leitos	Falta de leitos	Exames
4º	Consultas especializadas	Exames	Consultas especializadas
5º	Exames	Consultas especializadas	Medicamentos

Fonte: Relatório Anual do Serviço Social (MARINGÁ, 2005; 2006; 2007).

Ao analisar os dados apresentados, é possível identificar que as maiores queixas que chegam à 14ª Promotoria referem-se à demora no acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos³⁵. No atendimento dessa demanda particular, encontramos pacientes aguardando dois, três e até quatro anos, para realização de procedimentos como adenoamigdalectomia infantil, cirurgia ginecológica (retirada de útero e miomas em função de sangramentos), cirurgia vascular, ortopédica, fimose, hemorróidas, cataratas, entre tantas outras. Conduas que, se realizadas, representam cura para o paciente, que até poderá deixar de utilizar medicamentos para aquele problema de saúde.

Por outro lado, a demora e a restrição em sua realização podem implicar em agravamento de seu quadro, além de causar danos, muitas vezes irreversíveis, à sua saúde e onerar o sistema público. A 14ª Promotoria instaurou diversos procedimentos para investigar essa situação: nº 21/2003, para aferir com que presteza estavam sendo realizados os agendamentos das condutas e cirurgias especializadas; nº 301/2004, para investigar a fila de espera para realização de cirurgias de hemorróidas; nº 302/2004, investigação sobre a falta de atendimento na área de cirurgia plástica; nº 111/2005, sobre a ausência do atendimento aos pacientes com pedra no rim, entre outros.

Durante todos esses anos, ocorreram exaustivas negociações com os órgãos gestores, mas não se obteve grande êxito. No ano de 2008, a 14ª Promotoria de Justiça, juntamente com o Ministério Público Federal ingressaram com ação civil pública junto ao Poder Judiciário na tentativa de também garantir o acesso às cirurgias eletivas no tempo recomendável.

³⁵ As cirurgias eletivas são aquelas em que o paciente não corre risco de morte imediato, ou seja, que podem aguardar para serem realizadas em data mais oportuna. Os médicos recomendam cerca de três a seis meses após a constatação de sua necessidade.

Nos anos de 2005 e 2006, o segundo maior índice de reclamações era a negativa de acesso aos medicamentos, receitados pelos médicos do SUS, que não estavam padronizados pela rede. Assim, os pacientes que recebiam atendimento médico e precisavam de algum medicamento que não estava disponibilizado no Posto de Saúde ou comprava-o junto às farmácias privadas ou não conseguiam dar prosseguimento ao tratamento proposto. No ano de 2007, percebemos uma redução nas queixas acerca desse assunto, e coincide com ações da 14ª Promotoria requisitando aos Secretários de Saúde a criação de mecanismos de atendimento a essa demanda.

Os gestores informaram da criação de uma Comissão denominada Comissão Permanente de Análise e Liberação de Medicamentos – COPALMES –, e Serviços que, a partir de um relatório do médico assistente, justificando o motivo da necessidade de outro medicamento que está fora da rede, autoriza, no prazo de 15 dias, a sua compra.

Apesar deste índice ter caído para o quinto lugar nas reclamações, ele continuou existindo como demanda ao Ministério Público. Após algumas inspeções, verificou-se que, apesar do serviço estar implantado, ele era pouco divulgado entre a população, que continuava procurando o Ministério Público para resolver esse problema. Neste sentido, a Promotoria estava orientando e inserindo novamente a população na rede, quase que como parte integrante dela. Mais uma vez, os gestores foram acionados na tentativa de resolver as falhas identificadas e apesar de 2008 não fazer parte desta pesquisa, já identificamos, por meio dos dados empíricos, redução nos índices deste tipo de reclamação.

O terceiro maior índice de reclamações nos anos de 2005 e 2006 merece uma breve explicação. Os dois hospitais públicos de Maringá são denominados “porta de entrada” para os casos de urgência/emergência do SUS. Os pacientes são acolhidos e recebem o primeiro atendimento nesses hospitais, para, posteriormente, serem encaminhados a outros, geralmente de maior complexidade.

No ano de 2007, a sua classificação foi para segundo lugar nas reclamações. Na prática, identificamos que os pacientes passaram a aguardar maior tempo por uma transferência, cerca de 20 dias. Aliás, essa situação é manchete quase que semanal nos jornais da Região, e esses pacientes permanecem nos corredores destes hospitais enquanto aguardam a liberação de um leito.

A 14ª Promotoria de Justiça também impetrou uma ação requerendo a ampliação de leitos no Hospital Universitário de Maringá, porém foi considerada improcedente. O Poder Judiciário entendeu que, para haver ampliação no número de leitos, necessariamente, precisa da ampliação do quadro de funcionários e não lhe cabe ultrapassar a autonomia administrativa do Poder Executivo.

As reclamações sobre demora no acesso às consultas especializadas oscilaram entre o quarto e o quinto lugar nos anos estudados. Durante as audiências realizadas com os gestores da saúde, a principal queixa foi a dificuldade de contratar profissionais médicos interessados em prestar serviço para o sistema público de saúde.

Acerca das reclamações dos exames observamos aumento horizontal das reclamações, de quinto lugar em 2005 para quarto em 2006 e terceiro em 2007. As principais queixas da população eram sobre a negativa de acesso a um determinado exame. Isso significa que o usuário era atendido pelo médico, que, por sua vez solicitava um exame. Ao se dirigir à Unidade ou Secretaria de Saúde, o paciente era informado que aquele determinado exame não tinha cobertura pelo SUS e, caso quisesse realizá-lo, deveria procurar a rede privada de serviços.

Após instauração de procedimento administrativo e investigação dos fatos, identificou-se que os exames inexistentes, reclamados pela população estavam, geralmente por motivos burocráticos, sem contrato com os órgãos gestores. Essa situação foi encaminhada aos Conselhos Municipais de Saúde e solicitado acompanhamento de sua resolubilidade. No final de 2007, houve uma audiência com os Conselhos e Gestores e alguns exames já estão sendo disponibilizados. Entretanto esse é um problema cíclico, difícil de resolver em sua totalidade e, constantemente, o Ministério Público recebe reclamações de exames que não são viabilizados.

Uma das principais estratégias utilizadas pela 14ª Promotoria continua sendo a emissão de ofícios e encaminhamentos aos órgãos gestores para requisitar atendimento àqueles cidadãos que, individualmente, procuraram o Ministério Público na tentativa de resolver um problema de ordem particular.

Em algumas reuniões de equipe, questionamos se esta conduta seria a mais adequada a ser tomada e, obviamente, concluímos que não. Ocorre o que, no Direito, denomina-se “direito individual indisponível”, que, brevemente, discutiremos no capítulo anterior. Quando ocorre uma lesão ao direito indisponível,

no caso a saúde, a Defensoria Pública se responsabiliza pela defesa daquele cidadão que não tem condições de contratar um advogado. Mas, quando não há esse órgão no município, como é o caso da Comarca e Maringá, o cidadão pode recorrer ao Ministério Público. Dessa forma, restam-nos duas alternativas: continuar realizando os atendimentos individuais, e utilizá-la como uma estratégia de identificação do serviço de saúde que vem sendo prestado e estabelecer ações que visem toda a coletividade ou, também, negar o acesso e informar que à Instituição cabe apenas a defesa do direito coletivo. Vale ressaltar que mais de 90% dos casos individuais que procuram o Ministério Público e são encaminhados aos órgãos gestores de saúde são resolvidos.

Tabela 16 – Divisão por ano e por Municípios/ano 2005

CONDUTAS	MARINGÁ	PAIÇANDU	IVATUBA	FLORESTA	CAMARGO	TOTAL
OFÍCIOS	421	43	12	11	15	502
ENCAMINHAMENTOS	269	01	01	01	01	273

Fontes: Relatório Anual do Serviço Social e Pasta de Ofícios Expedidos (MARINGÁ, 2005).

Tabela 17 – Divisão por ano e por Municípios/ano 2006

CONDUTAS	MARINGÁ	PAIÇANDU	IVATUBA	FLORESTA	CAMARGO	TOTAL
OFÍCIOS	535	46	09	08	12	610
ENCAMINHAMENTOS	366	01	01	01	02	371

Fontes: Relatório Anual do Serviço Social e Pasta de Ofícios Expedidos (MARINGÁ, 2006).

Tabela 18 – Divisão por ano e por Municípios/ano 2007

CONDUTAS	MARINGÁ	PAIÇANDU	IVATUBA	FLORESTA	CAMARGO	TOTAL
OFÍCIOS	561	58	11	09	15	654
ENCAMINHAMENTOS	360	05	03	02	03	383

Fontes: Relatório Anual do Serviço Social e Pasta de Ofícios Expedidos (MARINGÁ, 2007).

O município de Maringá é o que mais recebe os ofícios e os encaminhamentos enviados pela 14ª Promotoria. Isso se deve não apenas ao fato da população maringaense procurar mais a Instituição para resolver seus problemas particulares de acesso à saúde pública, mas porque ela é a maior cidade da

Comarca e concentra a maioria dos serviços de saúde de média e alta complexidade.

Essa mesma tendência é seguida pelo município de Paiçandu, que, além de ser o segundo maior município da Comarca, é uma região considerada pelos especialistas como cidade dormitório, conforme já mencionado anteriormente. Entretanto o número dos encaminhamentos enviados ao gestor da saúde de Paiçandu não segue a mesma proporção. Isso porque a estratégia encontrada pela Promotoria, para garantir o acesso à saúde daquele cidadão residente fora da cidade sede da Comarca, foi a emissão de ofícios diretamente ao Secretário de Saúde, documento oficial que tem prazo para ser respondido, geralmente 15 dias³⁶.

Diferentemente do encaminhamento, que é um documento emitido pelo Serviço Social para setores da Secretaria de Saúde e apesar de não ser estabelecido prazo para sua resolubilidade, eles são acompanhados pelo setor até que sejam atendidos em sua totalidade.

Observa-se que, nos atendimentos individuais de caráter particular, os instrumentos para a garantia do acesso a um direito constitucional, utilizados com mais frequência pela 14ª Promotoria, são os ofícios e encaminhamentos.

A demanda individual de caráter particular que necessitar de investigação mais aprofundada transforma-se num procedimento administrativo, caso contrário, uma das atribuições do Setor de Serviço Social na 14ª Promotoria é acompanhar e encerrar todos os casos dessas demandas particulares.

Nas investigações de caráter coletivo, a conduta da 14ª Promotoria se dá através da instauração de procedimentos administrativos investigatórios. Estes procedimentos administrativos são instrumentos garantidos por lei e utilizados pelo *Parquet* para colher dados e requisitar informações sobre os casos de natureza cível ou penal. O objetivo é chegar a um denominador comum, que seria o Termo de Ajustamento de Conduta ou proposição de Ação Judicial. Conforme demonstra a tabela 17, houve redução em cada ano estudado, seguindo a mesma tendência em cada Município pertencente à Comarca.

³⁶ Vide Anexo A.

Tabela 19 – Número de Procedimentos Instaurados

MUNICÍPIOS	2005	2006	2007
MARINGÁ	100	88	69
PAIÇANDU	16	10	06
IVATUBA	16	07	06
FLORESTA	16	08	06
DR. CAMARGO	19	12	09
TOTAL	167	125	96

Fontes: Livro de Instauração de Procedimentos Investigatórios Preliminares (MARINGÁ, 2005; 2006; 2007).

Seguindo em direção oposta à emissão de ofícios e encaminhamentos emitidos pela 14ª Promotoria, que, conforme já descrito, são utilizados com freqüência para reverter um direito de acesso aos serviços de saúde dos usuários do Sistema Público de Saúde de maneira individual, a maioria dos procedimentos administrativos é instaurada para acompanhar questões relativas à coletividade.

Tabela 20 – Divisão dos Procedimentos/ano 2005

MUNICÍPIOS	INVESTIGAÇÕES PARTICULARES	INVESTIGAÇÕES COLETIVAS	TOTAL
MARINGÁ	47	53	100
PAIÇANDU	00	16	16
IVATUBA	00	16	16
FLORESTA	00	16	16
DR. CAMARGO	03	16	19

Fonte: Livro de Instauração de Procedimentos Investigatórios Preliminares (MARINGÁ, 2005).

Tabela 21 – Divisão dos Procedimentos/ano 2006

MUNICÍPIOS	INVESTIGAÇÕES PARTICULARES	INVESTIGAÇÕES COLETIVAS	TOTAL
MARINGÁ	40	48	88
PAIÇANDU	03	07	10
IVATUBA	01	07	08
FLORESTA	00	07	07
DR. CAMARGO	05	07	12

Fonte: Livro de Instauração de Procedimentos Investigatórios Preliminares (MARINGÁ, 2006).

Tabela 22 – Divisão dos Procedimentos/ano 2007

MUNICÍPIOS	INVESTIGAÇÕES PARTICULARES	INVESTIGAÇÕES COLETIVAS	TOTAL
MARINGÁ	16	53	69
PAIÇANDU	00	06	06
IVATUBA	00	06	06
FLORESTA	00	06	06
DR.CAMARGO	01	08	09

Fonte: Livro de Instauração de Procedimentos Investigatórios Preliminares (MARINGÁ, 2007).

No exercício de suas atribuições, o Promotor de Justiça pode utilizar instrumentos denominados inspeções ou diligências para acrescentar informações que subsidiem os procedimentos administrativos instaurados. Essa conduta também pode ser realizada por um agente do Ministério Público, desde que seja designado pelo Promotor para executá-la. Na maioria das vezes, essa ação conta com a parceria de outros órgãos, como os Conselhos Profissionais, Vigilância Sanitária, Organizações não-governamentais e mesmo os Conselhos Municipais de Saúde, que, conjuntamente, elaboram e assinam o relatório final das inspeções realizadas para que sejam anexadas aos respectivos procedimentos.

Este mecanismo é utilizado para identificar problemas nos serviços de saúde apontados pela população durante o atendimento individual, denúncias de ONGs sobre a precariedade no serviço, sobretudo aos relacionados à DST e Aids, em matérias publicadas na imprensa, ou mesmo durante as visitas realizadas por integrantes do Ministério Público.

Conforme tabela abaixo, na 14ª Promotoria, a inspeção é utilizada com certa frequência, considerando o tempo demandado a elas, a dificuldade em reunir os grupos para executá-la e a minúcia na elaboração do relatório final.

Tabela 23 – Inspeções realizadas/ano 2005

MUNICÍPIOS	HOSPITAIS PÚBLICOS*	HOSPITAIS PRIVADOS ** CREDENCIADOS	SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ***
MARINGÁ	05	02	13
PAIÇANDU	02	00	02
IVATUBA	01	00	02
FLORESTA	02	00	02
DR. CAMARGO	05	00	03
TOTAL	15	02	22

* Os Hospitais públicos referem-se aos Hospitais Municipais e ao Hospital Regional Universitário de Maringá.

** Os Hospitais privados credenciados são àqueles com leitos disponíveis pelo SUS e mencionados na tabela 6.

*** Os serviços de saúde referem-se às Unidades Básicas, Centros Especializados, Farmácias Públicas, Serviços Odontológicos, entre outros.

Fonte: Relatório Anual da 14ª Promotoria (MARINGÁ, 2005).

Tabela 24 – Inspeções realizadas/ano 2006

MUNICÍPIOS	HOSPITAIS PÚBLICOS	HOSPITAIS PRIVADOS CREDENCIADOS	SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
MARINGÁ	09	05	29
PAIÇANDU	04	00	05
IVATUBA	02	00	04
FLORESTA	02	00	04
DR. CAMARGO	07	00	05
TOTAL	24	05	47

Fonte: Relatório Anual da 14ª Promotoria (MARINGÁ, 2006).

Tabela 25 – Inspeções realizadas/ano 2007

MUNICÍPIOS	HOSPITAIS PÚBLICOS	HOSPITAIS PRIVADOS CREDENCIADOS	SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
MARINGÁ	15	09	23
PAIÇANDU	07	00	05
IVATUBA	01	00	02
FLORESTA	02	00	01
DR. CAMARGO	11	00	05
TOTAL	36	09	36

Fonte: Relatório Anual da 14ª Promotoria (MARINGÁ, 2007).

As tabelas demonstram aumento gradativo anual das inspeções realizadas pela 14ª Promotoria, particularmente nos Hospitais Públicos da Comarca. Os maiores índices foram identificados no ano de 2007 nas cidades de Maringá e Dr. Camargo. Essa situação se deve àquelas reclamações mencionadas na tabela 18 acerca da falta de leitos, visto que os pacientes ficam nos corredores, em

situação de precariedade, aguardando semanas a realização de um procedimento cirúrgico.

Os hospitais privados com serviços credenciados ao Sistema Único de Saúde são os menos inspecionados. Entretanto o ano de 2007 foi o que apresentou maior índice. Analisando os documentos, identificamos duas principais ações da 14ª Promotoria acerca das inspeções nos hospitais privados: denúncias de maus tratos a pacientes internados no Hospital Psiquiátrico e redução do número de captação de órgão em possíveis doadores após o óbito.

Os serviços públicos de saúde foram mais inspecionados no ano de 2006. A maioria das reclamações teve origem em usuários do Sistema (SUS) que procuravam a 14ª Promotoria para denunciar irregularidades encontradas nos serviços de sua referência. As reclamações eram das mais diversas, desde precariedade na estrutura física, atendimento e encaminhamento inadequados, falta de recursos humanos, etc. Dessa maneira, foram instaurados procedimentos investigatórios preliminares para identificar o problema e acompanhar sua resolubilidade em todos os serviços públicos de saúde da Comarca.

Acerca do envolvimento dos Conselhos nestas questões, apenas o Conselho de Saúde de Maringá tinha informações parciais das dificuldades enfrentadas pelos usuários, entretanto todos foram chamados em audiências, em orientações ou mesmo durante as plenárias para tomar conhecimento e participar desse processo na tentativa de construir a defesa e garantia do direito à saúde.

3.4.3 Relações formais estabelecidas entre a 14ª Promotoria e os Conselhos da Comarca

Além dos atendimentos à demanda espontânea que procura o Ministério Público na tentativa de resolver um problema de ordem particular, mas, com implicações diretas da saúde pública, outra ação desenvolvida pelo Serviço Social da 14ª Promotoria de Justiça é o acompanhamento aos Conselhos Municipais de Saúde da Comarca. O principal objetivo desta ação é tentar estabelecer parcerias com outro agente responsável pelo controle do sistema; neste caso, o responsável

pelo social, pelo acompanhamento de políticas sociais, numa perspectiva de fiscalização conjunta.

Dessa forma, designou-se o Serviço Social para contribuir com a ampliação do conhecimento dos conselheiros municipais de saúde da Comarca, estabelecer articulações com estes espaços, socializar informações, fortalecer os laços coletivos, entre outros. Ações desenvolvidas por meio da participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde da Comarca e nas diversas Comissões destes Conselhos, como: Assistência e Avaliação, Saúde Mental, Acompanhamento Orçamentário, Comunicação e Capacitação; orientações aos conselheiros sobre estratégias de enfrentamento; informações sobre legislações, sobre o papel do conselheiro, questões relativas às políticas de saúde, buscam um elo entre a Instituição Ministério Público e o Conselho de Política Pública.

No ano de 2006, a 14ª Promotoria de Justiça promoveu um evento de 20 horas/aula com os Conselheiros de Saúde da Comarca de Maringá, com o objetivo de esclarecer sobre as reais potencialidades de um Conselho Gestor. Os encontros foram realizados uma vez por semana, das 19:00 às 21:00 horas, durante os meses de setembro e outubro de 2006.

O evento surtiu efeito, causando grande repercussão entre os conselheiros, que despertaram para a necessidade de capacitação permanente e passaram a exigir mais. Em 2007, a Promotoria instaurou um procedimento administrativo para cobrar da 15ª Regional de Saúde investimentos nessa área. A equipe técnica da Regional elaborou projeto e foram destinados recursos para sua execução. De março a novembro do mesmo ano, foram realizadas capacitações em encontros mensais com todos os conselheiros de saúde pertencentes à 15ª Regional de Saúde.

Uma prática bastante utilizada pela 14ª Promotoria é a participação nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias dos Conselhos de Saúde da Comarca.

Tabela 26 – Participações em Reuniões Ordinárias e Extraordinárias dos Conselhos de Saúde

MUNICÍPIOS	2005	2006	2007
MARINGÁ	11	13	19
PAIÇANDU	09	11	12
IVATUBA	08	09	11
FLORESTA	06	08	10
DR CAMARGO	05	05	06
TOTAL	39	46	58

Fontes: Relatório Anual do Serviço Social (MARINGÁ, 2005; 2006; 2007).

As reuniões ordinárias do Conselho de Saúde de Maringá e Paiçandu acontecem no período noturno. Nos demais municípios, ocorrem durante o período vespertino. Em Maringá e Paiçandu, a Promotoria participa dessas reuniões como mais um expectador da plenária. Raríssimas intervenções são feitas e a estratégia utilizada é o acompanhamento das deliberações referentes à saúde pública do município.

Em cada início de ano, é solicitado aos Presidentes dos Conselhos, um calendário com data, horário e local das reuniões ordinárias e extraordinárias, assim como o envio mensal da convocação e a pauta a ser discutida. A participação da Promotoria nessas reuniões não é previamente comunicada e, considerando que o Conselho é um espaço público, aberto à comunidade, o Ministério Público se utiliza deste momento para atualizar suas informações acerca do que considera avanço e retrocesso na garantia do direito à saúde.

Nos demais municípios, a participação da Promotoria nas reuniões do Conselho tem outro significado, uma vez que os três possuem características semelhantes. A Presidência do Conselho está sob condução de um funcionário público municipal, diretamente vinculado ao gestor público. Os conselheiros representantes da sociedade civil encontram dificuldades e limitações em exercerem plenamente o controle social. Diante disso, a estratégia encontrada pela Promotoria na intenção de fortalecer a participação dos membros da sociedade civil, é intervir nas reuniões, demonstrando as possibilidades de discussões apresentadas pelo Presidente.

No município de Dr. Camargo, por exemplo, o Conselho realizou apenas cinco reuniões nos anos de 2005 e 2006, e seis em 2007. Em nenhuma delas a Promotoria recebeu a convocação emitida pelo Presidente aos conselheiros,

e as reuniões acima mencionadas somente aconteceram em virtude da intervenção da Promotora, solicitando-as.

Outro mecanismo utilizado pela 14ª Promotoria, na tentativa de interagir com este espaço institucionalizado de controle social, é a participação nas diversas Comissões dos Conselhos: Assistência e Avaliação, Saúde Mental, Acompanhamento Orçamentário, Comunicação e Capacitação.

Tabela 27 – Participação nas reuniões das Comissões dos Conselhos de Saúde

MUNICÍPIOS	2005	2006	2007
MARINGÁ	06	12	21
PAIÇANDU	00	01	02
IVATUBA	00	00	00
FLORESTA	00	00	00
DR. CAMARGO	00	00	00
TOTAL	06	13	23

Fontes: Relatório Anual do Serviço Social (MARINGÁ, 2005; 2006; 2007).

As Comissões são previstas nos Regimentos Internos dos Conselhos de Saúde e servem de importante instrumento de articulação de instituições e setores de interesse para o SUS. Visam subsidiar o plenário do Conselho sobre a formação de estratégias e controle da execução de políticas de saúde.

Conforme identificado na tabela, o maior índice de participação nas reuniões das Comissões dos Conselhos de Saúde é no município de Maringá, com maior incidência no ano de 2007. Nas reuniões das Comissões, a 14ª Promotoria é convidada pelo respectivo presidente e, sempre que possível, se faz presente. Essas Câmaras Técnicas são menos formais, por não possuírem caráter deliberativo. São compostas por representantes de todos os segmentos, escolhidos entre os membros do Conselho, podendo contar com a participação de outras entidades interessadas e envolvidas com o tema da comissão.

O Município de Paíçandu criou uma Comissão para acompanhamento das prestações de contas da saúde no ano de 2006 e está ensaiando os primeiros passos para este controle. Na verdade, este assunto

(prestação de contas) é um dos que mais afligem os conselheiros, porque o tema é bastante complexo³⁷.

Os demais municípios ainda não sentiram necessidade da criação de Comissões, mesmo após orientações da 14ª Promotoria sobre os bons resultados que esta prática traz para o controle social.

Em algumas audiências extra-judiciais realizadas pela 14ª Promotoria com os Secretários Municipais de Saúde da Comarca, os respectivos presidentes dos Conselhos ou representantes dele são chamados a participar da discussão. Estas se tornam importante momento para que os Conselhos obtenham informações acerca da saúde pública em seu município. Desta forma, ao estarem inteirados dos problemas identificados e dos compromissos assumidos pelo gestor, podem exercer maior acompanhamento e controle de sua execução.

Tabela 28 – Audiências extra-judiciais realizadas entre a 14ª Promotoria, as Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde da Comarca

MUNICÍPIOS	2005	2006	2007
MARINGÁ	24	47	72
PAIÇANDU	09	19	34
IVATUBA	03	04	06
FLORESTA	03	05	07
DR. CAMARGO	02	08	09
TOTAL	41	83	128

Fontes: Relatório Anual do Serviço Social (MARINGÁ, 2005; 2006; 2007).

É possível identificar um aumento significativo neste mecanismo – audiências extra-judiciais com gestores e presidentes dos conselhos de saúde –, utilizado pela 14ª Promotoria. Maringá foi o município com mais participações nas audiências e este fato é possível que o fato esteja relacionado com o número de habitantes, com a quantidade de serviços prestados em saúde, por ser referência para a Regional e por ser Gestão Plena de Saúde, que compreende maior responsabilidade do município na administração do sistema de saúde.

As orientações prestadas aos membros dos Conselhos de Saúde da Comarca se configuram em outro mecanismo utilizado pela 14ª Promotoria para

³⁷ A 14ª Promotoria está tentando estabelecer parceria com o Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá para municiar os conselheiros de saúde quanto aos aspectos importantes de serem avaliados numa prestação de contas. O Projeto ainda está em andamento, com início previsto para o 2º semestre de 2008.

garantir o direito à saúde da população. Elas são realizadas tanto por necessidade do conselheiro, quanto da Promotoria. Os assuntos são dos mais variados possíveis, desde as reais atribuições de um conselheiro, passando por como agir diante de questões individuais que chegam a eles, até a formulação de estratégias para o enfrentamento de um assunto delicado que será tratado em plenária. Essa prática tem sido utilizada com frequência e serve, sobretudo, para aproximar esses dois espaços:

Tabela 29 – Orientações realizadas aos membros dos Conselhos de Saúde

MUNICÍPIOS	2005	2006	2007
MARINGÁ	70	75	83
PAIÇANDU	45	47	61
IVATUBA	27	34	29
FLORESTA	34	39	27
DR. CAMARGO	08	07	03
TOTAL	184	202	203

Fontes: Relatório Anual do Serviço Social (MARINGÁ, 2005; 2006; 2007).

A tabela demonstra que o município de Dr. Camargo foi o que menos recebeu orientação da Promotoria. Por outro lado, essa ação não é unilateral e, dessa maneira, Dr. Camargo foi o município que menos estabeleceu esta estratégia como possibilidade de fortalecimento do controle social.

Tais ações possuem forte caráter educativo para ambas as partes envolvidas, embora com resultados muito demorados de serem atingidos. Estão baseadas numa perspectiva de superação da imediatividade.

Para melhor compreender os limites e impactos dessas ações e interações realizadas entre a 14ª Promotoria e os Conselhos de Saúde dos Municípios da Comarca de Maringá, realizamos entrevistas com os agentes envolvidos: os cinco Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde, os respectivos Secretários Municipais de Saúde e a Promotora de Justiça responsável pela Comarca de Maringá. Nossa intenção foi verificar, nas falas destes atores, as possibilidades de interação entre os espaços de controle social e institucional na garantia do direito à saúde, analisando-as. Este é o conteúdo do texto que apresentamos a seguir.

4 A INTERAÇÃO ENTRE A 14ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA E OS CONSELHOS DE SAÚDE DA COMARCA

Nossa pesquisa tem por objetivo identificar e analisar, nas práticas dos agentes envolvidos, as manifestações que possam caracterizar as possibilidades de interação entre os mecanismos de controle social, representados pelos Conselhos de Saúde, e os mecanismos de controle institucional, representados pelo Ministério Público, na construção e defesa do direito à saúde na Comarca de Maringá.

O objeto do estudo busca revelar em que medida as relações que ocorrem nestes espaços constituem-se em expressão da defesa e garantia da saúde pública.

A partir da construção do referencial teórico, delineados os eixos temáticos sobre os conselhos, a participação social, o Ministério Público – enquanto instância responsável pelo cumprimento da lei no interior do Estado –, e descritas as ações realizadas e o contexto em que ocorrem, introduzimos alguns dados obtidos por intermédio de entrevistas com os sujeitos envolvidos.

O universo da pesquisa foi composto pelos cinco Presidentes dos Conselhos e Secretários Municipais da Saúde da Comarca, assim como a titular da 14ª Promotoria de Defesa da Saúde Pública de Maringá. Os mesmos exerceram cargos no período de 2005 a 2007.

Construiu-se um roteiro de entrevista, com cinco questões abertas, de modo a explorar a opinião dos entrevistados sobre as questões relativas à saúde e ao controle social de seu município³⁸. As entrevistas foram realizadas de forma individual e agendadas durante um prévio contato, sendo solicitada a autorização para que elas fossem gravadas e transcritas na íntegra.

Algumas dificuldades foram encontradas no decorrer desse processo. O Secretário de Saúde de Maringá não deu a entrevista pessoalmente. Após várias tentativas para realizá-la, o Secretário justificou falta de tempo, mas, por fim, concordou em responder o questionário por e-mail. Porém todas as respostas

³⁸ Vide Apêndice A.

continham, no máximo, duas linhas, o que dificultou a análise mais aprofundada de seu conteúdo.

Com o Secretário de Saúde de Dr. Camargo também encontramos empecilhos na realização da entrevista. Ele havia sido exonerado do cargo recentemente e, após inúmeras tentativas de contato por uma terceira pessoa, todas sem êxito, foi necessário que nos dirigíssemos à sua residência, num domingo pela manhã, para proceder à entrevista.

As dificuldades encontradas na realização de algumas entrevistas podem configurar o reflexo da resistência em se falar de um tema complexo e polêmico, como o controle social. Existe também a possibilidade de ter havido algum constrangimento em função de que a pesquisadora participa, como representante do Ministério Público, nas reuniões dos Conselhos e conhece a posição dos entrevistados.

A discussão sobre os Conselhos, abordada neste estudo, remete a práticas que representam o exercício da sociedade civil, mediante mecanismos institucionalizados de participação e de controle da coisa pública. Por outro lado, a partir da Constituição de 1988, o Ministério Público abarcou outras funções, dentre elas, “defender a sociedade de forma coletiva” (FRISCHEISEN, 2000, p. 17). Nesse sentido, entende a autora que, se cabe à Instituição atuar na defesa dos interesses sociais, caberá também zelar pela efetiva implementação e funcionamento dos conselhos gestores de políticas públicas.

Entretanto, para atingir esse objetivo, é necessário considerar os problemas concretos que se apresentam no caminho da institucionalização desses novos espaços públicos. Por vezes, forma-se um abismo entre a sua constituição formal e suas práticas de funcionamento.

O caminho encontrado pela 14ª Promotoria, não apenas para zelar pela constituição dos Conselhos de Saúde, mas, sobretudo, para zelar por seu real funcionamento, foi estabelecer uma inter-relação com estes espaços de controle social na tentativa de somar esforços para a fiscalização das políticas públicas.

Vale mencionar que, em todas as relações estabelecida, incidem riscos e acertos, com possibilidades de construção mútua de algo ou dependência, submissão e até mesmo subordinação de um pelo outro.

Os municípios estudados diferem entre si no que diz respeito à cultura cívica, à dinâmica societária e à constituição das esferas públicas. Ademais,

depois de décadas de urbanização acelerada, que construiu uma rede urbana tão ampla quanto diferenciada e desigual de problemas, carências, conflitos e necessidades, por vezes quase ingovernáveis, escapam a soluções formuladas por políticas públicas centralizadoras.

Os diversos significados levantados pelos entrevistados trazem a dimensão da compreensão que os conselheiros e gestores têm sobre o relacionamento estabelecido entre a Promotoria e os Conselhos de Saúde para garantir o direito à saúde pública.

4.1 A PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A REALIDADE DA SAÚDE NA COMARCA

Iniciaremos nossa análise pelo entendimento desses atores acerca da realidade da saúde em seu município:

[...] a saúde de Maringá está bem melhor do que já foi no passado. Há menos de 10 anos, até os partos eram realizados em outros municípios. Agora, a situação inverteu, Maringá é referência e suporte nos serviços de alta complexidade, como gestação de alto risco, e oncologia. Hoje, são os municípios ao redor que procuram Maringá (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

Conforme apresentado no capítulo anterior, Maringá é o município sede da 15ª Regional de Saúde, está em Gestão Plena de Saúde e atende cerca de 30 municípios da Região.

Mesmo guardando as devidas proporções, o levantamento estatístico demonstrou que a população de Maringá é a que mais procura o Ministério Público para resolver seus problemas de ordem particular. As principais queixas dizem respeito à demora na viabilização de cirurgias eletivas, negativa de acesso a medicamentos não padronizados pela rede e dificuldades na disponibilização de leitos pelo SUS.

Conforme demonstrado na tabela 18, nos anos de 2005, 2006 e 2007, a demora na realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, ocupou o primeiro lugar nos tipo de demanda de atendimento prestado à população na 14ª

Promotoria, e também foi apontada pelo Presidente do Conselho de Maringá como uma dificuldade a ser superada:

[...] um grave problema que identifico na saúde de Maringá, são as cirurgias eletivas em geral. Isso se deve à falta de capacidade instalada do Município. Maringá não cresce em termos estruturais, de ampliação de leitos, de criação de centros cirúrgicos, de construção de hospitais, há mais de dez anos. Em 2004, foi inaugurado o Hospital Municipal para dar conta de demandas de baixa resolutividade, e isso significa que ele não tem capacidade de realizar a maioria destas cirurgias eletivas (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

A outra principal queixa de usuários que procuram a Promotoria, apontada na tabela 18, diz respeito à falta de leitos para usuários do SUS. Nos anos de 2005, 2006, ela ocupou a terceira posição das maiores reclamações, mas no ano de 2007, subiu para a segunda posição, e é identificada pelo entrevistado como uma dificuldade do município.

[...] o Hospital Municipal e o Universitário não têm a capacidade suficiente para resolver os problemas que chegam até eles, eles não são resolutivos, e não têm condições de realizar a maior parte das cirurgias. Dessa forma, acabam por encaminhar os pacientes para os hospitais privados, que, geralmente, não possuem leitos suficientes pelos SUS para o atendimento dessa demanda. O que acaba acontecendo, são pacientes permanecendo dias nos corredores desses hospitais, aguardando, geralmente em situações precárias, a disponibilização de um leito pelo SUS (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

E o terceiro problema apontado pelo Presidente do Conselho como dificuldade na saúde de Maringá, na tabulação dos dados de reclamações que chegam até à Promotoria, ocupou o quarto lugar nos anos de 2005 e 2007 e o quinto no ano de 2006:

[...] um terceiro problema eu apontaria para a fila de espera para a realização de consultas especializadas. Isso se deve porque os profissionais não se credenciam para atender o SUS (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

Nos anos de 2005 e 2006, a tabela 18 apontou, para o segundo lugar das reclamações à Promotoria, as dificuldades no acesso a medicamentos, entretanto este tema não apareceu na fala do Presidente. Mesmo assim, há fortes indícios de que as reclamações advindas da comunidade até o Ministério Público podem indicar a existência de um problema estrutural e não eventual de usuários que procuram mais um órgão na tentativa de resolver seu problema particular.

A realidade dos demais municípios da Comarca é diferente de Maringá, mas guardando-se as peculiaridades de cada um, constatamos uma realidade bem parecida entre si. Todos encontram-se em nível de gestão básica de saúde e com exceção a Paiçandu, possuem população aproximada de cinco mil habitantes. Entretanto a visão de cada Presidente do Conselho de Saúde acerca da saúde em seu município diferencia-se conforme o vínculo estabelecido com o órgão gestor. Dos quatro municípios menores da Comarca, apenas o Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu não é funcionário público municipal, e essa condição reflete diretamente no entendimento sobre a saúde do município:

[...] a saúde em Paiçandu está um verdadeiro descaso. Há falta de boa vontade na organização do serviço, filas de esperas quilométricas para ter acesso às consultas especializadas, demora na viabilização de exames, falta de medicamentos nas Unidades de Saúde, profissionais que não cumprem a carga horária que é devida, a população tendo que ficar desde às cinco horas da madrugada, às vezes na chuva e no sereno, para conseguir uma consulta médica, e o pior, apenas os quinze primeiros da fila conseguirão atendimento, os demais se obrigam a voltar para a casa e tentar a sorte um outro dia (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

Os demais Presidentes dos Conselhos de Saúde possuem, de alguma forma, vínculo com a prefeitura, ou são servidores públicos de carreira, ou possuem cargo de confiança na administração municipal. Há reflexos diferenciados nas interpretações acerca da saúde pública municipal:

[...] a saúde no município é bem estruturada e eu enxergo vontade nos órgãos gestores de que os serviços atendam às necessidades da comunidade (A. M. – Presidente do Conselho de Saúde de Floresta).

[...] eu avalio como sendo boa, tem um conceito bom. O grau de satisfação do usuário está excelente (C. V. – Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba).

[...] Dr. Camargo é um município onde a população é muito pobre e oferecer atendimento para todo mundo é complicado. Nem sempre o gestor tem dinheiro para atender todo mundo, mas de maneira geral a saúde está indo muito bem (V. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Dr. Camargo).

Por sua vez, para os gestores, há outro tipo de entendimento. É possível identificar que os serviços oferecidos estão baseados mais em diretrizes partidárias do que em políticas públicas deliberadas nas Conferências Municipais de Saúde:

[...] o termo saúde é muito amplo e depende da área a ser avaliada. Em Maringá, houve alguns avanços com a reestruturação do PSF, desprecarização do trabalho do SAMU, implantação da residência terapêutica, adequação da estrutura física de várias UBS, assinatura do pacto pela saúde, implantação do Maringá Saudável, entre tantas outras ações (A. N. – Secretário Municipal de Saúde de Maringá).

Interessante notar que todas as ações mencionadas pelo agente público tiveram repercussão na 14ª Promotoria, com necessidade de instauração de procedimentos administrativos para acompanhar a sua evolução. No ano de 2006, foi instaurado o procedimento nº 76, que investigou as reclamações de usuários sobre a precariedade no atendimento prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Em 2007, os procedimentos de nº 07 ao nº 30 acompanharam a adequação das instalações físicas de todas as Unidades Básicas de Saúde de Maringá após denúncias de usuários de determinadas Unidades de Saúde sobre as irregularidades que encontraram nos espaços físicos.

Acerca da assinatura do Pacto pela Saúde, apesar da 14ª Promotoria não ter instaurado procedimento, acompanhou sua discussão junto à 15ª Regional de Saúde – órgão designado para firmar o Pacto com os Municípios da Comarca. Na verdade, o Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado com as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), que determina as prioridades para a construção de políticas de saúde, conforme as realidades identificadas. Entre outras ações, propõe o financiamento tripartite fundo a fundo e a integração de várias formas de repasse dos recursos federais de custeio

da saúde. Resumindo, o município que não assinar o Pacto, não receberá recursos de outras instâncias.

A implantação do Programa Maringá Saudável também foi motivo de acompanhamento junto ao Conselho Municipal de Saúde de Maringá. A grande questão levantada por alguns conselheiros, e registrada em atas, era que o Programa Maringá Saudável não deveria ser implantado por vários motivos. Primeiro, a sua necessidade não havia sido deliberada em nenhuma Conferência Municipal de Saúde. Segundo, estava previsto no Programa o envolvimento de recursos físicos, humanos, financeiros que, além de não terem sido discutidos no Conselho, havia outros serviços em situações de precariedade que necessitavam de investimentos mais urgentes. Terceiro, alguns conselheiros estavam convencidos de que seria um programa que priorizava uma política de governo, e estava sendo privilegiado em detrimento da construção de políticas públicas. Vale informar que o Programa foi implantado no município de Maringá mesmo sem a concordância do Conselho Municipal de Saúde.

Apesar das diferenças entre as realidades do Município da Comarca, a visão dos gestores sobre avaliação da saúde durante a sua administração, não é diferente, e permanece a prevalência do discurso político:

[...] a saúde em municípios pequenos fica restrita ao chefe do poder executivo. O secretário apenas ocupa um cargo formal, porque tudo acontece do jeito e quando o prefeito quer. A saúde em Dr. Camargo trabalha em cima da demanda, isso significa que os problemas vão aparecendo e a saúde vai tentando dar conta. Não há planejamento, não há protocolos. Todas as liberações da saúde, exames, consultas, cirurgias, precisam antes passar pela mão do prefeito. Não há interesse político em se organizar o serviço. Eu percebo que os políticos de Dr Camargo adoram que a população fique pedindo as coisas para eles. Assim, eles mantêm o controle e o poder de barganha sobre o voto. Eles negam e liberam o acesso à saúde conforme conveniências políticas e não técnicas ou legais (V. P. – Secretário Municipal de Saúde de Dr. Camargo).

Há perplexidade ao admitirmos que, em pleno século XXI, as heranças políticas e culturais arcaicas, pautadas no tráfico de influências, mandonismo e assistencialismo ainda existam no cenário da política municipal. Entretanto vale mencionar que essas informações só foram tão claramente expostas pelo senhor Secretário Municipal de Saúde de Dr. Camargo, porque, na época da

entrevista ele não fazia mais parte do quadro político da prefeitura, e tinha deixado o cargo por problemas com o chefe do poder executivo. Nos demais municípios, também é possível identificar essas práticas, porém de forma mais sutil:

[...] durante anos, Paiçandu teve a saúde pública nas mãos de setores privados da cidade e, até hoje, sofre as conseqüências disso. Porém a realidade está mudando, pois estamos oferecendo serviços de saúde de qualidade, postos de saúde que efetivamente atendam a população, medicamentos disponíveis, estreitamento dos laços entre profissionais e população, só para citar alguns avanços (A. S. – Secretária Municipal de Saúde de Paiçandu).

[...] a saúde é uma meta que temos em oferecer um serviço de saúde de qualidade para a população. Em 2004, gastamos 19% do orçamento na área da saúde, e, como a senhora sabe, nossa obrigação é somente 15% (D. S. – Secretário Municipal de Saúde de Ivatuba).

Ainda temos a visão da titular da 14ª Promotoria de Justiça sobre a situação da saúde na Comarca de Maringá, que também se diferencia dos demais posicionamentos. De início, parece-nos uma visão um tanto quanto pessimista e, provavelmente, realista, mas sua conclusão vislumbra possibilidades de efetivação do sistema público de saúde:

[...] a saúde está deficitária em todo o Brasil, faltam serviços, atendimentos, leitos, cirurgias. A atenção básica deixa muito a desejar, a secundária não funciona e a terciária está corrompida pelos grandes interesses econômicos. A caminhada é longa para aperfeiçoar o direito do usuário do Sistema Único de Saúde (E. S. – Promotora de Justiça).

As contradições identificadas nas falas dos agentes envolvidos acerca de uma mesma realidade nos municípios expressam não apenas a diferença de realidade em que estão inseridos, mas, sobretudo, o lugar que ocupam na estrutura de controle do sistema de saúde. Os vínculos com o Poder Executivo limitam a capacidade de crítica desses agentes.

4.2 A FORMAÇÃO DOS CONSELHOS E SUA SUBORDINAÇÃO AO PODER EXECUTIVO

A prevalência destes elementos contraditórios está atrelada ao entendimento que os presidentes dos Conselhos de Saúde têm sobre a responsabilidade do gestor na condução das políticas públicas de saúde. Reforçam o ponto de vista de que o SUS, como política social, caminha na contramão dos atuais processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social:

[...] a principal responsabilidade é fornecer o serviço. Mas sabemos que oferecer todos os serviços é praticamente impossível de se atingir (A. M. – Presidente do Conselho de Saúde de Floresta).

[...] a responsabilidade do gestor seria montar projetos para vir verbas e recursos para o município aplicar na saúde. Mas isso nunca aconteceu. Fiquei sabendo que o município perdeu um monte de dinheiro pelo descaso que tinha com a população de Camargo (V. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Dr. Camargo).

[...] sua principal responsabilidade com a saúde é trabalhar com planejamento. Acho que a administração pública tem que ter uma visão mais próxima de como funciona a empresa privada. As ações precisam ser sistematizadas, os serviços de saúde têm que ser oferecidos de maneira organizada, com tecnicidade (C. V. – Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba).

Inseridos no contexto de ofensiva neoliberal, o controle social acaba reproduzindo uma das grandes falácias acerca do Sistema Público de Saúde: os recursos são insuficientes para atender a todos. Essa justificativa pode se configurar em importante estratégia do sistema capitalista para que a população adquira, progressivamente, os serviços privados de saúde.

Para Correia (2000), a mercantilização da saúde é proposta pelo Banco Mundial, que articula uma agenda de reformas macroeconômicas com vistas à estabilidade e ao equilíbrio monetário. Dentre as propostas: estimular métodos de pagamentos que permitam controlar os gastos e custos em saúde.

É bem possível que o Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba desconheça essa agenda do Banco Mundial. Entretanto acaba por reproduzi-la até mesmo de maneira pueril.

Os Conselhos Gestores ainda são invadidos pelo discurso dos posicionamentos ideológicos da administração pública, como se as políticas sociais só conseguissem ser implementadas mediante os ideais partidários do gestor.

[...] o gestor é responsável por executar a saúde, porém ele só proporcionará acesso a este direito, integral, ou parcialmente, conforme os seus posicionamentos ideológicos (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

Entretanto as pesquisas apontam que, mesmo os governos do tipo social-democrata que, nas décadas de 1940 e 1970, tiveram maior sucesso na aplicação de mecanismos na garantia de direitos sociais, especialmente nos países desenvolvidos, acabaram sucumbidos pelo modelo neoliberal.

O que dizer da realidade brasileira que, somada a todas estas questões, vivencia cortes orçamentários e permanente instabilidade de recursos para o setor, em grande parte sucateada e entregue à própria sorte, como para provar sua inviabilidade. Têm sido extremamente funcionais, as propostas privatistas em curso:

[...] o custo para manter um hospital, é muito grande. Uma grande fatia do dinheiro da saúde acaba indo para o Hospital, que, no meu entendimento, é um buraco sem fundo. Por isso, eu sou a favor da terceirização do hospital. Mas uma terceirização consciente, com o devido controle da prefeitura e do conselho. Eu ainda hei de convencer a Dr^a Elza sobre essa minha idéia (A. S. – Secretária Municipal de Saúde de Paiçandu).

Vale mencionar que, por várias vezes, a referida Secretária discutiu com a Promotoria sua vontade em entregar a administração do Hospital Municipal para um terceiro ente. Entretanto foi orientada sobre as possíveis implicações legais dessa atitude, que, pelo visto, não foram suficientes para convencê-la a mudar seu posicionamento.

Essa dinâmica de priorizar o econômico em detrimento ao social também é sentida por outros espaços públicos:

[...] eu fico indignado quando um idoso, que tem prioridade em fila de banco e preferência em processo judicial, é obrigado a ficar em filas nos postos de saúde, ao relento, no escuro, sem local para sentar, cercado por cerca elétrica. Em Paiçandu, estão construindo uma arena de rodeio, com oito refletores acesos diuturnamente, tudo do bom e do melhor. Até um guarda colocaram lá na frente. Para guardar o quê? E o cidadão comum que precisa da saúde, fica a mercê das vontades políticas (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

Apesar da década de 1990 ter configurado legalmente a saúde em seus aspectos universal, pública, e de qualidade, o que se observa, na realidade, é uma tentativa de implantar um processo de exclusão, mercantilização e privatização da saúde, decorrente dos reflexos das mudanças no mundo econômico em nível global.

De acordo com Correia (2000), hoje, as reformas sanitárias propostas no Brasil são ditadas pelos agentes financeiros internacionais, em especial pelo Banco Mundial, que vem tendo proeminência nesta área desde a segunda metade da década de 1980.

Aliado a isso, identificamos, ainda, um forte clientelismo político expresso na concessão de benefícios de direitos como se fossem favores pessoais.

[...] eu chego a ter pena do prefeito aqui de Dr. Camargo quando o assunto é saúde. Aqui, é tudo muito complicado. Os pacientes procuram os médicos por qualquer coisinha. Aqui, todo mundo é meio hipocondríaco. Chega a ser uma relação de dependência. O paciente não sai de dentro do consultório sem uma guia para exame, para outro médico ou ainda, com alguma receita. Aí fica difícil administrar assim, não é (V. P. – Secretário de Saúde de Dr. Camargo).

[...] o papel do gestor é parecido com aquele pai de família que ganha salário mínimo. Tem que comprar comida, remédio e, ainda, sobrar dinheiro para um presente ou um móvel para a casa. Assim é o gestor. Um artista. Tem que elencar prioridades, estabelecer protocolos e colocar freio na população (A. S. – Secretária de Saúde de Paiçandu).

[...] o gestor tem a responsabilidade de um pai, que tem uma missão a cumprir. Quando ele falha a responsabilidade pesa em seus ombros (D. S. – Secretário de Saúde de Ivatuba).

Dessa maneira, a consolidação do SUS, além de resistir às imposições econômicas do capitalismo, acaba ficando à mercê de interesses clientelistas de “currais eleitorais”.

Inserido numa sociedade marcada por uma cultura política tradicionalista, vislumbram-se poucas possibilidades de ingerência dos Conselhos, como instrumentos de controle social na gestão da coisa pública.

[...] eu identifiquei que, quando há vontade política do gestor, as coisas caminham, fluem mais facilmente. Agora, quando um assunto emperra, por mais que o controle social ou mesmo o institucional cutuquem, a saúde não vai para frente. É como se a política pública dependesse da política partidária (E. S. – Promotora de Justiça).

Evidenciamos que o próprio Ministério Público reconhece que a saúde fica à mercê do poder executivo, e os Conselhos não têm poder de influência nessa área. Por sua vez, os representantes do Conselho internalizam essa condição de órgão colaborador do gestor, e não incorporam o princípio de partilha do poder de governar.

[...] o Conselho pode ser um parceiro do gestor, apontar para as questões relevantes que a população indica, mas, se não houver predisposição do gestor em executá-las, de nada adianta um controle social forte, atuante e politizado (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

[...] o gestor deveria trabalhar para que o Conselho fosse realmente efetivo conforme determina a lei (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

Apesar desses espaços não serem suficientes para se contraporem à ordem do capital, já que acabam reproduzindo sua dependência do órgão gestor, podem se constituir em instrumentos de resistência, à medida que acompanham, fiscalizam e denunciam, por exemplo, a aplicação de recursos públicos, uma vez que na atual conjuntura brasileira significa grande avanço.

A posição do ocupante do cargo de Presidente do Conselho é definida pela Legislação local, e esta, muitas vezes, designa o próprio gestor da saúde como Presidente. Apesar desta prática não ser ilegal, quando o gestor da

saúde é o Presidente do Conselho, pode gerar alguns problemas quando as discussões e deliberações se tornam tendenciosas e monopolizadas, mascarando o exercício da participação e do controle social, que seria a prática desejável nesse colegiado.

Em nenhum dos Municípios estudados encontramos essa situação. Entretanto, apenas em Maringá e Paiçandu, a Presidência do Conselho de Saúde está efetivamente sob a direção de um representante da sociedade civil. Nos demais Municípios, o cargo de presidente, apesar de não estar sob a responsabilidade do gestor da saúde, é conduzido por um funcionário público municipal. As reuniões, quando realizadas, são durante o dia, geralmente no horário de trabalho destes Presidentes. Tal procedimento pode transformar os Conselhos em estruturas burocráticas formais, subordinadas às rotinas administrativas das secretarias municipais, no sentido de responder aos procedimentos de aprovação de contratos e prestação de contas exigidas pelos convênios estabelecidos.

Nesse sentido, o servidor público, ao ser incumbido da presidência do Conselho, pode não conseguir distinguir os papéis a serem desenvolvidos em cada espaço público.

[...] claro que **nós** não conseguimos atingir 100% da qualidade no atendimento (A. M. – Presidente do Conselho de Saúde de Floresta).

[...] eu acho que **nós** devemos organizar o serviço de tal maneira que o cidadão saiba quando irá receber o atendimento (C. V. – Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba).

[...] **nós** temos algumas dificuldades como a falta de organização na fila do agendamento, mas já estamos resolvendo isso (V. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Dr. Camargo, grifo nosso).

O risco que se corre é do Presidente do Conselho continuar agindo como um servidor público, inserido na execução da gestão pública, e não de direcionador ou fiscalizador dela, como seria o papel do controle social.

É importante destacarmos que o presidente do Conselho de Paiçandu, percebe esse movimento e, mesmo não sendo um servidor público que

ocupa a presidência do Conselho, não vislumbra mecanismos de alterar essa realidade.

[...] o papel do Conselho é fundamental na defesa do direito à saúde, mas se realmente tiver sua atribuição exercida. Da forma como vem sendo conduzida em Paiçandu, continuará sendo mais um órgão usado pela prefeitura para assinar os documentos necessários para virem os recursos (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

Outro aspecto que envolve questões relativas ao exercício da democracia e o adequado funcionamento dos Conselhos tem a ver com a composição do poder político constituído. A escolha dos representantes executivos se torna um importante aliado na ampliação da capacidade de efetividade dos conselhos.

[...] durante as pré-conferências, eu observei que 90% dos participantes eram funcionários da prefeitura. Eles eram obrigados à se fazer presentes e lotavam o auditório, tudo com o objetivo de ocupar as vagas dos usuários (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

[...] um gestor público comprometido com a sociedade e com a saúde pública é o primeiro passo para que o cidadão tenha efetivamente acesso aos direitos. Por isso, a importância de se ter vontade política e técnica do gestor. De nada adianta um controle social ativo e um gestor inerte. Isso leva a um desgaste muito grande, e quem sofre é a população (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

[...] qualquer ação necessária à saúde que você proponha e por ventura leve à perda de controle do chefe do executivo, ela não será realizada. Ser secretário em Camargo é apenas assumir um cargo fictício. Qualquer proposta que se apresente, na tentativa de organizar o serviço, que culmine em mais independência do prefeito, você é penalizado, com risco de perder seu emprego (V. P. – Secretário de Saúde de Dr. Camargo).

Para muitos pesquisadores, como é o caso de Costa (2005) e Jacobi (2002) há uma forte correlação entre o voto obrigatório e o autoritarismo político, entretanto o ato de escolher os nossos representantes se configura num importante mecanismo do processo democrático. O entendimento que os atores estudados têm

sobre o poder público democraticamente constituído, é que ele pode facilitar ou dificultar o acesso do controle social na gestão das políticas sociais.

O que se observa nas falas é o seguinte: quando o candidato/partido chega ao poder/administração há uma apropriação indevida do que é público como se fosse um ente privado. Prática que pode ser combatida pela despolitização da comunidade. Todavia, ainda, há muito que ser socializado:

[...] uma vez na reunião do Conselho, quando debatíamos sobre a sua real paridade, uma funcionária da saúde mencionou que deveria continuar dessa forma, ou seja, sem a participação direta dos usuários. Ela afirmou que eles (os usuários do SUS) não entendiam nada de saúde pública e não saberiam definir suas ações necessárias (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

Contrapor-se à tendência de despolitização da sociedade civil, também pode representar um importante instrumento de abertura dos espaços públicos. A proposta societária fortalece a idéia de que os espaços de representação social, na organização de gestão das políticas sociais, devem ser alargados para permitir a participação de novos e diversificados sujeitos sociais, em particular os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder público.

Há concordância entre vários teóricos, como Carvalho (1995) e Correia (2000) que analisam a capacidade de atuação e eficácia dos Conselhos no que se refere a algumas condições para que eles consigam se efetivar. Considera-se que eles sejam paritários, representativos e canalizadores da mobilização e pressão social.

[...] pelo fato do Conselho ter representantes de segmentos da sociedade, como pastoral da criança, associação comercial, entre outros, ele tem o papel principal de representar a vontade da população. No meu entendimento, o conselho sozinho não é força, ele precisa da representação das entidades para poder atuar. Quando a relação for suficientemente fortalecida, eu acredito que o controle social na saúde ocorrerá de fato (A. M. – Presidente do Conselho de Saúde de Floresta).

[...] me lembro de uma eleição que fizemos para que os usuários da saúde ocupassem assento no Conselho. Tudo aquilo foi armação. Estavam lá todos os “cupinchas” do prefeito que acabaram votando naquele M. e ocupou a vaga de usuário (V. P. – Secretário de Saúde de Dr. Camargo).

[...] se o gestor ocupasse apenas os 25% das que lhe é de direito, sem a manipulação das vagas dos usuários, eu acho que teria grandes chances do conselho conseguir exercer o controle social (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

Os obstáculos à participação são extensos, vencida a primeira etapa de composição do Conselho, outras dificuldades surgem, como a falta de estrutura para seu adequado funcionamento, dentre outros.

[...] depois de muitas pressões, inclusive com ajuda da Promotoria, conseguimos uma sala onde funciona o Conselho de Saúde de Paiçandu. Porém sua estrutura ainda é muito deficitária. Tem computador, mas não tem impressora; tem mesa, mas não tem cadeira para sentar; a funcionária, só fica meio período e tantas outras coisas (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

A Resolução nº 333/2003, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada pelo Ministério da Saúde, prevê que os Governos garantirão autonomia, inclusive orçamentária, para o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde. Entretanto, conforme mencionado pelo Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu, a realidade, e não apenas do seu município, mas de toda a Comarca de Maringá, ainda está muito aquém do garantido em lei.

No município de Maringá, o Conselho de Saúde possui uma estrutura física dentro do espaço da Secretaria de Saúde, com sala, mesa, cadeiras, computador e funcionário. Porém a autonomia orçamentária ainda é um objetivo a ser alcançado.

No município de Paiçandu, após lutas e reivindicações, algumas conquistas foram alcançadas, mesmo com todo o perfil deficitário. Nos demais municípios, nenhuma estrutura física ou de recursos humanos é disponibilizada para o Conselho.

Embora o Conselho de Saúde seja um órgão permanente do Sistema Único de Saúde e de alguma forma vinculado ao poder executivo, é importante se avaliar os riscos de ser transformado em espaço burocratizado, extensivo da administração pública e restrito, única e exclusivamente, à aprovação de verbas, em que se referenda apenas o que chega às reuniões pelo do gestor:

[...] antes do MP estabelecer parceria com o Conselho, os membros não sabiam discutir direitos. Eles achavam que o Conselho era só para assinar as atas para que viessem verbas para o município, mesmo porque essas eram as informações que o gestor nos passava de nossas atribuições (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

[...] quando o Conselho deliberava determinado assunto, e eu, enquanto secretário, não tinha total autonomia para resolver, levava para o prefeito, que, através de um consenso, atendia às reivindicações do conselho (D. S. – Secretário de Saúde de Ivatuba).

A composição plural e heterogênea desses espaços institucionalizados, com representação da sociedade civil e do governo, caracteriza os conselhos como instâncias de negociações e conflitos entre diferentes grupos e interesses. São importantes instrumentos no aperfeiçoamento da democracia se conseguirem que a sociedade civil participe da gestão e/ou definição das políticas públicas e consigam estabelecer capilaridade com os movimentos sociais.

[...] os Conselhos da Comarca ainda não possuem a capacidade de mobilizar a sociedade e, por sua vez, a sociedade ainda não enxerga o Conselho como um representante seu. Acho que o Conselho tinha que agir mais politicamente, ser de fato um mecanismo de organização da sociedade (E. S. – Promotora de Justiça).

A teoria defendida por Dagnino, Olvera e Pachini (2006) sobre as possibilidades da confluência perversa nestes espaços evidencia a disputa entre os projetos políticos existentes quando os mesmos conceitos de democracia, cidadania e participação são utilizados na linguagem corrente e de maneira simplista e unidimensional. Essa homogeneidade do vocabulário obscurece diferenças, dilui nuances e reduz antagonismos. Os discursos ficam todos parecidos, e novas

roupagens de uma democracia elitista e restrita têm caracterizado o projeto dominante nessas últimas décadas:

[...] o Conselho é fundamental no processo democrático, pois representa o controle social que faz o papel fiscalizador, deliberativo e participativo na construção da política de saúde (A. N. – Secretário de Saúde de Maringá).

[...] a relação democrática entre o Conselho e o gestor sempre foi prioridade do nosso prefeito, que nunca se cansou em dar abertura para todos participarem, independente do partido que pertençam (D. S. – Secretário de Saúde de Ivatuba).

[...] a participação do Conselho na gestão pública é muito importante, principalmente entender onde e no que está sendo gasto o dinheiro. Assim, o gestor tem o aval do Conselho na prestação das contas que é feita (C. V. – Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba).

[...] na minha opinião, o Conselho em Camargo nunca funcionou porque o gestor não tinha interesse que ele funcionasse (V. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Dr. Camargo).

Se, no plano legal, os conselhos se apresentam como expressão da instituição de um modelo de governança democrática, resta saber como se dá sua existência no plano concreto da prática política em nível local. Afinal, a distância que separa os dois níveis pode ser a mesma que separa o exercício efetivo da cidadania política pela população e a repetição de práticas clientelistas e oligárquicas que oprimem seu desenvolvimento.

Em um contexto marcado por desigualdades e pobreza crescente, discriminações e violência, pela persistência de hierarquias e autoritarismo nas relações sociais, esse campo de disputa é atravessado por uma radical incerteza e indeterminação quanto às possibilidades de, em nosso país, refundarem-se as tarefas clássicas de justiça e igualdade, e acabam por culpabilizar a população pela falta de participação:

[...] os conselheiros não têm nenhuma condição educacional de assumirem essa responsabilidade. Prova disso é que, quando fazemos a prestação de contas, ninguém aparece, nem mesmo os conselheiros. E não é falta de tempo não. Nossa economia é agrícola e o povo só trabalha de tempo em tempo. O povo não tem interesse mesmo (V. P. – Secretário de Saúde de Dr. Camargo).

[...] já fui vítima de um Conselho ignorante que não entendia nada de saúde pública. Se não entende nada, não tem direito de cobrar nada. Eles extrapolavam a competência que tinham. É obrigação deles entender tudo de orçamento, o que tem de recurso, o que dá e o que não dá para fazer com ele (A. S. – Secretária de Saúde de Paiçandu).

O controle social sobre os recursos públicos é um dos desafios impostos não apenas para os conselheiros, mas para toda a população. Os instrumentos de prestação de contas e o linguajar técnico utilizado dificultam a compreensão das informações e tendem a afastar a comunidade desse mecanismo.

[...] a participação social da população nos Conselhos Gestores ainda é muito ínfima, muito pequena. Atribuo isso à falta de credibilidade nos governantes que faz com que a população se afaste das questões públicas (J. S. – Secretário de Saúde de Paiçandu).

Considerando a complexidade da sociedade brasileira, essas ambigüidades e ambivalências devem ser passíveis de análise mais aprofundada, porque desafiam, e muito, a capacidade de compreensão dos significados das experiências participativas.

4.3 OS CONSELHOS E A SUBORDINAÇÃO AO MINISTÉRIO PÚBLICO

As falas dos entrevistados nos remeteram à existência de uma relação de subordinação entre os Conselhos, como um organismo, e o Ministério Público. Essa subordinação, ao nosso ver, está assentada em duas causas: a primeira refere-se às dificuldades do próprio Ministério Público em desenvolver uma proposta clara de ação nessa área. A segunda tem a ver com a fragilidade da

compreensão que os Conselheiros possuem em relação ao papel dos próprios Conselhos como espaço de controle.

A falta de clareza sobre as funções do Ministério Público é um destes aspectos que gera a subordinação, visto que até mesmo quando os gestores são questionados sobre a forma como a Instituição pode contribuir para garantir a saúde no Município, muitos apontam que ele é um órgão de apoio, de parceria e até mesmo de auxílio.

[...] contribui executando sua função fiscalizadora e de apoio (A. N. – Secretário Municipal de Saúde de Maringá).

[...] faz com que o gestor aplique e invista corretamente o dinheiro público (A. S. – Secretária Municipal de Saúde de Paíçandu).

[...] eu sempre achei o MP um órgão punitivo. Mas percebi que ele pode estar me auxiliando a gerir a saúde aqui no Município (F. P. – Secretária Municipal de Saúde de Floresta).

[...] o Ministério Público é parceiro do gestor, aponta se o caminho que estamos seguindo é o correto perante a lei, ajuda em nossas ações e orienta sobre a como conduzir a saúde (D. S. – Secretário Municipal de Saúde de Ivatuba).

Dessa forma, esse conceito de apoio é equivocadamente disseminado, e o Ministério Público, de órgão de defesa dos direitos, acaba por ser confundido como um mecanismo de ajuda aos gestores públicos.

O próprio representante do Ministério Público reconhece os limites da Instituição quando se trata de garantir os direitos sociais e as dificuldades que encontra na implementação de suas ações.

[...] eu acho que até contribui para a garantia da saúde, mas no meu entendimento falta organização institucional. Deveria ter, no país inteiro, uma linha de conduta, unir esforços do MP Federal e Estaduais e fazer um grande planejamento de atuação. Verificar onde estão as piores falhas, identificar os problemas regionais e atacar conjuntamente (E. S. – Promotora de Justiça).

A Promotora de Justiça da Comarca atua conforme seu próprio entendimento de defesa de direitos, e as ações desenvolvidas são no sentido de garantir, por meio de negociações diretas com o órgão gestor, que a comunidade tenha acesso à saúde. Não vislumbra perspectivas para avançarmos coletivamente nos mecanismos que garantam este acesso:

[...] uma vez escutei de um integrante do Judiciário que, nas questões individuais, eles até são mais eficazes, ou seja, eles dão a tutela, agora nas questões coletivas, que são para resolver tudo de uma vez, aí o judiciário é mais “tímido”, para dizer outra palavra (E. S. – Promotora de Justiça).

Com o novo formato institucional pós-Constituição de 1988 e a ampliação do rol de suas funções, o Ministério Público aparece reformulado, fundamental na defesa dos interesses difusos e coletivos.

Dentre suas funções institucionais, está a de assegurar o constante na Constituição e promover as medidas necessárias à sua garantia. Um dos instrumentos para garantir tais direitos é a Ação Civil Pública, que atinge toda uma coletividade. Apesar de ainda ser mecanismo eficiente, quando utilizada, nem sempre consegue fazer valer os direitos.

Em 2005, a 14ª Promotoria de Justiça ingressou com uma Ação Civil Pública para compelir o Município de Maringá a adquirir e viabilizar medicamento e insumos, inclusive reagentes e materiais de limpeza para possibilitar atendimento médico no Hospital Municipal de Maringá, de acordo com as normas da vigilância sanitária e do Conselho Regional de Medicina. Infelizmente, o Juízo do Direito da 6ª Vara Cível indeferiu o pedido liminar e julgou improcedente a ação. O argumento apresentado para o indeferimento da ação pautou-se na autonomia e independência dos Poderes de Estado. Assim, se o Poder Executivo aponta para a falta de recursos financeiros na implementação daquelas ações, não cabe ao Poder Judiciário obrigar a fazê-lo. Atualmente, a referida Ação encontra-se em grau de recurso, aguardando julgamento pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná.

Para os Conselhos de Saúde, o mecanismo de envio de ofícios para o órgão gestor, utilizado pela 14ª Promotoria, é uma importante estratégia para garantir direitos anteriormente negados ao cidadão. Entretanto pode evidenciar sinais de incapacidade do controle social sob a gestão da coisa pública.

[...] quando os secretários lidam com a justiça, até o atendimento prestado ao cidadão fica diferenciado. Ouvi dizer que, quando chega um ofício do Ministério Público, tira o sono deles. Agora, pode chegar dez cartas do Conselho que eles deixam de lado e nunca responderão (J. S. – Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Paiçandu).

A participação dos Conselhos de Saúde, nas audiências realizadas pela 14ª Promotoria com os gestores públicos, tem surtido o efeito desejado quando se trata de agregar mecanismos na fiscalização e execução das políticas de saúde.

[...] participando e acompanhando as audiências realizadas no Ministério Público, o controle social tem a oportunidade de aprofundar nas discussões da saúde pública e tomar conhecimento dos compromissos assumidos pelo gestor. Assim, fica mais fácil cobrar as ações do gestor, acompanhar se estão cumprindo de forma integral ou parcial as ações de saúde, se o serviço está realmente sendo implantado. O controle social conseguiu avançar muito em maturidade em virtude da participação nas audiências (C. R. – Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maringá).

As questões relativas à capacitação, aos desenhos e aos formatos mais adequados a serem adotados nos processos de formação dos conselheiros, são importantes veículos para a qualificação e o fortalecimento da participação crítica e propositiva das representações que atuam nos Conselhos.

[...] observei uma preocupação muito grande da Promotoria em dar condições para os conselheiros atuarem de forma plena, em oferecer capacitações, informações e orientações (C. V. – Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba).

[...] se, hoje, tem 10% dos conselheiros que conhecem suas verdadeiras funções, isso se deve aos treinamentos que a 15ª Regional fez, graças às cobranças feitas pela Promotoria (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

[...] a Promotoria ajudou muito o Conselho. Orientava que tinha que fazer a convocação por escrito, como elaborar uma pauta, o que constar na ata, participava das reuniões e até fazia as capacitações (V. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Dr. Camargo).

Essas atividades mobilizam grande quantidade de pessoas e de recursos, além de um enorme esforço dos próprios conselheiros. No entanto, é preciso avaliar e socializar os resultados desse amplo movimento.

[...] quando a Promotoria promoveu aquelas capacitações, foi muito complicado fazer eles irem até Maringá. Ninguém queria participar e tudo era empecilho. Se fosse durante o dia, eles reclamavam que tinham serviço; se fosse à noite, era difícil de sair de casa. E olha que nós levávamos de *van* até o local e trazíamos de volta. E essa resistência vinha principalmente da sociedade civil, porque o pessoal da saúde, nós os obrigávamos a irem (V. P. – Secretário Municipal de Saúde de Dr. Camargo).

Há que considerar que a implantação de projetos de capacitação que sejam continuados tem sido um dos grandes desafios, sobretudo àqueles que se proponham trabalhar, articuladamente, as dimensões técnicas, políticas e éticas, requeridas no exercício da participação em espaços públicos, nos quais forças conservadoras atuam fortemente no sentido de manipulação e cooptação políticas.

E não apenas destaca-se o discurso de que os membros dos Conselhos não são capacitados para exercerem o controle social, como ainda aparece a visão ultrapassada de que o Sistema Público de Saúde no Brasil é para pobre.

[...] para ser conselheiro deveria haver um processo seletivo para ver se consegue gente mais capacitada. Eu até pensei em estabelecer parceria com a Assistência Social, que tem mais contato com esse tipo de gente para indicar quem estaria em condições de ser conselheiro (V. P. – Secretário Municipal de Saúde de Dr. Camargo).

Por isso, é imprescindível dedicar atenção especial para o que acontece nos âmbitos da mobilização social e da organização política fora dos Conselhos, reafirmando-se a importância de um investimento político nas articulações extraconselho, em reuniões específicas para o debate de estratégias de participação e elaboração de propostas a serem defendidas pelos conselheiros. Caso contrário, haverá uma tendência natural à desmotivação:

[...] eu penso que nem a população acredita no potencial que tem, na força que possui. Parece que fica esperando um salvador, e não consegue perceber que suas ações é que determinarão seus destinos. [...] As capacitações que fizemos, as reuniões que participamos, as audiências que realizamos, mas nada do que plantamos floresceu! (E. S. – Promotora de Justiça).

Os desafios da articulação entre sociedade civil, por meio dos Conselhos Gestores, e o Estado nas de instâncias governamentais – e, neste caso, o Ministério Público – são marcados por uma dinâmica e conflitos próprios à relação de empregado – patrão, ou seja, um cobrando o outro.

[...] o Ministério Público faz cobranças ao Conselho de Saúde de uma participação efetiva, uma fiscalização acirrada, deliberações acertadas e conhecimentos sobre a política de saúde. Na verdade, ele cobra posicionamentos do Conselho para que, efetivamente, cumpra uma disposição legal que lhe foi atribuída, que é de participar, fiscalizar, acompanhar e deliberar as ações de saúde (C. R. – Presidente do Conselho de Saúde de Maringá).

[...] o Ministério Público fez bastante cobrança da minha pessoa e eu acho que foi uma atitude correta. Cobrava se estava tendo as reuniões, se as atas estavam sendo registradas. Mostrava o caminho que deveríamos percorrer. E eu acho que deve continuar assim, cobrando o Conselho, porque senão as coisas por aqui não caminham (V. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Dr. Camargo).

[...] o Ministério Público contribuiu muito para o formato crítico que o Conselho está hoje. E olha que ainda precisa melhorar. Mas se não fosse o envolvimento do MP, participando das reuniões, intimando ora o Presidente, ora a Secretária, cobrando ações efetivas, eu acredito que estaríamos numa situação de vergonha total (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

[...] eu acho que a parceria entre Ministério Público e o Conselho é bem sucedida, no sentido de nos orientar e nos informar sobre as condutas a serem tomadas em determinadas situações. Eu acho que a falta de posicionamento do Conselho está mais relacionada à falta de informações do que pode ser feito, do que falta de vontade em fazê-lo. Essa cobrança nos ajuda a ter um posicionamento mais crítico, a sermos mais questionadores (A. M. – Presidente do Conselho de Saúde de Floresta).

[...] tivemos um relacionamento muito bom. Há uma preocupação do Ministério Público em dar condições para os conselheiros atuarem de forma plena. A participação do MP nas reuniões do Conselho nos fortalece e as capacitações ajudam na conscientização (C. V. – Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba).

O que se pode observar é um entendimento da proposta de interação entre os espaços de controle da coisa pública baseada numa relação de quase subordinação. As possibilidades desta interação são vistas pelos conselheiros como cobrança, por parte do Ministério Público, no cumprimento de uma determinação legal. O propagado é de que o Ministério Público cobra a participação dos conselheiros porque isso está previsto em lei. Não é possível identificar, em nenhum momento das falas, a equidade de responsabilidades e ações entre esses dois espaços de controle.

Essa relação de subordinação ainda é reforçada entre os gestores de saúde da Comarca, que não admitem outro tipo de controle, que não seja o institucional. Identificamos em suas falas:

[...] há uma confusão de papéis. O Conselho acha que tem o mesmo poder do Ministério Público. E o pior é que vocês ficam dando corda para eles. Eu tenho a impressão que o Conselho são os olhos da Promotoria. Tudo que acontece aqui, eles levam para vocês (A. S. – Secretária de Saúde de Paiçandu).

[...] o Ministério Público tem que utilizar seu poder para cobrar o devido funcionamento do conselho. Eu posso te garantir que nenhum dos conselheiros tem a mínima noção sobre o que acontece no Hospital, no Posto, ou em qualquer outro órgão da saúde. Por isso, eu acho que o MP tem que continuar próximo ao Conselho, cobrando e exigindo que eles funcionem, que eles atuem corretamente, que façam o seu papel (V. P. – Secretário de Saúde de Dr. Camargo).

Entre os Conselheiros, essa visão não é diferente, e o discurso de subordinação prevalece, dessa vez apontando para importância da 14ª Promotoria na construção de uma política de saúde eficiente e universal.

[...] sem a intervenção do Ministério Público, eu acredito que a saúde em Paiçandu estaria muito pior (J. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Paiçandu).

[...] o papel do MP é fazer o gestor cumprir o determinado na lei que é oferecer os serviços, e isso a Doutora tem feito muito bem no nosso município (A. M. – Presidente do Conselho de Saúde de Floresta).

[...] às vezes, as pressões do MP acabam fazendo com que o município implante determinado serviço de saúde (C. V. – Presidente do Conselho de Saúde de Ivatuba).

[...] quando o MP faz as intervenções, o prefeito é obrigado a atender à população (V. S. – Presidente do Conselho de Saúde de Dr. Camargo).

Entretanto os riscos dessa interação precisam ser avaliados com rigorosos critérios, uma vez que pode levar à despolitização do debate público ou mesmo à promoção da apatia política, aguardando a intervenção do Ministério Público para só depois executar as políticas.

A visão patriarcal e clientelista prevalece quando é estabelecida a relação do Conselho com outras instâncias governamentais, nesse caso, o Ministério Público.

As possibilidades de interlocução entre sociedade civil e Estado, que possam fortalecer as iniciativas democratizantes, reduzem-se a questões hierárquicas, difíceis de serem rompidas, mesmo que contrárias a idealizações de alguns:

[...] eu sonhava com um conselho mais atuante que estabelecesse mais integração, não só com o Ministério Público, mas com outros espaços da sociedade civil. Mas, como tudo é um processo, eu não acredito que a participação social virá da noite pro dia. O processo é lento, doloroso, demorado e trabalhoso, mas um dia hei de conseguirmos. Em cada época, trava-se uma luta e espero que lá na frente a população consiga, de fato, por meio dos conselhos gestores, a partilha do poder (E. S. – Promotora de Justiça).

Os Conselhos de Políticas Públicas podem ser considerados uma das formas de democratização encontrada em nossa sociedade, que busca uma nova institucionalidade pública. Não cremos que devam ser superestimados, tampouco desvalorizados. Os Conselhos são instrumentos que podem se tornar espaços de poder e de decisão. A possibilidade de ampliação da democracia e da equalização social depende de vários fatores relacionados à sua forma de

representação e funcionamento, e da mesma forma o Ministério Público. Os Conselhos devem ser assumidos com seus ônus e bônus. Não basta conhecê-los em sua estrutura operacional, mas buscar entender seu funcionamento e sua relação com outras esferas do poder político e social.

Porém observamos, na realidade dos municípios que compõem a Comarca de Maringá, que os Conselhos de Saúde não assumem sua função no exercício do controle da política de saúde desses municípios. Esses organismos ora agem sob a tutela do Poder Executivo, diretamente como instrumentos do gestor municipal, ora agem sob a tutela do Ministério Público, que lhes cobra seu papel de mecanismo de controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, propusemo-nos a refletir sobre a interação entre o Ministério Público, representado pela 14^a Promotoria Especializada de Defesa da Saúde Pública da Comarca de Maringá, enquanto organismo responsável pela garantia dos direitos estabelecidos em lei, e os Conselhos Municipais de Saúde da Comarca, enquanto instrumentos de controle social, com o fim de identificar os obstáculos e desafios enfrentados por esses organismos na defesa e garantia do direito à saúde. Nossa intenção foi contribuir para a compreensão dos mecanismos que estão sendo formulados cotidianamente em nosso país para garantir à população o direito à saúde e o acesso à justiça.

No processo de (re)democratização brasileiro, a Constituição Federal de 1988 trouxe inúmeras novidades em termos de participação no âmbito da gestão pública e garantia dos direitos sociais. Entre elas e a partir da regulamentação da Lei nº 8.142/90, foram instituídos os Conselhos Municipais de Saúde, que permitiram a participação da população organizada na administração do Sistema Único de Saúde, com atuação no controle da Política de Saúde, estabelecendo estratégias de coordenação e gestão do Sistema.

O Ministério Público, por outro lado, teve seu papel ampliado pela Constituição Federal, que exigiu um redesenho de sua estrutura político-administrativa para possibilitar uma interferência na garantia dos direitos fundamentais da população e dos direitos sociais, obtidos como frutos do processo democrático do fim da década de 1980 e início da de 1990 no Brasil.

Na tentativa de cumprir este novo modelo institucional, tanto os Conselhos Gestores como o Ministério Público têm enfrentado uma série de dificuldades que, no estudo por nós realizado da inter-relação entre estes dois organismos, pudemos melhor identificar.

A primeira dessas dificuldades está relacionada à própria origem dos Conselhos Gestores. Dada a trajetória histórica de constituição dos Conselhos, os quais tinham como referência os movimentos de trabalhadores e os movimentos populares de resistência, pressupunha-se a organização da classe trabalhadora como suporte último de sua ação institucional.

Porém, mesmo que os Conselhos Gestores da atualidade tenham se constituído como a expressão de um modelo institucionalizado de participação popular, pensado pelo movimento Constituinte da década de 1980, instrumentos de expressão, representação e participação da sociedade civil com a possibilidade de imprimir um novo formato às políticas sociais, não poderiam prescindir da organização nas bases da sociedade para a realização de suas tarefas de maneira consistente.

Diante da desmobilização dos movimentos sociais e populares que observamos na atualidade, esses organismos se vêem capturados pela lógica institucional, que se coloca como única referência para a ação dos seus membros. Assim, passados vinte anos da promulgação da Constituição, as experiências conselhistas têm demonstrado que, apesar de serem consideradas modelos de democracia participativa, permanecem frágeis e precisam ser estimuladas para desempenhar suas reais funções.

Como parte de um sistema de garantia de direitos, a Constituição de 1988 previu, também, a criação de um sistema de controle institucional interno à própria estrutura do Estado – o Ministério Público – com o fim de garantir os direitos sociais e assegurados em lei. No entanto, é necessário ressaltar que, apesar do protagonismo da Instituição na luta pela defesa dos direitos sociais e coletivos, seus agentes são formados na trajetória jurídica brasileira, cuja origem liberal é fragilizada pela influência da estrutura do Estado lusitano: escravocrata e patrimonialista.

Trava-se, no interior da Instituição, uma luta pela definição de princípios e estruturas coesas para solidificar um ideário social e uma luta para tentar manter o Estado Democrático de Direito, mesmo diante das diversas facetas dos limites de aplicação do Direito e das contradições existentes no interior de um Estado conivente com o projeto neoliberal. Porém essa luta é vencida, muitas vezes, pela tendência à solução dos problemas sociais pela via dos litígios individuais, típica da tradição liberal, ou pela frustração de seus agentes diante da ação de outros segmentos do próprio Estado: o Poder Executivo e o Poder Judiciário em especial.

Para melhor compreender a realidade concreta em que se dá a inter-relação entre esses dois organismos com o intuito de garantir o direito à saúde, procuramos conhecer a realidade da Comarca de Maringá. A análise do *locus* pesquisado demonstrou que a Comarca de Maringá apresenta grandes disparidades

e contradições entre os municípios pertencentes a ela, sobretudo entre o grande centro (Maringá) e os demais que compõem a Comarca.

A defasagem no número de leitos para os serviços de alta complexidade; a reduzida porcentagem de Unidades Básicas de Saúde por habitantes; a relação de dependência dos municípios menores a Maringá; o elevado índice de leitos contratados por parte do sistema público, de hospitais privados e, conseqüentemente, o baixo investimento nos hospitais públicos e a negativa de acesso aos serviços de saúde constitucionalmente garantidos são alguns exemplos que demonstram a realidade em que acontece a ação dos Conselhos Gestores e do Ministério Público e sua inter-relação.

As dificuldades identificadas na área da saúde fazem com que aumente a procura individual da população pelo sistema da justiça – como é o caso do Ministério Público – para terem seus direitos garantidos. Observamos que as medidas tomadas e os meios utilizados pela referida Promotoria, no período entre 2005 e 2007, para garantir o acesso à saúde da população na região, acabam por se focar em questões particulares e individuais dos cidadãos, com predomínio na demanda espontânea que chega até ela, particularmente de moradores do município de Maringá, cujo acesso é facilitado pela proximidade física da Promotoria.

Os riscos de prevalência deste tipo de atendimento – demanda individual – são vários. Se, por um lado, consegue-se defender o direito indisponível daquele paciente e/ou familiar que procurou o Ministério Público, por outro, dificilmente se atingem aqueles que não conhecem os caminhos da justiça.

Do ponto de vista dos Conselhos Gestores, observamos que estes estão submetidos à estratégia utilizada pelo gestor. Diante da insistente recusa por parte dos serviços de saúde em viabilizar os medicamentos receitados pelos médicos do SUS que não estão padronizados pela rede pública, o controle social não se pronuncia e acaba reproduzindo e até reforçando a postura do gestor de simplesmente negar aquilo que não é padronizado.

Nos casos de dificuldade em corresponder à demanda, há uma tendência em atender apenas àquela oriunda da Promotoria. Aos demais cidadãos fica a negativa de acesso, pelo menos até que estes encontrem um mecanismo para garanti-lo, estabelecendo-se, então, uma relação de cobrança formal do Ministério Público e de resposta também formal e pontual do gestor e do Conselho à autoridade instituída. Nesse sentido, mesmo a iniciativa de participação da

Promotoria, por meio do Serviço Social, nas reuniões dos Conselhos da Comarca, acaba sendo interpretada, muitas vezes, como instrumento de controle do Ministério Público, como observamos na análise dos entrevistados.

Nas entrevistas com Presidentes dos Conselhos Gestores e Secretários da Saúde dos Municípios que compõem a Comarca, pudemos observar que, ao serem capturados pela lógica burocratizada do Estado, os Conselhos perdem a possibilidade de construir uma agenda de demandas políticas própria, para reduzi-las à questões meramente administrativas. Não se vislumbra outra alternativa para os Conselhos, já que nem mesmo a maioria dos gestores dos municípios da Comarca consegue compreender a dimensão do papel político que deveria desempenhar.

Outra questão identificada durante as entrevistas foi a subordinação dos Conselhos Municipais de Saúde não só ao Poder Executivo como também, ao Ministério Público. Subordinação essa que se reflete na despolitização do debate público, na promoção da apatia política e coloca entraves aos projetos democratizantes. Assim, quando percebemos uma tendência à participação social, como é o caso do município de Maringá, observa-se que ela é mantida sob rígidos limites ao avanço do diálogo e da partilha do poder de governar.

Da parte do Ministério Público, observamos, claramente, na fala de sua representante, os ideais assumidos pela Instituição a partir da Constituição de 1988. Sua clareza em relação aos novos arranjos participativos, em sociedades marcadas por uma cultura política tradicionalista, desafia a capacidade de compreensão dos significados dessas experiências, sendo que ela acredita que, através da organização, mobilização, articulação e interação com outros mecanismos de controle, essa barreira pode ser superada.

Ficou-nos também patente que as tentativas solitárias de ação desse organismo na região estudada são fundamentais, porque, do interior do Estado, o Ministério Público busca manter o espírito da Constituição de 1988 no que diz respeito à saúde como um direito, realizando, assim, ações que reduzem a fragilidade dos organismos de participação popular previstos constitucionalmente.

Neste trabalho, não tivemos a intenção de esgotar a discussão sobre o assunto que, apesar de novo, é ainda pouco estudado, sobretudo no que diz respeito à ação do Ministério Público. Esperamos, sim, contribuir para a reflexão

sobre as possibilidades de inter-relação entre estes dois organismos de controle: o social e o institucional.

Ao nos aproximarmos da realidade, verificamos que as propostas de interação, objetivadas pela construção do processo democrático em instâncias diferenciadas, podem incidir, mesmo que a longo prazo, na consolidação de controle social e, quiçá, de um sistema público de saúde que torne a sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

ALAPANIAN, Silvia. **Serviço social e poder judiciário**: reflexões sobre o direito e o poder judiciário. São Paulo: Veras, 2008.

ALBUQUERQUE, Maria do Carmo. **Participação social no Brasil hoje**. Instituto Pólis, Papers n.2, artigo extraído de sua Dissertação de Mestrado, 1998. Disponível em: <http://www.logolinkla.org/conteudos/documentos/MariaAna_Brasil.pdf>. Acesso em: 7 ago.2007.

AMARAL, Francisco. **O direito civil**. 5.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

ARANTES, Rogério Bastos. Direito e política: o ministério público e a defesa dos direitos coletivos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.14 n.29, p.83-102,1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2000.

_____. NBR 14724: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. NBR 6023: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. NBR 6024: informação e documentação – numeração progressiva das seções de um documento escrito – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. NBR 6027: informação e documentação – Sumário – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

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

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BÓGUS, Claudia Maria. **Participação popular em saúde**: formação política e desenvolvimento. São Paulo: Annablume, 1999.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 3.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Justiça. **Diagnóstico do Ministério Público dos Estados**. Brasília, DF: Senado Federal, 2006.

_____. Ministério Público. **Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.mp.pr.gov.br/cpsaude/sd_plano.html> Acesso em: 17 mar. 2007.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Paraná. **Resolução nº 0009**, de 04 de janeiro de 2000a. Distribuição de serviços. Disponível em: <<http://www.mp.pr.gov.br/Resoluções>>. Acesso em: 8 dez. 2007.

_____. Ministério Público do Estado do Paraná. **Resolução nº 03/2000**, de 19 de março de 2000b. Distribuição de serviços. Disponível em: <<http://www.mp.pr.gov.br/Resoluções>>. Acesso em: 8 dez. 2007.

_____. Ministério Público do Estado do Paraná. **Resolução nº 2409**, de 07 de dezembro 2002. Distribuição de serviços. Disponível em: <<http://www.mp.pr.gov.br/Resoluções>>. Acesso em: 8 dez. 2007.

_____. Ministério Público do Estado do Paraná. **Resolução nº 0401**, de 04 de janeiro de 2005. Distribuição de Serviços. Disponível em: <<http://www.mp.pr.gov.br/Resoluções>>. Acesso em: 8 dez. 2007.

BRAVO, Maria Inês de Souza. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço social na saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2006. p.88-138.

CANÇADO, Airton Cardoso. **Autogestão em cooperativas populares: os desafios da prática**. 2004. 134f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CONSELHOS REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. 12ª Região. **Coletânea de Leis**. 2.ed. Santa Catarina: CRESS, 2001.

CORREIA, Maria Valéria C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2000.

COSTA, Márcia da Silva. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.20, n.59, p.111-131, out. 2005.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: as origens das políticas de saúde no Brasil**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.

DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto e PANFICHI, Aldo (Orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

DR. CAMARGO. Lei Municipal nº 511 de 10 de outubro de 1991. Dr.Camargo, 1991.

_____. Lei Municipal nº 936 de 24 de abril de 2006. Dr.Camargo, 2006.

_____. Lei Municipal nº 1005 de 23 de maio de 2007. Dr.Camargo, 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2004/2008. Dr. Camargo, 2004.

FARIA, José Eduardo. (Org.). **Direito e justiça: a função social do judiciário**. São Paulo: Ática, 1997.

FLORESTA. Lei Municipal nº 353 de 18 de maio de 1991. Floresta, 1991.
_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2004/2008. Floresta, 2004.

FRISCHEISEN, Luiza Cristina Fonseca. **Políticas públicas: a responsabilidade do administrador e o ministério público**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

GARCIA, Marco Aurélio. A comuna de Paris como paradigma revolucionário? In: BOITO JÚNIOR, A. (Org.) **A comuna de Paris na história**. São Paulo: Xamã, 2001. p.83-103.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. In: RIBEIRO, Ana Clara Torres; TADEI, Emílio (Orgs.). **Repensando a experiência urbana da América Latina: questões, conceitos e valores**. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p.175-203.

GRAMSCI, Antônio. **Obras escolhidas**. Tradução Manuel Cruz. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

HONORATO, Cássio M. Virtudes do direito: elementos a legitimar o estado democrático de direito. **Revista do Ministério Público do Estado de São Paulo**, São Paulo: Saraiva, v.4, n.5, p.23-41, set. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Assistência médica sanitária. Malha municipal digital do Brasil. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estados/temas>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Reflexos da situação econômica dos rendimentos. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/texto/pnad>>. Acesso em: 13 mar. 2008.

IVATUBA. Lei Municipal nº 076 de 16 de outubro de 1991. Ivatuba, 1991.

_____. Lei Municipal nº 5341 de 23 de fevereiro de 2001. Ivatuba, 2001.

_____. Lei Municipal nº 314 de 24 de junho de 2004. Ivatuba, 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2004/2008. Ivatuba, 2004.

JACOBI, Pedro. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Revista Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.443-454, 2002.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. São Paulo: Alínea, 2001.

JARA, Felipe Hevia de La. A institucionalização da participação cidadã: análise dos marcos legais da participação na América Latina. In: DAGNINO, Evelina (Orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006. p.343-368.

LIMA, Ana Maria Bourguignon. A formação histórica do Ministério Público. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**. abr. 2007. Disponível em: <<http://www.pgj.ma.gov.br>>. Acesso em: 23 set. 2007.

LYRA, Roberto. **Teoria e prática da promotoria pública**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

MACEDO JÚNIOR, Roberto Porto. O ministério público 500 anos após o descobrimento. **Revista Eletrônica de Direitos Humanos**, maio 2005. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br>>. Acesso em: 28 out. 2007.

MARINGÁ. Lei Municipal nº 3459 de 24 de setembro de 1993. Maringá, 1993.

_____. Lei Municipal nº 4805 de 10 de junho de 1999. Maringá, 1999.

MARINGÁ. Lei Municipal nº 4931 de 26 de novembro de 1999. Maringá, 1999.

_____. Lei Municipal nº 5341 de 01 de março de 2001. Maringá, 2001.

_____. Lei Municipal nº 5396 de 03 de julho de 2001. Maringá, 2001.

_____. Lei Municipal nº 5510 de 16 de outubro de 2001. Maringá, 2001.

_____. Lei Municipal nº 7380 de 26 de dezembro de 2006. Maringá, 2006.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Livro de instauração de procedimentos investigatório preliminares. Maringá, 2005.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Livro de instauração de procedimentos investigatório preliminares. Maringá, 2006.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Livro de instauração de procedimentos investigatório preliminares. Maringá, 2007.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Pasta de ofícios expedidos. Maringá, 2005.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Pasta de ofícios expedidos. Maringá, 2006.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Pasta de ofícios expedidos. Maringá, 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2004/2008. Maringá, 2004.

_____. Relatório Anual da 14ª Promotoria de Justiça. Maringá, 2005.

_____. Relatório Anual da 14ª Promotoria de Justiça. Maringá, 2006.

_____. Relatório Anual da 14ª Promotoria de Justiça. Maringá, 2007.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Relatório Anual do Serviço Social da 14ª Promotoria de Justiça. Maringá, 2005.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Relatório Anual do Serviço Social da 14ª Promotoria de Justiça. Maringá, 2006.

_____. 14ª Promotoria de Justiça. Relatório Anual do Serviço Social da 14ª Promotoria de Justiça. Maringá, 2007.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **O Ministério Público na Constituição de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho de Saúde: guia de referência para sua criação e organização. Brasília, DF, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2003.

MORAES, Alexandre de. **O Direito Constitucional**. 13.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MULLER, Mary Stela. **Normas e padrões para teses, dissertações e monografias**. 5.ed.atual. Londrina: Eduel, 2003.

NASCIMENTO, Cláudio. **Do beco dos sapos aos canaviais em Catende**. 2001. Disponível em: <<http://www.mtb.gov.br/Empregador/EconomiaSolidaria>>. Acesso em: 4 dez. 2006.

NUNES, Andréa Caldas. Estado e sociedade civil no Brasil. **Educar**, Curitiba, n.16, p.155-169, nov. 2000.

PAIÇANDU. Lei Municipal nº 1070 de 20 de maio de 1997. Paíçandu, 1997.
_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2004/2008. Paíçandu, 2004.

PAOLI, Maria Célia; TELLES, Vera da Silva. Conflitos e negociações no Brasil contemporâneo. In: ALVAREZ, Sonia E. (Orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000. p.103-148.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil, 2000. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

RAICHELIS, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.85, p.109-116, mar. 2006.

_____. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

RESENDE, Fernando; TAFNER, Paulo. **O estado de uma nação**. Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. Estado e Sociedade Civil na História das Políticas Sociais Brasileiras. **Semina: Ci.Soc.Hum.**, Londrina, v.22, p.39-56, set. 2001.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiência e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAPATA, Maria da Penha. **Internações hospitalares pelo SUS: perfil epidemiológico e gasto em Maringá-PR, 2001-2005**. 2006. 185f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

SAUWEN FILHO, João Francisco. **Ministério público brasileiro e o estado democrático de direito**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **Conselhos de gestão: uma nova institucionalidade?** Salvador: UFBA, 1999 (mimeo).

TONELLA, Celene. **Poder local e políticas públicas: o papel dos conselhos gestores**. Maringá: Eduem, 2006.

UNITED NATIONS. **Human development index report**. 2005. Disponível em: <<http://hdr.undp.org>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

VIEIRA, Evaldo. **Os Direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

VIOTTI, Emília da Costa. **Da monarquia à República: momentos decisivos**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

WOLKMER, Antonio Carlos. **História do direito no Brasil**. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

ZANATTA, Marcos. Governador propõe lei que acaba com reajustes sem autorização e quer devolução de extras do Ministério Público. **Jornal do Povo**, Maringá-PR, 19 set. 2007, Geral, p.5.

APÊNDICE

APÊNDICE – Roteiro da entrevista

INSTRUMENTAL UTILIZADO COM OS **PRESIDENTES DOS CONSELHOS E **SECRETÁRIOS** MUNICIPAIS DA SAÚDE E DA COMARCA DE MARINGÁ**

- 1 – Como você avalia a saúde em seu município?
- 2 – Na sua opinião qual o papel do Conselho Municipal na defesa do direito à saúde?
- 3 – Qual seria a responsabilidade do gestor da saúde no cumprimento do direito à essa política especificamente?
- 4 – De que forma o Ministério Público pode contribuir para garantir o direito à saúde no município?
- 5 – Como se dá o relacionamento entre o MP e o Conselho quando se trata de garantir direitos relacionados à saúde no município?

INSTRUMENTAL UTILIZADO COM A **PROMOTORA DE JUSTIÇA DA 14ª PROMOTORIA ESPECIALIZADA NA DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA DA COMARCA DE MARINGÁ**

- 1 – Como você avalia a saúde na Comarca de Maringá?
- 2 – Na sua opinião qual o papel do Conselho Municipal na defesa do direito à saúde?
- 3 – Qual seria a responsabilidade dos gestores da saúde no cumprimento do direito à essa política especificamente?

- 4 – De que forma o Ministério Público pode contribuir para garantir o direito à saúde na Comarca?

- 5 – Como se dá o relacionamento entre o MP e os Conselhos quando se trata de garantir direitos relacionados à saúde em cada município?

ANEXO

ANEXO – Modelo de ofício**14ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE MARINGÁ
PROMOTORIA DE DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DO TRABALHADOR**

Ofício n.º 1193/2007 – CB Maringá, 19 de novembro de 2007.

Senhor Secretário,

Esta Promotoria atendeu a Sra. **M. P. T**, brasileira, solteira, costureira, residente e domiciliada à Rua J. Q.T, nº---, Moradia dos Ipês, Maringá – Pr, a qual relatou a necessidade de realização de cirurgia de turbinectomia **com urgência**, conforme documento em anexo.

Em função de sua modesta posse e renda a paciente não tem condições de pagar por este procedimento, por isso setembro de 2007 esta Promotoria enviou ofício nº 907/2007-RP para essa Secretaria de Saúde, e recebeu o ofício nº 2110/2007 informando que o setor de Serviço Social havia encaminhado sra. M. para avaliação com especialista para verificar o grau de urgência.

A paciente seguiu as orientações dessa Secretaria e foi atendida pelo otorrinolaringologista do CISAMUSEP que indicou a cirurgia com urgência. Retornando a essa Secretaria a paciente foi informada que deveria continuar aguardando o procedimento cirúrgico, uma vez que não há recursos disponíveis no momento.

Não é possível admitir essa situação e retardar por um período indeterminado a realização de um procedimento que pode significar a cura para seu problema de saúde. Ademais a Constituição Federal de 1988 e a lei 8080/90 conferem ao cidadão, um direito de, ter acesso integral a saúde independente dos recursos disponíveis no momento, principalmente tratando-se de um caso de urgência do médico.

Diante dos fatos, valho-me das disposições nos art. 129, VI, da Constituição Federal; 26, I, da Lei nº 8.625, de 12.02.93; 8º e 10º, da Lei nº 7.347, de 24.07.85; 55 parágrafos 4º, da Lei 8.078, de 11.09.90; e 58, inciso I, letra “a”, da Lei Complementar nº 85, de 27.12.99, da Lei nº 8069/90, art.11, para **REQUISITAR** A Vossa Senhoria que, **no prazo de 10 (dez) dias**, informe a esta Promotoria de Justiça quais as providências adotadas para que a paciente realize o procedimento cirúrgico que necessita.

ELZA KIMIE SANGALLI
Promotora de Justiça

Ilustríssimo Senhor Doutor
ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI
DD.Secretário Municipal de Saúde
Maringá – Paraná