

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E PODER LOCAL NO BRASIL

Sonia Fleury

Professora da Escola Brasileira de Administração Pública - EBAP/Fundação Getúlio Vargas

Antônio Ivo de Carvalho

Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ

Norha Manotas

Mestranda em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública - EBAP/
Fundação Getúlio Vargas

Renata Bloch

Mestranda em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública - EBAP/
Fundação Getúlio Vargas

Simone Nevares

Mestranda em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública - EBAP/
Fundação Getúlio Vargas

Introdução

1 - Democracia, participação e poder local

No Brasil, a questão da Reforma do Estado vem sendo amplamente discutida no meio político e acadêmico. Entretanto, a maioria das discussões relacionadas ao tema referem-se as mudanças institucionais. A necessidade de focar a reestruturação da relação Estado-Sociedade, torna importante o estudo do conceito de Democracia.

Na Idade Clássica, o termo democracia era utilizado para designar uma forma de governo, onde o poder político era exercido pelo povo (Bobbio, 1988: 135). A maioria dos filósofos da Antiguidade e alguns da Modernidade não viam com bons olhos a participação popular. Platão, por exemplo, criticava essa forma de governo, pois para ele só os filósofos eram capazes de discutir a essência da ordem política. Por serem os filósofos os possuidores do saber, seriam os mais indicados para governar, independentemente da vontade do povo.

James Madison também criticou a forma de democracia direta e defendeu a idéia de um governo representativo, o que ele chamaria de República. Os principais elementos de diferenciação entre uma democracia e uma República seriam: a delegação da ação governativa a um pequeno número de cidadãos eleitos pela sociedade e a capacidade dos representantes ampliarem a sua influência sobre um maior número de cidadãos e sobre uma maior extensão territorial.

A forte rejeição do termo Democracia no sentido clássico pela maioria dos pensadores antigos e modernos e a ocorrência de profundas mudanças institucionais que tornaram os Estados extremamente complexos e diferentes da realidade ateniense - como a formação dos grandes espaços territoriais - provoca uma mudança na concepção de democracia, de uma forma direta para uma representativa.

O governo por representação passou a ser visto como a única forma possível não autocrática de governo num grande Estado. A partir da concepção de governo representativo o processo de democratização se limitou à busca pelo sufrágio universal (Bobbio, 1988:151).

John Stuart Mill afirma que os eleitores não só devem eleger seus representantes, como também os eleitos devem ter liberdade para agir de acordo com suas próprias opiniões, que seriam mais corretas do que as dos eleitores. Destaca como importante requisito a deferência à superioridade intelectual (Mill, In: Governo Representativo - cap.12).

Entretanto, mesmo com a consolidação da democracia representativa, o ideal da democracia direta nunca desapareceu. Alguns pensadores consideram a forma representativa como um desvio da idéia de governo do povo, pelo povo e através do povo, como uma forma imperfeita, reduzida e ilusória de democracia (Bobbio, 1988:154).

Rousseau, por exemplo, considerava a representação como forma de dominação, de usurpação da soberania.

A partir da crítica rousseuniana ao princípio da representação, origina-se a concepção inicial de Marx sobre a democracia: *“a verdadeira Democracia implica no desaparecimento do Estado e, desse modo, o fim da separação entre o Estado e a sociedade civil”* (Bottomore, 1988:98). Marx afirmou seu compromisso com a democracia direta, ao repudiar a divisão entre governantes e governados.

No século XX, surge a idéia de complementaridade entre democracia representativa e direta, a partir da diminuição da distância entre Estado e Sociedade, possibilitando a co-gestão entre estes dois espaços.

Uma distinção de extrema relevância para o debate sobre a democracia é aquela entre democracia política e democracia social, presente na obra de Bobbio, onde a primeira é a esfera em que o indivíduo é considerado cidadão, e a segunda aquela em que este é considerado na multiplicidade de seu *status*. O processo de alargamento da democracia para o autor não se dá apenas através da integração entre democracia representativa e direta, mas também pela extensão da democratização a instituições diferentes daquelas propriamente políticas, ou seja, a esfera da sociedade em seu conjunto. Portanto, deveríamos refletir sobre a questão da democracia não somente enquanto democratização da direção política, mas também enquanto democratização da sociedade.

“Até ontem ou anteontem, quando se queria dar uma prova do desenvolvimento da democracia num dado país, tomava-se como índice a extensão dos direitos políticos, do sufrágio restrito ao sufrágio universal (...). Hoje, quem deseja ter um indicador do desenvolvimento democrático de um país deve considerar não mais o número de pessoas que têm direito de votar, mas o número de instâncias diversas daquelas tradicionalmente políticas, nas quais se exerce o direito de voto” (Bobbio, 1987:157).

De acordo com Genro (1996) a separação cada vez maior entre a sociedade formal e informal promove o surgimento de novos sujeitos sociais que exige por sua vez, novos métodos para a abordagem da luta de classes e novas experiências de gestão pública. A partir das mudanças na relação Estado-Sociedade, muda-se a concepção de reforma de Estado, que abre espaço principalmente às organizações sociais auto-organizadas pelos excluídos, ou seja, a incorporação dos novos sujeitos sociais e suas novas demandas.

“A crise do Estado estimulou o surgimento de novas formas de organização pública, por meio das quais as demandas não aceitas ou não respondidas pelos governantes estruturam-se num imenso circuito de representação pública que transcende os partidos democráticos e de esquerda e criam formas autônomas de poder e influência ao lado dos velhos sindicatos acuados pelo desemprego ‘estrutural’”(op. cit.).

As fronteiras que separam o Estado do cidadão devem ser rompidas, produzindo resultados concretos na qualidade de vida dos excluídos ao criar um novo espaço público para decisões de alcance imediato. O autor defende uma

“co-gestão pública, estatal e não estatal, por meio da qual a legitimidade da representação é permanentemente regenerada pela democratização radical das decisões, que são ‘devolvidas’ à comunidade em forma de políticas, ações governamentais” (op. cit.).

A descentralização é vista por Nuria Cunill (1991) como condição e meio favoráveis para a participação cidadã, a qual possui enormes potencialidades de democratização, que por sua vez, consiste no problema geral da rearticulação entre o Estado e a sociedade civil. Entretanto, existem fatores estruturais de ordem econômica que impõem um limite à extensão e aprofundamento da participação cidadã, cujo conceito de cidadania está fundamentado na noção de igualdade. Isto ocorre, porque a estrutura econômica dominante supõe um acesso diferenciado aos recursos e ao poder. Desta maneira, enquanto estes fatores não forem alterados, a capacidade e a necessidade de participar tenderão a ser inversamente proporcionais. Quem mais necessita participar é quem menos pode fazê-lo, dada sua inserção estrutural em condições de subordinação.

Para Silvio Caccia Bava (1994:4), a emergência de novos atores sociais e políticos a partir da década de 70, através da atuação das comunidades eclesiais de base, oposições sindicais, associações de moradores, promove uma “redefinição das relações de poder, das regras de convivência política”, tornando necessária “*a conformação de articulações que se abram ao plural, ao diverso e às identidades de cada grupo ou movimento social para que possam somar o que têm de comum nesta construção democrática*”.

Isto redefine as relações entre Estado e Sociedade civil, onde a relação do poder local com os movimentos sociais é uma questão fundamental. No plano do poder local significa retirá-lo do controle das elites e no plano dos serviços públicos trazer para mais perto da sociedade civil os espaços de decisão sobre as políticas públicas, o que gera níveis de eficiência superiores ao do passado. Este defende que é possível enfrentar os problemas locais e implementar políticas sociais que visem a melhoria da qualidade de vida através de formas criativas e de experiências inovadoras, com a participação da população na gestão municipal, obtendo-se resultados espetaculares a curto prazo.

“Não só se reconhece a capacidade da população de tomar decisões políticas e torná-las práticas sociais efetivas, mas vai-se além, atribuindo às prefeituras a responsabilidade de estimular esse tipo de participação e contribuir para o florescimento de uma nova cultura política”, o que faz com que haja a “*necessidade de imprimir transparência às ações de governo, criar mecanismos que permitam o acesso da população às informações, promover iniciativas que estimulem a organização popular e possibilitem o acompanhamento, a fiscalização dos projetos governamentais, além de criar espaços públicos plurais de formulação, negociação e decisão das políticas municipais*” (Bava, 1994:9).

Pelo fato da população não se sentir capaz de governar e não valorizar o seu saber, o que dificulta a participação, é importante a conscientização da população de que todos são autores da história e que o cidadão é o titular do poder público, passando a perceber-se como executor e desfrutador das políticas públicas.

A importância do poder local se dá na medida em que possibilite maior controle sobre a administração pública através de instituições municipais, um projeto social orientado para o impacto e um aumento da eficácia das políticas públicas a partir da atenção às demandas da população.

“nestes tempos em que o apartheid social já é uma realidade, estamos diante do desafio de resgatar valores como igualdade, justiça e liberdade” (Telles, 1994:45).

2- Descentralização da Saúde no Brasil

Principalmente a partir da Constituição de 1988, o Brasil vem vivendo um significativo processo de descentralização político-administrativa. Ampliando a participação dos Estados e Municípios no orçamento nacional, a nova Carta dotou essas esferas governamentais de recursos materiais para o exercício de atribuições e encargos adicionais.

Ocorrendo no âmbito de uma reforma do Estado de cunho democratizante, em reação ao hipercentralismo promovido pelo regime autoritário iniciado em 1964, tal redistribuição de recursos, atribuições e encargos, por suposto, deveria produzir um novo padrão de relações intergovernamentais, com um deslocamento de poder em favor da esfera municipal, assim como um novo padrão de relações entre o Estado e a sociedade, com um deslocamento de poder em direção aos diversos grupos de interesse vigentes na arena societal.

A Saúde foi a área de política social em que o modelo descentralizador foi mais amplo e radicalmente aplicado. O Sistema Único de Saúde - SUS é hoje dotado de um formidável arcabouço jurídico-normativo, que lhe define uma arquitetura institucional bastante consistente e adequada tanto à idéia da centralidade do município no funcionamento do sistema, quanto à idéia de sua permeabilidade às demandas sociais.

A produção acadêmica a respeito do tema tem se restringido a estudos processuais sobre a descentralização administrativa, em geral confirmando a significativa transferência de recursos e atribuições ocorrida em direção à esfera municipal, mas pouco se ocupando das eventuais transformações ocorridas na cultura e no aparelho administrativo municipal, assim como de sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde local.

A revisão das experiências de reforma do Estado em diversos países revelou a presença, em quase todas as agendas, da proposta da descentralização como caminho para a melhoria de desempenho das políticas públicas. Podem ser, entretanto, identificados dois grandes padrões de mudança, a nível dos governos locais. Um, **privatizante**, onde o melhor desempenho é entendido como aumento da eficiência na prestação de serviços, o que é buscado através da transferência de funções públicas a terceiros e da adoção de mecanismos de mercado. Outro, **publicizante**, onde o melhor desempenho é entendido também como um incremento da sensibilidade do governo em detectar e agir conforme as demandas da sociedade, o que é buscado através da instituição de novos mecanismos de interlocução e do aprimoramento da relação entre Estado e Sociedade, ou seja, pela maior influência da população organizada na elaboração e no controle de políticas públicas.

A municipalização da saúde no Brasil, embora inspirada no modelo publicizante, tem seu impacto sobre o poder local relativizado, tanto pelos antecedentes patrimonialistas da história política do município brasileiro, quanto pelo eventual predomínio do modelo privatizante na reforma do Estado a nível da União.

Assim, considerando a envergadura do processo em curso e o caráter paradigmático que a área de saúde vem assumindo junto às outras políticas sociais quanto ao modelo descentralizado de gestão, impõe-se uma investigação que dê conta de dimensionar e qualificar as reações e adaptações da esfera municipal às novas responsabilidades gestoras, cotejando-as com as prescrições e expectativas do SUS e analisando-as nos marcos do processo de reforma do Estado e da construção da democracia local no Brasil.

3- A pesquisa: *Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil*

No período de setembro de 1996 a abril de 1997, foi realizada a Pesquisa ***Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil***, com o objetivo de estudar as mudanças ocorridas na configuração e no modo de funcionamento do sistema de poder municipal, a partir da descentralização das ações e serviços de saúde, caracterizando-as quanto ao seu eventual caráter democratizante. Partiu-se da hipótese de que a descentralização levaria a uma democratização da esfera local de governo, na medida em que, através de alterações provocadas no **perfil do gestor** e no **processo de gestão**, poderia estar induzindo

modificações na composição e na direcionalidade do poder local, ampliando assim a gama de interesses sociais atendidos pelo sistema municipal de saúde.

Assumindo esses dois focos de análise - o perfil do gestor e o processo de gestão - foi concebido um modelo de análise assentado em dois conceitos ou categorias centrais: a diversificação e a inovação. A categoria **diversificação** foi utilizada para qualificar as alterações no perfil do gestor - aqui entendido como o mandatário do poder governamental local na área da saúde - expressas pelas alterações na acessibilidade do cargo a setores socialmente mais amplos da população, assim como as alterações nos aspectos culturais, técnicos e cognitivos de seus ocupantes. A verificação da ampliação desse espectro confirmaria uma tendência democratizante.

A **inovação** foi utilizada para qualificar as mudanças de desenho institucional, assim como de dinâmica de funcionamento, eventualmente ocorridas no processo de gestão, que possam ser expressivas de um alargamento da gama de interesses sociais contemplados, seja no seu funcionamento, seja nos seus resultados. A ocorrência de inovações assim entendidas denotaria um caráter democratizante na gestão e portanto no poder local. Para fins de melhor caracterizar a natureza e o conteúdo da inovação, o processo de gestão foi decomposto em três dimensões: *social, gerencial e assistencial*.

Por **dimensão social** entende-se a relação estabelecida entre a gestão municipal e diferentes setores da sociedade. Destacam-se nesta discussão, a capacidade que a sociedade apresenta de controle social, tanto na definição de prioridades quanto na transformação de tais prioridades em fatos de política pública, através da alocação de recursos. Também faz parte desta dimensão a responsabilidade social dos gestores, expressa pela prestação de contas de suas ações à sociedade. Finalmente, encontrou-se a comunicação estabelecida entre gestores e sociedade, como elemento fundamental na democratização da gestão pública.

Quanto à **dimensão gerencial**, ela diz respeito à introdução e/ou manutenção de processos administrativos identificados como inovadores na gestão municipal de saúde, sendo freqüentemente recomendados pelos organismos formuladores das políticas do setor. Incluem-se neste caso, aspectos relativos ao aumento da eficiência da gestão potencializada pela utilização de recursos externos à secretaria (como parcerias, consórcios, etc.) e aspectos relativos à valorização da dimensão técnica da gestão (assessorias, etc.). Foram também considerados os aspectos relativos à captação da demanda pelo gestor municipal e sua transformação em parâmetros para redirecionar a política de saúde.

A **dimensão assistencial** engloba diferentes ações e/ou programas que estão direcionados para aquilo que se convencionou chamar “a ponta da linha”, ou seja, instrumentos gerenciais que visam alterar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde. Dentre eles destacam-se ações voltadas para a racionalização dos recursos (como centrais de marcação de consulta ou de ambulância, fichas de referência, etc.). Também incluem-se nesta dimensão ações que visam alteração do modelo de atenção à saúde, com ênfase na prevenção e desospitalização.

Metodologia

Tomando como unidade de análise o Secretário Municipal de Saúde, e assumindo-o como fonte de informação principal da pesquisa, foi construído um modelo analítico e, a partir dele, o instrumento e a estratégia de coleta de dados. Para a operacionalização desse modelo, foram definidos atributos para cada um dos dois focos de análise - o gestor e a gestão. Para analisar o gestor foi investigado seu perfil sócio-econômico e profissional, sua trajetória política e vida pública e sua relação com o cargo. Para analisar a gestão municipal de saúde tomou-se como parâmetro a capacidade percebida pelos Secretários de introduzir diferentes tipos de inovação nas dimensões social, gerencial e assistencial.

Na **dimensão social** foram considerados os aspectos relacionados ao controle social, prestação de contas, permeabilidade a demandas da sociedade, fornecimento de informações. Na **dimensão gerencial** os aspectos estudados foram relativos à racionalização e aumento da eficiência: parcerias institucionais, consórcios, convênios, mecanismos de flexibilização da gestão. E, finalmente, a **dimensão assistencial** englobou as inovações ocorridas nas ações e/ou programas visando melhorar a qualidade e os resultados da atenção à saúde. Foram considerados também aspectos relacionados a percepção do Secretário. Para cada atributo foi selecionado um conjunto de variáveis, de modo a orientar a investigação empírica.

A versão final do questionário, com 55 questões, em sua maioria fechadas, foi então enviada por correio aos 4973 municípios brasileiros. O índice de retorno dos questionários foi surpreendentemente alto, somando 28,6 % do universo. Em todas as Grandes Regiões do país o índice foi superior a 15%, sendo que na Região Sul alcançou 40,5%. Já quanto ao tamanho dos municípios, o retorno em todas as faixas foi expressivo, sendo sempre superior a 25%.

Para fins de cruzamento com as informações provenientes dos questionários, foram levantados dados de base municipal originados em fontes secundárias. Assim, junto ao IBGE, foram colhidas informações demográficas, sócio-econômicas e assistenciais relativas ao universo dos municípios. Junto ao Ministério da Saúde, foram obtidas informações quanto ao estágio de municipalização de cada um deles.

As respostas a cada pergunta foram tabuladas considerando inicialmente o universo dos municípios, em seguida agrupando-os segundo classes de tamanho de população e finalmente segundo sua localização nas Grandes Regiões do país.

Foram selecionados alguns itens do questionários que, segundo análise baseada na literatura e nos documentos de formulação da política de saúde, seriam considerados indicadores de uma gestão inovadora. Estes itens encontravam-se distribuídos em quase todas as questões relativas à percepção da gestão municipal em saúde e foram agrupados em 03 (três) blocos similares, de acordo com a dimensão do processo de gestão em saúde que estava sendo enfocada, dimensão social, gerencial ou assistencial.

Assim sendo, a inovação na gestão municipal passou a ser estudada a partir do escore total alcançado em cada questionário pelas respostas dadas aos quesitos considerados na formulação do Índice geral de Inovação que inclui o somatório dos itens relativos às 03 (três) dimensões de inovação analisadas.

A fim de analisar as diferenças na dispersão da inovação entre os municípios, decidiu-se pela diferenciação de dois grupos polares, nomeados os **mais** e os **menos** inovadores. Assim, foram separados o primeiro e o último quintil na distribuição dos escores relativos à inovação, ou seja, respectivamente, os 20% que obtiveram a maior e a menor pontuação no índice geral de inovação. No primeiro quintil, dos mais inovadores, encontramos 279 Secretários enquanto o último quintil, dos menos inovadores, contava com 292 Secretários.

Ainda que tenha sido considerado que a inovação não seja uma variável dicotômica mas ao contrário, que ela se distribui ao longo de um *continuum* de múltiplas dimensões, o recurso à polarização foi utilizado para melhor identificar os fatores diferenciadores.

A análise dos dois grupos polares pretendeu fornecer uma melhor compreensão dos fatores que se associam, seja como facilitadores, seja como obstaculizadores, à gestão inovadora e como se comportam as três dimensões da inovação em análise, quando consideradas em relação ao grupo de Secretários mais e menos inovadores.

O perfil dos Secretários Municipais de Saúde

1 - Perfil sócio econômico

A maioria dos Secretários (68,5%) tem idade entre 30 e 50 anos, sendo mais jovens nos menores municípios e na região Nordeste. Dentre eles há uma forte presença feminina que, nacionalmente, responde por 39,7% dos cargos. Observa-se ainda uma significativa

predominância de brancos (84,2%), sendo que apenas na Região Norte há um percentual importante de pardos (42,3%).

A grande maioria dos Secretários nasceu em município distinto daquele em que exerce o cargo (67,5%), tendo lá chegado há mais de cinco anos, o que revela um grau acima da média de mobilidade social intermunicipal. Já a mobilidade social vertical é atestada pelo fato de que cerca de 70 % dos Secretários provém de famílias com instrução menor que o 2º. grau, tendo então ascendido socialmente para alcançar a situação atual. A expressiva maioria reside no município onde exerce o cargo (82,3%), mostrando um processo de enraizamento de quadros qualificados nesses municípios que, então, já se comportam com auto-suficiência para o provimento dessas funções. Desses, somente 15,9% lá chegou nos últimos cinco anos, mostrando também que o estabelecimento dos Secretários no local é mais antigo e não se deu especificamente para o exercício do cargo.

Nacionalmente, a faixa salarial dos Secretários mais freqüente é entre 5 e 10 salários mínimos (38,2%), aumentando conforme o tamanho da população. Nos municípios com mais de 200 mil habitantes, a maior parte dos Secretários ganha mais de 20 salários mínimos (67,6%). A grande maioria (75,4%) possui outra fonte de renda, o que é ainda mais freqüente nos municípios maiores e também na Região Nordeste (85,8%).

2 - Perfil profissional

A maioria expressiva dos Secretários tem, no mínimo, o nível superior completo (73%). Somando esse percentual com o dos Secretários que concluíram o segundo grau, atinge-se o índice de 93,9%. Entre aqueles que têm curso superior completo, 72,5% vem da área biológica-médica, sendo que 42,7% são formados em medicina.

Considerando o conjunto dos Secretários, independente da formação, verifica-se que a maioria é originária da área de saúde (64,5%), sendo que aproximadamente metade é constituída por médicos (31,2%). A maioria fez curso de capacitação específica para o exercício do cargo (55,9%), sendo as áreas mais freqüentes: saúde pública, recursos humanos e planejamento.

Aproximadamente um quinto dos Secretários (20,5%) informa não ter trabalhado na área de saúde antes de assumir o cargo, sendo que esse percentual é bem maior nos menores municípios. Quase a metade dos Secretários (43,2%) nunca tinha exercido função de direção no setor público, sendo que a maior parte deles ocupa o cargo pela primeira vez (83,4%). A maioria (67,7%) foi recrutada entre funcionários da esfera pública.

3 - Trajetória política e vida pública

A maioria dos Secretários (83,0%) apresentam alto grau de atividade associativa. Esse percentual aumenta na Região Sul e conforme o tamanho do município. As associações profissionais são as mais citadas (43,7%), seguidas dos clubes (41,6%). Pode ser considerado significativo o número de filiados a sindicatos (24,5%). É interessante destacar o fato de que o número de Secretários com atividade associativa é maior do que o número de filiados a algum partido político (62,3%). Entretanto, se consideradas as filiações passadas o percentual de filiados a partido político atinge 68,3%.

A grande maioria dos Secretários (77,8%) nunca se candidatou a cargo político, sendo que o percentual aumenta (85,8%) quando verifica-se aqueles que jamais exerceram mandato político-eleitoral.

Nos últimos dez anos, a enorme maioria dos Secretários (94,1%) participou de algum evento político na área da saúde. A participação foi maior nos encontros de caráter municipal e estadual, naturalmente, sendo que os mais concorridos foram os Encontros Regionais de Secretários, seguidos das Conferências Municipais e das Conferências Estaduais, revelando intenso engajamento dos Secretários nos debates setoriais de âmbito regional. É também surpreendente a participação no circuito nacional de reuniões, sendo que o tipo de evento mais freqüentado foi o Encontro Nacional de Secretários Municipais, freqüentados por um em cada

quatro Secretários. A participação nas Conferências Nacionais é visivelmente crescente, conforme se verifica pelos índices de presença na VIII CNS (5,1%), na IX CNS (8,6%) e na X CNS (12,1%).

A maioria dos Secretários mantém relações com entidades representativas de Secretários de Saúde, o que revela importante penetração e representatividade dessas entidades. A participação ocorre com mais frequência nos municípios maiores.

4 - Relação com o cargo

A maior parte dos Secretários deseja continuar na área pública, porém sem função de direção (34,2%), assim como (19,2%) quer se dedicar exclusivamente à área privada. Continuar na área pública em função de direção é expectativa de um número pequeno de Secretários. O percentual de Secretários que afirmam querer assumir cargo eletivo é mínimo (2,5%), confirmando o pouco interesse na área de representação política com mandato.

A gestão dos Secretários Municipais de Saúde

1 - Dimensão social

Os prefeitos foram considerados o grupo com maior peso na definição do orçamento, com o índice de 93,2%, obtido através da soma das atribuições de grande e média influência. Seguem os Secretários Municipais de saúde (57,2%), outros Secretários municipais (49,0%), os políticos locais (46,8%), os Conselhos de Saúde (36,4%) e, finalmente, os consultores externos (16,9%). Vê-se que, para a maioria dos Secretários, o processo de elaboração do orçamento é uma responsabilidade do Prefeito e de seus Secretários, ou seja, do Poder Executivo, com baixa ingerência do Poder Legislativo e da sociedade, embora ambos, cada um de uma forma, tenham atribuições legais nessa área.

Os critérios ou procedimentos mais utilizados para o estabelecimento de prioridades na saúde foram: demanda espontânea (69,5%), proposta dos Conselhos (62,7%) e parecer do corpo técnico (49,2%). A demanda espontânea, procedimento não estruturado e tradicionalmente utilizado pelos políticos locais, revela-se como uma importante via de acesso da população ao poder. O grande peso dos Conselhos revela a importância crescente de um processo mais estruturado de apresentação e processamento de demandas, fato certamente inovador no cenário local brasileiro. O parecer do corpo técnico, em tese um critério concorrente com a demanda espontânea e principalmente com as solicitações de políticos locais, destaca-se como um critério emergente, sugerindo não uma substituição da política pela técnica, mas uma tecnificação da política, ou um aumento da mediação técnica nas relações políticas, o que pode significar um caminho modernizante de superação do patrimonialismo, fenômeno talvez expresso pelo pequeno percentual de solicitações de políticos locais como critério (24,0%). O fato das sugestões de outras esferas de governo aparecerem com uma baixa frequência (34,1%) pode significar que as áreas federal e estadual tenham perdido terreno na definição das políticas locais em saúde, expressando uma nova relação entre as esferas.

Tomando os critérios isoladamente, os Conselhos de Saúde foram considerados por 35,2% dos Secretários o mais importante procedimento para definição de prioridades, sendo o que atingiu mais alto percentual. É seguido pela demanda espontânea (26,6%) e pelo parecer do corpo técnico (20,5%).

Os Secretários prestam contas de sua gestão ao Prefeito (65,5%) e aos Conselhos de Saúde (64,3%). De forma muito menos frequente, remetem-se à Câmara de Vereadores (26,2%). Somente 6,6% dos Secretários respondeu não prestar contas a ninguém, o que revela um grau razoável de compromisso público do conjunto dos Secretários. O mecanismo mais utilizado para prestação de contas de seus gastos tem sido o balancete periódico (75,0%), forma tradicional e obrigatória de prestação de contas. Quase um décimo dos Secretários (9,8%) utiliza meios de comunicação de massa.

As informações regularmente oferecidas à população através dos meios de comunicação disponíveis são, em sua maioria, relativas à divulgação de ações e campanhas (85%) e ao funcionamento de serviços (58,4%). Informações específicas para Conselhos de Saúde ou semelhante são fornecidas por 39,1% dos Secretários, enquanto informações relativas a desempenho ou resultado de gestão são disponibilizadas por 18,6%. É de se notar que as duas últimas modalidades representam uma postura inovadora entre os Secretários.

As forças sociais de oposição mais identificadas foram a Câmara de Vereadores (23,5%), os prestadores privados (20,7%) e os profissionais de saúde (16,9%). No primeiro caso, evidencia-se um razoável distanciamento entre os poderes executivo e legislativo, sendo este identificado como barreira ao primeiro. Nos dois outros casos, parece ocorrer conflito com interesses específicos desses grupos. Esses três grupos são os que hoje representam conflito real ou potencial com a gestão da saúde hoje.

Quanto ao apoio à gestão, os Secretários identificaram o Conselho Municipal de Saúde como a força social mais importante (75,2%), seguida dos profissionais de saúde (58,8%). A partir daí, praticamente todos os grupos sugeridos na pergunta foram citados em altos percentuais: outros Secretários (48,6%), servidores públicos (44,0%), associações comunitárias (40,4%) e Câmara de Vereadores (38,4%).

2 - Dimensão gerencial

Os instrumentos ou mecanismos mais utilizados para receber informações ou demandas da população são o Conselho Municipal de Saúde (74,6%) e ficha ou formulário de avaliação/sugestões pelo usuário (23,4%). Esses mecanismos, além da ouvidoria oficializada (5,7%) e do serviço tipo disque-denúncia (4,6%) são indicadores de inovação na gestão. A pesquisa de opinião teve 17,6% das respostas, e 8,3% afirmaram não utilizar nenhum mecanismo para a aferição das demandas.

Quanto ao desdobramento das demandas e denúncias recebidas, a maioria dos Secretários apontou mudanças no funcionamento dos serviços (59,8%) seguida da criação de novos serviços (52,5%). Também em número significativo, os Secretários apontaram desdobramentos especialmente inovadores, como a utilização das informações para punição ou remanejamento de funcionários (34%) e para a avaliação da gestão (28,8%). Desse modo, é bastante elevada a proporção de Secretários que dá andamento e consequência às informações recebidas, já que apenas 12,2% revelou não adotar essa prática.

A principal fonte de apoio técnico aos Secretários é, de longe, o governo estadual (73,0%), apontado com quase o dobro de frequência da Comissão Bipartite (38,7%) e do COSEMS (37,5%). O governo federal aparece menos (24,2%), sendo as outras fontes pouco expressivas. É de se registrar o enorme predomínio da relação municipal com o governo estadual, como espaços de cooperação técnica, revelando um alto grau de autonomia em relação tanto à esfera federal, quanto a outros centros de saber e difusão técnica.

As modalidades de parceria mais assinaladas pelos Secretários foram os programas com outros setores do governo municipal (45,2%), seguidos pela co-gestão com o governo estadual (38,7%) e pelos consórcios intermunicipais (29,3%). A alta frequência de parcerias intramunicipais mantém-se em todos os tamanhos de município e desmente a impressão de isolamento atribuída ao setor saúde perante outros setores governamentais.

As modalidades de flexibilização mais apontadas foram o pagamento além da tabela do SUS (33,8%), a terceirização de serviços assistenciais (25,8%) e o pagamento de adicionais por desempenho (23,8%). Chama a atenção o fato de que 27,4% dos Secretários não responderam a essa questão, o que pode ter ocorrido por não utilizarem nenhuma dessas novas formas de pagamento além das tradicionais.

3 - Dimensão assistencial

Entre as ações e programas adotados nas Secretarias é importante ressaltar as frequências das práticas consideradas inovadoras: Cadastramento por base geo-referenciada

(18,2%), Central de ambulância (47,7%), Central de informações (19,5%), Central de internações (21,7%), Central de marcação de consultas (48,1%), Desospitalização da saúde mental (18,8%), Internação domiciliar (8,5%). As maiores frequências, entretanto foram: Vigilância sanitária (72,9%) e epidemiológica (74,7%). A frequência do Agente Comunitário de Saúde (54,5%) pode ser explicada por se tratar de um programa de nível federal.

4 - Percepção dos secretários

Embora a maioria dos prefeitos que venceram as eleições sejam da oposição (51,8%), os Secretários consideram, em alto percentual (74,1%), que seus programas e diretrizes terão continuidade. A percepção de estabilidade da política de saúde, mesmo com a rotatividade dos dirigentes, parece indicar que já tenha ocorrido um processo de institucionalização que garanta sua estabilidade.

Inovação em saúde: dimensões e dinâmica

Em relação à inovação que cada dimensão descrita tem dinâmica própria, sendo mais freqüente a ocorrência de gestões inovadoras quanto à dimensão social, do que quanto às dimensões gerencial e assistencial. A maioria dos Secretários mais inovadores preenchem mais de 60% dos quesitos relativos à inovação na dimensão social, enquanto com relação à dimensão assistencial a maioria alcançou apenas 30 a 40% do máximo de pontuação.

Não parece haver uma sobrevalorização da dimensão social, mas uma débil orientação para mudanças gerenciais e assistenciais. O processo de descentralização, em sua fase inicial, deu forte ênfase aos instrumentos de participação democrática, e só recentemente tem se ocupado dos aspectos gerenciais e assistenciais. As conseqüências deste desequilíbrio indicam que as mudanças sociais não estão sendo acompanhadas no mesmo ritmo pelas mudanças que garantem maior eficácia, qualidade e melhorias da atenção. A não reversão desta situação poderia levar ao desencanto com a democratização da saúde por parte da população, na medida em que ela não implica numa maior qualidade da atenção prestada.

Ao lado do desencanto da cidadania, também pode ocorrer um descrédito por parte das autoridades com relação ao processo de descentralização, já que este não leva, imediatamente, à utilização mais racional dos recursos. Neste caso, tentativas de rescentralização sempre poderão ameaçar o processo.

Distribuição da inovação pelos municípios

As gestões inovadoras aparecem com maior freqüência conforme aumenta o tamanho do município. Na pesquisa, a maioria dos municípios entre 5 mil e 20 mil habitantes ficou no grupo dos menos inovadores (52,7%), enquanto que os mais inovadores concentraram-se nos municípios com a mesma faixa entre 5 a 20 mil habitantes (35,5%). Quanto à localização geográfica, os municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste apresentaram-se predominantemente menos inovadores, enquanto a maioria dos municípios das regiões Sul e Sudeste situa-se no grupo mais inovador.

Os dois grupos apresentam diferenças de perfil, por exemplo:

Quanto ao grau de instrução dos pais, os Secretários mais inovadores são oriundos de famílias com grau de instrução mais elevado (19,7% com curso superior) do que os menos inovadores (13,3% com curso superior).

Quanto ao nível salarial, o grupo dos mais inovadores apresenta remuneração mais alta, com um percentual 55,6% de acima de 10 (dez) salários mínimos, enquanto que os menos inovadores estão concentrados abaixo da faixa dos 10 (dez) salários mínimos (69,5%).

O grupo dos mais inovadores teve formação específica para exercer o papel de dirigente predominantemente em saúde pública (47,7%), planejamento (34,8%) e recursos humanos (33,7%), ainda que 25,4% deste grupo não tiveram qualquer formação específica para ocupar o cargo. O número de Secretários que não tiveram capacitação específica entre os menos inovadores é extremamente elevado, alcançando 53,8% do total.

Os Secretários mais inovadores são os mais participativos, além da política partidária, em outras associações em geral. Além disso, a participação em associações profissionais (68,3% X 24,3%) e sindicatos (35,8% X 16,8%) claramente diferencia os dois grupos, expressando maioria significativa da participação dos mais inovadores.

Os mais inovadores declaram um maior número de vinculações a partidos políticos (68,8% X 58,6%). Estas vinculações se distribuem majoritariamente entre os grandes partidos nacionais (PFL, PMDB, PPB, PSDB, PT e PTB) indistintamente entre os grupos dos mais e menos inovadores. Os partidos cuja orientação situa-se mais a esquerda no espectro político, como o PDT e o PT, distinguem-se por agregar maior número de inovadores (16,1% X 5,3%). Os partidos de orientação mais conservadora, como o PPB e PTB agregam maior número de Secretários do grupo dos menos inovadores (14,6% X 25,6%). Já os partidos governistas e/ou sem identidade ideológica clara, como o PMDB, PFL e PSDB agrupam quase que indistintamente membros dos dois grupos (56,3% X 57,8%)

No grupo dos mais inovadores, encontra-se maior número de Secretários com experiência anterior como parlamentar (11,5% X 6,5% vereador e deputado), o que poderia sugerir que as Assembléias sejam lugares privilegiados para aprendizagem sobre a gestão.

Também nos eventos setoriais é claramente diferenciada a participação dos Secretários deste grupo, mesmo em eventos de participação quase que compulsória para o Secretário, como as Conferências Municipais (91% X 54,8%) e Estaduais (77,8% X 39%) de Saúde. No caso de eventos de caráter nacional, como as Conferências Nacionais de Saúde (47,6% X 14%) e os Encontros Nacionais de Secretários de Saúde (43,4% X 13,7%) a diferença de participação é marcante em favor dos mais inovadores. A associação entre participação em eventos e inovação não autoriza estabelecer relações causais, no entanto, pode-se sugerir que, em tais eventos, Secretários inovadores encontrem espaço para troca de experiências, reforço de identidades e reafirmação da linha de gestão inovadora.

A participação em entidades representativas de Secretários de Saúde é claramente associada à inovação na gestão. O grupo mais inovador não apenas está associado a estas entidades, mas também assume funções diretivas (24,7% X 7,5%) e conselheiras (34,4% X 10,6%). Assim, pode-se afirmar que a identificação com a entidade é um fator significativo na construção de identidade do grupo mais inovador

Enquanto os menos inovadores identificam que os principais motivos de sua indicação foram, na ordem, confiança pessoal (67,1%), experiência administrativa (34,6%) e indicação política (33,6%); os mais inovadores ordenaram, os seguintes motivos de sua indicação: confiança pessoal (58,4%), experiência técnica (41,9%), experiência administrativa (39,4%), capacidade de liderança (34,1%). Apesar dos dois grupos polares terem identificado, em sua maioria, a confiança pessoal como principal motivo de sua designação, os dados parecem sugerir um padrão distinto entre os dois grupos: enquanto o Secretário mais inovador valoriza principalmente sua capacidade técnica e de liderança, o menos inovador enfatiza a lealdade política.

Os Secretários mais inovadores têm gestões mais técnicas, portanto, valorizando mais o seu corpo técnico no estabelecimento de prioridades (67,0%). A importância dada ao Conselho é completamente diferente nos dois grupos. Enquanto 84,2% dos Secretários mais inovadores declaram que definem prioridades levando em conta as propostas do Conselho de Saúde, este percentual cai para 34,2% entre os menos inovadores. A demanda espontânea segue sendo um canal importante da população levar suas necessidades à arena decisória, tendo 60,2% dos mais inovadores e 70,5% dos menos inovadores declarado utilizar este mecanismo para a definição de prioridades. A solicitação de políticos locais é percebida com peso diferente entre os dois grupos (12,5% nos mais inovadores e 39,4% nos menos inovadores), enquanto a sugestão de outras esferas não diferencia os dois grupos (38,7% e 28,1%, respectivamente).

Enquanto os mais inovadores valorizam mais as propostas emanadas do Conselho Municipal de Saúde ou das Conferências de Saúde (49,5% declarou ser o critério mais importante) e os pareceres técnicos (27,2%), os menos inovadores valorizam prioritariamente a demanda espontânea (35,6%), em relação aos demais critérios que não alcançam os 20%. Importante notar que a não valorização da demanda espontânea como critério de definição de prioridades pelo grupo de mais inovadores não invalida a real importância deste critério em suas gestões.

Além dos Secretários mais inovadores prestarem mais contas, usam mais mecanismos para tal. Todos os veículos foram mais assinalados pelos Secretários mais inovadores do que pelos menos inovadores, sendo o balancete periódico o mais utilizado em ambos os grupos (88,9% nos mais inovadores e 52,4% nos menos inovadores). A porcentagem de Secretários que não utiliza qualquer mecanismo para prestar contas é bem maior entre os menos inovadores (32,9%) do que entre os mais inovadores (0,4%).

O grupo dos Secretários mais inovadores oferece mais informações de todo o tipo à sociedade, o que mais uma vez demonstra que a dimensão de *accountability* está mais introjetada neste grupo. Os menos inovadores, quando oferecem informações à população, restringem-nas às de divulgação de ações de campanhas (69,5%). Além das informações sobre ações de campanhas (95,3%), os mais inovadores dão informações também sobre funcionamento de serviços (80,3%), informações específicas (68,1%) e resultados de gestão (43,0%).

Entre os mais e menos inovadores existe um diferencial de 58,7% na utilização do Conselho Municipal de Saúde como instrumento para obtenção de informações ou demandas da população do que os menos inovadores. Outros mecanismos, especialmente fichas de avaliação (47,3% X 6,5%) e pesquisa de opinião (24,4% X 7,9%), além de ouvidoria (11,5% X 1,4%) e disque-denúncia (12,2% X 1,4%), começam a ser usados entre os mais inovadores e praticamente inexistem no grupo dos menos inovadores.

A Câmara de Vereadores é a oposição legítima e claramente identificada, com igual peso, pelos dois grupos (22,9% entre os mais inovadores e 22,6% entre os menos inovadores). Já o grupo dos inovadores identifica sofrer forte oposição dos prestadores privados de saúde (33,7%), seguidos dos profissionais de saúde (20,1%). O número de Secretários que não respondeu a esta questão é bastante elevado nos dois grupos, sendo bem maior no grupo dos menos inovadores (23,3% nos mais inovadores e 42,5% nos menos inovadores).

Os menos inovadores têm como sua principal base de apoio político os profissionais de saúde (51,0%), seguidos pelo Conselho Municipal de Saúde (50,7%) e pelos servidores públicos (31,8%). Os mais inovadores percebem como sua principal base de apoio o Conselho Municipal de Saúde (88,2%), as outras secretarias (67,0%) e os profissionais de saúde (59,1%). O fato de ambos os grupos buscarem apoio no Conselho Municipal de Saúde e nos profissionais, evidencia a importância destes atores políticos na gestão municipal.

O grupo dos mais inovadores parece buscar mais apoio técnico, em todas as áreas, destacando-se o apoio que este grupo tem recebido por parte da Comissão Bipartite (60,9% X 18,2%), COSEMS (65,2% X 12,7%) e Universidade (36,9% X 1%), indicando uma atuação discricionária destas entidades no apoio e incentivo às experiências de gestão mais inovadoras.

O grupo dos mais inovadores distingue-se por implementar ações em parcerias com diferentes organismos governamentais e não governamentais, em número muito mais elevado, do que os menos inovadores. No caso dos mais inovadores há uma busca de parcerias não convencionais (convencionais seriam no caso do governo estadual e federal), estabelecendo várias articulações com ONGs (44,8% X 2,4%), Igreja (36,6% X 8,6%), Institutos de Pesquisa (43,7% X 28,4%), etc.

Os Secretários mais inovadores apresentam percentuais muito mais elevados no que concerne à implementação de ações e programas do que os menos inovadores. Em todas as

ações propostas, estes obtiveram percentuais maiores do que os menos inovadores, mostrando-se, desta maneira, mais ativos. Em ambos os grupos a ação mais assinalada foi vigilância epidemiológica (88,9% nos mais inovadores e 56,8% nos menos inovadores), seguida de vigilância sanitária (88,2% nos mais inovadores e 52,7% nos menos inovadores). Após estas ações, as mais adotadas pelos Secretários mais inovadores foram: controle de endemias (70,6%) e central de ambulância (70,6%), acompanhamento domiciliar (69,9%) e cartão do usuário (66,7%). Entre os menos inovadores, as ações mais adotadas, depois de vigilância epidemiológica e sanitária, foram: agente comunitário de saúde (44,2%), cartão do usuário (41,1%) e controle de endemias (40,4%). As ações menos adotadas entre os Secretários mais inovadores foram: colegiados de gestão (19,0%), seguida de distrito sanitário (19,4%) e internação domiciliar (20,1%). No grupo dos menos inovadores as ações menos adotadas foram as mesmas que a dos mais inovadoras, dispostas na seguinte ordem: colegiados de gestão (0,3%), internação familiar (2,4%) e distrito sanitário (3,1%) .

Conclusão

A necessidade de reformar democraticamente o Estado, a partir de um modelo de baseado na idéia de co-gestão pública em um processo articulado de democracia representativa e participação direta, pressupõe uma reformulação da relação Estado/Sociedade.

O setor saúde vem passando por uma intensa descentralização acompanhada de uma democratização não só a partir da proliferação de fóruns com participação da sociedade, mas também da mudança no enfoque da Saúde, que passa a ser vista como direito universal.

O presente estudo possibilitou, dentre outras coisas, suprir a carência de informações a respeito do perfil e da gestão propriamente dita dos Secretários Municipais de Saúde. Desta forma poderá orientar a atuação de outros dirigentes municipais e contribuir para retratar a situação da gestão pública da saúde neste contexto de Reforma do Estado, particularmente da experiência de descentralização.

Os resultados acima mencionados poderão ser utilizados como um banco de dados por policy makers da saúde como uma avaliação dos resultados do processo de descentralização, o que permitirá rever o curso deste processo em relação àqueles aspectos que sejam analisados como insatisfatórios e fortalecer aqueles desejáveis.

Podendo também ser utilizados pelo CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, e outras instituições similares, para desenvolver ações específicas - treinamentos, difusão de experiências etc. - que decorram da análise dos resultados encontrados.

Os Conselhos de Saúde, por outro lado, terão à sua disposição um mapa da participação no setor, e, mais do que isto, a possibilidade de identificar alguns dos fatores determinantes tanto da participação quanto do modelo de atenção à saúde implementado em cada local.

As experiências inovadoras na área de saúde quiçá poderão impactar a gestão de dirigentes de outras secretarias.

Além disso, construiu uma metodologia específica, até então inexistente, que poderá vir a ser utilizada por outros pesquisadores da área de Administração Pública e também na avaliação de Políticas Públicas.

Bibliografia

- ABRANCHES, Sérgio Henrique. Nem Cidadãos, nem Seres Livres: O Dilema Político do Indivíduo na Ordem Liberal-Democrática. In: **DADOS**, vol. 28, N.1, Rio de Janeiro, 1985, p.5-24.
- BAVA, Silvio Caccia, **Democracia e Poder Local, Polis**, Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 1994, nº 14, p. 3-9.

- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 6a. Ed., Vol. 1 e 2. Brasília: Universidade de Brasília, 1994.
- BOBBIO, Norberto, **Estado, Governo e Sociedade**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
- _____. **O Futuro da Democracia - uma defesa das regras do jogo**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- _____. **A Teoria das Formas de Governo**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1980.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. **Controle social em saúde: aparato regulatório e práticas emancipatórias**. mimeo., p.1-12.
- _____. **Conselhos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995, 136p.
- CROIZET, A. A Cidadania na Grécia. In: CROIZET, A. e FIGUEIREDO, G. A. **A Cidadania na Grécia e em Roma**. Brasília, Fundação Projeto Rondon, 1988 (Leituras sobre Cidadania; v.2).
- CUNILL, Nuria. **Participacion ciudadana**. Caracas: CLAD, 1991.
- DANIEL, Celso. Gestão Local e Participação da Sociedade. In: VILLAS-BÔAS, Renata (org.). **Participação popular nos governos locais**. São Paulo, PÓLIS, 1994, p. 21-41.
- FINLEY, Moses I. **Democracia Antiga e Moderna**. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
- FISCHER, Tânia (org.). Gestão contemporânea, cidades estratégicas: aprendendo com fragmentos e reconfigurações do local. In: **Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais**. 1a.ed. Rio de Janeiro: FGV, 1996, 208p, p.13-24.
- _____. Poder Local: Um Tema em Análise em **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, N. 4, V. 26, out-dez, 1992, p.p 105-113.
- FLEURY, Sônia. **Políticas sociais em América Latina: presente y futuro**. Ponencia presentada en las Jornadas “El futuro del Estado de Bienestar” promovidas por la Escuela de Invierno de CC.OO. Canarias “Agustín Millares Sall”, La Palma, 30 enero a 1o febrero, 1996.
- FUNDAÇÃO PROJETO RONDON. **A Representação**. Textos selecionados de Thomas Hobbes, John Locke, Jean-Jacques Rousseau, Edmund Burke e John Stuart Mill, 1987.
- GENRO, Tarso. O novo espaço público. Caderno Mais, **Folha de São Paulo**, 09/06/96.
- LEI Nº8080 DE 09 DE SETEMBRO DE 1990. In: **Saúde em debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Londrina: CEBES, nº30, março, 1991, p.15-18.
- LEI Nº8142 DE 28 DEZEMBRO DE 1990. In: **Coleção das leis da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Nacional. Vol. 182, Nº 6, Tomo I, Nov./Dez., 1990, p.3583-3586.
- MÜLLER NETO, Júlio S. Descentralização e Democracia: Tópicos de um Debate. In: **Saúde em debate**. N.33, Rio de Janeiro, 199 , p.33-39.
- NOB 01/94. In: **Saúde em debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Londrina: CEBES, nº31, março, 1991, p.6-9.
- PLATÃO. Diálogos II (Fédon - Sofista - Político). Rio de Janeiro: Tecnoprint. Coleção Universidade de Bolso. Ediouro. 1989..
- _____. **A República**; tradução de Leonel Vallandro - Rio de Janeiro - Tecnoprint. Coleção Universidade de Bolso. Ediouro. 1989.
- RIVAUD, Albert. Evolução do Pensamento de Platão. In: PLATÃO. Diálogos II (Fédon - Sofista - Político). Rio de Janeiro: Tecnoprint. Coleção Universidade de Bolso. Ediouro, 1989.
- ROUSSEAU, Jean-Jaques. O Contrato Social. In: **Os Pensadores**, vol.XXIV, São Paulo: Editora Abril Cultural, 1973.
- TELLES, Vera. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLAS-BOAS, Renata (org.). **Participação popular nos governos locais**. São Paulo: **Polis**, 1994.