

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FLORENCE ROCHA VERÇOSA PEREIRA

Saúde Pública e Controle Social: Um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU no período de 1991 - 2013.

UBERLÂNDIA
2013

FLORENCE ROCHA VERÇOSA PEREIRA

Saúde Pública e Controle Social: Um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU no período de 1991 - 2013.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração:
Sociologia/Antropologia

Orientadora: Professora Dr^a
Fabiane Santana Previtali.

UBERLÂNDIA
2013

FLORENCE ROCHA VERÇOSA PEREIRA

Saúde Pública e Controle Social: Um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU no período de 1991 - 2013.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração:
Sociologia/Antropologia

Orientadora: Professora Dr^a
Fabiane Santana Previtali.

Uberlândia, 28 de agosto 2013.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Fabiane Santana Previtali - PPGCS/INCIS/UFU
Orientadora

Prof^a Dr^a Luciene Maria de Souza – UFTM

Prof^a Dr. Antônio Bosco de Lima- PPGED/FACED/UFU

Este trabalho é dedicado à
minha querida **Flor Maria**.

Meus sinceros agradecimentos...

Aos meus pais Sandra e José, pelo amor incondicional.

Minhas queridas irmãs Ivana e Cynthia, pelas palavras sinceras.

Meu marido Pablo, pelo amor de companheiro e a parceria de sociólogo.

Aos pequenos: Maria Flor, Igor, Luna, Matheus e Pedro, flores esperançosas para novos dias...

À Elaene Suzete e Antônio Guilherme pela acolhida carinhosa nos percalços da vida.

Aos conselheiros do CMSU, em especial Mafalda, Elaene e José Veridiano, pela intensa luta em prol da saúde pública.

À Fabiane Previtali pela paciência ao me orientar os melhores caminhos.

À Adelmisa, Abu e Abdel pelo grande companheirismo e disposição.

À Aline, Thiago, Matusi, Giovani, Alan, Bruno e Dayla à amizade nos momentos difíceis.

E a todos aqueles que torceram para que eu pudesse realizar um trabalho produtivo e proveitoso para a saúde pública.

Cordel da Frente¹

Você que em nada acredita
Não se engane, fique alerta
se o SUS for destruído
será uma desgraça na certa

O governo nada faz
na saúde não investe
dizendo que o servidor
é causa de toda peste

Não contrata, mas destrata
o pobre do servidor
sem salário, sem carreira
sua vida é um horror

Mas, para o grupo dos lucros
dá “saúde” sim senhor
entrega tudo o que é nosso
sem vergonha e sem pudor

À Dona Dilma abraçados
em palácios corredores:
“das campanhas milionárias
somos eternos credores”
Mas, o povo revolta
Dona Dilma, não inventa
pra’ defender nosso SUS
nossa Frente se apresenta

De partido ou de tendência
não importa a facção
nossa luta representa
do povo toda a união

Não se abate, participe
a fé na transformação nos conduz
nessa luta muito justa
que é a defesa do SUS

¹ Publicado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde em 25/07/2013. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0653.html>. Acesso em: 07 de agosto de 2013

Resumo

A saúde pública enquanto uma política social se consolida através da participação e fiscalização popular. Sendo assim, é através da observação dos Conselhos de Saúde, especificamente o Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU desde a sua criação em 1991 até o ano de 2013, que este estudo de caso se propôs compreender em que medida pode-se afirmar a existência de um “Controle Social”. A questão que norteou o trabalho foi: há participação política nesses espaços institucionalizados que permite afirmar a existência de uma nova forma de democracia, através da participação popular? O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a capacidade deliberativa e propositiva do CMSU no que se refere às políticas públicas de saúde e à democratização destes espaços, tendo em vista as deliberações gerais sobre a saúde do município. Este foi um trabalho de caráter qualitativo que se orientou pela análise de documentos, pesquisa bibliográfica e o trabalho de campo, através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, ocorridas após consentimento dos entrevistados no período de maio e abril de 2013. Os sujeitos foram os membros do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU. Os resultados obtidos apontam: dificuldade na realização dos cursos de capacitação; o repasse de informações para a sociedade não ocorre de forma satisfatória, falta canais de comunicação específicos para estes fins; a participação dos conselheiros em sua maioria aconteceram através da indicação do gestor e ainda; verifica-se dificuldades quanto à transporte, carga-horária de dedicação, dinâmica e horário de funcionamento das reuniões do CMSU. De forma geral, todos os conselheiros pesquisados avaliaram de forma positiva sua participação e se sentem satisfeitos enquanto conselheiros. Este trabalho pretendeu mostrar os alcances e limites do SUS no que se refere à participação popular, pois aceita-se que o poder e as decisões nas mãos de seus maiores interessados, a população, consegue ser melhor administrada. Conclui-se que a proposta dos conselhos de saúde exercendo o controle social é um avanço na garantia da saúde pública, pois atua vigilante nos gastos públicos, no orçamento e nas deliberações gerais da saúde do município.

Descritores: Conselhos de Saúde. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde (SUS). Participação Popular.

Abstract

Public health as a social policy is consolidated through participation and popular control. Thus, it is through the observation of Boards of Health, specifically the Municipal Health Council of Uberlândia- CMSU since its inception in 1991 until the year 2013, that this case study proposes to understand to what extent it can be said that there is the existence of a "Social Control". The question that guided the study was: are there no institutionalized political participation in these spaces that allows us to affirm the existence of a new form of democracy through popular participation? The objective of this research was to analyze the ability of the deliberative and purposeful CMSU in relation to public health policies and democratization of these spaces, in view of the general decisions about the health of the city. This was a qualitative study that was guided by the document analysis, literature research and field work, through the application of semi-structured interviews that took place with the consent of respondents between May and April 2013. The subjects were members of the Board of Health of Uberlândia – CMSU. The results show: difficulty in performing the training courses; the transfer of information to society is not satisfactorily; there is a lack of channels of communication for these purposes; the participation of the directors mostly happened through the appointment of the manager and is still being done so; there are difficulties regarding transportation; load-time of dedication, dynamic and hours of operation of the meetings of CMSU. In general, all advisors surveyed evaluated positively their participation and feel satisfied while counselors. This work aims to show the scope and limits of the SUS regarding public participation, because it is accepted that the power and decisions in the hands of its biggest stakeholders, the public, can be better managed. It is concluded that the proposed health councils exercising social control is a breakthrough in ensuring public health, because it acts vigilantly in public spending in the budget given and in the deliberations of the general health of the city.

Descriptors: Boards of Health Public Health. Unified Health System (SUS). Popular Participation.

Lista de gráficos:

Gráfico	Título	Página
1 -	Evolução da distribuição dos leitos da rede hospitalar brasileira entre instituições públicas e privadas (1945-81).	29
2 -	Evolução de distribuição dos leitos da rede hospitalar privada entre instituições com fins lucrativos e sem fins lucrativos (1945-75).	29
3 -	Valor adicional bruto de Uberlândia em 2008 pelos grandes setores da economia municipal: agropecuária, indústria e serviços.	79
4 -	Notas correspondentes à satisfação como conselheiros (Escala de 0 – 10).	120
5 -	Notas correspondentes à satisfação dos conselheiros quanto à saúde pública em Uberlândia (Escala de 0 – 10).	120

Lista de tabelas:

Tabela	Título	Página
1-	Repasses Financeiros – Blocos de Financiamento - Estado de Minas Gerais – MG.	59
2 -	Repasses Financeiros - Convênios - Estado de Minas Gerais.	60
3 -	Uberlândia: PIB a preços correntes.	79
4 -	Densidade demográfica (habitantes / Km ²), 2000 a 2010.	81
5 -	População residente nos setores urbanos e zona rural no município de Uberlândia em 2009.	82
6 -	População de Uberlândia, estimada no ano de 2012.	83
7 -	População Uberlândia - Distribuição por faixa etária.	83
8 -	Repasses Financeiros – Blocos de Financiamento - Município de Uberlândia.	84
9 -	Repasses Financeiros - Convênios - Município de Uberlândia.	84
10 -	Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal - Uberlândia/MG.	85
11 -	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Município de Uberlândia 2004 – 2009.	86
12 -	Indicadores Financeiros - Relatório de Gestão – 2010, município de Uberlândia.	86
13 -	Quadro referente aos serviços de saúde que o município de Uberlândia disponibiliza, por setores.	93

Lista de figuras:

Figura	Título	Página
1 -	Fluxograma Conselhos Municipais de Saúde.	75

Siglas Utilizadas:

Sigla	Significado
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
CESMG	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho.
CMSU	Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
D.O.U	Diário Oficial da União.
FMMS	Fundação Maçônica Manoel dos Santos.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias.
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
IR	Imposto de Renda.
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias.
MS	Ministério da Saúde.
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONG's	Organizações Não-Governamentais.
OPAS	Organização Panamericana da Saúde.
OSCIP's	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.
OSS	Orçamento da Seguridade Social.
OSS's	Organizações Sociais de Saúde.
PAB	Piso da Atenção Básica.
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde.
PD/APS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.
PMU	Prefeitura Municipal de Uberlândia.

PP	Plano Plurianual.
PSF	Programa de Saúde da Família.
RAG	Relatório Anual de Gestão.
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.
SIAB	Sistema Integrado da Atenção Básica.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TMAP	Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba.

Introdução	13
Capítulo 1: O Estado e o “Controle Social”: A opção pelo método materialista na compreensão do “Controle Social”.	19
1.1. O Controle Social.	24
Capítulo 2: A saúde pública a partir da década de 1980.	28
2.1. O novo conceito para a saúde: a sua natureza holística.	34
2.2. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS.	36
2.3. SUS: regulamentação operacional - Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e 8142/91.	40
2.4. A saúde pública nos anos 1990: o neoliberalismo como eixo norteador.	48
2.5. O financiamento do SUS: reflexos do contexto neoliberal.	55
2.6. O modelo de atenção básica a saúde: o foco do governo, e o (sub)financiamento.	62
Capítulo 3: Os Conselhos de Saúde e o Controle Social.	65
3.1. A criação dos Conselhos de Saúde: a proposta do “Controle Social”.	68
3.2. Uberlândia: aspectos econômicos e sociais.	78
3.3. Uberlândia: breve panorama da gestão política no período de 1991 a 2013.	87
3.4. A presença do “terceiro setor” na saúde pública: as Organizações Sociais – OS’s.	89
Capítulo 4: A experiência do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU.	97
4.1. Os cursos de capacitação: possibilidade de empoderamento dos conselheiros.	104
4.2. O conselho municipal e a população: o repasse das informações e decisões.	107
4.3. Conselhos e administração municipal: necessidade de autonomia.	110
4.4. A participação dos conselheiros: o “dever” do interesse.	112
Considerações Finais	122
Referências Bibliográficas	127
Apêndices	132
Anexos	135

Introdução

Diante da consolidação de um sistema público de saúde que pretende uma política inclusiva, descentralizada e com a participação popular, o Brasil apresenta problemas frequentes que nos remete a uma crise do sistema de saúde. Esta crise pode ser constatada através das frequentes terceirizações dos serviços públicos às chamadas organizações do terceiro setor, das enormes filas dos pacientes nos pronto-atendimento, da falta de leito para atender a demanda, do atraso nos repasses de pagamento aos serviços conveniados, na escassez de recursos materiais, financeiros e humanos disponíveis, no aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; e ainda, nas denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Sendo assim, as pesquisas relacionadas ao SUS parecem conduzir à duas formas de análises, relacionadas ao sistema público de saúde e seu funcionamento, dentre estas, podemos citar duas vertentes que podem resumir-las. A primeira são as pesquisas e/ou os relatórios institucionais e governistas, representados aqui por Brasil (2001), (2003) dentre outros, que acabam por não apontar os problemas, apresentando uma política de saúde totalmente eficaz e inclusiva, abrangendo o Brasil em todas as suas regiões. Já a segunda vertente, é representada pelas pesquisas que contestam a consolidação desta política pública no sentido de melhora-lá a cada momento, mostrando seus problemas e limites, fazendo cumprir as reivindicações dos sanitaristas ao longo do desenvolvimento do SUS, aqui estão autores como Bravo (2009), Martins et al (2008), Polignano (2001) dentre outros.

O SUS atendendo aos parâmetros para o qual foi criado pretende incluir a participação popular como fundamental para a sua consolidação enquanto política social. Neste sentido os Conselhos de Saúde foram criados com o objetivo de envolver e de deliberar exercendo o controle e a fiscalização do serviço público de saúde.

Tendo em vista esta proposta, este é um estudo de caso que pretende compreender a saúde pública enquanto política social que propõe sua consolidação através da participação popular, tendo como foco central a observação dos Conselhos de Saúde, especificamente o Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU desde a sua criação em 1991 até o ano de 2013.

A hipótese que serviu como norte para a realização deste trabalho é a de que a participação política nos conselhos é ainda limitada no que se refere à interferência nas

políticas públicas, no poder de deliberação do conselho, que é ineficiente frente à administração municipal e ainda, que, o Poder Executivo local tem primazia sobre as deliberações do CMSU e de seu funcionamento.

As questões que orientaram esta pesquisa foram: a) Seriam os Conselhos de Saúde um avanço ou até uma concretização do chamado “Controle Social”? b) Há participação política nesses espaços institucionalizados que nos permite considerar a existência de uma nova forma de democracia, através de práticas horizontais de participação? c) Quais são as possibilidades dos representantes da sociedade na elaboração efetiva das pautas de negociação e deliberação? d) Há interferência por parte do poder Executivo municipal que interfira no potencial democrático? e) Há organização dos segmentos dentro do CMSU que permite uma participação simétrica entre os representantes da sociedade civil na defesa de seus interesses? f) Neste contexto de reestruturação produtiva e égide do capitalismo, será possível uma efetiva participação popular na política social do SUS?

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a capacidade deliberativa e propositiva do CMSU no que se refere às políticas públicas de saúde e à democratização destes espaços, tendo em vista as deliberações gerais sobre a saúde do município. E ainda, observar se é possível a concretização da participação social na consolidação do SUS em Uberlândia através da participação e fiscalização popular. Como objetivos específicos destacam-se: observar como se dão as funções dos conselhos de saúde na fiscalização, elaboração e aprovação de propostas; como ocorrem as reuniões – periodicidade, regimento interno e composição; qual a relação do CMSU com o sindicato, administração municipal e com a Universidade Federal de Uberlândia – UFU e ainda, como funcionam os cursos de capacitação com os membros do conselho.

Como primeira etapa deste trabalho realizou-se um levantamento bibliográfico, pesquisando os principais conceitos e autores que trabalham a saúde pública na consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. As principais bibliografias utilizadas foram: Soares (2001); Polignano (2001); Martins (2008); Grisotti, M e Gaedtke, M.K. (2011); Grisotti, M et al (2010); Correia (2005) e (2002); Bravo (2009); Acurcio (2009); dentre outros, que subsidiaram o entendimento da saúde pública, dos conselhos de saúde e do controle social. E ainda, uma pesquisa documental para referenciar o caso do CMSU a partir da sua criação 1991 até o ano de 2013. Nesta fase, os principais

documentos analisados foram: Brasil (2001), (2003) e (2007); CEPES (2009) e (2011); CMSU (2008) e (2010); dentre outros. E por último, realizou-se uma pesquisa empírica fundamentada na aplicação de um questionário com perguntas para os conselheiros membros.

Este foi um estudo de caso de caráter exploratório e qualitativo que teve como metodologia do trabalho empírico, a realização de entrevistas com a aplicação de questionários semi-estruturados. Compreende-se que esta pesquisa de campo ocorreu em duas fases: na primeira aplicou-se um questionário piloto I² na forma de uma entrevista à um conselheiro de saúde, em setembro de 2012, no intuito de compreender a dinâmica e o funcionamento do CMSU. Poderíamos caracterizar este tipo de entrevista como:

Padronizada ou Estruturada. É aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano. O motivo da padronização é obter, dos entrevistados, respostas às mesmas perguntas, permitindo "que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas" (Lodi, 1974:16). O pesquisador não é livre para adaptar suas perguntas à determinada situação, de alterar a ordem dos tópicos ou de fazer outras perguntas (LAKATOS; MARCONI 2003, p.197).

Esta fase da pesquisa de campo serviu como um pré-teste, para a elaboração do questionário II³, melhor sintetizado e adequado aos objetivos da pesquisa.

Depois de redigido, o questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, aplicando-se alguns exemplares em uma pequena população escolhida. A análise dos dados, após a tabulação, evidenciará possíveis falhas existentes: inconsistência ou complexidade das questões; ambiguidade ou linguagem inacessível; perguntas supérfluas ou que causam embaraço ao informante; se as questões obedecem a determinada ordem ou se são muito numerosas etc. Verificadas as falhas, deve-se reformular o questionário, conservando, modificando, ampliando ou limitando itens; explicitando melhor alguns ou modificando a redação de outros. Perguntas abertas podem ser transformadas em fechadas se não houver variabilidade de respostas. O pré-teste pode ser aplicado mais de uma vez, tendo em vista o seu aprimoramento e o aumento de sua validez. Deve ser aplicado em populações com características semelhantes, mas nunca naquela que será alvo de estudo. O

² Questionário I (em apêndices).

³ Questionário II (em apêndices). Segundo Lakatos e Marconi (2003, p.201) o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou por um portador; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo.

pré-teste serve também para verificar se o questionário apresenta três importantes elementos: a) Fidedignidade. Qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados. b) Validade. Os dados recolhidos são necessários à pesquisa. c) Operatividade. Vocabulário acessível e significado claro (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.203).

A aplicação do questionário II teve como objetivo envolver o maior número de conselheiros - no universo de 64 membros, dentre estes: 32 titulares e 32 suplentes – para obter um parâmetro aceitável das respostas analisadas. Foi entregue aos conselheiros e colhido entre o mês de abril e maio de 2013. No final da pesquisa recebemos nove questionários respondidos e na primeira fase deste trabalho entrevistamos um conselheiro. As perguntas propostas no questionário podem ser caracterizadas como: *perguntas abertas*⁴, *diretas e pessoais*⁵ e *perguntas de estimativa ou avaliação*⁶, estas últimas, permitiram a tabulação que originaram os Gráficos: 4 e 5.

A elaboração de um questionário requer a observância de normas precisas, a fim de aumentar sua eficácia e validade. Em sua organização, devem-se levar em conta os tipos, a ordem, os grupos de perguntas, a formulação das mesmas e também “tudo aquilo que se sabe sobre percepção, estereótipos, mecanismos de defesa, liderança etc.” (AUGRAS, 1974, p.143 apud LAKATOS; MARCONI, 2003, p.202).

A elaboração das perguntas ocorreu após a pesquisa bibliográfica, o que subsidiou um conteúdo de maior relevância para a pesquisa empreendida. Ressalta-se que a aplicação do questionário ocorreu após o consentimento dos entrevistados e para se preservar a identidade de todos, adotou-se ao longo da descrição deste trabalho iniciais fictícias para os conselheiros.

Lakatos e Marconi (2003) pontuaram uma série de vantagens e desvantagens⁷ na aplicação do questionário em um trabalho de campo. E estas se confirmaram no

⁴ Também chamadas livres ou não limitadas, são as que permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria, e emitir opiniões. Possibilita investigações mais profundas e precisas; entretanto, apresenta alguns inconvenientes: dificulta a resposta ao próprio informante, que deverá redigí-la, o processo de tabulação, o tratamento estatístico e a interpretação. A análise é difícil, complexa, cansativa e demorada (Lakatos e Marconi, 2003, p.204).

⁵ Quando formuladas em termos pessoais, incluindo a pessoa do informado (Lakatos e Marconi, 2003, p.210).

⁶ Consistem em emitir um julgamento através de uma escala com vários graus de intensidade para um mesmo item. As respostas sugeridas são quantitativas e indicam um grau de intensidade crescente ou decrescente (Lakatos e Marconi, 2003, p.206).

⁷ Como toda técnica de coleta de dados, o questionário também apresenta uma série de vantagens e desvantagens, conforme ele a) economiza tempo; b) atinge maior número de pessoas simultaneamente; c) abrange uma área geográfica mais ampla; d) economiza pessoal; e) obtém respostas rápidas e precisas; f) há maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato; g) há mais segurança, pelo fato de as respostas não serem identificadas; h) há menos risco de distorção, pela não influência do pesquisador; i) há mais tempo para responder e em hora mais favorável; j) há mais uniformidade na avaliação, em

decorrer da aplicação e no retorno dos questionários respondidos pelos conselheiros nesta pesquisa. Ainda assim, tivemos o cuidado em limitar as questões do questionário desta pesquisa para se evitar a fadiga nas respostas, ao mesmo tempo não caindo no seu contrário ao restringir informações imprescindíveis para a compreensão do estudo.

A eficácia e a rentabilidade do pesquisador são aqui buscadas, no intuito de realizar uma pesquisa com rigor metodológico e científico e não uma produtividade aos moldes capitalista, onde o trabalho científico e abstrato acaba se submetendo à lógica da produção em massa rumo ao lucro imediato.

Este estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia pretende abrir novas perspectivas para o estudo da saúde pública e do controle social na participação do SUS sem desconsiderar que há um processo onde o fim sempre será um começo e ainda, que o objeto deste estudo nunca poderá ser analisado isoladamente. Sendo assim, o método materialista histórico e dialético foi utilizado como o método norteador da compreensão e interpretação dos fatos.

A dissertação se estrutura da seguinte forma: como forma de esclarecer o método de estudo adotado ao longo da pesquisa e ainda, conduzir a compreensão de questões centrais que se desenvolve ao longo da dissertação, como primeiro capítulo destaca-se “*O Estado e o “Controle Social”*: *A opção pelo método materialista na compreensão do “Controle Social”*”. Este primeiro momento se tornou essencial para nortear o significado do “Controle Social” e o lugar deste no Estado capitalista.

No segundo capítulo destaca-se “*A saúde pública a partir da década de 1980*” procurando retratar um momento fundamental: a criação do SUS como política pública para a saúde no Brasil.

No terceiro capítulo deste trabalho pretende-se iniciar o leitor ao objeto central da pesquisa “*Os Conselhos de Saúde e o Controle Social*” observando como se efetiva o chamado Controle Social. Esta parte do trabalho também se desdobra com uma

virtude da natureza impessoal do instrumento e obtém respostas que materialmente seriam inacessíveis. Já as desvantagens centram-se em: a) percentagens pequenas dos questionários retornam; b) grande número de perguntas sem respostas; c) não pode ser aplicado a pessoas analfabetas; d) impossibilidade de ajudar o informante em questões mal compreendidas; e) a dificuldade de compreensão, por parte dos informantes, leva a uma uniformidade aparente; f) na leitura de todas as perguntas, antes de respondê-las, pode uma questão influenciar a outra; g) a devolução tardia prejudica o calendário ou sua utilização; h) o desconhecimento das circunstâncias em que foram preenchidos toma difícil o controle e a verificação; i) nem sempre é o escolhido quem responde ao questionário, invalidando, portanto, as questões; e ainda, j) exige um universo mais homogêneo (Lakatos e Marconi, 2003, p.201).

apresentação de informações centrais sobre o município “*Uberlândia: aspectos econômicos e sociais*”, e ainda, “*Uberlândia: breve panorama da gestão política no período de 1991 a 2013*” o que se propõe ser um complemento fundamental para o entendimento do contexto no qual se desenvolve o CMSU.

Já o quarto capítulo precisa-se “*O Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU*” mostrando aspectos centrais das entrevistas realizadas através do trabalho de campo. E ainda, dialogando este material com a bibliografia estudada.

Nas “*Considerações Finais*” procura-se tecer alguns comentários e idéias, acerca do trabalho empreendido, buscando possíveis contribuições, tendo sempre a compreensão crítica da saúde inserida dentro de um contexto neoliberal, garantido pela ordem do capital, mas que de modo algum se abstém de propor possíveis modificações e soluções que norteiam um efetivo “Controle Social”.

Considerando que a dissertação é "um estudo teórico, de natureza reflexiva, que consiste na ordenação de ideias sobre determinado tema" (SALVADOR, 1980); "aplicação de uma teoria existente para analisar determinado problema" (REHFELDT, 1980); ou "trabalho feito nos moldes da tese com a peculiaridade de ser ainda uma tese inicial ou em miniatura" (SALOMON, 1999 apud LAKATOS; MARCONI, 2003) tivemos a pretensão de realizar um trabalho que não traz afirmações conclusivas sobre o controle social e a saúde pública. Muito pelo contrário, este é um estudo de caso, que pretendeu abrir cada vez mais, novas indagações sobre este tema, trazendo estudos produtivos e fomentando um novo olhar e uma nova experiência na consolidação do SUS no Brasil.

Nas palavras Lakatos e Marconi (2003) admite-se a existência de limitações de tempo, de fundos e de esforços, que restringem a extensão e a quantidade do estudo, aspectos que não podem deixar de ser considerados em trabalhos desse tipo. E na realização deste trabalho, ressalta-se que foram inúmeros os problemas a serem enfrentados, dentre estes, o tempo e a falta de recursos que dificultaram a realização de um empreendimento maior. Porém, estas dificuldades acabaram por serem contornadas e se caracterizaram no final, como um grande impulso na vontade de realizar um trabalho que fosse proveitoso para a saúde pública e para aqueles que lutam por ela.

Capítulo 1

O Estado e o “Controle Social”

A opção pelo método materialista na compreensão do “Controle Social”

Para a realização deste trabalho, adotamos desde a concepção até o momento do trabalho de campo e da transcrição, o método materialista e dialético concebido por Karl Marx⁸, como orientador dos estudos.

Este desenvolveu sua teoria num período em que na Europa predominava o idealismo alemão, tendo Hegel⁹ como seu principal expoente. A filosofia de Hegel propunha que tudo o que é real parte inicialmente da razão. A realidade histórica é vista de forma dialética. Tal lógica preocupa-se em compreender a realidade em movimento, em seu processo de mudança e desta forma, desenvolveu o seu método de estudo – materialismo histórico e dialético – para compreender as contradições presentes na sociedade capitalista se apropriando da dialética desenvolvida por Hegel, mas ao mesmo tempo, apontando seus limites, uma vez que, para Marx o movimento não parte inicialmente das ideias para posteriormente se compreender os fenômenos reais, mas ao contrário, deve-se partir das condições materiais de produção para depois se compreender as ideias. Sendo assim, não é a consciência que determina a vida, mas justamente o seu contrário, a vida que determina a consciência.

O materialismo de Marx foi desenvolvido partindo de Feuerbach¹⁰, um dos discípulos de Hegel que desenvolveu a sua filosofia entendendo que a religião era a

⁸ Karl Marx nasceu em Trier (na época no Reino da Prússia) em 5 de Maio de 1818 e morreu em Londres a 14 de Março de 1883. Entre os primeiros trabalhos de Marx, foi considerado o mais importante o seu artigo Sobre a crítica da Filosofia do direito de Hegel, primeiro esboço da interpretação materialista da dialética hegeliana. Disponível em: <http://www.infoescola.com/biografias/karl-marx/> Acesso em: 27 de maio de 2013.

⁹ Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) foi o mais notável filósofo idealista da Alemanha, sobretudo pelo método dialético que concebeu. Ideólogo da burguesia teuta dos princípios do século XIX, não obstante assumir atitude progressista diante dos problemas que examinava, fazia-se pusilâmine e inconsequente perante a monarquia feudal e prussiana. Hegel é um idealista objetivo. Segundo ele, a razão absoluta representada na história, a ideia absoluta é o princípio primordial e a única realidade que “se exterioriza” de maneira imediata na natureza, para a si própria retornar sob a forma de Espírito. A ideia em si é o demiurgo da natureza e da história. A ideia absoluta está na base de toda a História da humanidade. A parte valiosa da filosofia idealista de Hegel está em seu método dialético, na afirmação de que a ideia se desenvolve sobre a base de contradições. Todavia, o método dialético de Hegel está totalmente impregnado de seu sistema idealista. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/h/hegel.htm> Acesso em: 27 de maio de 2013.

¹⁰ Ludwig Andreas Feuerbach (1804-1872) foi um destacado filósofo materialista e ateísta alemão. Ideólogo da burguesia revolucionária, do hegelianismo de esquerda passou para o materialismo. Sua filosofia representa o elo intermediário entre a filosofia de Hegel e a de Marx. Não obstante o desdém

fonte da alienação humana e por isto, postulava que a libertação da condição alienada do homem só seria possível mediante uma crítica do sistema religioso. Pois para ele, o sistema religioso seria um sistema de legitimação e representação da submissão humana, onde o homem criou Deus, para que este criasse o próprio homem. Desta forma, se o homem se submete a uma abstração – Deus – acaba por se submeter aos seus representantes, no caso, a classe dominante.

O materialismo desenvolvido por Feuerbach, segundo Marx, não soube fazer a conexão com a ação dos homens, se limitando à uma “*luta contra frases*” no momento em que apreende o mundo como um objeto de contemplação. Assim como postulado nas *Teses sobre Feuerbach*: “*Toda vida social é essencialmente prática. Todos os mistérios que levam a teoria para o misticismo encontram sua solução racional na práxis humana e na compreensão desta práxis*”. (MARX; ENGELS, 2004, p.113).

Até agora, os homens formaram sempre ideias falsas sobre si mesmos, sobre aquilo que são ou deveriam ser. Organizaram as suas relações mútuas em função das representações de Deus, do homem normal, etc., que aceitavam. Estes produtos do seu cérebro acabaram por os dominar; apesar de criadores, inclinaram-se perante as suas próprias criações. Libertemo-los portanto das quimeras, das ideias, dos dogmas, dos seres imaginários cujo jugo os faz degenerar. Revoltemo-nos contra o império dessas ideias. Ensinamos os homens a substituir essas ilusões por pensamentos que correspondam à essência do homem, afirma um; a ter perante elas uma atitude crítica, afirma outro; a tirá-las da cabeça, diz um terceiro e a realidade existente desaparecerá. (MARX; ENGELS. A **Ideologia Alemã**. Disponível em; http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/tme_03.pdf Acesso em 04 de junho de 2013).

Nos “*Manuscritos Econômicos e Filosóficos de 1844*” é possível constatar que a dialética hegeliana apresenta, na “*Fenomenologia do Espírito*”, uma crítica da sociedade, porém, “*uma crítica oculta, obscura ainda para si mesma e mistificadora*”. Pois para Marx a dialética contém em si sua essência revolucionária.

Ao contrário da metafísica, que concebe o mundo como um conjunto de coisas estáticas, a dialética o comprehende como um conjunto de processos. Para Engels (1979, p.214), a dialética é a “grande ideia fundamental segundo a qual o mundo não deve ser considerado como um complexo de coisas acabadas, mas como um complexo de processos em que as coisas, na aparência estáveis, do mesmo modo que os seus reflexos intelectuais no nosso cérebro, as ideias, passam por uma mudança ininterrupta de devir e decadência, em que, finalmente, apesar de todos os insucessos aparentes e

que manifestou pelo materialismo francês do século XVIII, Feuerbach foi, contudo, de fato, seu renovador. Durante os anos 30-40 do século XIX, defendeu o materialismo e o ateísmo na Alemanha. Considerava o homem produto da natureza. E a religião o reflexo fantástico da natureza humana. Muito embora tenha exercido grande influência sobre os fundadores do socialismo científico, permaneceu sempre um materialista metafísico. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/f/feuerbach.htm> Acesso em: 27 de maio de 2013.

retrocessos momentâneos, um desenvolvimento progressivo acaba por se fazer hoje". Portanto, para a dialética, as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento: nenhuma coisa está "acabada", encontrando-se sempre em vias de se transformar, desenvolver; o fim de um processo é sempre o começo de outro. Por outro lado, as coisas não existem isoladas, destacadas uma das outras e independentes, mas como um todo unido, coerente. Tanto a natureza quanto a sociedade são compostas de objetos e fenômenos organicamente ligados entre si, dependendo uns dos outros e, ao mesmo tempo, condicionando-se reciprocamente (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.100).

Ao propor um movimento materialista e dialético partindo das condições materiais de produção, Marx desenvolve a sua teoria sobre trabalho, como um processo que ocorre entre o homem e a natureza, onde o homem transforma seu metabolismo e modifica a natureza, ao mesmo tempo em que a si mesmo, quando põe em movimento as forças provenientes do seu corpo. É uma atividade orientada a um fim, portanto, dotada de subjetividade, visando produzir valores de uso, sendo comum a todas as formas sociais. O que caracteriza o trabalho humano é a capacidade de subjetividade previamente concebida, enquanto que o trabalho animal tem suas características centradas no seu instinto.

O trabalho por si mesmo cria o homem e, portanto, é a condição da vida humana, o passo decisivo que possibilitou a transição do macaco para o homem e se deu a partir da utilização das mãos para outras funções diferentes das dos pés (como por exemplo, subir em árvores) e assim, desacostumasse de empregar as mãos para caminhar em solo plano e consequentemente adotasse uma marcha ereta. A partir deste momento a mão humana passou a ser liberada para outras funções e habilidades. O que reafirma que, a mão não é apenas um órgão do trabalho, mas um produto deste (ENGELS, 1896).

A essência do trabalho humano está no fato de que, ele nasce em meio à luta pela existência e todos os seus estágios são produtos da auto atividade humana. A espécie na qual se deu um salto para o trabalho deve ter representado um caso limite, qualitativamente mais evoluído, as espécies hoje existentes se encontram num degrau claramente muito mais baixo e não dá para colocar uma ponte entre estas e o trabalho propriamente. Somente o trabalho possui sua essência ontológica, sendo por si essencial, uma interpelação entre o homem (sociedade) e a natureza, tanto inorgânica (utensílios, matéria prima, etc.) como orgânica, assinalando a passagem do ser meramente biológico ao ser social (LUCKACS, 1986).

Em geral, o trabalho no regime capitalista caracteriza-se como um dispêndio da força do homem, orientado para a produção de um valor de uso caracterizado em uma

mercadoria, sendo medido através do tempo de trabalho socialmente necessário para esta produção. É uma atividade sempre mediada por relações sociais, sendo considerado como elemento essencial da vida humana.

O trabalho como atividade proposital, orientado pela inteligência é produto somente da espécie humana, e esta, também é produto específico desta forma de trabalho. Este trabalho, que ultrapassa a mera atividade instintiva é a força que cria a espécie humana, é a força pela qual a humanidade cria o mundo da forma como o conhecemos. E ainda, a capacidade humana de realizar o trabalho é chamada por Marx de força de trabalho, representada - seja diretamente por meio da mão de obra ou armazenada em um trabalho anterior como nas ferramentas de trabalho - o recurso exclusivo da humanidade para enfrentar a natureza. O trabalho no regime capitalista exige intercâmbio de relações, mercadorias e dinheiro, porém a sua diferença específica é a compra e a venda da força de trabalho e para este fim torna-se necessária três condições essenciais: a) que os trabalhadores sejam separados dos meios de produção e só podem ter acesso a eles vendendo a sua força de trabalho; b) os trabalhadores devem também ser livres de condições como escravidão e servidão, o que os impediriam de vender a sua força de trabalho e ainda; c) o processo de trabalho começa com um contrato ou acordo que estabeleça as condições necessárias para a venda da força de trabalho pelo trabalhador e sua compra pelo empregador (BRAVERMAN, 1987).

Enquanto um processo que consome a força de trabalho pelo capitalista (modo de produção subordinado à ordem do capital) Marx nos mostra que o trabalho apresenta dois fenômenos peculiares; o primeiro relaciona-se a capacidade do capitalista de cuidar para que o trabalho se realize em ordem e que os meios de trabalho sejam preservados e segundo, que o processo de trabalho é apenas o consumo da força de trabalho (mercadoria), comprada pelo capitalista, que só pode ser consumida ou acrescentada de meios de produção. O produto da força de trabalho, assim como a própria força de trabalho pertence ao capitalista. No que se refere ao trabalho assalariado.

O preço médio do trabalho assalariado é o mínimo do salário, ou seja, a soma dos meios de subsistência necessários para que o operário viva como operário. Portanto, o que o operário assalariado obtém com sua atividade apenas é suficiente para reproduzir sua pura e simples existência. De modo algum pretendemos abolir essa apropriação pessoal dos produtos do trabalho necessários à reprodução da vida imediata, apropriação essa que não deixa nenhum lucro líquido capaz de conferir poder sobre o trabalho alheio. Queremos apenas abolir o caráter miserável dessa apropriação, que fez com

que o operário viva unicamente para aumentar o capital e só viva na medida em que o exige o interesse da classe dominante (MARX; ENGELS, 2004, p.61).

Como um produto do processo de trabalho e em alguns momentos, como o próprio processo de trabalho, a mercadoria contém em si, duas características, o valor de uso e o valor de troca. O valor de uso, ou trabalho concreto, apresenta-se como a utilidade específica da própria mercadoria, refere-se, sobretudo a dimensão qualitativa do trabalho materializado, enquanto o valor de troca decorre da dimensão quantitativa e pertence ao trabalho abstrato.

O valor de troca, definido por Marx, ocorre em relação ao valor de uso, determinando, portanto, que a produção de coisas úteis para a humanidade só pode ser, levada a cabo na medida em que se apresente produtiva para o capital. E neste sentido, o capitalista produz valor de uso somente porque nestas mercadorias podemos encontrar valores de troca (TEIXEIRA, 2000).

É importante ressaltar a centralidade do trabalho, a peculiaridade da força de trabalho, que está centrada não na sua capacidade de produzir excedentes, mas como já dito, na sua capacidade propositiva, o que lhe permite adaptabilidade e produção de condições sociais e culturais necessárias à sua maior produtividade. Na medida em que o capitalista compra a força de trabalho, ele compra algo que é infinito em potencial, mas ao mesmo tempo limitado em sua concretização pelo estado subjetivo dos trabalhadores, portanto, o processo de trabalho acaba por tornar-se responsabilidade do capitalista. O problema agora do capitalista, muitas vezes manifestado na gerência, é o de obter a “plena utilidade” da força de trabalho que ele comprou em contraposição aos interesses opostos daqueles que o executam (BRAVERMAN, 1987).

Para a compreensão do trabalho dos profissionais de saúde inseridos no sistema público de saúde, torna-se necessário a caracterização do trabalho enquanto uma categoria inserida no sistema capitalista de produção, que pode ser distinguida entre: trabalho produtivo e improdutivo.

A categoria trabalho produtivo e/ou improdutivo não se refere aos produtos do processo de trabalho, mas ao próprio trabalho enquanto um processo. É o relacionamento social em que uma pessoa está inserida, sob o ponto de vista da perda ou da detenção do controle sobre o tempo de atividade e sobre as economias que pode decidir a condição de um trabalho ser produtivo ou improdutivo (BERNARDO, 1997).

Segundo Antunes (1999), a classe-que-vive-do-trabalho, entendendo esta como aquela que precisa vender a sua força de trabalho para sobreviver, tem como núcleo central, os trabalhadores produtivos (aqueles que realizam a mais valia e participam do processo de valorização do capital), incorporando a totalidade do trabalho coletivo assalariado. Entretanto, a classe trabalhadora engloba também aqueles trabalhadores improdutivos (dentro da ordem do capital), cujas formas de trabalho são serviços prestados, seja ele para o capitalista ou para os setores públicos. Para os setores públicos - ou sem fins lucrativos diretos – este serviço para o capital se caracterizaria como algo improdutivo, enquanto este mesmo serviço sendo realizado para ou por intermédio do capitalista, já seria um trabalho produtivo. O trabalho improdutivo seria aquele consumido em termos do seu valor de uso e não no seu valor de troca. Os trabalhadores em serviços - aqui estão todos aqueles trabalhadores do sistema público de saúde - consistem em “agentes não produtivos” que não geram valor propriamente dito, mas que diante do seu trabalho realizam uma atividade essencial para a sobrevivência do sistema.

Considerando, portanto, que todo trabalhador produtivo é assalariado e nem todo trabalhador assalariado é produtivo, uma noção contemporânea de classe trabalhadora, vista de modo ampliado, deve, em nosso entendimento, incorporar a totalidade dos trabalhadores assalariados. (ANTUNES, 1999, p. 104).

Para este estudo de caso, trazemos a compreensão do trabalho enquanto uma categoria, pois acreditamos ser esta, essencial para entender o sistema capitalista e o contexto neoliberal na qual se desenvolve as políticas de saúde no Brasil. Diante disto, ressaltamos que os conselheiros do CMSU não realizam uma atividade remunerada dentro do conselho de saúde, mas a maioria deles são trabalhadores produtivos e/ou improdutivos, tendo em vista que a composição do conselho permite 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços e enquanto conselheiros objetivam a participação popular prevista no exercício do Controle Social.

1.1. O Controle Social

De acordo com Correia (2005) apud Grisotti e Gaedtke (2011), nas ciências política e econômica a expressão *controle social* é ambígua, construída no eixo da relação entre Estado e Sociedade Civil, e apresenta duas concepções diferentes. A

primeira concepção entende controle social como controle do Estado sobre a sociedade. Segundo definições de o Dicionário de Política:

(...) o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, açãoados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1993, p.283 apud GRISOTTI e GAEDTKE, 2011, p.4).

Já a segunda concepção, entende como controle social o controle da sociedade civil, ou de setores organizados da sociedade, sobre as ações do Estado. Nesta concepção, fortalecida no contexto das políticas sociais, a ideia de controle social passa a ser atribuída à participação da população. E o controle social em saúde, a partir da implantação do SUS, é previsto através dos conselhos e conferências, nas instâncias: federal, estadual e municipal (GRISOTTI; GAEDTKE, 2011).

(...) o campo das políticas sociais mostra-se contraditório, pois através delas o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que incorpora suas demandas. É nesse campo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito de controle social: atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade (CORREIA, 2005, p.71).

A temática do controle social ganha maior magnitude a partir do processo de democratização na década de 1980, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores: os conselhos gestores e as conferências setoriais que tem como objetivo avaliar e propor diretrizes para as políticas específicas nas três esferas de governo. Esta participação adquiriu uma direção de controle social posta pelos setores progressistas da sociedade, de controle por parte dos segmentos organizados sobre as ações do Estado, em reverso ao período ditatorial de controle exclusivo do Estado sobre a sociedade e sem interlocução (CORREIA, 2005).

A área da saúde foi pioneira deste processo de controle social devido à efervescência política que caracterizou o final da década de 1970 e a organização do Movimento de Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda, contra a ditadura militar, com vistas à assistência médica privatista para um sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo e descentralizado (CORREIA, 2005).

Aceitamos que o Controle Social observado neste trabalho ocorre da sociedade para com as ações do Estado no sentido de fortalecer o Sistema Único de Saúde como uma política pública que acontece através da participação popular. Porém acrescentam-se aqui algumas ressalvas, pois este é um processo, onde há um constante embate entre administração pública e deliberação popular.

E ainda, aqui parte-se do pressuposto que o Estado na concepção de Marx – é entendido como o conjunto das instituições políticas onde se concentra a máxima força imponível e disponível em uma determinada sociedade – pura e simplesmente como uma superestrutura em relação à sociedade pré-estatal, que é o lugar onde se formam e se desenvolvem as relações materiais de existência, e, sendo superestrutura, é destinado, por sua vez, a desaparecer na futura sociedade sem classes (BOBBIO, 1997).

Segundo Bobbio em Verbete Marxismo¹¹:

Partindo da crítica à filosofia do direito e do Estado de Hegel, que o leva a uma mudança radical das relações tradicionais entre sociedade (natural e civil) e Estado, Marx propõe uma teoria do Estado estritamente ligada à teoria geral da sociedade e da história, que ele deduz do estudo da economia política. Esta teoria geral lhe permite dar uma interpretação e fazer uma crítica ao Estado burguês do seu tempo nas diversas formas em que se apresenta e dar também uma interpretação e formular algumas propostas relativas ao Estado que se deverá seguir ao Estado burguês: permite-lhe, enfim, deduzir o fim ou a extinção do Estado (MARX; ENGELS, 2004, p.130 e 131).

Valendo-nos da compreensão de Marx: “*a historia de todas as sociedades que existiram até hoje é historia de luta de classes* (2004, p.45)”. A categoria Estado apresenta-se originariamente associada à luta de classes, manifestando-se em determinados momentos sob uma máscara de neutralidade, equilíbrio e justiça suprema, mas que na realidade cumpre o serviço de proteger a classe detentora do controle dos meios de produção e a propriedade privada.

É a partir desta compreensão de Estado que nesta pesquisa se propõe o entendimento da saúde pública a partir de um recorte dos anos de 1980, que representou um período de grande efervescência política no Brasil, ocasionado, dentre outros, pelo regime ditatorial dos militares e a situação caótica da saúde pública no país.

¹¹ (In: Bobbio, N. (org.) Dicionário de política. vol.2. Brasília.Unb.1997 apud Marx; Engels, 2004, p. 130).

A grave situação da saúde no Brasil desde seus elementos fundantes é resultado de uma luta de classe onde os trabalhadores, sejam eles produtivos e/ou improdutivos, são desconsiderados pelo Estado, que aliás, tem como proposta garantir saúde plena a todos. Porém, como o Estado serve a priorizar a classe detentora dos meios de produção, ele só disponibiliza saúde para todos, quando isto traz de alguma forma benefício para a classe poderosa. O que poderíamos entender como a manutenção da saúde dos trabalhadores para que estes tenham condições de continuar oferecendo a sua mão de obra aos detentores dos meios de produção.

Mas aqui, trazemos a proposta de observar como e se funciona - como uma brecha nesta luta de classes e no poder do Estado - os Conselhos de Saúde, na efetivação do Controle Social.

Capítulo 2

A saúde pública a partir da década de 1980

A crise brasileira agravou-se durante a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada pelo descontrole inflacionário no final dos anos 1970. Ao mesmo tempo, a sociedade se mobiliza exigindo liberdade, democracia e eleição direta para presidente da República. O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país, a lenta e gradual abertura política iniciada por seu antecessor. Foi extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves marcaram presença no cotidiano das cidades brasileiras (BERTOLLI FILHO, 1996 apud ACURCIO, 2009).

Verifica-se que nos anos 1980, houve um esgotamento da economia industrial brasileira, a inflação é alta e não há crescimento da economia. No entanto, ampliam-se a organização sindical e os trabalhadores pressionados pela inflação avançam na conquista de seus direitos, criam-se centrais sindicais. O Estado apresenta-se incapaz de orientar o crescimento da econômica e no final da década a crise política e financeira é instaurada. Apesar da gravidade da crise, com estagnação da produção e inflação, não ocorre à desindustrialização, como ocorreu na Argentina, Chile e México. Mas verifica-se um aumento das taxas de desemprego industrial e aumento do numero de trabalhadores sem contrato formal – crescendo o setor informal da economia (MATTOSO, 1995 apud PIRES, 2008).

Em Retratos do Brasil¹², podemos perceber que a situação da saúde pública no país no período de 1970-1980 representava um caos generalizado, demonstrando seu estado emergencial:

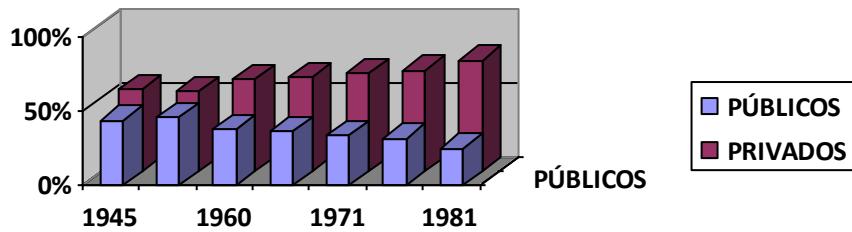
Para onde quer que se apontassem os medidores de saúde no país seriam descobertos dados chocantes. Durante o XXI Congresso Brasileiro de Medicina Tropical, realizado em fevereiro de 1985, em São Paulo, um grupo de médicos sanitários revelou que a malária, quase banida do País em 1950, ressurgiu com impressionante vigor. O número de casos passou de 52 mil em 1970 para 342 mil em 1984. O calazar, ou leishmaniose visceral, doença também transmitida por mosquito e sob controle até 1964, reapareceu. Em 1984 foram diagnosticados 1500 casos dessa doença, que pode ser fatal. Dez milhões de pessoas eram afetadas pela doença de Chagas e outro tanto pela

¹² ARRUDA, R. De mal a pior. A saúde do brasileiro. **Revista Retrato do Brasil.** n° 42, p. 493-496, Editora Política, 1984.

esquistossomose. Doenças típicas de regiões subdesenvolvidas, com populações subnutridas e pouca resistência, também se alastravam como a tuberculose e a hanseníase. O número de pessoas infectadas pelo bacilo da tuberculose ultrapassava 40 milhões e os casos notificados aumentavam numa escalada de cerca de 90 mil por ano. Oficialmente, em 1984 havia 200 mil pessoas com hanseníase e o número de novas vítimas era de 15 mil por ano.

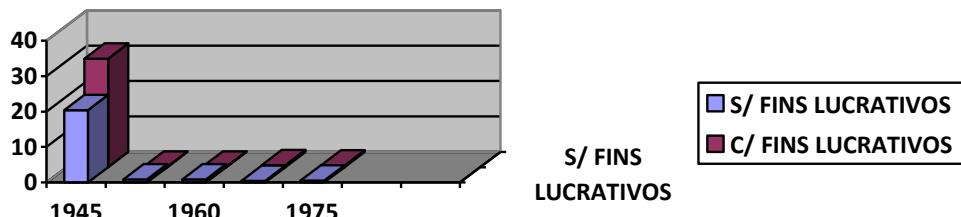
Ainda, segundo Revista Retratos do Brasil a participação do Estado na oferta de leitos hospitalares decresceu a partir de 1950 e os serviços oferecidos pela rede particular pertenciam cada vez mais aos hospitais com fins explicitamente lucrativos, conforme se observa nos Gráficos 1 e 2 abaixo:

Gráfico - 1. Evolução da distribuição dos leitos da rede hospitalar brasileira entre instituições públicas e privadas (1945-81).



Fonte: Período 1945-75 Braga, José Carlos de Souza. "A questão da saúde no Brasil" tese apresentada ao Departamento de Economia da UNICAMP, abril de 1978. De 1981; Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, 1983.

Gráfico - 2. Evolução de distribuição dos leitos da rede hospitalar privada entre instituições com fins lucrativos e sem fins lucrativos (1945-75).



Fonte: Período 1945-75 Braga, José Carlos de Souza. "A questão da saúde no Brasil" tese apresentada ao Departamento de Economia da UNICAMP, abril de 1978. De 1981; Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, 1983.

É a partir da década de 1980¹³ que se destaca maior organização da sociedade civil. O movimento sindical reage e organiza-se frente à estrutura sindical vigente, luta pelos direitos dos trabalhadores e ganha adesão da sociedade para as lutas e denúncias (ALMEIDA, 1983; ANTUNES, 1991; MOISÉS, 1982 apud PIRES, 2008). Fruto deste processo de luta social emerge a proposta de criação do Sistema Único de Saúde, como forma de organização dos serviços que busca superar a multiplicidade de instituições responsáveis pelas ações de saúde; racionalizar os custos do setor, melhorar a qualidade da assistência prestada e ainda, forçar o Estado a assumir a responsabilidade para com a saúde ao mesmo tempo, abrindo espaços para o controle da população sobre os serviços de saúde. Destaca-se a reforma constitucional de 1988 que representou um avanço no sentido de universalização dos direitos. Ampliou-se o conceito de Seguridade Social, que passou a incluir previdência, saúde e assistência social; é estabelecido um orçamento destinado a Seguridade Social e são equiparados os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais. Ademais os benefícios como: o seguro desemprego e a diminuição da idade exigida para a aposentadoria foram ampliados (PIRES, 2008).

O Brasil, nos anos 1980, com o processo de redemocratização, diferentemente de diversos países da América Latina que já sofriam as influências da política de ajuste, construiu um Projeto para a Saúde com a preocupação central de assegurar que o Estado atue em função da sociedade, tendo como pressupostos centrais a universalização do acesso, a descentralização com participação popular e a melhoria da qualidade dos serviços (BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**, 2009, p.1).

¹³ Destaca-se que em 1981, de acordo com CEFOR, s.d. apud ACURCIO (2009) foi criado o CONASP que elaborou um novo plano de reorientação da Assistência Médica (...) que propunha melhorar a qualidade da assistência fazendo modificações no modelo privatizante (de compra de serviços médicos) tais como a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela. A partir do plano do CONASP, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde, que ficou conhecido como AIS. Tinha o objetivo de integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos estaduais, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio. Em todos estes planos, havia a idéia de integração da saúde pública com a assistência médica individual. Era uma aspiração antiga que encontrava interesses contrários à sua concretização nos grupos médicos privados e na própria burocacia do INAMPS.

O país se reorganiza em direção a um Estado de direito que se desenvolveu lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática. Essas negociações colocaram em plano secundário - na verdade quase excluíram - os sindicatos e partidos de esquerda, recém-saídos da clandestinidade, apesar do seu sucesso eleitoral nos anos de 1982 e 1984. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças conservadoras, graças a procedimentos de corrupção eleitoral (clientelismo, curralismo eleitoral, financiamento de candidatos favoráveis a lobbies etc.) empregados desde a Primeira República. Apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda (LUZ, 1991 apud ACURCIO, 2009).

Segundo Lima e Silva et al (2010) pode-se dizer que acerca da política de saúde na década de 1980 e a construção do Projeto de Reforma Sanitária, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um projeto de democracia de política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até hoje. A saúde na década de 1980 contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Sendo assim, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Alguns personagens que entraram em cena nesta conjuntura foram: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES¹⁴) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno

¹⁴ Segundo o Estatuto Social do CEBES, Capítulo I – Da Denominação, Sede e Fins; Art. 1. – O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, abreviadamente CEBES, é uma entidade civil, de âmbito nacional sem fins lucrativos, de duração indeterminada com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, RJ. Desde sua criação em 1976, tem como eixo principal de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses mais de 30 anos de atuação, como centro de estudos aglutina profissionais e estudantes, assegurando seu espaço como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, seja em nível dos movimentos sociais, das instituições do país e do parlamento brasileiro. Durante toda sua trajetória, o CEBES se empenha em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de

da Saúde; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor; e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com a sociedade civil.

Dentre as principais propostas, vinculadas ao CEBES estavam à universalização do acesso as ações de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. Afinal, os direitos são indispensáveis para que se possa pensar nessa forma democrática e justa de vida. No mínimo por isso deveriam ser sempre plenamente valorizados e defendidos (NOGUEIRA 2005, apud LIMA e SILVA et al. 2010).

O movimento das Diretas Já, ocorrido em 1985 e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁵

uma sociedade mais justa em nosso país. Disponível em:
<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idSubCategoria=41&idConteudo=70> Acesso em: 08 de abril de 2013.

¹⁵ A Primeira Conferência Internacional de Saúde sobre Promoção de Saúde foi realizada em Ottawa, Canadá em novembro de 1986 e apresentou o documento intitulado *Carta de Intenções* que tinha deveria servir como norte para se atingir a meta: *Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes*. Esta Conferência ocorreu como uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, focalizando principalmente as novas necessidades dos países em crescente industrialização. Este acontecimento baseou-se nos progressos alcançados pela Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde como o documento da Organização Mundial de Saúde - OMS sobre Saúde para Todos e ainda, o debate ocorrido na Assembléia Mundial de Saúde sobre ações intersetoriais. Dentre os pontos discutidos e firmados na Carta de Ottawa, estão: a promoção de saúde, os pré-requisitos para a saúde, a defesa de causa, capacitação, mediação, construção de políticas públicas saudáveis, reforçando a ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a reorientação dos serviços de saúde voltados para o futuro, compromissos com a promoção da saúde e a pretensão de uma ação que seja internacional. Neste último tópico; POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL, destaca-se que a Conferência é firmemente convencida de que as pessoas, ONG's – Organizações Não-Governamentais, organizações voluntárias, governo, OMS e demais organismos interessados juntam esforços na introdução e implementação de estratégias que visem a promoção da saúde, de acordo com os princípios previstos na presente carta (OMS - Organização Mundial da Saúde. *Carta de Ottawa, 1986* Disponível em; http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf Acesso em; 01 de fevereiro de 2013).

(Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde). Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988 (POLIGNANO, 2001).

A 8ª Conferência representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população, dentre elas: os sindicatos, partidos políticos, e associações dos profissionais. Desta forma, a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. (LIMA e SILVA et al. **Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil. Enfatizando o contexto neoliberal**, 2010, p.4).

Servindo como um norte para todas as conferências nacionais sobre saúde que ocorreram na década de 1980, em 1978 aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata que deu origem a chamada Carta de Alma-Ata documento essencial para a realização das demais conferências sobre saúde, dentre seus principais tópicos ressaltam-se: a compreensão da necessidade de ação urgente de todos os governos; de todos os profissionais que atuam no campo da saúde e do desenvolvimento; da comunidade mundial; diante da necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo:

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. A chocante desigualdade existente no estado dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro de países é, política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto de preocupação comum de todos os países. O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial. É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e

economicamente produtiva (OMS - Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**, 1978, p.1).

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, definido como: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e ainda, acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida”. “Este documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após” (CUNHA; CUNHA, 1998 apud ACURCIO, 2009, s/p).

2.1. O novo conceito para a saúde: a sua natureza holística

O conceito ampliado de saúde passou a ser compreendido através de uma leitura biopsicossocial significando um avanço no entendimento de que o indivíduo não se limita apenas à dimensão biológica, e ainda, a medicina não é a única profissão voltada à recuperação e à garantia de saúde da população. Apresenta-se um olhar multidisciplinar para o processo saúde-doença, pressupondo a atuação de vários profissionais na viabilização das políticas de saúde. Devendo-se compreender que os diferentes padrões ou características de saúde-doença que se concretizam no corpo biopsíquico dos indivíduos, têm sua gênese nas condições materiais da vida cotidiana nos perfis de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais (CAVALCANTI e ZUCCO, 2006 apud ALVES e SILVA, 2011).

Capra (1982) mostrou que a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constituiu o alicerce conceitual da moderna medicina científica. No modelo “biomédico”, o corpo é visto como um amontoado de peças; a doença é um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos neste modelo é intervir, física ou quimicamente, para consertar o

defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado, ou mesmo, em uma única peça com defeito.

Segundo Alves e Silva (2011) é através da conquista da democracia que a sociedade participou ativamente na formulação de proposições políticas para a saúde durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujas recomendações foram incorporadas na Constituição de 1988. Em 1947 a Organização Mundial de Saúde formulou o conceito de saúde como sendo o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e de acordo com Fleury (1997), o termo “saúde” nas últimas décadas do século XX, sofreu um processo de rediscussão, sendo baseados até então, em indicativos como simples ausência de doenças.

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se como o fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica. Embora todo médico praticante saiba que a cura é um aspecto essencial de toda a medicina, o fenômeno é considerado fora do âmbito científico; o termo "curar" é encarado com desconfiança, e os conceitos de saúde e cura não são geralmente discutidos nas escolas de medicina. O motivo da exclusão do fenômeno da cura da ciência biomédica é evidente. É um fenômeno que não pode ser entendido em termos reducionistas. Isso se aplica à cura de ferimentos e, sobretudo, à cura de doenças, o que geralmente envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana. Reincorporar a noção de cura à teoria e à prática da medicina significa que a ciência médica terá que transcender sua estreita concepção de saúde e doença. Isso não quer dizer que ela tenha de ser menos científica. Pelo contrário, ao ampliar sua base conceitual, pode tornar-se mais coerente com as recentes conquistas da ciência moderna. (...) Embora a definição da OMS seja algo irrealista — pois descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, em vez de um processo em constante mudança e evolução —, ela revela, não obstante, a natureza holística da saúde, que terá de ser apreendida se quisermos entender o fenômeno da cura (CAPRA, **O Ponto de Mutação**, 1982. p.104,105).

De acordo com Paim (2006) apud Alves e Silva (2011) é imprescindível que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual, como consequência, a saúde não deve ser objeto de lucro.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde; a

descentralização política, a administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (LIMA e SILVA et al, 2010).

A implantação do Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS) foi uma estratégia utilizada para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos dispositivos legais foram aprovados em 1990 (lei nº 8.080/90 e 8.142/90), dando sequencia a reforma do sistema e dos serviços de saúde, inspirada nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação, buscando a ampliação do acesso e qualidade das ações e serviços de saúde (PAIM, 2006).

2.2. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS

Antes da promulgação da Constituição, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem estar físico e mental. Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para atender, primeiramente aqueles que procuravam por uma assistência médica curativa. Havendo assim uma predominância do atendimento médico individual e hospitalar. As ações de saúde pública, ações preventivas, de caráter coletivo, não eram prioridade neste período, a não ser em momentos críticos, como por exemplo, em casos de epidemia ou uma catástrofe. Até que a nova Constituição Federal promulgasse um novo conceito para a saúde pública, por meio do artigo 196: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. É a partir deste novo significado que a saúde pública passou a exigir uma mudança na prestação de serviços (BRASIL, 2001).

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. O reconhecimento da determinação social das doenças exige novas maneiras de enfrentar os problemas de saúde. Ganha ênfase, então, a concepção integral da saúde, que exige o desenvolvimento de ações preventivas e curativas, bem como reforça-se a necessidade de desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais das doenças, como por exemplo, ações de saneamento básico, aumento da oferta de empregos e outras que dependem da articulação entre os setores governamentais responsáveis pelo provimento de necessidades básicas da

população (educação, meio ambiente, trabalho, previdência social, etc.) (BRASIL, 2001, p.79).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, para que a população do país tivesse o acesso ao atendimento público de saúde. No entanto, sabe-se que anteriormente, a assistência médica era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS¹⁶) e se tinha uma divisão dos brasileiros em três categorias: os que tinham direito à saúde pública por serem contribuintes da previdência social; aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados; e os que não possuíam direito algum (LIMA E SILVA et al, 2010).

Criado pelo regime militar em 1977 e pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); o INAMPS era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), com a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

Segundo Arruda (1984) em 1981 do total de recursos destinados à assistência médica e previdência social, 72% iam para as mãos de empresários da saúde. Ainda neste mesmo ano o INAMPS comprava de particulares, segundo Elio Fiszbejn, ex-presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo, 300 mil leitos hospitalares e oferecia à rede pública somente 7.800, o que revela que o governo deixava seus hospitais à mingua destinando aos pacientes somente os serviços dos hospitais particulares conveniados. Em 1984 a capacidade ociosa dos hospitais da rede pública de São Paulo chegava aos 50%. Neste contexto, o volume de dinheiro público jorrou sem controle favorecendo a descoberta de irregularidades em 33 hospitais de São Paulo e em todos estes casos a confirmação da participação de funcionários do INAMPS.

Para aqueles que não faziam parte destes grupos, ou seja, para os pobres e excluídos do mercado de trabalho restava o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários. O SUS é então criado com o firme propósito de alterar esta situação de desigualdade na assistência à saúde da

¹⁶ O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>. Acesso em: 21 de maio de 2013.

população, universalizando o acesso ao atendimento - tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa. (...) O Sistema Único de Saúde-SUS é resultado de uma luta que teve início nos anos 70 e foi chamada Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Partindo do princípio de que a defesa da saúde é a defesa da própria vida, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira insistia em que era preciso reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e disponível a toda a população. Dele participaram profissionais de saúde, lideranças políticas, sindicais e populares, dando ao SUS o privilégio de ser uma conquista da sociedade brasileira, que os parlamentares da Assembléia Constituinte transformaram em lei (BRASIL, 2001, p.79).

No ano de 1988, ano de promulgação da Constituição Brasileira, estabeleceu-se elementos significativos para a saúde no Brasil, reconhecendo esta como um direito do cidadão e dever do Estado. Na Constituição afirma-se que a saúde assim como a previdência e a Assistência Social integram um sistema de proteção ao cidadão, conhecido como Seguridade Social, estabelecendo que o financiamento do SUS também devesse ser garantido por este. Definindo-se como princípios para o SUS: a universalidade, tornando-se acessível para todo o povo independente de sexo, cor, etnia, religião, moradia e idade; integralidade, que o responsabiliza pelo cuidado de todas as necessidades e demandas das pessoas e coletividades, e ainda; a participação, onde deveria haver democracia participativa na formulação de políticas e na gestão do sistema, garantindo que os serviços funcionem em melhor sintonia com a realidade da população. E ainda, o SUS possui como diretrizes organizativas o comando único, a descentralização e a regionalização, devendo ser garantida a responsabilidade para a sua implementação pelas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007).

"Em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Esta seção sobre Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS. No entanto, isso não foi fácil. Vários grupos tentaram aprovar outras propostas, destacando-se duas: a dos que queriam manter o sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados contratados pelo INAMPS e a dos que queriam criar no país um sistema de seguro-saúde mais ou menos parecido com o americano (que, todos sabemos, é caro e não atende a todos). Como essas alternativas não tinham muita aceitação, pois uma já tinha demonstrado que não funcionava e a outra era inviável pela questão econômica, a proposta feita pelo movimento da Reforma Sanitária teve chance e acabou sendo aprovada, ainda que com imperfeições. De qualquer forma essa foi uma grande vitória, que coloca a Constituição Brasileira entre as mais avançadas do mundo no campo do direito à saúde." (RODRIGUEZ NETO, 1994 apud ACURCIO, 2009, s/p)

A seguridade social se constitui como - "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (CF, art. 194) constitui uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988. O novo conceito impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. Em um primeiro momento, reconhecendo a saúde como direito social; segundo, definindo um novo paradigma para a ação do Estado na área. Esse novo marco referencial está expresso em dois dispositivos constitucionais: Art. 196 - o direito à saúde deverá ser garantido "mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", reconhecendo, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento; Art. 198 - as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária.

O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS era 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 refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Ainda preservando as características do movimento das Diretas Já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania. Sendo assim, o SUS somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080, nesta define-se o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento (POLIGNANO, 2001).

Apesar de ser garantido pela Constituição de 1988 o acesso à saúde pública, o Sistema Único de Saúde passa a ser regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, que delimitam a participação do poder público municipal e federal na concretização dos seus pilares de funcionamento, quais sejam: universalidade, integralidade e equidade na oferta da saúde pública.

2.3. SUS: regulamentação operacional - Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e 8142/91

Ao detalhar os princípios e diretrizes sob os quais o sistema passou a ser organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo, a regulamentação (Leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990), buscou delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados. O SUS foi definido como constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei nº 8080, art. 4º, caput). A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (CF, art. 199, § 1º; Lei nº 8080, art. 4º § 2º), mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência (CF, art. 199, § 1º, Lei 8080¹⁷, art. 25) (MERCADANTE, 2002).

O arcabouço jurídico-institucional da Constituição de 1988 é complementado pelas leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142). A Lei n. 8.080 regula as ações e competências e atribuições em cada nível de governo (BRASIL, 1990a). A Lei n. 8.142, vem para complementá-la em decorrência dos vetos efetuados, pelo então Presidente da República. Esta segunda lei estabelece e dispõe legalmente, entre outras questões, sobre o controle social através da criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde abertos à participação de diferentes membros da sociedade civil, nas três esferas de governo (BRASIL, 1990b apud MARTINS et al, 2008, p.4).

Para Polignano (2001) os princípios doutrinários estabelecidos no nascedouro do SUS e ainda, os seus objetivos foram circunscritos da seguinte maneira:

¹⁷ Na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) encontram-se dispostos ainda, os seguintes princípios: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral: o respeito aos sentimentos, aos modos de pensar, às crenças e convicções dos indivíduos, bem como seu direito de escolher alternativas de assistência médica disponíveis, desde que a opção feita não cause danos irreparáveis à sua saúde, ou à saúde da comunidade. - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde: as unidades de saúde são obrigadas a fornecer informações de interesse das pessoas assistidas ou de interesse da comunidade. Por exemplo, no caso dos usuários dos serviços de saúde, é garantido o acesso às informações de seu prontuário médico. - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário: as unidades de saúde devem oferecer informações sobre os serviços disponíveis: como utilizá-los, onde recorrer em caso de necessidade, horário de atendimento, etc. - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática: as ações de saúde devem ser definidas em função do quadro de doenças da região, buscando-se não só seu controle e erradicação, como também oferecendo-se atendimento de acordo com os problemas da localidade. - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento: união de esforços no sentido de combater as causas sociais das doenças da localidade. - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população. - organização dos serviços públicos de saúde de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2001, p.80).

UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades. Destes derivaram alguns princípios organizativos: HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência; PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde; DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS. Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando a saúde do trabalhador; participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente; formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; formulação e execução da política de sangue e de seus derivados (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão**, 2001, p.23,24).

O SUS previsto na Constituição Federal de 1988, especificamente no artigo 196 e regulamentado na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e 8142/91, constitui-se em uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada sob o comando único em cada nível de governo, federal, estadual e municipal. Gerido pelo poder público é financiado pelos recursos da União, estados e municípios. O SUS substitui na área da saúde o antigo Instituto de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, o direito à saúde em todas as suas dimensões e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, criado em 1987, foi implementado pelo antigo INAMPS em associação com o Ministério da Saúde para aumentar o repasse de recursos para Estados e Municípios (RADIS, 2001).

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal, outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. Idealizado enquanto estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde propunha a transferência dos serviços

do INAMPS para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços. Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de Estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios. Enquanto resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CUNHA & CUNHA, 1998 apud ACURCIO, 2009, s/p).

Mas é importante ressaltar, conforme afirma Lima e Silva (2010) que a Constituição Federal buscou corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, no entanto, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. A Assembléia Constituinte com relação à saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas na Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte.

O Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular. Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como aspectos significativos destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (Bravo, 1996). Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. O projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os conselhos e conferências (BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**, 2009, p.2).

Segundo Radis (2001) a organização do SUS se dá de forma a aproveitar ao máximo os recursos provenientes à este. Uma das iniciativas é a criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, onde diversos Municípios assumem a prestação de um serviço. A descentralização permite a divisão das responsabilidades entre os governos federal, estadual e municipal. Segundo a Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96,

os Estados podem estar em gestão Avançada ou Plena do Sistema de Saúde e os municípios em gestão Plena da Atenção Básica¹⁸ ou em Plena do Sistema Municipal¹⁹. Sendo que há algumas exigências para a habilitação nestas gestões; os municípios precisam comprovar a existência de um Plano Municipal de Saúde, um Fundo Municipal de Saúde, capacidade para gerir e exercer ações e controle dos serviços e possuir ainda um Conselho Municipal de Saúde atuante. As ações do SUS vão desde a promoção saúde, estimulando hábitos mais saudáveis, prevenção de doenças, por meio da educação em saúde, vacinação em massa e a prestação de assistência médica, tais como: consultas, exames e fornecimento de medicamentos básicos.

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva. A Santa Casa de Belo Horizonte faz o mesmo e lança o seu plano de saúde, o que implica numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS. Toda esta crise obrigou à direção do Hospital a buscar novas fontes de arrecadação, principalmente através de convênios com planos privados de saúde e com a prefeitura municipal de Belo Horizonte. O governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Esta NOB revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão. É possível constatar as diferenças existentes nos dois modelos de gestão, sendo a gestão plena do sistema municipal o de maior abrangência, transferindo um número maior de responsabilidades para os municípios, especialmente no que se refere gestão direta do sistema hospitalar, não incluído no modelo de gestão plena da atenção básica (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão**, 2001, p.28 - 30).

No entanto, pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os Estados e Municípios brasileiros, pois é preciso uma grande

¹⁸ Gestão Plena de Atenção Básica significa que o município terá o repasse de recursos Fundo a Fundo (do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde) para o financiamento de todas as ações básicas de saúde. O volume de recursos é definido por um valor per capita. O valor per capita é resultado da multiplicação de um valor financeiro básico pelo número de habitantes do município, por exemplo, supondo que o valor financeiro básico é R\$ 1,00 e que a população de um município qualquer seja de 3000 habitantes, o valor per capita do município será de R\$ 3000,00 por mês, destinados às ações básicas de saúde (BRASIL, 2001, P.80,81).

¹⁹ Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde significa que o município terá o repasse de recursos Fundo a Fundo para o financiamento de toda a assistência em saúde (BRASIL, 2001, p.81).

disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema. A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para Estados e Municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; resarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs que regulamentaram a aplicação desta lei. NOB é a abreviatura de Norma Operacional Básica, que trata da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96²⁰ (POLIGNANO, 2001).

O SUS nasceu "na contra-mão" de outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990. A proposta de atenção universal baseada na concepção da saúde como direito da cidadania e dever de Estado vai de encontro à dinâmica das reformas mundiais (Almeida, 2002). O princípio da descentralização sustenta-se em um desenho institucional que busca garantir a institucionalização de governos subnacionais e da população, via conselhos de saúde, como convém a sistemas universalistas e aos princípios de descentralização e controle social do SUS. (...) Entretanto, esse arcabouço institucional ainda é débil e o SUS vem sendo reconhecidamente esculpido a "golpes de portaria" (Goulart, 2001). Promulgadas as Leis Orgânicas 8080/90 e Complementar 8042/90 de Saúde, foram editadas pelo Ministério da Saúde sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que buscaram definir os vários aspectos operacionais, de arenas decisórias a fluxos de financiamento e estruturação do modelo de atenção (Idem). As NOBs aumentaram pontos de veto a possíveis ataques ao SUS e conferiram legitimidade democrática ao sistema, incorporando a participação de novos atores. Entretanto, acabariam por contribuir para o surgimento de uma estrutura institucional que reserva à burocracia estatal controle sobre as principais decisões, com um peso elevado ao gestor federal, às comissões intergestores e às associações de secretários

²⁰ A **NOB – SUS/01/91**: definiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA); instituiu a Autorização de Internamento Hospitalar(AIH); criou o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM); reforçou criação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS); definiu recursos para financiamento dos Programas Especiais de Saúde e investimentos no setor saúde. A **NOB 01/92** estabeleceu: criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); normatizou o Fundo Estadual de Saúde. A **NOB – SUS/01/93** definiu: criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – gestores das esferas federal, estadual e municipal; criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - gestores das esferas estadual e municipal; criação do Fator de Apoio ao Estado (FAE); criação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); maior ênfase na municipalização. E ainda, a **NOB – SUS/01/96**: implementou o Piso da Atenção Básica (PAB) – valor per capita p/ financiamento das ações de atenção básica; Programação Pactuada Integrada (PPI) – instrumento de organização do Sistema; Municípios - criação da Gestão Plena da Atenção Básica e da Gestão Plena do Sistema Municipal; Estados – criação da Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual; definiu programas como estratégias de mudança do modelo assistencial – PACS e PSF. Disponível em: <http://foradasala.files.wordpress.com/2011/12/aula-4-financiamento-e-legislacao-do-sus1.pdf> Acesso em: 21 de maio de 2013.

municipais e estaduais de saúde. Esses atores têm assento privilegiado em estruturas de conselhos e conferências de saúde, em detrimento do controle social (Labra, 1999 apud Gerschman e Santos, 2006). A história da construção do sistema de saúde nacional é a história da institucionalização de sucessivos atores, iniciada com ações sanitárias promovidas por um Estado centralizado e uma sociedade civil escassamente desenvolvida (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p.182,183,185).

Segundo Grisotti et al (2010) até o início da década de 1990 o processo de implantação de uma nova política de saúde evidenciou mais uma desconcentração do que uma real descentralização. Muito aquém de uma reforma sanitária, as mudanças no setor limitavam-se ao aspecto formal administrativo, sem transferência de poder efetiva, sem autonomia política e financeira e ainda, sem uma democratização das relações sociais em todos os níveis territoriais. Porém, este fato estava vinculado à falta de uma política de municipalização. Com as Normas Operacionais Básicas de 1993 e a NOAS²¹ de 2001, essa situação foi sendo modificada, isto é, a transferência de poder aos municípios foi sendo normatizada, forçando assim os municípios a assumirem a gestão plena da atenção a saúde, o que garantiu a consolidação do modelo descentralizado.

O SUS é um direito de todos. É universal porque deve atender a todos gratuitamente, sem distinção, de acordo com as suas necessidades, sem levar em conta se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social. É integral, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida; deve, sim, ser tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem se voltar, ao mesmo tempo, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana. Garante eqüidade, pois deve disponibilizar os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um; oferecer mais para quem mais precisa. É descentralizado, pois quem está próximo do cidadão tem mais chances de acertar na solução dos problemas de saúde. Assim, todas as ações e serviços para a população devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios, estaduais, e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional, federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo. A Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, é a responsável por todos os serviços localizados na cidade. É regionalizado e hierarquizado, uma vez que

²¹ A portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 estabelece: Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Art. 2º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS N° 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica. Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html Acesso em: 21 de maio de 2013.

o atendimento se inicia nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado (CMSU. Manual do Conselheiro de Saúde. Ed. Edufu: 2008, p.7).

Conforme se verifica em Marques e Mendes (2005) os anos que se seguiram a inscrição do SUS no texto constitucional são repletos de momentos de tensão entre os defensores do governo. Isso se caracteriza por um permanente “cabo de guerra” entre os defensores do SUS e os responsáveis pela política econômica do país, muitas vezes revelando o rechaço do conceito de saúde pública e por consequência de suas bases de financiamento. A incerteza quanto aos recursos financeiros para a área da saúde levou à busca de uma solução mais definitiva, o comprometimento dos recursos orçamentários das três esferas de poder. A construção de um consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos, até que finalmente o Congresso aprovou a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) em agosto de 2000.

E ainda, houve um amplo movimento social pela mobilização da chamada bancada da saúde no Congresso a favor da Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, que tinha dois grandes objetivos: a) elevar o patamar dos gastos federal com a saúde e assegurar a sua regularidade e; b) aumentar a participação dos entes subnacionais, sobretudo os Estados, no financiamento do SUS.

A regulamentação da EC nº 29 permitirá que os recursos aplicados nas ações e serviços de saúde não sofram "desvio de finalidade", visto que a lei definirá o que poderá ser considerado como tal, tendo a Resolução 322/2003 do CNS como referência nesse quesito. Ou seja, será introduzido um componente qualitativo na análise dos gastos com ações e serviços de saúde, visto que, até o momento, o componente quantitativo (percentual de aplicação) não foi suficiente para garantir a eficácia dos serviços prestados, alocando-se, em muitos lugares, conforme denúncias recebidas pelo CNS, despesas de outra natureza para comprovar o cumprimento do percentual mínimo. Porém, isso tudo poderá ser perdido diante da emenda que retira da base de cálculo da aplicação mínima em saúde a dedução da receita oriunda do Fundo de Valorização dos Profissionais de Educação (FUNDEB). Trata-se de um artifício que desrespeita a proposta originalmente estabelecida na EC 29, visto que a vinculação deve ocorrer sobre a base "bruta", antes dessa dedução e de qualquer outra dedução, como forma de priorizar a saúde tanto quanto a educação, nos termos da Constituição Federal. Com essa redução da base de cálculo, haverá menos recursos para o financiamento da saúde pública no âmbito dos Estados e Distrito Federal. (CNS DEFENDE A REGULAMENTAÇÃO DA EC nº 29. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>. Acesso em 29 de set. de 2012).

No entanto, é importante frisar que de fato a aprovação da Emenda Constitucional 29 não representa na prática a salvação do financiamento da saúde

pública. Conforme reportagem: Para entender o (sub)financiamento do SUS, publicada na Revista RADIS:

A aprovação da Emenda Constitucional 29 sem o comprometimento de a União participar com 10% da sua arrecadação para a Saúde (Radis 113) é vista como grande derrota por sanitaristas, entre eles Lígia Bahia, vice-presidente da Abrasco, presente ao seminário de novembro, que levantou as questões federativas e tributárias como essenciais ao debate da Saúde. Ela considerou uma “tragédia” a manutenção da indexação da despesa da União com a Saúde pela variação do PIB do ano anterior. “Houve derrota de todos que defendem o SUS. Como priorizar a saúde sem ser prioridade orçamentária de fato?”, questionou ela depois, em entrevista ao jornal O Globo (30/01, íntegra na seção Radis na Rede, do site do RADIS). Lígia aponta um aspecto positivo do texto aprovado: “Foi bom terem definido o que são gastos com Saúde”, considerou, referindo-se ao trecho que objetiva impedir que se considerem gastos com merenda escolar, saneamento, coleta de lixo e restaurantes populares como gastos com saúde. A questão é que a aprovação da EC 29 tal como ocorreu equivale na prática a dizer que a União, só aumentará o que gasta com saúde na mesma proporção que houver crescimento econômico. O gasto relativo, portanto, não aumentará. Revista RADIS, nº 116, Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/para-entender-o-subfinanciamento-do-sus> Acesso em: 22 de maio de 2013.

As mudanças ocorridas na política brasileira após a Constituição de 1988, reforçadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) na década de noventa e pela Norma Operacional de Assistência a Saúde foram marcadas pelo esforço do Ministério da Saúde no avanço da municipalização e de novas formas de financiamento das ações e serviços de saúde, priorizando a proposta da atenção básica. No entanto o processo de implantação das diretrizes oficiais SUS de universalização, equidade e integralidade tem sido marcado por impasses e questionamentos (GRISOTTI, et al 2010).

(...) o modelo de saúde adotado pelo Brasil, o SUS, é considerado uma perspectiva de avanço para a política de saúde de modo geral. Mas, apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, observa-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, além de uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde. Muito ainda se deve persistir no sentido de uma relação entre Estado e sociedade pautada pela articulação, controle social, parceria, respeito à diversidade, transparência, descentralização e participação (LIMA e SILVA et al. **Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil. Enfatizando o contexto neoliberal**, 2010, p.7).

O SUS como uma política social que traz em seus fundamentos a integralidade, a universalidade e a participação popular como essenciais para o desenvolvimento da política pública de saúde no país. No entanto, um dos principais momentos para a sua consolidação se dá num contexto de desenvolvimento do neoliberalismo como política

norteadora: redução de gastos, menor participação do Estado na garantia do bem estar público são características que envolvem prioritariamente os anos 1990 no Brasil.

2.4. A saúde pública nos anos 1990: o neoliberalismo como eixo norteador

Os anos 1990 no Brasil são marcados pelo aumento do desemprego, junto com a violência urbana. Dados de 1997, a taxa de desemprego é de 7,30% da PEA (População Economicamente Ativa), correspondendo a 5,08 milhões de trabalhadores sem emprego (POCHMANN, 1998: Folha de São Paulo, 1998 apud PIRES, 2008). O governo mantém o pagamento da dívida externa, sem contrapartida para incentivar o crescimento econômico, implementa políticas de abertura econômica indiscriminada ao capital estrangeiro, ameaçando as bases estruturais da indústria nacional. O Estado reduz a sua atuação na fiscalização das atividades econômicas e não administra medidas de planejamento com vistas a distribuição de renda. E ainda, permite a deteriorização da infra-estrutura de estradas, portos, energia, e toda a infra estrutura social: educação, saúde, previdência e habitação (MATOSSO, 1995 apud PIRES, 2008).

A década de 1990 principalmente no Brasil traz como sua principal característica a afirmação das ideias neoliberais, que influenciaram fortemente os aspectos: econômicos e sociais deste período. Surge como um conjunto de medidas que reforçam a não participação do Estado na economia, como uma resposta ao Estado de Bem Estar. Como suas características ressaltam-se: as políticas de privatizações das empresas estatais, a livre circulação de capitais internacionais, a defesa do mercado livre, a desregulamentações dos direitos trabalhistas, a desmontagem do setor produtivo estatal, a abertura da economia para as multinacionais, a diminuição do tamanho e da atuação do Estado, a adoção de medidas contra o protecionismo econômico, o aumento da produção, a desburocratização do Estado para garantir maior eficiência do mercado e adoção de medidas contra o protecionismo econômico.

Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Seu texto de origem é *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek, escrito já em 1944. Trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciadas como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política. O alvo imediato de Hayek, naquele momento, era o Partido Trabalhista inglês, às vésperas da eleição geral de 1945 na Inglaterra, que este partido efetivamente venceria. A mensagem de Hayek é drástica: "Apesar de suas boas intenções, a social-democracia moderada inglesa conduz ao mesmo desastre que o nazismo alemão – uma servidão moderna". (...) A chegada da

grande crise do modelo econômico do pós-guerra, em 1973, quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, mudou tudo. A partir daí as ideias neoliberais passaram a ganhar terreno. As raízes da crise, afirmavam Hayek e seus companheiros, estavam localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais (ANDERSON, P. **Balanço do neoliberalismo**. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/eso/globalizacao/balanconeolib.html> Acesso em: 15 de maio de 2013).

Como principais implementadores desta política neoliberal estão: Augusto Pinochet no Chile (1973), Margareth Thatcher na Inglaterra (1979)²², Ronald Reagan nos Estados Unidos da América - EUA (1980), H. Kohl na Alemanha (1982), Schluter na Dinamarca (1983) e no Brasil, o neoliberalismo se evidenciou com as políticas de sucateamento e privatizações iniciadas por Fernando Collor (1990) e continuadas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (1995).

Nas palavras de Moraes (2001) o neoliberalismo, entre outros significados, representa um conjunto de políticas adotadas pelos governos neoconservadores, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 70, e propagadas pelo mundo a partir das organizações multilaterais criadas pelo acordo de Bretton Woods (1945), isto é, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). É a ideologia do capitalismo na era de máxima financeirização da riqueza mais líquida, do capital volátil e ainda, é um ataque às formas de regulação econômica do século XX, como o socialismo, o keynesianismo, o Estado de bem-estar, o terceiro mundismo e o desenvolvimentismo latino-americano.

Conforme demostrado por Pires (2008) os interesses do setor privado e dos defensores do modelo de mercado, associados à crise financeira do Estado e às políticas neoliberais que restringem o papel do Estado, implantadas no país, a partir dos anos 90, resultam em ações que interrompem o avanço da universalização do acesso a todos os níveis de complexidade da assistência a saúde e organização, o consumo dos serviços de saúde se mantém dentro da lógica do mercado,

²² Segundo Anderson (1995) o modelo inglês de Thatcher foi mais puro e pioneiro, contraíram a emissão monetária, elevaram as taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram controles sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, impuseram uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais. E, ainda, se lançaram num amplo programa de privatização, começando por habitação pública e passando em seguida a indústrias básicas como o aço, a eletricidade, o petróleo, o gás e a água.

comercializando as doenças e legitimando a desigualdade de acesso. As denúncias dos problemas referentes ao Sistema Único de Saúde – SUS são aproveitados para desvalorizar os serviços públicos e seus trabalhadores ao mesmo tempo, defendendo maior eficácia do setor privado.

O neoliberalismo econômico acentua a supremacia do mercado como mecanismo de alocação de recursos, distribuição de bens, serviços e rendas, remunerador dos empenhos e engenhos. O mercado é matriz da riqueza, da eficiência e da justiça. A intervenção da autoridade pública sobre as iniciativas privadas é vista, como intrusão indevida, que resultam em distorções nos eixos (riqueza, eficiência, justiça). Quando o Estado intervém sobre os empreendedores, para supostamente preservar o bem público (as regulações legais) ou sustentar suas atividades (a taxação), inibe a mola propulsora do progresso e afeta a competitividade dos agentes (MORAES, 2002).

Na década de 1990, o Projeto de Reforma Sanitária começa a ser questionado e outro projeto é construído tendo como características: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado (BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**, 2009, p.1).

Segundo Fleury (1997) apud Alves e Silva (2011) o direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária traz intrinsecamente em sua constituição, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Sendo assim, o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. Apesar dos avanços obtidos com a promulgação do SUS nas esferas das políticas públicas de saúde, vivenciamos na realidade do século XXI um novo projeto político pautado em propostas neoliberais, onde o Estado funciona como um regulador do mercado, podendo ocasionar enormes demandas nas áreas da saúde, educação e segurança pública.

A opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista. A Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello é implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o estado ao mínimo. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. Neste período o governo

começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB 01/91 foi editada em 1991 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc - redefiniu toda a lógica de financiamento e, consequentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em grande parte, vigorando até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentaram o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas e gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semi-plena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão**, 2001, p.26).

Conforme Paim (2006) apud Alves e Silva (2011) a proposta do Estado neoliberal como estratégia, é encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes de “participação” e “parceria”, atividades concernentes ao setor social, definidas como funções públicas essenciais. Desta forma, esta reforma de Estado tem sido denominada entre nós de neoliberal, como alusão ao Estado liberal clássico do fim do século XIX e da Primeira República, ou República Velha, no início do século XX.

É esse quadro que permite entender os três lemas das políticas públicas na era dos "ajustes estruturais": focalizar, descentralizar, privatizar. **Focalizar:** substituindo a política de acesso universal pelo acesso seletivo, permitindo definir mais limitadamente e discriminar o receptor dos benefícios. As políticas sociais do neoliberalismo, por sua vez, aproximam-se cada vez mais do perfil de políticas compensatórias, isto é, de políticas que supõe como ambiente prévio e "dado", outro projeto de sociedade definido em um campo oposto ao da deliberação coletiva e da planificação (MORAES, 2001).

O novo modelo de sociedade é definido pelo universo das trocas, pela mão invisível do mercado. **Descentralizar:** operações, o que não implica necessariamente desconcentrar – sobretudo as decisões políticas mais estratégicas e, muito menos, a gestão dos grandes fundos. E ainda, **privatizar:** podendo ser feito, basicamente, por

duas vias. A primeira é transferir ao setor privado a propriedade dos entes estatais (inclusive os entes provedores de políticas sociais, tais como saúde, educação, moradia, assistência social, etc.). A segunda via é transferir ao setor privado a operação e/ou gestão dos serviços. Em primeiro lugar, delegando competências ao setor privado (ou à variante do assim chamado terceiro setor). Ou, ainda, mantendo as competências na esfera pública estatal, mas submetendo esses entes estatais a controles de mercado ou que simulem mercados. Em outras palavras, criando em certas esferas dos serviços públicos sistemas de avaliação que simulem a relação fornecedor cliente (MORAES, 2001).

Nesse sentido, qualquer balanço atual do neoliberalismo só pode ser provisório. Este é um movimento ainda inacabado. Por enquanto, porém, é possível dar um veredicto acerca de sua atuação durante quase 15 anos nos países mais ricos do mundo, a única área onde seus frutos parecem, podemos dizer assim, maduros. Economicamente, o neoliberalismo fracassou, não conseguindo nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado. Socialmente, ao contrário, o neoliberalismo conseguiu muitos dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente mais desiguais, embora não tão desestatizadas como queria. Política e ideologicamente, todavia, o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonham, disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm de adaptar-se a suas normas. Provavelmente nenhuma sabedoria convencional conseguiu um predomínio tão abrangente desde o início do século como o neoliberal hoje. Este fenômeno chama-se hegemonia, ainda que, naturalmente, milhões de pessoas não acreditem em suas receitas e resistam a seus regimes. A tarefa de seus opositores é a de oferecer outras receitas e preparar outros regimes. Apenas não há como prever quando ou onde vão surgir. Historicamente, o momento de virada de uma onda é uma surpresa (ANDERSON, P. **Balanço do neoliberalismo**. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/eso/globalizacao/balanconeolib.html> Acesso em: 15 de maio de 2013).

Segundo Bravo (2009) o projeto saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais características: a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. As reformas para o campo da saúde nessa ótica, ou contra-reformas, como afirmam vários autores (BEHRING, 2003), têm apresentado: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997). Percebe-se que a universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos

aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado.

O desenvolvimento econômico e social de um país está atrelado à execução de políticas públicas consideradas essenciais para uma sociedade, tais como: saúde, educação e habitação; tornando-se então, fundamental a presença do Estado como provedor e condutor dessas áreas. Sendo assim, Soares (2008) mostra que: “os postulados neoliberais na área social são, basicamente os seguintes: o bem-estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes “naturais” são a família, a comunidade e os serviços privados). Sendo assim, o Estado só deve intervir quando surge a necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir os serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Propondo, um Estado de beneficência pública ou assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da ação estatal, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos no ideário neoliberal.” A noção de prestação pública é decorrente da garantia do direito à cidadania e da ideia de saúde como bem público não comercializável, sendo garantido pelo Estado. Por este motivo, sua presença na garantia do acesso universal à saúde é fundamental (ALVES e SILVA, 2011).

É preciso fazer um pequeno corte nesta seqüência para entender como o modelo médico neo-liberal procurou se articular neste momento da crise. O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privativista durante quinze anos a partir de 64, tendo recebido neste período vultuosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural. Deste modo foi concebido um subsistema de atenção médica supletiva composta de 5 modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguro-saúde e plano de administração. Com pequenas diferenças entre si, estas modalidades se baseiam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços. Estes serviços e benefícios eram pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo, a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão**, 2001, p.21).

Neste mesmo sentido, Gerschman e Santos (2006) afirmam que os eixos políticos apontados pelo "novo universalismo" atendem, de forma fragmentada, a muitos grupos de interesse que gravitam em torno da saúde no país. O "novo

"universalismo" propõe prioridade para a Atenção Básica e o fortalecimento da iniciativa privada no mesmo pacote. De certa forma, estas propostas simultaneamente contemplam discursos históricos do Movimento Sanitário, vão ao encontro de interesses do empresariado nacional e internacional da saúde, ao propiciar a expansão do mercado privado, e ao mesmo tempo atendem as elites políticas subnacionais, que vislumbraram na universalização do atendimento e no SUS formas de garantir o financiamento setorial na saúde para seus colégios eleitorais. Assim, o SUS, por atuar como uma espécie de "seguro catastrófico", não fere interesses de segmentos sociais com maior poder de vocalização, os quais, diante desse retorno, se acomodam ao papel de pagadores.

Tendo em vista a crise econômica vivida pelo Brasil e outros países "emergentes" o governo FHC aumenta ainda mais os juros para beneficiar os especuladores internacionais e propõe para o povo um ajuste fiscal prevendo a diminuição de verbas para o orçamento de 1999, inclusive na área de saúde. O corte previsto nesta área foi de cerca de R\$ 260 milhões. (...) O governo FHC procura firmar um acordo com o FMI diante do agravamento da crise financeira, a qual se refletiu na diminuição da atividade produtiva do país e no número de desempregados (7,4% segundo dados do IBGE 11/98). Em novembro de 1998, o governo regulamentou a lei 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano. Se por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas, por outro a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços (...) estes fatos demonstram claramente que o compromisso da Medicina Supletiva é primordialmente com o ganho financeiro e com o lucro do capital, e não com a saúde dos cidadãos. Prova maior disto é afirmação das seguradoras de que os planos deverão aumentar seus preços em até 20% para se adaptarem as novas regras. No início de 1999, o país atravessa uma grave crise cambial provocada pelos efeitos da globalização e da política econômica do governo. Este procura responder mais uma vez com um novo acordo de empréstimo junto ao FMI, e no plano interno com uma nova política recessiva, ditada pelo FMI, o que gera uma diminuição do PIB e um aumento ainda maior do desemprego no país (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão**, 2001, p.32,33).

Bravo (2009) ao realizar uma análise da saúde pública no governo Lula, afirma que o ministério²³ da saúde, não tem enfrentado questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Apresentando, inclusive, proposições contrárias como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a

²³ Refere-se ao ministério da saúde do governo Lula representado pelo ministro Jose Gomes Temporão.

criação de Fundações Estatais de Direito Privado. As fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3^a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações.

2.5. O financiamento do SUS: reflexos do contexto neoliberal

A política de saúde não está imune ao contexto neoliberal que vem sendo imposto em nosso país na última década. A mais evidente das restrições tem sido a financeira, que vem reduzindo o gasto per capita em saúde no Brasil, cujo patamar se encontra abaixo de países latinos americanos mais pobres que o nosso. Os escassos recursos têm sido mal distribuídos, não respeitando a heterogeneidade regional e as reais necessidades da população. Acreditar que dez reais per capita ano, correspondentes ao piso da atenção básica integral e de qualidade à população é uma afronta! O alto custo e a assistência hospitalar de má qualidade e de baixa resolutividade continuam consumindo a maior parte dos recursos. O financiamento calcado na mera produção de serviços impede, de forma definitiva, a solução das chamadas “distorções” do sistema. Sendo assim, o repasse de recursos tem imposto aos Estados e, sobretudo, aos Municípios, uma “camisa de força” que os obriga a cumprir com uma infinidade de portarias ministeriais, cujas fórmulas tecnocráticas impõem um padrão uniforme de realidades políticas, administrativas, financeiras e sociais, totalmente diversas (SOARES, 2001).

A grande maioria do financiamento do SUS provém de contribuições sociais de empregadores e empregados, recursos do Fundo de Mobilização Social e, ainda, da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), arrecadados pela União. Estes recursos são transferidos pela União para municípios diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde e também para os Fundos Nacionais Estaduais. Estas transferências estão limitadas a tetos financeiros calculados considerando a população de cada federação, e ainda, a extensão e também complexidade dos serviços de saúde (RADIS, 2001).

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde - Adib Jatene - propõe a criação da CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira). O ministro realizou um intenso lobby junto aos congressistas para a sua aprovação pelo congresso nacional, o que aconteceu em 1996, passando o imposto a vigorar à partir de 1997. É importante mencionar que o imposto teria uma duração definida de vigência que seria por um período de um ano, e que os recursos arrecadados somente poderiam ser aplicados na área de saúde. No final de 1996, o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, e que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano. Desde que começou a vigorar a CPMF, foram frequentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro. Em 1997 o governo Fernando Henrique Cardoso intensificou as privatizações de empresas estatais (a Companhia Vale do Rio Doce é privatizada) e colocou na agenda do Congresso Nacional a reforma previdenciária, administrativa e tributária na busca do chamado “estado mínimo” (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão**, 2001, p.27,28).

Segundo Santos (2009) o financiamento do SUS é insuficiente, impedindo não só a implementação progressiva do sistema, mas principalmente não avançando na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão, em função do cumprimento dos princípios constitucionais. A opção governamental em não considerar a indicação constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%), pelo ‘passa-moleque’ em 1996 do desvio de mais da metade da Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF), aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal no ano de 2000 na aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), em calcular a sua contrapartida, baseado na variação nominal do PIB, pressionando a aplicação de percentual sobre a arrecadação somente para os Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios, e finalmente, a pressão sobre o Congresso Nacional desde 2003 para não regulamentar a EC-29 com percentual sobre a arrecadação para a esfera federal.

A opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do Imposto de Renda (IR), do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não-ressarcimento ao SUS pelas empresas de atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizando mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas; a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não acompanhou o crescimento

populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. Mantendo o financiamento público anual per capita abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do Canadá, países europeus, Austrália e outros. É importante também ressaltar que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) constante no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com universalidade, igualdade e integralidade, que corresponderia hoje²⁴ a R\$ 106,6 bilhões, deveria estar bem além desse mínimo, e não aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008 (SANTOS, 2009).

O financiamento da saúde tem vivido nesses anos²⁵ graves problemas: desvinculação da CPMF da receita do setor saúde até a sua exclusão; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar. Outro aspecto central é a desvinculação de receitas da união (DRU) com a utilização de 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento da dívida pública (BRAVO, 2009).

Para atender as necessidades da população e tentar cumprir com suas obrigações, os municípios recebem mensalmente do Governo Federal uma quantia fixa para a Atenção Básica (PAB) que representa em torno de R\$10,00 por habitante ao ano²⁶. O PAB é pago por meio do Fundo Municipal de Saúde, reúne o dinheiro de

²⁴ Ressalta-se que o artigo de Nelson Rodrigues Santos foi publicado em 2009, no entanto, as informações ainda são pertinentes para o ano de 2013. Os valores podem ter sido reajustados, porém sem alterações significativas às conclusões finais.

²⁵ Refere-se principalmente aos anos de governo Lula no Brasil.

²⁶ A Portaria 1.602 de 9 de julho de 2011 dispõe sobre o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Art. 1º Definir o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos no Anexo I a esta Portaria. I - o valor mínimo passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, para os Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; II - o valor mínimo passa para R\$ 21,00 (vinte e um reais) por habitante ao ano, para: os Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40, e população de até 100 mil habitantes; e os Municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; III - o valor mínimo passa para R\$ 19,00 (dezenove reais) por habitante ao ano, para: os Municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e os Municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes; e IV - o valor mínimo permanece em R\$ 18,00 (dezoito reais)

saúde em um só lugar, previsto no Fundo Municipal de Saúde, devendo a Gestão municipal efetuar a prestação de contas, apresentar o relatório de gestão com a aprovação do Conselho de Saúde (RADIS, 2001).

É fundamental destacar que uma das alterações mais importante introduzidas pela NOB 96 refere-se a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per-capita (PAB) e não mais vinculado a produção de serviços , o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população. O PAB (Piso Assistencial Básico) consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional (atualmente) pela população de cada município (fornecida pelo IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios. Além disto, o município poderá receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde agregando valor ao PAB. As ações de saúde que fornecem incentivos são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programa de combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental. Percebe-se claramente a intenção da NOB/96 de fortalecer a implantação do PSF e do PACS (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil.** Uma pequena revisão, 2001, p.30,31).

De acordo com a Constituição Federal, o Poder Executivo deve elaborar leis para o Plano Plurianual, as Diretrizes Orçamentarias e os Orçamentos anuais, que são subsídios para que os municípios possam efetuar o planejamento e execução do orçamento. O Plano Plurianual (PP) contem informações sobre as obras e investimentos a serem realizados, tem durabilidade de quatro anos e são elaborados no primeiro ano de gestão, para ser executado nos três anos seguintes até o primeiro ano da nova gestão. Já a Lei de Diretrizes Orçamentarias (LDO) contém regras para a elaboração do orçamento produzido pelo Poder Executivo e encaminhado ao Poder Legislativo, para que este possa ser aprovado (RADIS, 2001).

Por ser a saúde um componente da Seguridade Social, pela Lei seus recursos compõem o também chamado Orçamento da Seguridade Social (OSS). O orçamento é uma espécie de plano no qual são relacionadas as receitas (montante de recursos recolhidos através do pagamento de impostos pela

por habitante ao ano, para os Municípios não contemplados nos itens anteriores. Art. 2º Definir que, para os Municípios que tiveram redução da população para o ano de 2010 em relação à utilizada anteriormente, os valores mensais e anuais do PAB serão mantidos por meio da correção do valor per capita. Art. 3º Divulgar, na forma do Anexo II a esta Portaria, os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, por Município. Art. 4º Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo. Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência maio de 2011. Disponível em: http://www.cosemsrs.org.br/images/portarias/por_y5w7.pdf Acesso em: 23 de jan. 2013.

população) e as despesas gastos com financiamento das ações e serviços, incluindo pagamento de pessoal e investimentos), isto é, o quanto vai se gastar e com o que. O Orçamento da Seguridade Social é constituído pelas seguintes fontes: - contribuição sobre os salários pagos, sobre as vendas e sobre os lucros das empresas; - contribuição dos trabalhadores, descontada dos seus salários; - recursos arrecadados das vendas das loterias federais. Esta receita deverá ser, então, distribuída entre as partes componentes do OSS: saúde, previdência e assistência social. Além dos recursos do OSS, outras fontes são destinadas ao financiamento da saúde. São as chamadas fontes fiscais, que acumulam recursos provenientes de outros tipos de impostos ou contribuições, como por exemplo, o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS). Os recursos destinados à saúde devem ser depositados nos Fundos de Saúde, federal, estaduais e municipais. Os Fundos são uma espécie de conta especial exclusiva do setor, cuja movimentação deverá ser feita sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde (Lei 80/90 - artigo 33) (BRASIL, 2001, p.82).

A partir da Tabela 1 abaixo, pode-se compreender os repasses financeiros que foram feitos nos anos de 2012 e 2013 ao Estado de Minas Gerais à saúde pública, através dos Blocos de Financiamento. No entanto, ressalta-se que os valores referentes à 2013 permanecem abaixo dos valores do ano anterior, tendo em vista que os mesmos ainda não foram concluídos, dizem respeito somente até o primeiro trimestre deste ano e mesmo assim, já correspondem à mais de 50% do valor total referente ao ano inteiro. O que nos permite dizer que em termos de valores repassados, que o montante se encontra em crescimento. O mesmo não poderia dizer da Tabela 1 que se refere aos repasses financeiros realizados aos convênios em Minas Gerais.

Tabela 1- Repasses Financeiros – Blocos de Financiamento - Estado de Minas Gerais - MG²⁷

ANO	Atenção Básica	Média e Alta Complexidade	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Vigilância em Saúde	Investimentos
2012	R\$ 627.066.207,87	R\$ 1.291.796.251,52	R\$ 83.354.568,71	R\$ 9.425.034,35	R\$ 76.805.966,40	R\$ 74.023.443,02
2013	R\$ 372.114.826,22	R\$ 926.435.913,78	R\$ 47.930.956,07	R\$ 5.883.555,05	R\$ 41.643.990,62	R\$ 12.706.287,84

²⁷ Conforme Glossário do Portal da Saúde Transparente (2012-2013), com a implementação do Pacto pela Saúde, os recursos federais, destinados ao custeio de ações e serviços da saúde, passaram a ser divididos em seis blocos de financiamento (assistência farmacêutica; atenção básica; média e alta complexidade; gestão; investimentos; e vigilância em saúde). Maiores informações disponíveis em: Saúde com transparéncia SUS. http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/common/arquivos/Glossario_Portal_Transparencia.pdf. Acesso em: 22 de jun. 2012. Dados referentes a 2013 disponíveis em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>. Acesso em 22 de abril de 2013.

Tabela 2 - Repasses Financeiros - Convênios - Estado de Minas Gerais

Convênio GESCON ²⁸					
ANO	Qtd	Valor Repasso	de	Valor Empenhado	Valor Pago
2012	21	R\$ 38.194.948,45		R\$ 38.194.948,45	R\$ 18.777.793,97
2013	8	R\$ 11.918.422,50		R\$ 11.918.422,50	R\$ 4.279.304,17

O modelo de gestão vigente, atrelado ao subfinanciamento, é marcado estruturalmente por: extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, do desempenho e resultados para os usuários e a ‘onda’ de terceirizações aleatórias, que acabou por influir nos Estados e Municípios por meio da Lei da Responsabilidade Fiscal; desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados²⁹ não assistidos pelos serviços desses planos; desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros) (SANTOS, 2009).

Pode-se ainda citar que há neste subfinanciamento, o retardamento ou impedimento de reforma de aparelhos do Estado visando à autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a realização de metas, prioridades com eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultados, o que gerou a permissibilidade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, Organização Social (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e outras; inibição na

²⁸ Não houveram valores repassados aos convênios SICONV e SICONV CAIXA.

²⁹ É importante ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde - CNS aprovou nota se posicionando “contrário a qualquer possibilidade de negociação entre o Governo Federal e os Planos Privados de Saúde visando conceder ou ampliar subsídios públicos de qualquer ordem para ampliação da oferta de saúde privada no Brasil”. A nota foi aprovada na 243^a Reunião Ordinária realizada nos dias 13 e 14 de março de 2013 e reafirma a posição já tomada na 14^a Conferência Nacional de Saúde em defesa e fortalecimento do SUS universal, gratuito, público e de qualidade e contra o financiamento do setor privado com recursos públicos. Na referida reunião, também foi aprovada a continuidade de agenda permanente em defesa do SUS com debate entre entidades e segmentos representados no CNS e com o Congresso Nacional. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/docs/Nota%20Planos%20Saude.pdf Acesso em: 03 de maio de 2013.

prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na permanência da fragmentação setorial e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios e, manutenção dos ‘vários Ministérios da Saúde’ dentro do Ministério da Saúde, cada um, vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na Sociedade, Governo e Parlamento (SANTOS, 2009).

Segundo Revista RADIS em matéria sobre o (sub)financiamento da saúde no Brasil:

Reportagem publicada em *O Estado de S. Paulo* informa que o gasto público em Saúde do país é 41,6% do gasto total. Essa participação é considerada baixa se comparada à de outros países como os da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Neles, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema representa cerca de 70% da despesa total, variando de 67,5% na Austrália a 84,1% na Noruega. Sérgio Piola, coordenador da área de Saúde do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), resumiu o problema em declaração recente na imprensa: “O Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado é maior que o público. É muito pouco para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral”. O Brasil, conforme estima o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem um dispêndio total em saúde (público e privado) equivalente a 8,4% do PIB, percentual baixo quando comparado ao dos Estados Unidos (15,47%), mas próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%), Canadá (10,1%) e Austrália (8,9%), que também possuem sistemas universais (Revista RADIS. Nº 116. Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/para-entender-o-subfinanciamento-do-sus> Acesso em: 22 de maio de 2013).

Segundo Bravo (2009) a análise da política de saúde nos dois mandatos do governo Lula identifica a persistência de notórias dificuldades com relação ao sistema, entre estes: a lógica macro-econômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado; a falta de viabilização da concepção de Seguridade Social; subfinanciamento e distorções nos gastos públicos influenciado pela lógica do mercado; a desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade; o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade; os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários; os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, frente a não observância das deliberações dos conselhos e conferências e a falta de articulação entre os movimentos sociais; modelo de atenção à saúde centrado na

doença; modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização.

Para o enfrentamento destes problemas, são apresentadas propostas contrárias ao SUS como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais; o avanço da privatização em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público privadas; e ainda, a precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO, 2009).

2.6. O modelo de atenção básica a saúde: o foco do governo, e o (sub)financiamento

No centro da proposta de atenção básica ou ainda, atenção primária de saúde, se encontra o Programa de Saúde da Família, o chamado “carro chefe” da atenção básica.

O Programa de Saúde de Família (PSF) foi concebido em dezembro de 1993, em reunião convocada pelo gabinete do então ministro Henrique Santillo (Vianna e Dal Poz, 1998), com o apoio de técnicos do Banco Mundial e da Organização Panamericana da Saúde – OPAS (Idem). O endosso ao PSF foi favorecido pelo discurso anti-hospitalocêntrico, pela valorização das práticas de prevenção do Movimento Sanitário e pela crise financeira. O PSF passou a ser o modelo para a reorientação das práticas de atenção, sendo sua expansão uma estratégia prioritária do governo federal para a ampliação da cobertura da atenção à saúde da população. A adesão municipal a essa orientação era estimulada por incentivos financeiros a municípios que adotassem o programa, agregados como incentivos aos repasses regulares do Piso de Atenção Básica (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p.183,184).

Ainda segundo Grisotti et al (2010) o PSF evoluiu fortemente incentivado pelo governo federal, para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública. No entanto, há divergências quanto à resolutividade deste programa. Pois de acordo com Senna MCM (2002), as análises realizadas sobre o PSF apontam o dilema entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca da equidade e justiça social.

Segundo o documento do próprio Ministério da Saúde intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial: “... O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente, por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da

necessidade de intervenções de maior impacto e significado social.” (POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão**, 2001, p.31).

Segundo Pereira (2010) a atenção primária é uma política prioritária do SUS, continua sendo foco do governo federal, estabelecendo para a maioria dos municípios a necessidade de crescimento das equipes de PSF. Na prática, acaba sendo pouco valorizada, no que diz respeito à incentivos financeiros. Constatase intensa propaganda em torno das unidades, seus serviços e sua produtividade, mas, ao mesmo tempo, relegando á estas, precariedade nas instalações físicas e nas relações de trabalho.

A implementação do Plano Diretor da Atenção Primária PD/APS, em Uberlândia revelou que as mudanças propostas pelo mesmo, não ultrapassam o campo de uma reorganização da forma de gestão, visando maior produtividade dos profissionais. Os incentivos em sua maioria são marcados pelo alcance de maiores resultados, maior produtividade. Incentivos estes, que são voltados à equipe e não aos profissionais individualmente, como por exemplo, a aquisição de equipamentos que beneficiem a unidade de trabalho, para um melhor atendimento da população. Porém, as unidades de PSF em sua maioria continuam funcionando em locais impróprios, casas alocadas nos bairros, alugadas pela prefeitura municipal para serem adaptadas como unidades de saúde. Observa-se que há um processo de precarização das condições de trabalho representado nas inovações organizacionais presentes na Implantação do PD/APS e nas “parcerias” público-privadas – marcadas pela presença do “terceiro setor” - que acaba relegando aos profissionais de saúde pública, especificamente aos do PSF – contratos flexíveis e seletistas de trabalho, baixa remuneração salarial e a retirada de direitos conquistados como o adicional de insalubridade, no caso dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS (PEREIRA, 2010).

O (sub)financiamento e a atenção básica são questões prioritárias na agenda dos conselhos de saúde pois representam o cerne da política pública de saúde, devendo ser incansavelmente discutido e reavaliado. Neste sentido são inúmeros os debates em torno dos mesmos, dentre estes, poderíamos citar o artigo de Renato Cardoso Nascimento³⁰, intitulado: "As Organizações Sociais (OSs) e o pensamento único"

³⁰ Renato Cardoso Nascimento³⁰ é o 1º secretário do Conselho Local de Saúde do Hospital Geral de Goiânia (HGG).

referente à participação em um seminário realizado em Goiânia no dia 06 de junho de 2013:

Corolário da questão retro, também fui tomado de espanto pelo discurso praticamente unânime dos palestrantes, no sentido de que a gestão do serviço público de saúde por OSs seria a ÚNICA opção viável para o caos instalado na Saúde Pública brasileira. O salvacionismo deu sustentação ao evento do início ao fim. Chegou-se ao ponto de ser afirmado que já não mais havia sentido a discussão envolvendo questões constitucionais, por exemplo. Ficou no ar o sentimento de que a repercussão social da introdução desse modelo de gestão em nossa sociedade e os interesses econômicos envolvidos são secundários e não devem interferir na implementação do referido modelo. O modelo “mágico” de salvação da Saúde Pública foi encontrado. E este modelo de gestão já estaria consolidado na sociedade brasileira, sendo tal fato considerado um processo irreversível e não passível de contestação. Mais impressionante ainda: parecia que ele (o modelo) não tem defeitos (apesar de os próprios palestrantes elencarem alguns, como se verá mais ao final). O pensamento único sobre um tema tão polêmico hoje, malgrado já decorridos, aproximadamente, 15 anos de promulgação do diploma legal que procedeu à criação das OSs, é deveras temerário. Ouso dizer que o posicionamento de alguns palestrantes, em defesa do modelo, foi tão exaltado que beirou ao autoritarismo intelectual. Tive a sensação que decretaram a falência definitiva da administração pública em Saúde, sem possibilidade de reabilitação (Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0633.html?sref=fb> Acesso em: 15 de julho de 20130.

As questões sobre o financiamento da saúde pública são destacadas pela Frente Nacional Contra Privatização da Saúde³¹ atualmente composta por 18 fóruns estaduais, 1 fórum no distrito federal e 14 fóruns municipais, que lutam por um SUS inteiramente público, estatal e de qualidade. E ainda, constantemente defendido pelos Conselhos de Saúde no exercício do Controle Social.

³¹ Maiores informações sobre a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde disponíveis em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0636.html?sref=fb> Acesso em: 15 de julho de 2013.

Capítulo 3

Os Conselhos de Saúde e o Controle Social

Quando se fala em participação popular e democratização dos espaços públicos surgem diferentes indagações sobre os limites que os tangem. Conforme Coutinho (1996) a participação se baseia em uma cidadania ativa e na ruptura tecnoburocrática – entendendo esta como uma categoria que detém o saber e o poder no interior do estado – e ainda, principalmente uma vontade política dos que governam as cidades de abrir espaços. Se fazendo necessário ainda, que não se questione a ordem estabelecida, garantindo a incorporação de grupos, interesses sociais, valores cultural diferente e potencializando mudanças.

Desde o movimento da reforma sanitária, a participação popular assumiu importante papel na saúde coletiva onde os conselhos de saúde vêm convergindo como instâncias de ação política, para transformar e reconstruir, democraticamente, o espaço público e as relações entre a sociedade civil e o Estado (OLIVEIRA, 2004 apud MARTINS et al. 2008, p.2).

Neste mesmo sentido, a participação popular não pode ser entendida como uma panaceia, capaz de resolver todos os problemas do município, mas deve ser entendida como um processo de democratização da vida municipal, tendo como objetivos: a) promover a iniciativa a partir de programas e campanhas para o desenvolvimento dos objetivos do coletivo; b) reforçar o tecido associativo ampliando a capacidade técnica e administrativa das associações, o que por sua vez, as torna competitivas, e por fim; c) desenvolver a participação na definição de programas e projetos na gestão dos serviços municipais (JACOBI; PEDRO, 1990 apud COUTINHO, 1996).

Em uma sociedade democrática, a cidadania consiste no direito de as pessoas definirem as regras do jogo, contando com mecanismos que garantem esses direitos. A experiência histórica tem revelado que a participação cidadã na área da saúde se mostra de diferentes formas: a) como beneficiário, onde as pessoas são consideradas como simples beneficiárias da atenção à saúde; b) como contribuição para a promoção da saúde, onde a participação ocorre por meio do apoio voluntário da população aos programas e projetos de desenvolvimento social; c) participação comunitária através da organização da comunidade em grupos de apoio aos programas e projetos, no intuito de obter recursos, transmitir conhecimentos e capacitar a população para que se transforme em agente ativo de seu desenvolvimento; e, por fim, d) uma visão mais

complexa de participação em saúde que reconhece as pessoas como usuárias e cidadãs, às quais o sistema de saúde deve prestar conta de seu funcionamento, respeitando a cidadania e implementando mecanismos de participação individual e coletivos, que permitam aos indivíduos exercerem controle sobre seus direitos de proteção à saúde (CELEDÓN; NOÉ, 2001 apud MARTINS et al, 2008).

No Brasil, apesar dos esforços para consolidar essa visão mais moderna e complexa de participação, observa-se que o quadro de reordenação social e política ainda não significaram um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais, apresentando na realidade, uma construção lenta da cidadania como valor coletivo. A realidade brasileira remete a uma versão híbrida e frágil dos direitos civis, marcada pela escravidão e pela instabilidade política, o que não contribui para o amadurecimento da cidadania plena. O perfil desta cidadania aponta para a existência de grande parte da população à margem da comunidade política o que certamente tem implicações em nosso padrão de intervenção pública e integração social (CARVALHO, 2004 apud MARTINS et al, 2008).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. As Conferências são fóruns amplos, onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde" nos três níveis de governo (Artigo 1º, § 1º, Lei 8.142/90). Em nível nacional, as Conferências devem ser realizadas de 4 em 4 anos. Nos níveis estaduais e municipais, de 2 em 2 anos. São convocadas pelo Poder Executivo e, extraordinariamente, pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis. Já foram realizadas dez Conferências Nacionais de Saúde (CNS). A 8ª CNS, em 1986, teve um papel importante na medida em que o seu Relatório Final serviu de base para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, momento em que foi criado o SUS; a 9ª CNS, realizada em 1992, exigiu o cumprimento das leis que sustentam o SUS e a 10ª CNS, em 1996, reafirmou a universalidade, a descentralização e a gratuidade dos serviços de saúde, além de exigir a efetivação de espaços para a participação popular e controle social no SUS (BRASIL, 2001, p.81).

A discussão sobre o processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil e sua importância para a participação da sociedade civil na tomada de decisão é elemento primordial no processo de construção da cidadania, sendo ainda importante instrumento de controle social e mecanismo estratégico na garantia do direito à saúde, fundamentado nos princípios da democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde (SUS) (MARTINS et al, 2008).

Conforme o manual “*Orientações para Implantação de Conselhos de Saúde no Município de Uberlândia*” (2010) a participação da população é apresentada como necessária para democratizar o Estado e para que os choques de interesses no seu interior tenham resultados favoráveis à maioria da população. Neste sentido, a população deve participar diretamente da gestão administrativa, buscando apropriar-se dela. No entanto, a implementação de uma política de participação popular é complexa, dada a sua diversidade, sendo necessário combinar ações no sentido de fortalecer de um lado a organização autônoma e independente, dos movimentos sociais em relação ao Estado, e ainda, fortalecer o Estado, através dos canais institucionais, que viabilizam a participação popular na decisão, no controle e na fiscalização das políticas públicas de saúde. A participação popular se caracteriza pela transferência de poder real à maioria, ou seja, a população.

Por isso é um processo que se constrói e que tem a magnitude de uma nova cultura política democrática em oposição à cultura de “exclusão” criada historicamente pelas elites dominantes deste país. É necessária a politização do discurso de nossos governos municipais no sentido de esclarecer as distintas competências, das esferas de poder (Municipal, Estadual e Federal), e ainda, de somar esforços para o enfrentamento com as outras esferas de poder na busca de solução para os conflitos. Sendo assim, é possível trazer a população para a luta política pela implementação do SUS e melhorar, a qualidade dos serviços de saúde prestados em nosso município (CMSU, 2010).

A luta pela democratização da saúde no Brasil convergiu para um importante movimento nacional que reivindicou mudanças radicais no caótico e ineficiente sistema sanitário existente. O chamado Movimento da Reforma Sanitária levou à ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produzindo e incrementando as demandas sociais no país. Desencadeou-se um forte movimento pela universalização do acesso e reconhecimento da saúde como direito universal, cabendo ao Estado garantir a população (BRASIL, 2002), visando à ampliação dos direitos de cidadania a todos, priorizando a inclusão das camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, que tiveram suas liberdades de participação e organização suprimidas durante os anos de autoritarismo vividos no país (COTTA et al., 1998 apud MARTINS et al, 2008).

Diante deste processo de luta pela democratização do país, o Movimento Sanitário, representando a força da organização civil no que tange à saúde teve papel fundamental na construção e implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, cujo

objetivo principal é garantir uma saúde de qualidade em todos os níveis. Sendo assim, este movimento garantiu ainda a criação dos Conselhos de Saúde, nos quais a população tem o direito de fiscalizar as ações do Estado, no que se refere à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde pública (RADIS, 2001).

3.1. A criação dos Conselhos de Saúde: a proposta do “Controle Social”

Os conselhos são considerados uma estratégia institucional, com a finalidade de não somente abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas reforçar a dinâmica social, no sentido de sua organização em associações de interesse, disseminando a cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na justiça, na equidade, na solidariedade, na confiança e na tolerância seus princípios fundamentais (LABRA, 2005 apud MARTINS et al, 2008).

A participação, na perspectiva do controle social, possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sobre o controle dos usuários: 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 (Relatório Final 9ª CNS, 1992). Com a participação da comunidade na gestão do SUS estabelece-se uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. Mas, embora esteja prevista na Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos (BRASIL, 2001, p.81).

Nas palavras do conselheiro A, a criação dos conselhos se dá da seguinte forma:

Os conselhos de saúde foram ampliados devido ao novo modelo de política de saúde no Brasil, saindo de uma política engessada na condição de contribuinte e passando para uma política de Estado inclusiva, fruto da luta e discussão da sociedade, o Conselho Nacional de Saúde já existia, mas só participava dele os cientistas e trabalhadores escolhido pelo governo ou ministro, e hoje os conselhos são instrumentos de gestão e fiscalização, planejamento. Por tanto no nosso entendimento não há SUS sem conselhos de saúde. O SUS é nosso, é uma conquista da cidadania, é uma conquista de cada cidadão, não é uma coisa do prefeito, do gestor e nem do governo. O dia que a gente entender isso, o SUS muda de cara e vai fazer realmente os seus princípios (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2012).

A participação popular como uma das diretrizes do SUS sempre foi objeto de muitas discussões, a partir da Constituição de 1988. Baseado na Lei nº 8.080 de 1990 que regulamentou o SUS como um sistema público, único em cada esfera de governo,

descentralizado e com a participação popular. A Lei nº 8.142 fundamenta a criação dos conselhos e das conferências de saúde para o exercício deste controle social (BRASIL, 2007).

Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde foi a participação popular nas políticas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde (Brasil, 2005). A criação do SUS delegou aos municípios uma série de atribuições, anteriormente a cargo da União e dos estados, que perpassa pela autonomia na elaboração da política municipal (Silva et al., 2000), sendo o Conselho Municipal de Saúde o espaço de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social (Souza e Saliba, 2003). O controle social, portanto, é caracterizado como uma expressão mais viva da participação da sociedade na gestão da saúde e ressaltado, também, pelas normas operacionais básicas de 1993 e 1996 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993 e 1996 apud NEMRE ADAS SALIBA et al, 2009, p.2).

Os Conselhos de Saúde trazem em seus princípios a possibilidade de se obter e exercer o “Controle Social” através da prática de participação e fiscalização dos serviços de saúde. Segundo informações do Manual do Conselheiro de Saúde:

Entende-se por controle social a participação da sociedade no acompanhamento da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando objetivos, processos e resultados. Como resultado do descompasso entre Estado e sociedade, e da implementação de políticas públicas, com vistas à descentralização do poder e de recursos na prestação de serviços sociais, principalmente para os setores da educação e da saúde, pesquisas e estudos realizados no Brasil apontam para a crescente densidade organizacional da sociedade civil. Assim, foi elaborada a lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde, Lei 8.080/1990, e uma segunda Lei Orgânica de Saúde, que regulamenta a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde, em níveis municipal, estadual e federal. Para que os conselheiros possam entender e exercer as prerrogativas de instâncias deliberativas, duas condições devem ser atendidas: 1) Revisão de suas atribuições, de modo a afastar qualquer atividade executiva incompatível com as atribuições dos órgãos responsáveis pela execução das ações sanitárias; 2) Maior aproximação com as câmaras de vereadores e de deputados, como maneira de dar seqüência e consequência às suas deliberações e resoluções. A aproximação das instâncias da democracia participativa daquelas instâncias da democracia representativa, além de desatrelar os conselhos dos órgãos do executivo governamental pode servir para potencializar as ações de participação e controle social, possibilitando-lhes cumprir suas funções de assegurar, conforme frase lapidar de Boaventura Santos, “direitos iguais quando a diferença inferioriza, e direito de ser diferente quando a igualdade descaracteriza”. Controle Social não é lugar para simulação, fingir-se de representante ou simplesmente de conselheiro; é lugar do exercício da responsabilidade e de defesa da gestão pública com qualidade, da democracia e do respeito aos direitos de cidadania. (CMSU. Manual do Conselheiro de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU. Ed. Edufu, 2008, p.5, 6).

Ainda segundo Grisotti e Gaedtke (2011) o Ministério da Saúde afirma que o Conselho de Saúde é um órgão ou instância colegiada de caráter permanente e

deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência previstas em lei. Os conselhos devem atuar tanto na formulação quanto no controle social sobre a execução da política de saúde, tendo como pressupostos: a) a paridade do número de representantes dos usuários em relação ao total de número de representantes dos segmentos do governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde; e b) os representantes devem ter plenas condições para serem os legítimos defensores dos segmentos que representam. Os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais podem, conforme o Ministério da Saúde³²:

1. Atuar na formulação e controle de execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa; 2. Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível estadual e municipal; 3. Traçar diretrizes às diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; 4. Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área; 5. Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde; 6. Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito das deliberações do Colegiado; 7. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; 8. Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde; 9. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde; 10. Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde; 11. Propor critérios para programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos; 12. Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS; 13. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento; 14. Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde; 15. Definir outras atribuições estabelecidas pela Lei orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1992, p.2).

O Conselho Nacional de Saúde – CNS³³ é um espaço de participação na administração do Sistema Público e atua no controle da execução das políticas de

³² Conforme Resolução nº 033, de 23 de dezembro de 1992 do Conselho Nacional de Saúde, referente às competências dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/ma_pga_2008_-_cns_-_resolucao_33.pdf Acesso em: 15 de julho de 2013.

³³ No período anterior a 1990, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos

saúde. É uma atividade não remunerada e aberta à participação da sociedade. Baseada na Constituição Federal, Lei Orgânica nº 8.080/90 e na Lei Orgânica nº 8.142/90, consolida o controle social através dos Conselhos Estaduais³⁴ e Municipais. O CNS é ainda uma instância coletiva, com poder de decisão e ligada ao Poder Executivo, composta por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços. Representantes do governo, profissionais de saúde e usuários estão entre os participantes, podendo o número de conselheiros variar entre 10 a 20 membros, cada membro com direito à um voto (RADIS, 2001).

Os Conselhos de Saúde podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político-institucional do SUS, sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Estas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando-se também em potenciais capacitadores

especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental. Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24. O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho. É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno do CNS a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>. Acesso em: 23 de jan. de 2013.

³⁴ Em conformidade com as disposições estabelecidas nas leis 8.080, de 19/09/90, e 8.142, de 28/12/90, o CESMG foi instituído como instância colegiada máxima, deliberativa e de natureza permanente. O Conselho Estadual de Saúde tem por finalidade deliberar sobre: a política de saúde do estado; a direção estadual do SUS; o Regimento Interno do CES; e assuntos a ele submetidos pela Secretaria Estadual da Saúde e pelos seus conselheiros. Dentre as competências do CES estão: a) traçar diretrizes da política estadual de saúde e seu controle (nos aspectos econômicos e financeiros); b) contribuir para a organização do Sistema único de Saúde - SUS; c) recomendar a adoção de critérios que garantam qualidade na prestação de serviços de saúde; d) definir estratégias e mecanismos de coordenação do SUS, em consonância com os órgãos colegiados; e) traçar diretrizes para elaboração do Plano Estadual de Saúde; f) examinar e encaminhar propostas, denúncias e queixas; g) emitir pareceres em consultas; h) acompanhar e fiscalizar o desenvolvimento de ações e serviços de saúde; i) propor a convocação da Conferência Estadual de Saúde e constituir sua Comissão Organizadora; j) propor critérios para definição de padrões e parâmetros de atenção à saúde; h) aprovar o Plano Estadual de Saúde e Planos Municipais encaminhados pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e ainda, i) elaborar seu Regimento Interno. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/ces/CES/quemsomos.php> Acesso em: 24 jan. de 2013.

dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado (KRUGER, 2000 apud MARTINS, et al. 2008, p.5).

O presidente é eleito entre os membros e a representação depende da realidade específica de cada área, preservando-se o princípio de paridade em relação aos usuários, começam com a presença mínima de metade de seus membros. O Plenário que é um fórum de deliberações votadas em reuniões mensais é baseado em um regimento interno e composto de conselheiros com mandatos de dois anos. As resoluções são homologadas pelo Ministro de Estado e Saúde e publicadas no Diário Oficial da União (D.O.U) no prazo máximo de trinta dias após sua aprovação em Plenário. Valendo-se ressaltar que as votações são apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada conselheiro, ficando excluída a possibilidade de votação secreta (RADIS, 2001).

A composição dos conselhos deve se dar por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Este fato representa importante inovação no âmbito da organização do setor saúde brasileiro, com a particularidade de se situar na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro. Aparece como um constructo institucional expressivo da imagem-objetivo de democracia em saúde, perseguida pelo Movimento da Reforma Sanitária (CARVALHO, 1995), apostando na construção de uma sociedade mais justa e livre, baseada no aprofundamento da democracia participativa como principal mecanismo para atingir a dignidade, a liberdade e a justiça social. O objetivo central da participação dos usuários neste espaço é viabilizar sua atuação nas deliberações sobre as políticas e programas de saúde, exercendo o controle sobre os atos das autoridades locais destinadas a implementar as diretrizes decididas com o aval do próprio conselho (ASSIS e VILLA, 2003 apud MARTINS, et al. 2008, p.5).

Os conselhos contam ainda com o apoio administrativo do governo no que se refere à sua estrutura e funcionamento, garantindo-lhes a devida dotação orçamentária. O desenvolvimento dos conselhos começa a funcionar através da implementação da Norma Operacional Básica, a NOB-93 que sistematiza o processo de descentralização (RADIS, 2001).

Os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado (NEMRE ADAS SALIBA et al, 2009, p.3).

São funções dos conselheiros de saúde: a representação dos interesses específicos de seu segmento social ou governamental e de formulação e deliberação

coletiva no órgão do colegiado, pelo de posicionamento a favor dos interesses da população usuária do SUS. As comissões que se constituíram a partir da Lei nº 8.080/90 têm por finalidade articular políticas e programas que envolvam áreas como alimentação, nutrição, saneamento, meio ambiente, entre outras. Assim como os grupos de trabalho criados pelo Plenário com o objetivo de articular estes programas de saúde. As comissões e os grupos são dirigidos por um coordenador designado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde. A secretaria executiva também se apresenta como uma unidade de apoio ao funcionamento do conselho, tendo como função secretariar as reuniões, divulgar as deliberações e manter intercâmbio com as unidades do SUS (RADIS, 2001).

Os Conselhos Estaduais são compostos por representantes do Governo - diretamente indicados pelo Ministro da Saúde e outros Ministérios – representantes da Secretaria de Saúde do Estado, das Secretarias Municipais de Saúde, dos trabalhadores da área e ainda, prestadores de serviços - 50% de entidades filantrópicas e 50% não filantrópicas. Já o Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, vinculado à Secretaria Municipal possui estrutura semelhante aos Conselhos Estaduais e os usuários tem representação semelhante em ambos. Os usuários do Sistema são representados por entidades congregadas, tais como: sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos, associação de moradores, conselhos comunitários, associação de moradores entre outras (RADIS, 2001).

Cabe destacar ainda, que os conselhos de saúde, em especial o Conselho Nacional de Saúde (CNS) têm tido um protagonismo, neste momento de consolidação do Sistema Único de Saúde. Vários debates, seminários, notas públicas têm sido elaboradas e divulgadas. Para o ano de 2009³⁵, uma agenda política foi aprovada pelo CNS, com as seguintes prioridades: mobilização nacional pela repolitização do Sistema Único de Saúde; implementação da Política de gestão do trabalho que elimine a precarização do trabalho em todas as suas formas e que estabeleça a valorização do trabalho; inversão do modelo de atenção vigente, resgatando o sistema pautado na estruturação de uma rede pública de proteção e promoção da saúde com equipes multiprofissionais, exercendo a atenção primária em sua plenitude; ampliação e

³⁵ A agenda de prioridades para os anos subsequentes permanecem basicamente com as mesmas prioridades, acrescentadas de algumas particularidades, mas que no geral, estas, definem o corpo das metas priorizadas pelo CNS.

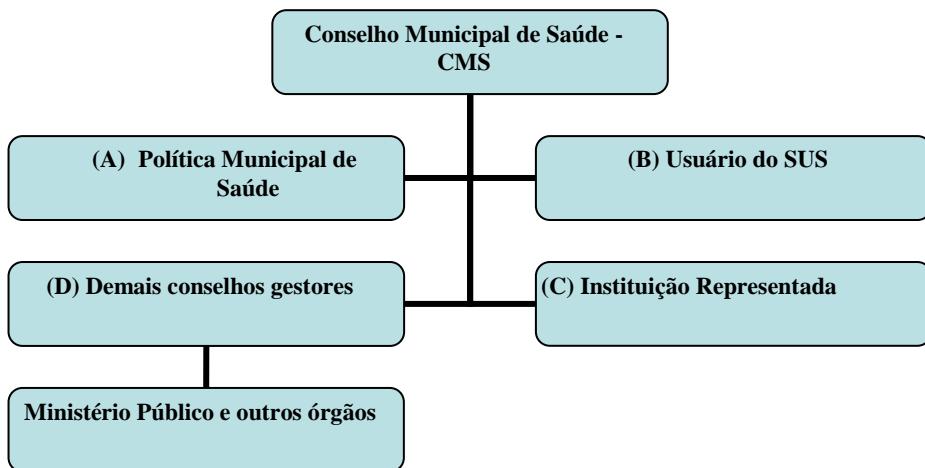
democratização do financiamento do SUS; reversão da privatização do sistema, estruturando e aperfeiçoando a rede pública estatal; qualificação e fortalecimento do controle social e dos Conselhos de Saúde em todo o país; construção da intersetorialidade, nas três esferas de governo; realização do debate a respeito do complexo produtivo da saúde como elemento indissociável do SUS; implementação e fortalecimento da humanização como instrumento vital e fundamental para viabilizar e fortalecer o SUS respeitando seus princípios (BRAVO, 2009).

Inúmeras evidências têm demonstrado que apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade. Os conselhos de saúde, em maior ou menor grau, apresentam uma série de problemas que compromete sua eficácia (COTTA et al., 1998; LABRA, 2002 e 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GUIZARDI et al., 2004). Uns dos problemas mais freqüentes e difíceis de serem solucionados na prática estão relacionados à composição, representação e representatividade do conselho. Com frequência, a composição do conselho não respeita os princípios da paridade, e os critérios de escolha de seus membros são obscuros. Observa-se, em muitos casos, ingerências políticas na escolha de conselheiros, principalmente daqueles que representam os interesses dos usuários e, desta forma, estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. Em muitos casos, mesmo que a presença quantitativa dos representantes da população seja assegurada pelo requisito jurídico da paridade, não se observa correspondência direta da capacidade de intervenção desse grupo (LABRA, 2002 e 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GUIZARDI et al. 2004; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006 apud MARTINS, et al. 2008, p.7).

As questões que permeiam os conselhos de saúde conforme as autoras Grisotti e Gaedtke (2011) estão representadas na Figura 1 abaixo, entre estas, podemos fazer um paralelo com o Conselho Municipal de Uberlândia, observando a ocorrência dos mesmos problemas, comprovados pelos relatos dos conselheiros de saúde de Uberlândia.

As relações no Fluxograma 1 estão assim determinadas: (A) o conselho de saúde e a política municipal de saúde; (B) o conselho de saúde e o usuário do Sistema Único de Saúde; (C) o conselho municipal e a instituição representada; (D) o conselho e os demais conselhos gestores.

Figura 1 - Fluxograma Conselhos Municipais de Saúde



Fonte: Grisotti e Gaedtke (2011).

A relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde parece ser marcada por aproximações e afastamentos. Além da dificuldade que o executivo algumas vezes apresenta para encarar os conselhos como espaços deliberativos, também há a dependência administrativa, financeira e técnica destes para com as secretarias (GERSCHMAN, 2004, p. 241 apud GRISOTTI e GAEDTKE, 2011).

E ainda, nas palavras de Correia (2005) apud Gaedtke e Grisotti (2011) para o funcionamento do Conselho, faz-se necessária a existência de uma estrutura de apoio, como sala de reuniões, telefone/fax/internet/site, arquivo para documentos, endereço de referência para correspondências, além de uma secretaria executiva para fazer as atas das reuniões, xerocar e organizar subsídios, boletins informativos, etc. O Conselho precisa ter recursos próprios destinados pela secretaria de saúde à viabilização dessa estrutura de apoio. Tanto esses recursos como os necessários à participação dos conselheiros em seus fóruns próprios em nível regional, estadual e nacional e nas Conferências Estadual e Nacional de Saúde devem estar previstos nos Planos de Saúde da esfera correspondente.

Já a relação do Conselho Municipal de Saúde com a população usuária do SUS revela a importância que se proporcione canais de visibilidade, conforme (BRASIL, 2001, p. 83 apud GRISOTTI e GAEDTKE, 2011, p.124) como uma condição que

caracteriza a transparência da atuação dos conselhos. Neste sentido, devem ser criados canais de comunicação, por meio dos quais o Conselho presta contas do que faz à sociedade. A relação com os meios de comunicação local bem como a criação de boletins informativos e outros tipos de publicações, pelo próprio Conselho, são decisões importantes para garantir a visibilidade.

No que tange o envolvimento do Conselho Municipal de Saúde e dos conselheiros com as instituições ou entidades representadas, evidencia-se situações extremas: por um lado, inexistência de contatos; por outro, uma relação direta e estreita, sendo que este último caso, bastante frequente, ocorre quando o conselheiro é ao mesmo tempo membro da diretoria de sua respectiva associação. Além disso, em geral, os conselheiros não consultam sua entidade previamente às reuniões do conselho ou não dão conta àquela das suas atividades e, quando fazem isso, a entidade raramente repassa as informações à comunidade (LABRA, 2005 apud GRISOTTI e GAEDTKE, 2011).

E ainda, Grisotti e Gaedtke (2011) mostram que a relação do Conselho Municipal de Saúde com os demais conselhos gestores, e destes com outros mecanismos de controle social: Ministério Público, Corregedoria e Promotoria é marcado, entre outros, pelo desconhecimento do poder e da responsabilidade de cada esfera nas decisões e deliberações gerais sobre a saúde pública. “*Os conselheiros, muitas vezes, não conhecem a dimensão do caráter deliberativo do conselho, não comprehende, inclusive, seu papel*” (CORREIA, 2005, p. 130).

Segundo Gerschman e Santos (2006) os Conselhos de Saúde corresponderiam a um espaço de controle social para formação de um consenso entre pagadores e controle dos provedores pelos pagadores, seriam elementos críticos para garantir os princípios do SUS. Entretanto, isto pressupõe longos tempos de maturação política para se tornarem mais atuantes (LABRA, 2003). E ainda, é possível que não tenham como se contrapor aos sistemas de representações de interesses mais maduros, convergentes ou poderosos que povoam essa arena política. Desta forma, definiu-se, uma instância formalmente regulamentada de controle social no SUS, porém, fica-se a imaginar se a trajetória de nossos sistemas de proteção social (MALLOY, 1991) não conspira contra sua institucionalização.

Alguns estudos têm demonstrado entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos conselhos de saúde. A literatura sobre o tema indica que o funcionamento dos conselhos de saúde não é semelhante em todo o país, visto

que muitas localidades apresentam inúmeras dificuldades para seu funcionamento (COTTA et al., 1998; LABRA, 2002; CORREIA, 2005; VAN STRALEN et al., 2006 apud MARTINS, et al. 2008, p.2).

Neste sentido Nemre Adas Saliba et al (2009) cita Labra e Figueiredo (2002) no que se refere a “profissionalização³⁶” dos membros dos Conselhos.

A complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas legais não possuem conhecimento, tem levado a diversas iniciativas de capacitação de conselheiros que, junto com uma espécie de “profissionalização” dos representantes dos usuários, possibilitada pela excessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, têm permitido a aquisição de alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde (LABRA e FIGUEIREDO, 2002 apud NEMRE ADAS SALIBA et al, 2009, p.3).

O controle social sobre os recursos públicos de saúde conforme afirma Correia (2002) é um desafio para os conselheiros, já que são inúmeras as dificuldades para efetivá-lo. Em um primeiro momento, isto ocorre porque é uma prática recente que vem substituir toda uma postura de submissão que trata os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à esfera de técnicos e administradores. E posteriormente, porque os instrumentos de prestação de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a compreensão para fins de avaliação. E ainda, as informações sobre as receitas são um domínio do gestor, de cujo critério depende conhecer ou não o conselho de saúde. Abers (2000) observa que o controle social dos representantes dos usuários sobre as contas do gestor tem sido a meta mais difícil de ser alcançada em quase todos os conselhos de saúde do país (NEMRE ADAS SALIBA et al, 2009).

Mas para que um Conselho funcione adequadamente, algumas condições são necessárias, além das previstas pela lei. É fundamental, por exemplo, que o conselho seja REPRESENTATIVO e tenha LEGITIMIDADE. Para que um conselho tenha REPRESENTATIVIDADE é necessário que o conselheiro, entre outras coisas: - atue como interlocutor de suas bases, levando ao conselho as suas demandas e retomando com as decisões ou outras informações de interesse das bases; - não se distancie da entidade ou do movimento que o indicou; - represente e defende os interesses da sociedade, ou seja, o conselheiro não deve se limitar à defesa dos interesses específicos da entidade ou movimento que representa, mas, ao contrário, ampliar o seu espaço de atuação defendendo os interesses da população como um todo

³⁶ Wendhausen e Caponi (2002) demonstram em seu estudo que os conselheiros com ensino superior completo encontram-se nos segmentos: governamental, prestadores de serviços e profissionais da saúde, e que a possibilidade de fala dentro do conselho está diretamente relacionada com a escolaridade, ou seja, os conselheiros possuem poder de fala ou, ao contrário, calam-se em determinados contextos (Nemre Adas Saliba et al, 2009, p.8).

porque, especialmente no caso da saúde, as melhorias realizadas no sistema de saúde resultarão em benefícios para todos, inclusive para a entidade ou movimento que representa. A LEGITIMIDADE, por sua vez, se baseia no respaldo político da sociedade, incluindo as bases do conselheiro. A LEGITIMIDADE é a condição que um conselheiro, ou mesmo uma decisão, adquire quando verdadeiramente representa as ideias de um grupo ou de toda a sociedade. Um Conselho ou conselheiro que tenha legitimidade é um Conselho ou conselheiro que tem o apoio, o consentimento e a confiança da sociedade ou do segmento que representa (BRASIL, 2001, p. 83,84).

O CMSU apresenta as características discutidas acima e ainda, outras as quais serão objeto de nossa análise. Antes, porém, cabe uma breve análise de aspectos elementares do município do Uberlândia.

3.2. Uberlândia: aspectos econômicos e sociais

Uberlândia é a segunda maior cidade do Estado de Minas Gerais e a décima maior cidade não-capital do país. A estimativa dá conta de 634.345 habitantes que vivem em uma sólida economia – um número nem de perto seguido pelas demais cidades da região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, o que lhe confere o reconhecimento de líder regional. A importância de Uberlândia no Estado de Minas Gerais destaca-se ao compará-la aos 26 municípios que possuem mais de 500 mil e menos de 1 milhão de habitantes no Brasil (CEPES, 2009).

É o maior município do interior em números de habitantes, concentra o segundo pólo consumidor e apresenta o terceiro maior Produto Interno Bruto do Estado, com participação frequente de 5% no PIB estadual. Quando se considera a microrregião de Uberlândia, formada por dez municípios, no conjunto das 66 microrregiões do estado, a participação no PIB estadual passa a ser a segunda, demonstrando, assim, o seu dinamismo no contexto da economia mineira (CEPES, 2009).

Considerando as pesquisas apresentadas pelo CEPES (2011) ressalta-se que a cidade é responsável por 5,05% do PIB estadual, 0,84% do PIB regional e 0,47% do PIB nacional, conforme a tabela 3 abaixo considerando o PIB de 1999 a 2008.

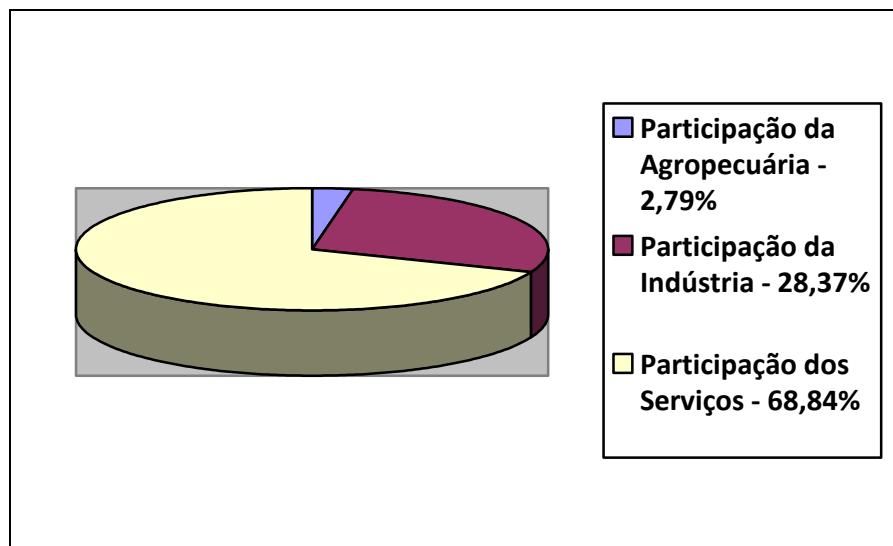
Tabela 3 - Uberlândia: PIB a preços correntes

Ano	PIB (Mil Reais)
1999	4.460.210
2000	5.123.526
2001	5.562.347
2002	6.435.690
2003	7.635.516
2004	8.520.552
2005	9.196.838
2006	10.344.790
2007	12.499.059
2008	14.270.392

Fonte: SIDRA – IBGE. Elaboração própria.

Através do mapeamento do Valor Adicionado Bruto no ano de 2008, pode-se constatar que na economia municipal há uma hegemonia do setor de Serviços na produção da riqueza municipal, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 3 - Valor adicional bruto de Uberlândia em 2008 pelos grandes setores da economia municipal: agropecuária, indústria e serviços.



Fonte: SIDRA – IBGE. Elaboração própria.

Portanto entre os anos de 1999 a 2008 a participação do setor de Serviços no Valor Adicionado Bruto Total foi, em média, de 69%, enquanto Indústria e Agropecuária tiveram participação média de 27,8% e 3,2%, respectivamente (CEPES, 2011).

Em Uberlândia no período de 1989 e 1999, houve um aumento de 22.431 postos de trabalho no total da estrutura produtiva, efetivando um aumento de 31,75%. Nesse período, todos os setores econômicos no município apresentaram crescimento, com destaque para a construção civil, cujo aumento foi de 64,52%, embora os setores de serviços e o comércio sejam os maiores empregadores de mão-de-obra, ou seja, em 1999 aproximadamente 70% dos trabalhadores formais no município mantinham vínculo formal de trabalho nesses setores. O crescimento do emprego formal em Uberlândia se destaca principalmente nos setores da construção civil e da indústria que apresentaram crescimento de 115% e 106%, respectivamente. Entretanto, é importante ressaltar que os setores do comércio e dos serviços continuaram a se destacar por serem os setores com a maior participação relativa na geração de empregos formais, ou seja, em 2010 observa-se que esses setores contavam com, aproximadamente, 25% e 50% dos trabalhadores ligados a esses setores, respectivamente (CEPES, 2011).

O setor de Serviços, além de concentrar o maior número de empregados também apresentou um crescimento de 67% na geração empregos ao longo do período analisado, configurando uma taxa de crescimento médio anual de 5,24%. É possível verificar uma grande participação do setor Serviço na geração de postos de trabalho formal no município, os dados permitem ainda, apurar uma queda na sua participação relativa, em relação ao total de empregados no ano, passando de 50,78% em 2001 para 49,74% em 2010, juntamente com o setor agropecuário que também apresentou queda na sua participação relativa passando de 6,60% para 2,88% (CEPES, 2011).

Pires (2008) nos mostra que o setor de serviços cresce progressivamente desde o início do século, sendo, atualmente, o responsável, na maioria dos países desenvolvidos, por mais de 50% dos postos de trabalho. Apesar da imensa diversidade de atividades e de formas de produzir, o setor de serviços é profundamente influenciado pela lógica da acumulação do capital, pela tecnologia e pela produção mecanizada em grande escala do fordismo e ainda, sendo influenciado pela introdução de novos materiais, pela informática e automação microeletrônica. O setor de saúde é parte do setor de serviços e compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia ao mesmo tempo em que compartilha características específicas.

No que se refere à situação demográfica do município de Uberlândia observa-se tendência de migração de pessoas para as regiões interioranas, em 2000 a população rural representava 2,44% da população total e em 2010 esse percentual subiu para

2,77%, o que pode ser comprovado pelas taxas de crescimento desta população. A taxa anual de crescimento de Uberlândia, na década 2001-2010, foi de 1,88% a.a., bem abaixo do crescimento observado na década anterior (3,56% a.a.), permanece ainda acima das taxas de crescimento da meso TMAP (Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba), de MG e do Brasil, o que reforça que o município continua sendo um pólo de atração migratória, recebendo mais população do que perde para o restante do Estado e do País (CEPES, 2011).

A densidade demográfica, conforme Tabela 4 a seguir revela que o município de Uberlândia está bem acima das médias do país, estado e mesorregião. Em 2000 havia, em Uberlândia, 121,9 habitantes por Km², valor que saltou para 146,78 em 2010, implicando num aumento de 20,3% no período, maior que nas demais áreas analisadas (CEPES, 2011).

Tabela 4 - Densidade demográfica (habitantes / Km²), 2000 a 2010.

Unidade Geográfica	2000	2010	Variação Relativa (%)
Brasil	19,92	22,43	12,60
Minas Gerais	30,46	33,41	9,68
T.M.A.P.	20,61	23,69	14,94
Uberlândia	121,97	146,78	20,34

Fonte: Sinopses dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 (IBGE)

É possível ainda frisar, de acordo com a situação demográfica do município, que a população feminina representa mais de 50% da população total em todas as unidades geográficas analisadas, inclusive no município de Uberlândia, onde o seu crescimento relativo foi de 21% no período de 2000 – 2010, um pouco acima do aumento da população masculina, de 20%. Quanto à área urbana, o aumento relativo no número de mulheres foi de 20,7% e de homens 19,5%. Na área rural, a participação de homens cresceu mais que de mulheres: 38,9% e 34,6%, respectivamente (CEPES, 2011).

Segundo Análise da Situação de Saúde de Uberlândia (2009) produzido pela Secretaria Municipal de Saúde e Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde a análise da saúde apresenta indicadores sociais que se modificam através da transição demográfica, modo de vida e políticas públicas.

A população de Uberlândia esta distribuída da seguinte forma, conforme Tabela 5 abaixo. O que nos permite dizer que a maior concentração da população está na

região oeste do município e a menor, primeiramente na região rural e na região norte da cidade.

Tabela 5 - População residente nos setores urbanos e zona rural no município de Uberlândia em 2009.

Setor	Norte	Sul	Oeste	Central	Leste	Zona Rural
Número de habitantes/‰.	110.022 hab 17,3%	120.026 hab 18,9%	148.208 hab 23,4%	110.863 hab 17,5%	133.580 hab 21,1%	11.651 hab 1,8%

Fonte: Análise da Situação de Saúde em Uberlândia, 2009. Tabela de elaboração própria.

A razão de sexo na população Uberlandense, em 2009, é de 1/104 (M/F), esta razão é maior entre os idosos, em razão da menor ocorrência de óbitos entre as mulheres. Acima dos 60 nos de idade, essa razão é de 1/24 (M/F). Observando a estrutura etária de Uberlândia de 1989 e 2009, são percebidas alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento populacional. Já em 1989 e 2009, segundo a faixa etária, observa-se uma redução na base da pirâmide populacional, reflexo da diminuição da natalidade, do aumento das idades intermediárias e também entre os idosos, sendo que entre esses é verificado o aumento da proporção de pessoas do sexo feminino em razão da menor mortalidade entre as mulheres. O efeito destas mudanças provocou um aumento relevante das doenças não transmissíveis, sobretudo as crônico-degenerativas (UBERLÂNDIA, 2009).

Segundo os dados do censo no ano de 2010, ilustrado na Tabela 6 abaixo, a população uberlandense foi estimada em 604.013 habitantes, sendo que destes 2,77% vivem na zona rural e 97,23% na zona urbana. Os dados também permitem dizer que a população é composta por 71,63% de brancos, 22,32% pardos e 5,23% são pretos, dados estes que direcionam a organização das políticas públicas de saúde não mais voltadas fundamentalmente para a população branca. A variável cor é um dado considerado no sistema de informação sobre a saúde em Uberlândia, para avaliação das condições de saúde e do atendimento aos afrodescendentes. De acordo com a população estimada de 2010, a maior densidade demográfica está compreendida dentro da faixa etária de 20-29 anos, seguidos da faixa etária de 30-39 anos e da faixa de 40-49 anos, conforme Tabela 7. (UBERLÂNDIA, 2010).

Tabela 6 - População de Uberlândia, estimada no ano de 2012.

População	Habitantes – nº	Habitantes - %
Rural	16.747	2,77%
Urbana	587.266	97,23%
Total	619.536	100%
População do último Censo (ano 2010)		
Branca	337.042	56,90%
Preta	50.271	8,11%
Amarela	6.796	1,10%
Parda	208.945	33,73%
Indígena	926	0,15%
Sem declaração	33	0,01%

Fonte: Relatório Gestão Anual 2012 – Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Tabela 7 - População Uberlândia - Distribuição por faixa etária.

Faixa etária	Homem	Mulher	Total
00-04	20.035	19.171	39.206
05-09	20.812	20.085	40.897
10-14	23.145	22.341	45.486
15-19	25.535	25.337	50.872
20-29	57.717	57.302	115.019
30-39	49.410	51.169	100.579
40-49	41.320	45.206	86.526
50-59	29.703	34.051	63.754
60-69	16.113	18.718	34.831
70-79	7.939	10.676	18.615
80+	3.185	5.043	8.228
Total	294.914	309.099	604.013

Fonte: Relatório Gestão Anual 2012 – Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

De acordo com a pirâmide etária verifica-se alterações ocorridas pelo processo de transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população. Isso leva a uma redução em sua base, reflexo da diminuição da natalidade, aumento das idades intermediárias e também entre os idosos, sendo que entre eles é verificado o aumento da proporção do sexo feminino em razão da menor mortalidade entre as mulheres. A transição demográfica vai impactar diretamente por serviços de saúde diferenciados cujo conhecimento é fundamental para o planejamento da atenção e da promoção da saúde, pois os efeitos das mudanças demográficas ocorrem com o aumento relevante das doenças crônicas (UBERLÂNDIA, 2010).

No que se refere à saúde no município de Uberlândia, como visto, é importante destacar as formas de financiamento e verbas repassadas, pois permite-nos compreender em que bloco de financiamento é maior a demanda e nos dá uma clareza quanto a prestação de contas do município.

A Tabela 8 abaixo comprehende os repasses financeiros por Blocos de Financiamento ao município de Uberlândia no ano de 2012 e 2013. É importante frisar que considerando os primeiros trimestres deste ano, ainda não foram repassados valores para a gestão do SUS, investimentos e também, aos convênios (conforme Tabela 9).

Tabela 8 – Repasses Financeiros – Blocos de Financiamento - Município de Uberlândia³⁷

ANO	Atenção Básica	Média e Alta Complexidade	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Vigilância em Saúde	Investimentos
2012	R\$ 21.389.346,50	R\$ 104.897.738,46	R\$ 3.235.159,56	R\$ 1.048.729,43	R\$ 4.634.848,23	R\$ 112.433,00
2013	R\$ 5.326.230,00	R\$ 28.228.103,38	R\$ 808.789,89	R\$ 0,00	R\$ 1.078.258,61	R\$ 0,00

Tabela 9 - Repasses Financeiros - Convênios - Município de Uberlândia

Convênio GESCON				
ANO	Qtd	Valor Repasse	de Valor Empenhado	Valor Pago
2012	2	R\$ 1.000.000,00	R\$ 632.792,10	R\$ 658.267,13
2013	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Já a Tabela 10 refere-se ao Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal de Uberlândia no ano de 2011. Para a sub função Alimentação e Nutrição não houveram valores repassados e nem executados. Durante o exercício, somente as despesas liquidadas são consideradas executadas. Já no encerramento do exercício, as despesas não liquidadas inscritas em restos a pagar não processados são também consideradas executadas. Sendo assim, para maior transparência, as despesas executadas estão

³⁷ Dados referentes ao município de Uberlândia disponíveis em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>. Acesso em: 22 de abril de 2013.

segregatedas em: a) Despesas liquidadas, consideradas aquelas em que houve a entrega do material ou serviço, nos termos do art. 63 da Lei 4.320/64; b) Despesas empenhadas, mas não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar não processados, consideradas liquidadas no encerramento do exercício, por força do art.35, inciso II da Lei 4.320/64.

Tabela 10 - Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal - Uberlândia/MG

Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal³⁸ UF: Minas Gerais MUNICÍPIO: Uberlândia					
DESPESAS³⁹ COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS (5)		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e)	% ((d+e)/c)
Atenção Básica	141.819.000,00	215.756.150,60	206.646.643,13	7.300.043,39	61,84
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	169.400.000,00	128.432.905,84	125.248.339,38	565.545,73	36,36
Supporte Profilático e Terapêutico	4.397.000,00	3.582.871,20	2.501.678,39	945.110,57	0,99
Vigilância Sanitária	1.271.000,00	456.292,00	236.955,60	176.478,60	0,11
Vigilância Epidemiológica	2.425.000,00	2.393.137,00	1.857.022,57	424.975,46	0,65
Alimentação e Nutrição	0	0	0	0	0
Outras Subfunções	29.000,00	33.000,00	24.692,87	8.307,13	0
TOTAL	319.341.000,00	350.654.356,64	336.515.331,94	9.420.460,88	100

Já a Tabela 11 nos dá o percentual aplicado do orçamento público em saúde do município de Uberlândia no período de 2004 e 2009. Destaca-se que este percentual não se encontra em uma escala crescente, muito pelo contrário, entre este período, os menores percentuais aplicados foram nos anos de 2008 e 2009.

³⁸ Relatório resumido da execução orçamentária/Demonstrativo da Receita de Impostos Líquida e das Despesas próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde/ Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social/ Exercício de 2011. Dados Transmitidos em 19/03/2012. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php. Acesso em: 01/07/2012.

³⁹ Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php. Acesso em: 01/07/2012.

Tabela 11 - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Município de Uberlândia 2004 – 2009.

ANO	Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (EC29)	Total de Gastos com Recursos Próprios	Percentual Aplicado
2009	497.305.146,71	129.225.379,62	25,99%
2008	478.848.300,55	119.214.497,20	24,90%
2007	379.350.593,75	106.365.546,77	28,04%
2006	318.939.406,06	88.372.579,36	27,71%
2005	294.456.603,16	80.949.763,27	27,49%
2004	247.759.285,63	68.422.552,49	26,55%

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberlândia. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secSistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em SaúderetariasOrgaos&s=65&pg=553> Acesso em: 15 de maio de 2013.

Na tabela 12 abaixo apresenta os indicadores financeiros do município de Uberlândia no período de 2010, é importante notar a despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante neste período, calculada no valor de R\$426,38.

Tabela 12 - Indicadores Financeiros - Relatório de Gestão – 2010, município de Uberlândia.

Indicadores que relacionam valores de receita	Porcentagem
Participação da receita de impostos total do município	18,28%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	52,59%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	19,28%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	76,51%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	56,37%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	57,53%
Indicadores que relacionam valores de despesa	
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$426,38
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	45,29%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	3,10%
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	25,12%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	5,85%
Indicadores que relacionam valores de receita e despesas	
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com Saúde.	41,46%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.	27,34%

Fonte: SIOPS – 2010.

Para uma maior compreensão de Uberlândia no período analisado nesta pesquisa - 1991 a 2013, período de constituição do CMSU - torna-se necessário uma breve análise das gestões políticas que estiveram na prefeitura do município.

3.3. Uberlândia: breve panorama da gestão política no período de 1991 a 2013

A história política de Uberlândia sempre esteve diretamente ligada à atividade do campo. Nos últimos 48 anos, ou seja, os últimos 12 mandatos de Prefeito foram exercidos por políticos ligados a área rural, sendo que, três deles foram presidentes do Sindicato Rural. O que demonstra a ligação estreita entre o campo (representado pelos produtores, a ala ruralista) e a política do município. É inegável que a política municipal de Uberlândia tenha sido gerida ao longo destes anos, pelos “coronéis” do agronegócio da região, revelando que a política do município apresenta características próprias de relações arcaicas pertinentes à política latifundiária.

Conforme o Gráfico 3 referente ao Valor adicional bruto de Uberlândia em 2008 pelos grandes setores da economia municipal: agropecuária, indústria e serviços, podemos perceber o setor de participação na Agropecuária representa em torno de 2,79% enquanto o setor de serviços predomina na economia de Uberlândia com 68,84%, porém, mesmo não predominando, o setor Agropecuário revela forte impacto na economia e na política do município. O que podemos admitir através da maioria dos representantes eleitos para o poder municipal.

Desde a criação do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia em 1991 até o ano desta pesquisa datam-se 22 anos de consolidação. E neste período as gestões políticas presentes na Prefeitura Municipal foram: Virgílio Galassi⁴⁰ (1989–1992);

⁴⁰ Virgílio Galassi – PDS foi líder dos ruralistas e comandou Uberlândia por mais tempo totalizando 4 mandatos. Como mandatos eletivos destacam-se: vereador, no período de 1963-1966 em Uberlândia, MG, pelo UDN; prefeito, em 1970-1971 em Uberlândia, MG pelo ARENA; deputado federal (Constituinte), no período de 1987-1991, MG, PDS. No período de 1988-1992 e também de 1997-2000 foi novamente prefeito de Uberlândia, MG pelo PPB. Renunciou ao mandato de Deputado Federal, na Legislatura 1987-1991, para assumir o mandato de Prefeito de Uberlândia, MG, em 15 de novembro de 1988. Como filiações partidárias destacam-se: UDN, 1962-1966; ARENA, 1966-1979; PDS, 1980-. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/parlamentaresconstituintes/constituicao20anos_bioconstituintes?pk=103609 Acesso em: 14 de maio de 2013.

Paulo Ferolla da Silva⁴¹(1993–1996); novamente Virgílio Galassi 1997-2000); Zaire Rezende⁴² (2001-2004); Odelmo Leão⁴³ (2005-2012) e atualmente, Gilmar Machado⁴⁴ (2013-2016).

É importante ressaltar, conforme palavras de Luz e Santin (2010) que o coronelismo consolidou-se através de um conjunto de ações políticas dos latifundiários brasileiros, denominados coronéis, que devido ao seu poder econômico, intelectual ou social, pelo uso da força (muitos possuíam suas milícias particulares), prestígio familiar, popularidade e/ou habilidade política, eram investidos do poder de controle nas localidades em que exerciam suas atividades. Influenciavam diretamente na atuação dos poderes públicos instituídos, já que tinham o domínio econômico e social de suas regiões, a fim de possibilitar a manipulação eleitoral em causa própria ou de

⁴¹ Paulo foi um dos primeiros membros do Colégio de Jurados da ABCZ (Associação Brasileira dos Criadores de Zebu), já participou do Conselho Consultivo da associação, do Conselho Técnico da raça gir, em três mandatos, tendo atuado, ainda, como diretor e vice-presidente em seis gestões. Prefeito da cidade de Uberlândia, entre os anos de 1993 a 1996, iniciou cedo sua carreira política, quando seu amigo Virgílio Galassi o nomeou secretário de Finanças e Desenvolvimento, cargo que ocupou por quatro mandatos. Antes disso, entre os anos de 1970 a 1973, Paulo esteve à frente da presidência do Sindicato Rural de Uberlândia, cargo o qual retoma agora no ano de 2009. Foi vice-presidente do Sindicato por 8 vezes, sem contar a sua participação em várias outras associações e entidades que congregam produtores com o mesmo projeto. Disponível em: <http://www.interural.com/interna.php?referencia=revistas&materia=28> Acesso em: 15 de maio de 2013.

⁴² Zaire Resende, 61, deputado federal pelo (PMDB). Nasceu em Uberlândia, é formado em medicina e pai de sete filhos. Começou sua carreira política em 1969 como vereador em São Sebastião (litoral norte de São Paulo). Foi reeleito em 73. Em 82, Zaire foi eleito prefeito de Uberlândia e, em 90, torna-se deputado federal, cargo para o qual foi reeleito por mais duas vezes. http://www1.folha.uol.com.br/folha/eleicoes/uberlandia_zaire_resende_delgado%20_biografia.shtml Acesso em: 15 de maio de 2013.

⁴³ Odelmo Leão atualmente é presidente do diretório municipal do Partido Progressista (PP) de Uberlândia, vice-presidente do Partido Progressista no diretório do Estado de Minas Gerais e no diretório Nacional. Consta na biografia resumida em seu site que: foi presidente do Sindicato Rural de Uberlândia; vice-presidente da Federação da Agricultura de Minas Gerais, atuando também na presidência. Esteve ao lado de Rondon Pacheco, Virgílio Galassi e Paulo Ferolla. E ao lado de Fernando Henrique Cardoso ajudou a derrubar a inflação. Honrou a pasta da Secretaria de Agricultura, ajudando o governador Aécio a recuperar, através do crescimento da produção rural, do agronegócio e da agricultura familiar, a economia de Minas. Disponível em: <http://www.odelmoleao.com.br/br/trajetoria-politica/> Acesso em 14 de maio de 2013.

⁴⁴ Gilmar Machado (PT) foi eleito em primeiro turno, o novo prefeito de Uberlândia, no Triângulo Mineiro. Segundo a Justiça Eleitoral, Gilmar recebeu 236.418 votos, o que equivale a 68,72% do total de votos válidos. A vitória de Gilmar quebra o ciclo de administrações do PP em Uberlândia, segundo maior colégio eleitoral do Estado, atrás apenas da capital Belo Horizonte. O partido comandava a administração municipal desde 2004. O petista esteve à frente da disputa desde o início. Entre as principais bandeiras da campanha estava a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e da Guarda Municipal. Gilmar teve o apoio da presidente Dilma Rousseff e do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/eleicoes/2012/noticia/2012/10/gilmar-machado-e-eleito-prefeito-de-uberlandia-mg.html>. Acesso em: 14 de maio de 2013.

uma oligarquia a que faziam parte. Apesar da constante evolução histórica do cenário político no Brasil e a notória consagração de direitos sociais advindos com a Constituição Federal de 1988, ainda persistem algumas das características de dominação e manipulação da população, especialmente no que tange às questões ligadas à política e ao poder, as quais fazem uso de subsídios como o clientelismo para garantir o apoio da maioria do eleitorado, e a consequentemente permanência no poder.

Um poder seja ele de qualquer natureza ou exercício, em um Estado Democrático, se revela na expressão de um coletivo que atribui a um indivíduo a função de exercer um serviço para este povo. Este é o princípio que norteia a Constituição Federal de 1988 com a expressão: art. 1º, par. único: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes e diretamente, nos termos desta constituição.” Logo, por serem representantes, agem em nome de alguém. E esse alguém é o povo. Portanto esse povo é o seu “patrão”, que paga inclusive a sua remuneração, para obter como retribuição uma adequada prestação dos serviços públicos. Aí se insere a ideia de poder não como algo natural. Veja-se aqui a importante noção de soberania popular, em que o povo é o titular do poder político, e os governantes apenas são seus representantes no exercício do poder político. (LUZ; SANTIN, 2010).

A possibilidade do Controle Social contraria o poder político concentrado nas oligarquias latifundiárias, pois transfere predominantemente o controle da esfera pública diretamente ao povo, através do conselho de saúde, quando consegue ultrapassar barreiras e exercer a autonomia, deliberando e fiscalizando sobre as verbas destinadas à saúde pública.

3.5. A presença do “terceiro setor” na saúde pública: as Organizações Sociais – OS’s

As dificuldades com o financiamento do SUS ainda persistem até hoje, abrindo cada vez mais, brechas para a articulação entre o público e o privado, articulação essa, que se dá em detrimento do público e consequentemente colocando a saúde sobre a

lógica neoliberal. Em referência a isto, evidencia-se as crescentes “parcerias” entre as entidades “sem fins lucrativos”, muitas delas conhecidas como OSS⁴⁵.

As organizações sociais são definidas como pessoas jurídicas de direito privado, constituídas sob a forma de fundação ou de sociedade civil sem fins lucrativos, que se habilitam à administração de recursos humanos, instalações e equipamentos pertencentes ao Poder Público e ao recebimento de recursos orçamentários para a prestação de serviços sociais. Para ter direito à dotação orçamentária, essas entidades deverão obter autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o Poder Executivo. A relação entre as organizações sociais e o Estado é regulada por compromissos mútuos estabelecidos em Contratos de Gestão celebrados com o Poder Executivo. (BARRETO, 1999, p.122).

As organizações sociais representam a transformação dos serviços públicos em entidades públicas de direito privado, que celebram com o Estado um contrato de gestão, cujas atividades são controladas de forma mista pelo Estado (financiamento parcial pelo orçamento público, poder de veto e cooptação nos conselhos de administração) e pelo mercado (cobranças de serviços prestados pela mão invisível da concorrência entre entidades) (ARANTES, 2000 apud MEIRA, 2012).

A gestão do trabalho na Saúde nas Unidades de Atendimento Integrado - UAI^s⁴⁶, em Uberlândia não difere da lógica do trabalho no contexto do neoliberalismo.

⁴⁵ As Organizações Sociais de Saúde (OSS's) representam um modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, finalizado entre 1998 e 2001, previsto no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), formalizado pela lei complementar nº 846 de 04 de junho de 1998. A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde. Dentre os aspectos mais importantes da Lei Complementar nº 846, pode-se destacar: a criação de um Contrato de Gestão, caracterizado como um acordo firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OSS, que permite a definição das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço; a existência de uma comissão de avaliação dos Contratos de Gestão, com representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e por profissionais especializados indicados pela Secretaria de Estado da Saúde, responsável por analisar os resultados obtidos com a execução do contrato; a determinação que os hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde atendam exclusivamente aos pacientes do SUS; publicação do balanço e demais prestações de contas das OSS no Diário Oficial do Estado e respectivo controle destes pelo Tribunal de Contas do Estado; a exigência de que a entidade tenha experiência de pelo menos cinco anos na administração de serviços próprios de saúde. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoess/organizacoes-sociais-de-saude-oss> Acesso em: 16 de maio de 2013.

Ocorre por meio do Contrato de Gestão firmado entre a OS e a PMU, há desregulamentação dos direitos trabalhistas, já que há, além de outros elementos, inexistência de concursos públicos nas UAIs. Os trabalhadores são admitidos via processo seletivo e o regime de trabalho é Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT. Além disso, dentro das próprias unidades de saúde, há também serviços prestados por empresas terceirizadas. A prefeitura isenta-se totalmente da gestão da UAI, especialmente nas relações trabalhistas, visto que a Missão Sal da Terra⁴⁷ deve responsabilizar-se integralmente pela contratação, dispensa e pagamento de pessoal, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes em obediência aos preceitos legais. No contrato de gestão firmado há um alinhamento com a orientação do governo federal, uma vez que, mesmo com o ônus para a instituição de origem, a UAI não pode utilizar servidores públicos (BABILÔNIA, 2012).

Segundo Meira (2012) o contrato de gestão estipula as responsabilidades e a abrangência do serviço prestado, assim como a temporalidade do mesmo.

⁴⁶ As Unidades de Atendimento Integrado - UAI's foram fundadas em Uberlândia em 1994, inicialmente foram criadas três, nos bairros Luizote, Pampulha e Planalto, para um atendimento misto: atendimento ambulatorial na atenção básica e pronto atendimento. Atualmente conta-se com 8 unidades nos bairros; Pampulha, Tibery Planalto, Rossevelt, Martins, Morumbi (pronto atendimento) e São Jorge. Oferecem consultas nas especialidades: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Urologia. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=71> Acesso em 19 de junho de 2013.

⁴⁷ Segundo dados do próprio site, Missão Sal da Terra é uma associação beneficente de caráter filantrópico, sem fins lucrativos e econômicos, com fins sociais, educacionais, profissionalizantes e recreativos. A entidade foi fundada em 1981, desde sua criação, sempre desenvolveu diversos projetos e programas que visam a assistir o ser humano na sua integralidade. Atualmente administra as UAI Pampulha desde março de 2010, tendo ao seu redor 05 UAPSFs (Unidades de Atenção Primária Saúde da Família), sendo elas Lagoinha I e II, Granada I e II e Santa Luzia; e ainda, a UAI São Jorge em 30 de agosto de 2007, abrangendo os bairros: Aurora, Campo Alegre, Laranjeiras, São Gabriel, São Jorge I, São Jorge II, São Jorge III, São Jorge IV, Seringueiras I, Seringueiras II e Shopping Park. Cabe destacar que as UAPSF's Setor Sul

Mais uma parceria da Missão Sal da Terra e Prefeitura Municipal de Uberlândia., a Missão Sal da Terra assumiu a gestão das UAPSF's em maio de 2012. Essas Unidades possuem atendimento multidisciplinar na qual atendem todos os ciclos de vida, ou seja, crianças, adolescentes, adultos e idosos. A equipe de Atenção Primária de cada UAPSF é composta por um médico generalista, uma equipe de enfermagem, uma equipe de agentes comunitários de saúde, bem como, recebem o apoio de especialidades como odontologia, psicologia, serviço social, nutricionista e educador físico. É importante ressaltar que o atendimento nas UAPSF prioriza a promoção e prevenção à saúde. O atendimento de urgência e emergência nessas unidades é feito através do Acolhimento Classificação de Risco, objetivando priorizar a assistência prestada conforme a gravidade em que se encontra o paciente, e em situações mais graves são encaminhados para a Unidade de referência (UAI Pampulha). São elas: UAPSF Lagoinha I e II, UAPSF Granada I e UAPSF Santa Luzia. Dados disponíveis em: http://www.missaosaldaterra.org.br/index.php?pg=projetos_sociais&cat=2&id=26 Acesso em: 18 de maio de 2013.

Normalmente é válido por um ano, dado o caráter dos próprios serviços prestados, geralmente emergenciais ou focados em projetos específicos. O que mais chamam a atenção nessa transferência de responsabilidades que os contratos de gestão celebram são os fatos de; dispensar a licitação e não cobrar competência das entidades beneficiadas.

No ano de 2000 a prefeitura de Uberlândia editou a lei 7579, de 06/07/2000, que estabelecia as regras para a qualificação das Organizações Sociais; a regulamentação da lei foi feita pelo decreto nº 8288, de 26 de setembro de 2000. A qualificação das Organizações Sociais no município servia aos propósitos de sacramentar uma relação de parceria com entidades privadas que já acontecia desde 1994, quando da fundação das Unidades de Atendimento Integrados (UAIs). Inicialmente foram criadas três UAIs, nos bairros Planalto, Pampulha e Luizote de Freitas e a administração destas, foi dada à Fundação Maçônica Manoel dos Santos (FMMS). O instrumento de concessão foi o termo de parceria, firmado sob o diploma legal da lei nº 5.439/1991, que dispõe sobre a declaração de utilidade pública, e a lei nº 5.775/1993 que regulamenta a concessão de subvenções sociais. E ainda, a concessão das primeiras UAIs foi feita a partir de uma licitação pública. Já nos anos que se seguiram, novas UAIs foram criadas em outros bairros da cidade, e a administração das mesmas também foi entregue à FMMS, sem que nova licitação fosse realizada (MEIRA, 2012).

A entidade Missão Sal da Terra administra a UAI São Jorge desde 2008, ano em que foi fundada. Conforme a Lei Federal 9.637/98 e a Lei Complementar 7.579, não houve obrigação de licitação para a contratação da mesma. E, segundo a PMU, foi publicado no Diário Oficial do Município aviso de convocação tornado público que estavam abertas as inscrições para qualificação de Organização Social para atuação administrativa subsidiária e complementar da UAI São Jorge. Entretanto, a Missão Sal da Terra foi a única interessada que apresentou a documentação exigida no aviso de convocação, sendo qualificada OS e, consequentemente habilitada a celebrar contrato de gestão com o município de Uberlândia (BABILONIA, 2012).

Sendo assim, é a partir de 2007 que começa o processo de transferência das UAIs para Organizações Sociais, com a celebração de um contrato de gestão sob as novas regras das leis das OSs (federal e municipal), entre a Missão Sal da Terra e a nova UAI do bairro São Jorge. Segundo o projeto da prefeitura de Uberlândia de transferir até duas UAIs por OS, hoje a Missão Sal da Terra faz a gestão também da

UAI do bairro Pampulha. De acordo com o programa do executivo municipal, até o final de 2012, todas as Unidades de Atendimento Integrado, serão repassadas à Organizações Sociais, mediante contratos de gestão por resultados, de acordo com as regras da Nova Gerência Pública, retirando a FMMS da gestão da saúde no município de Uberlândia (MEIRA, 2012).

Em substituição á FMMS, no dia 21 de agosto de 2013 foi aprovado o projeto de lei na Câmara Municipal de Uberlândia, propondo a criação de 3.045 empregos públicos pela Fundação Saúde do Município de Uberlândia (Fundasus). O Fundasus⁴⁸ irá gradualmente substituir 2,6 mil funcionários ligados à FMMS, que atuavam em 27 PSF's e 6 UAI's. Estes profissionais terão a mesma faixa de salário de quando eram ligados à FMMS e ainda, irão compor novas equipes de PSF's.

O decreto 11679/2009, que regulamenta e uniformiza os Contratos de Gestão entre o ente municipal e as entidades escolhidas, deixa bem claro o projeto de encampação total dos serviços de saúde municipal pelas OS escolhidas, e justifica essa posição a partir de três fatores: uma tendência nacional, já que “[...] os centros mais populosos do Brasil vêm adotando o contrato de gestão com organizações sociais da área de saúde, [...]”; os custos do sistema, crescentes, principalmente em uma cidade que tornou-se polo; e a participação da sociedade, que se dá pela escolha de organizações da sociedade civil na gestão dos serviços, na composição do conselho de administração de cada entidade, bem como na composição dos Conselhos Municipais de Saúde, órgãos de acompanhamento e fiscalização (MEIRA, 2002, p.13).

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Uberlândia⁴⁹, Uberlândia é uma cidade que está dividida em cindo Setores: Norte, Sul, Leste, Oeste, Central. Nestas encontram-se 82 unidades de atendimento a saúde, sendo 68 na Zona Urbana e seis na Zona Rural.

Tabela 13 - Quadro referente aos serviços de saúde que o município de Uberlândia disponibiliza, por setores.

SETORES ⁵⁰	SERVIÇOS DISPONÍVEIS
NORTE	1. CAPS Central-Norte; 2. Centro de Controle de Zoonoses; 3. DST/AIDS; 4. UAI Roosevelt; 5. UAPSF Maravilha; 6. UAPSF São José; 7. UAPS

⁴⁸ FERNANDES, Arthur. Para suprir déficit, Fundasus terá 400 empregos a mais que Fundação Maçônica. **Jornal Correio de Uberlândia**. Uberlândia. P.3D, 22 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/para-suprir-deficit-fundasus-tera-cerca-de-400-empregos-a-mais/> Acesso em: 29 de agosto de 2013.

⁴⁹ Disponíveis em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=71> Acesso em: 17 de maio de 2013.

⁵⁰ A Zona Rural disponibiliza seis setores, porém, não especificados pelo documento.

	Nossa Senhora das Graças; 8. UAPS Santa Rosa.
SUL	1. Animais Peçonhetos; 2. Ambulatório de Oftalmologia; 3. CEAII II; 4. UAI Pampulha; 5. UAI São Jorge; 6. UAPSF Patrimônio; 7. UAPSF Aurora; 8. UAPSF Lagoinha I e II; 9. UAPSF Granada I; 10. UAPSF Granada II; 11. UAPSF Gravatas; 12. UAPSF Jardim Botânico; 13. UAPSF Laranjeiras 14. UAPSF Santa Luzia; 15. UAPSF São Gabriel; 16. UAPSF São Jorge I 17. UAPSF São Jorge II; 18. UAPSF São Jorge III; 19. UAPSF São Jorge IV 20. UAPSF Seringueiras I; 21. UAPSF Seringueiras II; 22. UAPSF Shopping Park; 23. UAPSF Shopping Park; 24. UAPSF Shopping Park e 25. UAPSF Campo Alegre.
LESTE	1. CAPS AD; 2. CAPS Leste; 3. UAI Morumbi; 4. UAI Tibery; 5. UAPS Custódio Pereira; 6. UAPSF Aclimação; 7. UAPSF Alvorada; 8. UAPSF D. Almir; 9. UAPSF Ipanema I e II; 10. UAPSF Joana D'arc; 11. UAPSF Morumbi I; 12. UAPSF Morumbi II; 13. UAPSF Morumbi III; 14. UAPSF Morumbi IV; 15. Central de Transporte Sanitário; 16. Centro de Referência a Saúde do Trabalhador; 17. Laboratório de Controle de Qualidade em Saúde 18. Ouvidoria de Saúde; 19. Vigilância Sanitária; 20. Centro de Conviver e Cultura e 21. Imunização.
OESTE	1. CAPS Oeste; 2. Centro de Reabilitação Física; 3. Centro de Saúde Escola Jaraguá; 4. UAI Luizote; 5. UAI Planalto; 6. UAPS D. Zulmira; 7. UAPS Guarani; 8. UAPS Tocantins; 9. UAPSF Canaã I; 10. UAPSF Canaã II; 11. UAPSF Canaã III; 12. UAPSF Jd. das Palmeiras I; 13. UAPSF Jd. das Palmeiras II; 14. UAPSF Jd. das Palmeiras III; 15. UAPSF Mansour I e II 16. UAPSF Morada Nova; 17. UAPSF São Lucas e 18. UAPSF Taiaman I 19. UAPSF Taiaman II.
CENTRAL	1. Coordenação da Fonoaudiologia; 2. Centro de Atenção ao Diabético; 3. Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia); 4. CAPS Infantil; 5. CEAII I; 6. Centro Radiológico; 7. UAPS Brasil e 8. UAI Martins.

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberlândia. Tabela de elaboração própria

Desde seu inicio, as UAI's foram geridas pela entidade do “terceiro setor” a Fundação Maçônica Manoel dos Santos (FMMS⁵¹). A FMMS venceu solitariamente – pois foi a única concorrente neste processo - a licitação para firmar o termo de parceria com a Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) e então, começa a sua função de gestora das UAIs. Em 23/06/2004, o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou uma ação civil pública (processo 2004.38.03.004938-3) contra a União, a Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) e contra a Fundação Maçônica Manoel dos Santos (FMMS) para sanar irregularidades existentes na gestão dos postos de saúde locais, culminando com o término da parceria entre PMU e FMMS. Todavia, o término da parceria entre FMMS e PMU não fez com que a PMU, ou seja, que a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia administrasse inteiramente, diretamente o serviço de saúde da cidade de Uberlândia. Então, Uberlândia sintonizada com a lógica da Nova Gestão Pública promulgou - no final da gestão ter sido aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente da república à época, em Uberlândia o serviço de saúde já gerido por entidades do chamado “terceiro setor” (BABILÔNIA, 2012).

Importante ressaltar que o número de funcionários contratados pelas entidades do “Terceiro Setor” para exercerem funções na área da Saúde Pública em Uberlândia é superior ao número de funcionários da PMU. De acordo com o Relatório de Gestão da Saúde em Uberlândia do ano de 2010, 34,5% de funcionários apresentam vínculos diretos com a Administração Pública. Com relação à força de trabalho mediada por um agente contratante que não o próprio município de saúde e que desempenha suas atividades no estabelecimento de saúde, temos 65,5%. (BABILÔNIA, 2012).

Uberlândia também conta com um Hospital Municipal, inaugurado em 15/12/2010, também entregue, mediante licitação à uma Organização Social, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. O Hospital Municipal de Uberlândia era uma reivindicação antiga da população de Uberlândia, haja vista que o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – UFU era o único equipamento público para casos de média e alta complexidade, numa cidade em

⁵¹ Segundo dados do próprio site, a Fundação Maçônica “Manoel dos Santos” FMMS foi fundada em 27 de março de 1981, por membros da Loja Maçônica “Acácia do Triângulo” nº 1924, É uma fundação de caráter comunitário, educativo e filantrópico, que busca promover o desenvolvimento e o progresso espiritual, moral e material do ser humano, procurando construir um sociedade livre, justa e solidária. Através destes ideais, a Fundação Maçônica “Manoel dos Santos” se posiciona como uma importante célula da comunidade de Uberlândia. A Fundação Maçônica “Manoel dos Santos” é composta por todas as Lojas Maçônicas da cidade num total de 21 lojas. Disponível em: http://fmms.com.br/sitev1/?page_id=42 Acesso em: 18 de maio de 2013.

crescimento constante e servindo como referência regional. Sua construção começou no início do ano de 2008 e já no ano de 2009 a prefeitura abriu concorrência pública (CP 594/2009) para a contratação da Organização Social que iria administrar o Hospital. A vencedora foi a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, uma entidade que já administra vários hospitais em estados como São Paulo e Rio de Janeiro (MEIRA, 2012).

Segundo Montaño (2002) apud Meira (2002) a substituição do Estado de maneira definitiva é problemática, pois significa retirar e esvaziar a dimensão de direito universal quanto às políticas sociais (estatais) de qualidade; criar uma cultura de auto culpa pelas mazelas que afetam a população e de ajuda mútua para seu enfrentamento; desonerar o capital de tais responsabilidades, criando uma imagem de transferência de responsabilidades e a partir da precarização e focalização (não universalização) da ação social estatal e do “terceiro setor” uma nova e abundante demanda para o setor empresarial.

Capítulo 4

A experiência do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU

Em Uberlândia o Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU surge a partir da luta de um grupo sanitarista pela introdução de um modelo de saúde onde houvesse a possibilidade de participação social e controle das políticas públicas, processo este – de criação dos conselhos - já sinalizado na criação do SUS e na 8^a Conferência Nacional de Saúde. Porém, somente em 10 de julho de 1991 cria-se o Conselho Municipal de Saúde, para cumprir as exigências governamentais e com isso não perder o auxílio financeiro ao município. Ou seja, criou-se o conselho municipal, sem paridade, sendo o secretário municipal seu presidente nato.

Conforme afirma Labra (2005) apud Martins et al (2008) há casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos diferentes da sociedade (por exemplo: usuários e prestadores), ou é um político em cargo eletivo (um vereador), ou é indicado pelo prefeito, por entidades alheias ao conselho ou por agremiações desconhecidas da comunidade. E ainda, outro fato que merece ser destacado é a coibição exercida por alguns membros pertencentes à elite política local, à livre expressão dos demais conselheiros.

Nas palavras do Conselheiro A. este tipo de relação começa a ser constatada já no surgimento do CMSU:

Depois disso, foi uma luta para mudar a concepção imposta na lei para os segmentos populares participar efetivamente dos conselhos e exercer o controle social, só no início de 2004 conseguimos convencer os conselheiros a fazer as alterações na Lei de criação, depois de muita discussão e aprovação a qual tivemos que manter uma vigília para que o projeto não fosse pedido vista e com isso ser aprovado. Neste sentido, começamos a mobilizar para as eleições e elegemos nossos conselheiros conforme manda a legislação federal, paritário escolhido no próprio segmento. Plenária legalmente eleita, partimos para o regimento. No início de 2005 entra a nova administração e começa a pressão para a gente aceitar desfazer tudo que havia sido feito, para voltar para 40 conselheiros e o secretário continuar como presidente nato do conselho, com isso a briga ficou mais acirrada e invertemos a questão em vez de diminuir, aumentamos para 32 conselheiros e 32 suplentes. Enfim, retomamos a discussão e a confecção do Regimento Interno passando a ser Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia-CMSU e ter todas as ferramentas legais onde os conselheiros podem exercer sua participação de fato (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

O CMSU funciona conforme a legislação, tendo suas funções de deliberação, discussão de propostas e prestação de contas por meio da atuação das comissões afins. O conselho se reúne ordinariamente vez por mês e realiza reuniões⁵² extraordinárias quando necessário. O pleno do CMSU se reúne para discutir e deliberar a pauta organizada com as propostas a serem discutidas pela Mesa Diretora e a Secretaria Executiva envia aos conselheiros para leitura e organização previamente. No regimento interno⁵³ estão todas as diretrizes, desde a organização das reuniões, até as eleições⁵⁴ de cada membro no seu conselho. Havendo ainda, as especificações dos prazos, a introdução de novos pontos de pauta se necessário, pedidos de informe, justificação de ausência dentre outros.

De acordo com a Pesquisa de Informações Municipais, realizada em 2001 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 97,6% dos municípios brasileiros têm instituídos os conselhos de saúde, sendo que em 98,7% destes municípios, os conselhos realizaram reuniões neste ano. A maioria dos municípios (69,7%) informou que as reuniões do conselho são “muito freqüentes”, mas em 10,3% as reuniões ocorrem de forma irregular, sendo esta situação mais comum nos municípios de pequeno porte. Essas informações indicam que embora a maioria dos conselhos municipais de saúde esteja em efetivo funcionamento, alguns ainda parecem não atuar como preconizado, podendo estar constituídos apenas para cumprir um dispositivo legal (IBGE, 2003 apud MARTINS et al, 2008, p.6).

Segundo o Regimento Interno do Conselho o Capítulo 1, dispõe sobre a finalidade e a natureza do CMSU, especificamente no Art.2º, ressalta-se que:

⁵² Há dois tipos de reuniões previstas no CMSU: as reuniões ordinárias, previstas no calendário anual de funcionamento do Conselho de Saúde, com pauta previamente estabelecida, conforme regimento interno. Sendo este calendário de reuniões amplamente divulgado para a comunidade, com finalidade de estimular o maior número de participantes envolvidos com o controle social; e as reuniões extraordinárias: não previstas no calendário, convocadas pelo plenário do Conselho de Saúde, para tratar de assuntos pertinentes ao conselho, conforme regimento interno.

⁵³ O Decreto N° 10.941/2007, novembro de 2007 aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. O Prefeito Municipal, no uso das atribuições legais previstas no Art. 45, inciso VII, da Lei orgânica Municipal, e com fulcro no Art.3º, inciso II, da Lei N° 8.836 de 27 de Setembro de 2004, alterada pela Lei nº 9.231, de 19 de Junho de 2006. Art. 1º – Fica aprovado o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde constante do Anexo que a este se integra. Art. 2º – Este decreto entra em vigor na data de sua publicação. Uberlândia, 19 de novembro de 2007 Odelmo Leão. Prefeito Gladstone Rodrigues da Cunha Filho. Secretário Municipal de Saúde CVDV/PGM nº 6211/2007. (CMSU. Manual do Conselheiro de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU. Ed. Edufu, 2008).

⁵⁴ Segundo “Orientações para Implantação de Conselhos de Saúde no Município de Uberlândia” (2010) esta reunião deverá ser lavrada em ata, que por sua vez, deve ser lida, aprovada e assinada por todos os presentes ao final da mesma, devendo conter: dia e local com endereço da reunião; numero de participantes, com lista de presença contendo nome e endereço completo; descrição da reunião e de todo o processo eleitoral e ainda, os membros eleitos titulares e suplentes, por segmento.

O CMSU tem por finalidade atuar, deliberar e fiscalizar a execução e a formulação das políticas públicas de saúde do município de Uberlândia, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores: público, privado, filantrópico, ONGs e subvencionado (CMSU. Manual do Conselheiro de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU. Ed. Edufu, 2008, p.17).

Dentre as finalidades do CMSU dispostas no manual: “Orientações para Implantação de Conselhos de Saúde no Município de Uberlândia” (2010) estão: a implementação, mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamenta o SUS no exercício do controle social de saúde; a elaboração do Regimento Interno do Conselho e outras normas; a discussão, elaboração e aprovação da proposta de operacionalização, das diretrizes aprovadas pelas conferências de saúde; a formulação e o controle da execução da saúde, a proposição de estratégias para a sua aplicação aos setores públicos e privados; a definição de diretrizes para elaboração dos Planos de Saúde; o estabelecimento de estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS articulando-se a Gestão do SUS com os demais; a deliberação de programas de saúde e aprovação de projetos a serem encaminhados ao poder Legislativo, o estabelecimento de diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde pública e privados, no do SUS, tendo em vista o direito, ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade; a avaliação e deliberação dos contratos e convênios, conforme, as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais (CMSU, 2010).

Estão também entre as finalidades dispostas nos princípios do CMSU, a fiscalização, controle e deliberação dos critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo de Saúde, os transferidos e próprios do Município, Estado e Federal; a análise, discussão e aprovação do Relatório de Gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado de devido assessoramento; o exame de propostas e denúncias de indícios de irregularidades; o acompanhamento da implementação das deliberações por meio de relatórios apresentados em plenárias dos Conselhos de Saúde, dentre outros. (CMSU, 2010).

Segundo Relatório de Gestão⁵⁵/Ano de 2005, o Conselho de Saúde de Uberlândia foi instituído através da Lei Municipal Nº 5.281, de 10 de julho de 1991. Ele foi empossado em 17 de setembro de 1991, data que foi votado e aprovado seu regimento interno, entrando o mesmo em vigor em 1º de outubro de 1991. Aconteceu uma interrupção nas atividades do Conselho no período de novembro de 1991 a 4 de julho de 1995, voltando as suas atividades de forma sistemática até a presente data. A Lei que instituiu o Conselho sofreu três alterações no decorrer do tempo, sendo uma alteração a Lei 5.942 de 08/02/94 que alterou o Artigo 1º alínea A, do inciso II, da Lei 5.281, substituindo o representante da Câmara Municipal pelo representante do Conselho Municipal do Idoso. Já a segunda alteração veio com a Lei de Nº 6.453 de 14 de Dezembro de 1995, modifica o Art. 7º, determinando que o término do mandato do Prefeito Municipal e dos membros do Conselho não poderiam mais coincidir. A terceira alteração vem por meio da Lei 8.836 de 29 de setembro de 2004, que altera a composição do Conselho de 14 titulares passando para 28 titulares. Em 15 de dezembro de 2004, o Conselho Municipal de Saúde, com sua nova composição toma posse.

Atualmente o CMSU é composto de 60 conselheiros representantes⁵⁶ dos usuários do SUS, dentre estes estão: os trabalhadores do sistema de saúde e ainda, dos representantes do governo e prestadores de serviços contratados pelo SUS entre estes, privados e filantrópicos. Estes conselheiros representam segmentos definidos conforme o Capítulo 3 – Da Composição (Alterado pela Lei nº 9.231 de 19 de junho de 2006). Artº 4; os segmentos são compostos da seguinte forma:

⁵⁵ Em (Anexo II) destaca-se o Relatório de Gestão do Conselho Municipal de Uberlândia no período de 2004 à 2008. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2967.pdf Acesso em: 15 de maio de 2013.

⁵⁶ Destaca-se na Agência de Notícias do site da Prefeitura Municipal de Uberlândia que 58 membros do Conselho Municipal de Saúde foram empossados ontem à noite (25/04/2013), em solenidade no auditório do Centro Administrativo e que teve as presenças do prefeito Gilmar Machado, o secretário de Saúde, Almir Fontes, e representantes do Legislativo e do Judiciário. Pelo menos 30% dos conselheiros vão exercer o primeiro mandato (2013/2015). No ato de posse, receberam nomeação entre titulares e suplentes que representam diversos segmentos da sociedade civil, tais como representantes da área governamental, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores nos serviços de saúde e dos usuários. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=agenciaNoticias&id=3961> Acesso em: 03 de maio de 2013. Em email recebido em 21 de junho de 2013 destaca-se que: O Conselho Municipal de Saúde conta com 64 representantes, sendo 32 titulares e 32 suplentes. No dia 25/4/2013 foram empossados 58 membros, tendo em vista que alguns segmentos não haviam indicado seus representantes, são eles: Odontólogos, representante da Criança e do Adolescente e Empresários Urbanos. Hoje oficialmente EMPOSSADOS são 60 membros, considerando que os Odontólogos e Empresários urbanos ainda não fizeram as indicações. Atenciosamente, Mafalda Lage. Coordenadora do Núcleo Executivo do CMSU/Comad. (email recebido em 21 de junho de 2013)

Art. 4º. O CMS será composto por trinta e dois membros de forma paritária, com representação de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, a saber: I – dezesseis representantes dos setores governamental, de prestadores de serviços de saúde e de trabalhadores de saúde, assim distribuídos: a) quatro representantes da Secretaria Municipal de Saúde, sendo o Secretário Municipal de Saúde membro nato; b) um representante dos prestadores públicos; c) um representante dos prestadores privados contratados pelo SUS; d) um representante das entidades formadoras de recursos humanos para a saúde do Município; e) um representante dos prestadores filantrópicos, contratados ou conveniados com o SUS; f) um representante dos trabalhadores de apoio à saúde; g) um representante dos Psicólogos; h) um representante dos Assistentes Sociais; i) um representante dos Médicos; j) um representante dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem; k) um representante dos Odontólogos; l) um representante dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais; e m) um representante dos Nutricionistas, Farmacêuticos e Veterinários; II – dezesseis representantes dos usuários, assim distribuídos: a) um representante dos Portadores de Deficiências e Necessidades Especiais; b) um representante dos Portadores de Patologias e Doenças Ocupacionais; c) um representante dos Trabalhadores Urbanos; d) um representante do departamento de promoção da saúde das Organizações Religiosas; e) um representante dos Idosos; f) um representante dos Aposentados e Pensionistas; g) um representante dos Empresários Rurais; h) um representante dos Empresários Urbanos; i) um representante dos Trabalhadores Rurais; j) um representante dos Movimentos de Usuários do SUS; k) dois representantes das Entidades Comunitárias; l) dois representantes dos Conselhos Distritais; m) um representante da Criança e do Adolescente; n) um representante dos Estudantes. Art. 2º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação (Manual do Conselheiro de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU. Org. José Veridiano. Ed. Edufu, 2008, p.60,61).

Segundo “Orientações para Implantação de Conselhos de Saúde no Município de Uberlândia” (2010) o Conselheiro de Saúde tem o importante papel de ser um elemento catalisador da participação da comunidade no processo de implementação do SUS. Para o exercício de sua competência legal necessita buscar informações, e conhecimentos, ter compreensão do espaço do conselho como de manifestação de interesses plurais, conflitivos e negociáveis, tendo sempre como horizonte as políticas públicas e afinadas com os princípios do SUS. O conselheiro de saúde para exercer suas funções recebe uma carteira de identificação de conselheiro fornecida pelo CMSU. Este credenciamento é realizado mediante o termo de posse e a conclusão do curso de capacitação. Esta carteira de identificação tem prazo de validade ao período de exercício do conselheiro e é devolvida no final do respectivo mandato.

Nas reflexões de Norberto Bobbio (1992) apud Martins et al (2008) este fenômeno de representação dos conselheiros pode ser pensado a partir da questão da democracia e da participação dentro do âmbito da própria sociedade capitalista contemporânea. A forma de representação no conselho deve ser interpretada de acordo com os pressupostos da democracia representativa, e não de uma democracia direta,

que segundo esse autor, só se dá pela forma de um referendo popular. Assim, a democracia se estende da esfera das relações políticas, na qual o indivíduo é entendido em seu papel de cidadão na clássica equação: um indivíduo = um voto, para a esfera das relações sociais, em que o indivíduo é considerado na variedade de seus papéis e de seu respectivo status na sociedade. Este processo de democracia não implica uma passagem da democracia representativa para uma democracia direta, e sim, da democracia política para a democracia social, onde o ângulo visual se desloca do Estado para a sociedade civil.

Em Uberlândia, também existem os Conselhos Setoriais e Locais de Saúde⁵⁷ que são órgãos consultivos do CMSU. No entanto, o CMSU não é somente consultivo, mas também, deliberativo e se discute assuntos relevantes relacionados à saúde pública do município, conforme se verifica em trecho da entrevista abaixo:

P: O que se discute nas reuniões do CMSU e com qual regularidade?

R: Até o final do ano de 2011, tudo o que se recebe de verba federal ou estadual, orçamento, credenciamento de novos serviços, indicadores propostos e negociados com o Estado e Ministério da Saúde. Mais, agora com a regulamentação da EC. 29 com a Lei complementar 141/2012, tudo o que se relaciona com a assistência à saúde, por exemplo: PPA, LDO, LOA, Plano Municipal de Saúde, Plano Anual de Saúde e outros⁵⁸ (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2012).

E ainda, conforme documento institucional é possível afirmar que os conselhos são órgãos deliberativos. O que reafirma a possibilidade de exercício do controle social.

Ressalta-se que a atuação dos Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos, tanto no que diz respeito ao planejamento, quanto à execução das ações do SUS, mostra-se de fundamental importância no dimensionamento das dificuldades e possibilidades de efetivação da política de saúde voltada para a cidadania, sobretudo no momento em que se discute a reforma do Estado brasileiro. Nesse sentido, torna-se fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial,

⁵⁷ Segundo dados disponíveis na Planilha de Monitoramento e Avaliação /Relatório de Gestão 2010, em 2009 o número de Conselhos Locais/Distritais ativos eram 8 e em 2010 este número passou para 9.. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/62.pdf Acesso em: 15 de maio de 2013.

⁵⁸ O orçamento público compreende a elaboração e execução de três leis – o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Orçamento Anual (LOA) – que, em conjunto, materializam o planejamento e a execução das políticas públicas federais. Disponível em: <http://concurseirabr.wordpress.com/2010/07/05/orcamento-publico-ppa-x-ldo-x-loa/> Acesso em: 03 de maio de 2013.

de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida. Processos de capacitação dessa natureza devem ter como referência a qualificação do Conselho de Saúde como instância deliberativa da política de saúde, promovendo, portanto, a superação dos limites de sua atuação, quando mero legitimador de propostas aparentemente complexas, de domínio dos técnicos e políticos mais experientes (BRASIL, 2003, p.7).

Apesar do significativo poder dos conselhos de saúde, pode-se observar que há omissão de informações e documentos que deveriam ser públicos.

A maioria não tem acesso, um por não correr atrás, parece que é falta de interesse e não é tão fácil. Uberlândia você não consegue nada se você não ir atrás. Chegar alguém e falar, tirando alguns, graças a Deus tenho um relacionamento bom com alguns técnicos. Oh “estou mandando isto aqui para você, mas você não fala que fui eu”. Tem muitos documentos que só eu sei. Por causa da amizade que a gente tem com alguns técnicos, e aí a gente consegue alguns documentos. Outros têm que tirar na marra (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

Outras questões observadas referem-se à compreensão dos conselheiros frente aos assuntos, documentos discutidos e analisados e ainda, a falta de condições físicas e materiais para alguns conselheiros participarem das reuniões.

Esse é outro problema, ainda é um problema. Por exemplo, a maioria dos nossos conselheiros, não sendo os que estão ligados ao governo, tem desconhecimento, quando a gente fala de PPA, LDO, LOA, Plano Municipal de Saúde, Plano Anual de Saúde, Indicadores, o que é, para que serve, como é que isto é feito, se isto vai prejudicar ou não o cidadão. Já outra coisa que pesa muito para os conselheiros é os conhecimentos pelos usuários. Aí nós temos duas dificuldades, uma é a dificuldade de entendimento, segundo é a dificuldade para ter o acesso e participar, que é a falta de recurso. Parece nada cinco reais, mas no mês, dependendo do cidadão que nós temos no conselho, tirar cinco reais, vai fazer falta para ele sair para o serviço dele no outro dia. Ou ele vai ter dificuldade de sair, por exemplo, nós temos, um representante da área rural que mora lá na divisa do Prata, ele pega um ônibus lá, que tem horário fixo de duas em duas horas, ele chega no terminal Planalto, ele desce pega outro ônibus e vem para o central, de lá, pega outro e vem para a Prefeitura, a reunião termina imprescindivelmente às 22:00hs, daí ele pega outro e não tem mais jeito de voltar. Como a gente vai fazer? A gente ainda não tem esta estrutura, isto prejudica o conselheiro. Esta é uma das dificuldades que a gente tem (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

Para uma melhor compreensão das informações e das decisões a serem tomadas no CMSU, no intuito de potencializar a participação dos conselheiros, proporciona-se os cursos de capacitação.

4.1. Os cursos de capacitação: possibilidade de empoderamento dos conselheiros

O desconhecimento de informações pelo conselho tem sido muitas vezes utilizada por alguns gestores e autoridades públicas como pretexto para reforçar a imagem que os representantes dos usuários são despreparados técnica e socialmente para perceberem com clareza a lógica de funcionamento as necessidades do sistema de saúde. Sendo assim, justificam a atuação dos gestores no controle das atividades do conselho, como a definição dos membros, a determinação das agendas do conselho, definindo quais assuntos são relevantes. Como consequência, os conselhos acabam sendo interpretados como instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, atendendo muito mais a uma formalidade legal do sistema do que propondo formas de alterações nas relações de poder entre sociedade e Estado. Diante deste problema há momentos de capacitação dos conselheiros, porém, mesmo diante disso, não se observa uma participação ativa dos conselheiros (OLIVEIRA; GUSMÃO, 2004 apud MARTINS et al, 2008).

(...) CNS afirma que é fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida (BRASIL, 2003, p. 7). As diretrizes colocam a necessidade de uma capacitação descentralizada, contínua e permanente, levando em consideração as particularidades de cada estado e município. A preocupação com que estes momentos não sejam meros “eventos”, com transmissão verticalizada de conhecimentos, do técnico para o leigo, remete à leitura de Oliveira (2004), que trata da informação e da comunicação no interior dos conselhos de saúde e destes com a comunidade (GAEDKET; GRISOTTI, 2011, p. 131).

Com relação aos cursos de capacitação, observa-se dificuldade na realização dos mesmos, conforme podemos verificar em trechos da entrevista com conselheiro A.

O dia que a gente chama alguém lá para fazer a explicação, de mais ou menos 50% da reunião vai ser uma explicação, ou vai ser uma indicação, uma maneira de entender alguma coisa, que não tem deliberação, os conselheiros não vão, ou ele chega atrasado, principalmente os trabalhadores e parte dos usuários (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

O processo de capacitação dos conselheiros deve considerar: a) parceiros como Universidades, Núcleos de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Técnicos e Especialistas Autônomos ou ligados a Órgãos Governamentais e Não-Governamentais, Entidades

dos Segmentos Sociais Representados nos Conselhos, OPAS, UNICEF, UNESCO, IBAM, CEPAM, ABRASCO e outras Organizações Não-Governamentais; b) atividades que considerem a realidade local garantindo uma carga horária que possibilite ampla discussão dos temas; c) considere as realidades gerais e locais; d) utilização de metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo; e) preferência por dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde (BRASIL, 2003).

Segundo “Orientações para Implantação de Conselhos de Saúde no Município de Uberlândia” (2010) os cursos de capacitação dos conselheiros de saúde devem acontecer considerando o levantamento de temas relevantes para os conselheiros, no intuito de instrumentalizá-los para o exercício:

O CMSU, por intermédio de ação conjunta entre da Comissão de Apoio e Acompanhamento dos Conselhos de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde são responsáveis pela capacitação dos conselheiros de saúde setoriais e locais, seguindo as diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros. Sugere-se que seja realizada, anteriormente a organização da capacitação, um levantamento dos temas e assuntos considerados relevantes para a capacitação, sob a ótica dos conselheiros distritais e locais empossados. Com vista ao fortalecimento dos conselhos a capacitação tem a finalidade de instrumentalizar os Conselheiros de Saúde para o exercício de sua competência legal, através de disponibilização de informações e conhecimentos necessários à efetividade do controle social do SUS (CMSU, 2010, p.15).

Os cursos de capacitação para os conselheiros se apresentam como essencial para um bom entendimento e maior indagação das questões referentes a saúde pública para o exercício do controle social. Sendo assim, questionamos no CMSU a existência dos cursos de capacitação e com qual regularidade ocorrem. Um conselheiro disse não conhecer e outro revelou ter pouco tempo de conselho, mas oito deles afirmaram que eles ocorrem, porém com pouca frequência e pouco proveitosos. Ressalta-se ainda a resposta de um conselheiro que revelou serem restritos, desrespeitosos e exclusivos, quando acontecem. Já o conselheiro A afirmou que eles ocorrem, mas que o número de conselheiros que participam é restrito.

“Sim, mas pouco instrutivos. Os seminários, apesar de que com pouca participação dos conselheiros e sociedade são mais produtivos”. Conselheiro B. “Desconheço”. Conselheiro C. “Muito raramente. Na verdade no conselho não me recordo da última vez que houve”. Conselheiro D. “Tenho pouco tempo de conselho”. Conselheiro E. “Muito pouco, deveria ter mais”. Conselheiro F. “Precário, restrito, desrespeitoso e exclusivo”. “Totalmente fora do que preconiza e totalmente desorganizado nestes 13 anos de atuação”.

Conselheiro G. “Sim, semestralmente”. Conselheiro H. “Sim”. Conselheiro I (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Sim. O curso acontece anualmente, sempre com 8 ou 12 horas. Participam cerca de 50% dos conselheiros. O número de conselheiros é muito baixo, cerca de 10 a 15 conselheiros, ficando quase que resumido à comissão de orçamento e finanças (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

E ainda, perguntamos como se dá a participação dos conselheiros nestes cursos e se os mesmos os acham relevantes. E em conformidade com a resposta acima, eles se mostraram bastantes abertos à possibilidade e a própria necessidade deste processo de capacitação acontecer.

“Ativa, sim”. Conselheiro B. “Como não tem havido esta dinâmica, não posso responder este questionamento, mas a participação, sem dúvida, quando houver é muito importante”. Conselheiro D. “Sim, de suma importância”. Conselheiro F. “Intensa, relevante não, essencial e obrigatória, impossível continuar como está”. Conselheiro G. “É muito importante para que saibamos até melhor entendermos como elaborar”. Conselheiro H. “São relevantes. Por meio deles, nós temos conhecimento sobre legislação, normas e etc”. Conselheiro I. Sim. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Sobre o curso ser importante ou não, para o aprimoramento dos conhecimentos, e principalmente para a mudança de atitude na prática do conselheiro obtivemos a seguinte resposta:

É no Curso de Capacitação que a gente se apropria da realidade e como é desenvolvido na prática o sistema SUS. Isso é levado a sério pelo Governo Federal, mas é difícil o acesso devido os recursos para deslocamento de conselheiros para Brasília ou para Belo Horizonte. Os municípios não dispõem de recursos suficientes para fazer com que uma grande parte dos conselheiros se desloque fora e internamente. Os conselhos, mesmo tendo melhorado, ainda padecem de recursos financeiros e estruturais para exercer o controle social na prática, e possuem resistência quanto à função dos conselheiros. Este é tratado como subordinado da SMS ou do Gestor, mas, ao contrário disso, a função de um conselheiro de saúde é voluntária, não pode ser remunerada, não é lugar para oposição. Mudança de atitude como conselheiro na prática ocorre às vezes conforme interesse, e muitas delas por interesses pessoais (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

Segundo Correia (2005) apud Martins et al (2008) as estratégias de capacitação dos conselheiros, com o intuito de fortalecer a dinâmica interna dos conselhos de saúde e sua relação com a sociedade, têm sido apontadas como um caminho para essa mudança das práticas existentes. Com a institucionalização dos conselhos de saúde, há a necessidade de novos atores sociais, com a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde principalmente nos aspectos

econômicos e financeiros, e essa responsabilidade requer destes atores acesso a informações e conhecimentos fundamentais para tais funções.

Em um estudo que pretendia avaliar o impacto do processo de capacitação entre os conselheiros, constatou-se que os conselheiros capacitados apresentam média mais elevada de intervenções nas reuniões e de articulação com sua base, do que os conselheiros não capacitados (CORREIA, 2005 apud MARTINS et al, 2008). Conforme afirma Wendhausen (2005, p.158) apud Gaedket e Grisotti (2011, p.130) “*a formação de conselheiros através de pólos de educação permanente é uma das alternativas para socializar informações que são fundamentais para sua atuação*”.

4.2. O conselho municipal e a população: o repasse das informações e decisões

A falta de conhecimento sobre a atuação dos conselhos não é detectada apenas entre os usuários do SUS, mas entre os próprios gestores e membros dos conselhos que apresentam um conhecimento insatisfatório sobre o papel e a importância do mesmo. Isto tem sido apontado por diversos autores como fator limitante à implantação do princípio da participação social em diversos municípios brasileiros, uma vez que, no exercício de suas funções, os conselhos de saúde demandam capacidade de atuar politicamente, promover negociações e acordos, resolver conflitos, fiscalizar e estabelecer prioridades no campo da saúde (CORREIA, 2005).

Segundo Labra (2005) outra questão que compromete a atuação dos conselhos, é o fato de estes serem pouco conhecidos pela população e a não-divulgação das atividades e das iniciativas relacionadas aos mesmos para a comunidade. Esta situação favorece o desconhecimento da população sobre os objetivos, as funções e a atuação do conselho, o que representa um resultado final de baixa adesão destas processos decisórios locais.

Assim, pode-se ressaltar que o conselho pode até ser uma instituição muito valorizada por aqueles que dele participam, mas é desconhecido pela grande parte dos cidadãos. Tal fato é confirmado por Navarete et al. (2003), que observaram que a maioria dos usuários do SUS entrevistados em dois municípios do nordeste do Brasil relatou a utilização dos serviços de saúde como a principal forma de participação social em saúde (MARTINS et al, 2008). O reconhecimento que apenas a exigência legal para o controle social não têm se mostrado suficiente para sua legitimização no país levou à proposição de algumas táticas de intervenção que visem à efetivação deste princípio constitucional (COTTA et al., 1998; VAN SATRALEN et al., 2006, apud MARTINS et al, 2008, p.114).

Grande parte das informações discutidas no conselho e as decisões acabam não sendo repassados para a sociedade de forma satisfatória. Sendo assim, interrogamos os conselheiros sobre o repasse destas informações para a sociedade. E qual a sua participação para que isto ocorra nos segmentos que eles representam. De modo geral informaram que há sim, por parte deles, o repasse das informações, porém em entrevista ao conselheiro A, este informa que somente um ou outro conselheiro realiza este repasse ao seu segmento.

“Pequeno. Porém minha participação é grande repassando em reuniões de conselhos distritais, pastorais, associação de bairros, outra religiões (espíritas e evangélicas)”. Conselheiro B. “Por meio de publicação”. Conselheiro C. “O conselho é aberto ao público. E cada segmento tem por obrigação cobrar dos seus pares e representantes que a difundam”. Conselheiro D. “Por meio eletrônico”. Conselheiro E. “Nas reuniões dos conselhos distritais e locais”. Conselheiro F. “Forma clara e transparente. Participo de reuniões, conselhos locais e distritais e repasso informações”. Conselheiro G. “Muito pouco, procuro convidar os usuários e até a sociedade em geral”. Conselheiro H. “Durante reuniões dos Conselhos Locais e Distritais e, recepcionado a população no local de trabalho”. Conselheiro J (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

“Hoje, as decisões do Conselho ficam restritas praticamente aos conselheiros e órgãos públicos da área. Um ou outro conselheiro senta com seu segmento para informar ou discutir o que ocorre nas discussões e aprovação de matérias ligadas à Gestão e ao SUS. Isso é falha dos conselheiros e de seu segmento que não acompanha seu conselheiro de perto, não exige retorno ou informação da sua participação ou não no pleno do CMSU” (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

A comunicação e a informação são essenciais para se passar para o estágio em que sejam efetivados, concretamente, políticas, processos e recursos de comunicação e informação (preferencialmente dialógicos). Desta forma, concretizando o exercício democrático do controle social e da participação popular no Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA, 2004, apud GAEDKET e GRISOTTI, 2011).

Entende-se que as informações devam ser claras e relevantes, devendo ser de fácil entendimento pelos conselheiros, sendo assim, perguntamos se isto de fato ocorre. Alguns responderam que o entendimento poderia ser um pouco melhor se os termos não fossem muito técnicos. E ainda, o tempo da reunião está sendo pouco para a conclusão da fala dos conselheiros. Mas que, de modo geral as respostas revelaram um razoável entendimento dos documentos.

“Poderia ser melhor, pois são um pouco manipuladas”. Conselheiro B. “Sim, decisivas para as políticas públicas de saúde do município”. Conselheiro C. “Bom entendimento e quando não entendo procuro saber e perguntar para entender”. Conselheiro D. “O entendimento é claro e as informações são

relevantes”. Conselheiro E. “Poderia ser mais fácil o entendimento. Pois são muito técnicos”. Conselheiro F. “Sim”. Conselheiro H. “Muitas vezes não fica muito claro, por causa do tempo de fala da reunião do conselho, por isso deve-se aumentar o tempo de fala. E também as comissões ficam sem fechar o relatório”. Conselheiro I. “Sempre relevantes e nem sempre claras”. Conselheiro J (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Em Uberlândia a presença dos movimentos sociais e dos sindicatos no Conselho Municipal de Saúde ocorre por meio da representação em categorias, nos conselhos locais e distritais. Sobre essa relação temos que:

“Isso se dá conforme a representação e a cobrança que o conselheiro é sugestionado. Todos os trabalhadores têm um representante no CMSU, tanto trabalhador urbano e rural quanto empresário urbano e rural”(Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

Em relação à participação dos movimentos sociais nos conselhos, Gerschman (2004) aponta que o Movimento Popular de Saúde, figura fundamental no processo de democratização das políticas da área, hoje se divide em opiniões divergentes quanto à participação ou não nos conselhos de saúde, o que segundo a autora abre espaço pra inserção de entidades profissionais (como as entidades médicas) defenderem prioritariamente interesses corporativos. Com tudo isso, há perda dos espaços criados pela Reforma Sanitária para a efetivação da política de saúde, pois embora o movimento participe dos Conselhos, não os tem como próprios e decisórios para alcançar o sistema de saúde almejado pelas populações carentes (GERSCHMAN, 2004 apud GAEDKET; GRISOTTI, 2011).

Iniciamos pelo Governo (Gestor), Prestadores de Serviços Privados ao SUS, Prestadores de Serviços Filantrópicos, Trabalhadores da Saúde por classe, Formadores de Recursos Humanos para a Saúde do Município, Segmento de Trabalhadores de apoio a Saúde, esse segmento divergem dos outros conselhos por que nos em Uberlândia entendemos que uma parte dos trabalhadores não estaria representada no conselho e por estar na base de três sindicatos no município sendo dois deles públicos e um da iniciativa privada, entendemos que eles têm o mesmo compromisso com a atenção a saúde como qualquer outro profissional graduado ou não. O Seguimento de usuários esta assim organizados, Portadores de deficiências, Portadores de Patologias e Doenças Ocupacionais, Segmento de Trabalhadores Urbanos, Departamento de promoção a saúde das organizações religiosas, Segmento de Idosos, Segmento de Aposentados e Pensionistas, Segmentos dos Empresários Rurais, Seg. Empresários Urbanos, Seg. dos Movimentos de Usuários do SUS de Uberlândia, Seg. de Entidades Comunitárias, Seg. dos Conselhos Distritais e Locais, Seg. da Criança e do adolescentes, Seg. Estudantil Secundarista e Graduação de Uberlândia (CMSU. **Participação e Controle Social.** 2012, p.6).

Porém, quando se refere à participação dos movimentos sociais dentro dos conselhos, comunga-se das afirmações de Bógus (1998) quando esta considera que houve uma confusão em decorrência da criação dos conselhos, quando alguns movimentos sociais ligados à saúde não conseguiam distinguir os espaços, vendo os conselhos de saúde como seus prolongamentos. Para a autora é importante frisar, “*a diferença, que deve ser mantida, entre os movimentos sociais e seu espaço de atuação e o espaço de participação popular institucionalizada, significa que o primeiro deve alimentar o segundo, mas não pode ser identificado ou se confundir com este*” (BOGUS, 1998, p.36).

4.3. Conselhos e administração municipal: necessidade de autonomia

Outra dificuldade que envolve os conselhos de saúde refere-se à relação que estes mantêm com a administração municipal e algumas secretarias de saúde. Neste sentido, Labra (2005) e Fleury et. al. (1997) destacam em seus textos críticas generalizadas quanto à forma como as secretarias de saúde se relacionam com os CMS, muitas vezes fornecendo informações sobre a gestão que são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho do conselho (cf. SANTOS JUNIOR et. al., 2004.).

Sendo assim, ao ser indagado sobre as relações que se estabelecem CMSU e administração, o conselheiro A afirma a necessidade da autonomia do conselho perante os partidos políticos e a administração municipal.

“O CMSU é um órgão da SMS, mas não é subordinado ao Gestor. As decisões do Conselho devem ser livres e isentas, isso não impede um bom relacionamento entre Conselho e Gestor, até porque os conselheiros podem e devem ter ideias diferentes, concordar ou não com as propostas da Gestão. Entende-se que o Conselho é parte da Co-gestão, isso tem que ficar muito bem definido: um fiscaliza e participa do planejamento ouve os usuários e a gestão pratica colocando em funcionamento as deliberações do conselho. Portanto, não existe uma participação conflituosa, mas entendimento a favor dos usuários e trabalhadores, basta a gente entender que o SUS é universal, e que a nossa bandeira é o SUS e não as cores partidárias” (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

As relações que se estabelecem entre conselhos de saúde e gestão municipal por meio da secretaria de saúde, é algo que merece ser observado, pois são relatados em alguns momentos uma dependência e em outros uma relativa autonomia. Sendo assim indagamos os conselheiros, se eles acreditam que as decisões do CMSU são respeitadas pela administração municipal. O que ficou evidente nas respostas, nove

delas, foi que na gestão anterior as decisões do conselho não eram respeitadas, mas na atual isto tem ocorrido de forma moderada.

“Não todas”. Conselheiro B. “Na atual sim”. Conselheiro C. “Sim, pelo menos na atual. Porém há momentos em que o conselho é atropelado literalmente”. Conselheiro D. “Sim”. Conselheiro E. “Pela nova administração, este encaminhamento se dá de forma mais agradável”. Conselheiro F. “As respostas anteriores respondem esta questão”. Conselheiro G. “Sim, a participação da nova gestão”. Conselheiro H. “Sim”. Conselheiro I “Sim”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

No próprio documento governamental, que direciona a criação e execução dos conselhos municipais ressalta-se que um conselho autônomo é aquele que tem condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao seu funcionamento. Sendo necessário garantir o espaço físico para as reuniões bem como pessoal de apoio administrativo e técnico para encaminhar as decisões e, quando necessário, realizar estudos e elaborar documentos que possam servir de base para as decisões dos conselheiros. Para que isto ocorra é necessário ainda, ser garantido, no orçamento das secretarias municipais e estaduais de saúde, recursos financeiros que possam viabilizar os trabalhos dos conselhos. Mas o trabalho do Conselho não deve ser confundido com o trabalho das secretarias de saúde. Mesmo que o conselho seja formalmente vinculado às secretarias, seu papel deliberativo e fiscalizador se distinguem do papel executivo do gestor municipal ou estadual (BRASIL, 2001).

Ainda hoje temos dificuldades com certos agentes públicos, que apesar da existência da Lei, continuam não querendo assumir responsabilidades, respeitar e ouvir os Conselheiros seja no plenário do CMSU, ou individualmente nas unidades de serviços de saúde quando procuram informações corretas sobre denúncias ou questionamentos dos usuários os quais são de responsabilidade do Conselheiro no território do Municipal de Uberlândia. Saber e buscar se informar de tudo que acontece na relação entre usuários e profissionais de saúde, gerências e técnicos de cada área, é obrigação do Conselheiro, para elucidar e ajudar o Gestor quando necessário, em vez de criticar apenas e isso tem que ficar claro, o Conselheiros não pode não deve agir como oposição do gestor, ou contra os trabalhadores. É preciso fiscalizar e dar conhecimento ao Gestor, para que ele possa tomar as providências cabíveis (CMSU. **Participação e Controle Social**, 2012 p.4).

O gestor é responsável pela execução da política de saúde local, enquanto ao conselho cabe, entre outras coisas, propor os rumos desta política, fazer o acompanhamento das ações e fiscalizar a utilização dos recursos. O conselho é um espaço de negociação, cujo compromisso de gestores e conselheiros, e atores principais deste espaço, é buscar soluções para os problemas de saúde da população local (BRASIL, 2001).

Em sua pesquisa, Moreira e Escorel (2009, p. 795) apud Gaedket e Grisotti, (p.132, 2011) confirmam que “a distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000”, o que segundo os autores ocorre devido à dependência dos CMS em relação à secretaria municipal de saúde, e por estes municípios menores registrarem, geralmente, uma sociedade civil não tão mobilizada, e menos acostumada à negociação e à articulação política.

Neste sentido, indagamos os conselheiros, como eles avaliam as relações entre o CMSU e a administração municipal, e um dos conselheiros revelou que na gestão anterior esta relação era distante, mas que na atual tem ocorrido abertura significativa para os questionamentos.

“Frágil, muitas promessas, poucas ações”. Conselheiro B. “Harmônica, participativa e colaboradora”. Conselheiro C. “Bom”. Conselheiro D. “Boa”. Conselheiro E. “Portas abertas para o diálogo”. Conselheiro F. “Distante na gestão anterior, esta gestão tem dado abertura e respondido aos questionamentos”. Conselheiro G. “Boa”. Conselheiro H. “A relação é recíproca e participativa”. Conselheiro I. “Relação de parceria”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

O CMSU é formado a partir de representantes por categorias, sendo assim, há um problema quanto a representatividade e o reconhecimento do conselho enquanto uma entidade de luta pela saúde pública. Assim nos afirma Labra (2002) apud Gaedket e Grisotti (2011) quando referem-se à relação que se dá entre o conselheiro e a associação que representa, inexistência de contatos; por um lado e por outro, uma relação direta e estreita, sendo que este último caso, bastante frequente quando o conselheiro é ao mesmo tempo membro da diretoria de sua respectiva associação. Em geral, os conselheiros não consultam sua entidade previamente às reuniões do conselho ou não dão conta àquela das suas atividades e, quando fazem isso, a entidade raramente repassa as informações à comunidade.

“Hoje, as decisões do Conselho ficam restritas praticamente aos conselheiros e órgãos públicos da área. Um ou outro conselheiro senta com seu segmento para informar ou discutir o que ocorre nas discussões e aprovação de matérias ligadas à Gestão e ao SUS. Isso é falha dos conselheiros e de seu segmento que não acompanha seu conselheiro de perto, não exige retorno ou informação da sua participação ou não no pleno do CMSU” (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

4.4. A participação dos conselheiros: o “dever” do interesse

Na necessidade de saber como ocorre a participação das pessoas enquanto conselheiros de saúde, indagamos aos conselheiros como e quando se iniciou a sua participação e como ele mesmo a avalia. Cinco conselheiros responderam ter sua participação iniciada por indicação da gestão.

“Por meio da confirmação no quadro funcional da SMS”. Conselheiro C. “Através da entidade que coordena que tem assento neste conselho por um segmento”. Conselheiro D. “Indicação da Gestão”. Conselheiro E. “Como representante da Gestão, fui indicado pelo Secretário de Saúde”. Conselheiro I. “A partir de indicação do Gestor Municipal de Saúde, como membro representativo da gestão”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013)

A resposta de dois conselheiros, no total de dez entrevistados mereceu maior destaque, pois apresentaram uma participação ocorrida através de iniciativa própria. E ainda, iniciada pelos conselhos locais, distritais e posteriormente o municipal.

“Através da busca por melhorar a condição de atendimento dos usuários”. Conselheiro G. “Pelo Conselho Distrital, ingratidão quando o Plano de Saúde não cobriu meu tratamento e encaminhou para o SUS”. Conselheiro B. “Há 13 anos através da Constituição do Conselho Distrital da Saúde no setor Oeste” Conselheiro F (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

De modo geral todos os conselheiros avaliaram de forma positiva sua participação no CMSU, dois dos conselheiros acreditam em uma boa participação através da presença nas reuniões e a adequação às normas do regimento interno:

“Participativa, interessada e questionadora”. Conselheiro B. “Colaboradora, tendo em vista a informação, o conhecimento e as proposições”. Conselheiro C. “Intensa, procuro estar atento e opinar sobre os diversos assuntos, dando a minha contribuição”. Conselheiro D. “Totalmente participativa e presente”. Conselheiro E. “Relativamente boa, pois a participação depende do assunto a ser discutido”. Conselheiro F. “Autêntica, dinâmica e atuante”. Conselheiro G. “Sim, minha participação foi sempre ativa, sem faltar às reuniões ordinárias. Procurei buscar e trazer soluções para o segmento, mas também de uma maneira geral”. Conselheiro H. “Avalio minha participação de forma coerente e atuante dentro das normas do regimento do CMSU”. Conselheiro I. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Ao indagar os conselheiros sobre a validade de sua participação diante das decisões gerais do CMSU. Todos acreditam que suas observações e proposições são respeitadas pelo conselho. Somente um conselheiro revelou que isto ainda não ocorre. Nas suas palavras, poucas por sinal, “Ainda, não”. Conselheiro B.

“Sim, pois são fundadas no SUS e em uma perspectiva de melhora”. Conselheiro C. “Sim, muito, espaço de participação popular”. Conselheiro D. “Sim”. Conselheiro E. “Sim, pois tenho pautado assuntos de relevância”. Conselheiro F. “Sim, pois procuro buscar soluções e acompanhar os projetos

apresentados”. Conselheiro H. “Sim”. Conselheiro I (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Diante do regimento interno do CMSU perguntamos se os conselheiros acreditam haver o seu cumprimento. Dos entrevistados, oito conselheiros responderam que o regimento é cumprido, porém tem alguns momentos em que isto não ocorre. Merece atenção a resposta do conselheiro H, quando este revela que o ganho de uma sala para reuniões favoreceu o cumprimento do regimento e ainda a participação ativa das comissões.

“Toda regra há exceção”. Conselheiro B. “Sim, vela-se pelo cumprimento a cada assembleia”. Conselheiro C. “Em grande parte dos momentos sim. Eventualmente fere o mesmo, mas em questões pontuais e sem prejuízo para as decisões”. Conselheiro D. “Nem tudo”. Conselheiro E. “Sim”. Conselheiro F. “Na maioria sim”. Conselheiro G. “Sim. As comissões ganhando uma sala de reuniões e estar, estas comissões participando ativamente”. Conselheiro H. “Nem sempre”. Conselheiro I. Sim, embora acreditando que o regimento deverá ser redesenhado acompanhando a dinâmica atual da gestão pública com perspectiva de visão sistêmica. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Sobre a regularidade da participação nas reuniões, todos os conselheiros revelaram participar ativamente, inclusive em reuniões distritais e locais. E esta participação de modo geral ocorre de forma produtiva, atuante e intensa.

“Sim, produtiva”. Conselheiro B. “Sempre que convocado”. Conselheiro C. “Sim, intensa, como dita anteriormente”. Conselheiro D. “Participo de todas as reuniões municipais, algumas distritais e locais”. Conselheiro E. “Conselheiro distrital, conselheiro municipal. Não tenho faltas, pois a participação tem que ser com responsabilidade”. Conselheiro F. “Sim, atuante”. Conselheiro G. “Sim, participei de todas, procuro interrogar, colocar ideias”. Conselheiro H. “Sim, quando necessário participo dado orientações de questões de pauta que me competem”. Conselheiro I. “Participação com regularidade”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Perguntamos sobre as conferências municipais, como os conselheiros as veem. Foram obtidas respostas positivas sobre as mesmas, no entanto, revelou-se que estas Conferências precisam acontecer com maior frequência e maior preparação, devendo constar ainda, maior participação da comunidade.

“Boas, muitas discussões, interesses assertivos”. Conselheiro B. “Muito importante, no entanto poderiam ser mais contemplados pela participação popular. E a população tem que entender que as questões a serem discutidas não devem ser as pessoais”. Conselheiro D. “De grande importância, a participação da sociedade na saúde”. Conselheiro E. “Boas, mas deveriam ter mais”. Conselheiro F. “Participativa, precisa melhorar o trabalho nos grupos e o tempo, pois é muito corrido e precisa melhorar, pois pessoas para participar têm”. Conselheiro G. “As conferências necessitam de conferências. Como por

exemplo: Qual a última conferência de saúde mental? Quando fizemos a conferência municipal da saúde mental municipal e levamos para a IV conferência e o Estado aceitou várias ideias que levamos da conferência municipal". Conselheiro H. "Somente participei de uma, em 2011, sua estruturação foi péssima". Conselheiro I. "Como conselheira ainda não tive oportunidade de participar de conferência municipal em Uberlândia". Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Questionamos ainda sobre o acesso dos conselheiros às informações e documentos municipais e estaduais referente à saúde pública. Como pudemos reunir as respostas em dois grupos, quais sejam: algumas informações de difícil acesso e outras de complexo entendimento. No entanto observou-se ainda uma indignação quanto à gestão passada, onde parece ter sido mais difícil o acesso às informações que deveriam ser de alcance público. Neste quesito observou-se ainda a inexistência de um site específico do CMSU onde deveriam constar documentos e publicações relevantes para a saúde pública do município e a transparência do controle social.

"Pequena, dependendo de contatos". Conselheiro B. "Total". Conselheiro C. "Moderado, pois nem tudo é fornecido ao ser solicitado". Conselheiro D. "Através da internet, a própria SMS e o CMSU". Conselheiro E. "Desde que o solicite, tenho resposta com frequência". Conselheiro F. "Na gestão anterior só era permitido para um grupo seletivo, ao qual eu não pertencia, neste ainda não solicitei, mas apresenta que será transparente e condenso". Conselheiro G. "Somente municipal, estadual algumas informações. Se faz necessário que coloque um portal de informações, para vários conselheiros". Conselheiro H. "Tenho total acesso as informações que são necessárias". Conselheiro I "Acesso aos documentos municipais e estaduais no limite da minha função". Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

A discussão sobre orçamento é imprescindível para aprovação de verbas e a própria fiscalização do dinheiro destinado à saúde pública e desta forma, uma das indagações foi referente à participação dos conselheiros nas discussões sobre orçamentos.

Embora trabalhássemos nos últimos anos no limite, as comissões têm discutido e apresentado parecer sobre propostas da Gestão e o plenário tem acatado esses pareceres sem questionamentos negativos, que normalmente existiam. Todas as proposta orçamentárias tem sido aprovada com muito cuidado devido o que assumimos em 2007, a priorização da construção do Hospital Municipal. Entendemos a importância e necessidade desta unidade de atendimento para a população, além de nos dar condições de negociar com os donos dos hospitais privados do município. Por outro lado não podia desperdiçar a vontade do gestor e a coragem do prefeito de topar a construção de um hospital, sendo que essa reivindicação vem desde Segunda Conferencia Municipal de Saúde realizada em 1992. Outra coisa que nos pega e nos deixa sem alternativa e o orçamento que é feito com as informações de três esferas, Federal Estadual, e por fim do Município. Com isso ficamos com os argumentos do Gestor local que nos impede de buscar mudanças para esta ou aquela área que temos como maior necessidade. Conforme está nos princípios do SUS e chama nossa atenção para a equidade, como é discutida hoje não

nos permite esse dialogo, devido a projeção econômica ficando prejudicado o Plano Municipal de Saúde e o PPA. Outra coisa difícil é a falta de discussão da LDO, a lei que fixa os recursos. Ela é sempre discutida entre os Técnicos e o Legislativo, nunca pelo Conselho que poderia intervir com ações mais próximas da realidade e equidade. Essa parte fica com as seguintes comissões: Comissão de Finanças e Orçamentos, Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Sugestões do Plano Municipal de Saúde e ainda a Comissão de Atenção Básica (CMSU. **Participação e Controle Social**, 2012. p.4,5.).

Sendo assim, percebemos que estas discussões estão centralizadas em uma comissão específica, no entanto a maioria se mostrou interessada. A resposta de um dos conselheiros mereceu maior atenção, pois revelou haver certo exclusivismo neste ponto. Diante disto este mesmo conselheiro se mostrou esperançoso de que esta situação se modifique através da nova gestão municipal (2013-2017) e a lei 141⁵⁹.

“Ativa, mas pequena, aprendendo ainda com os processos”. Conselheiro B. “Não respondeu”. Conselheiro C. “Intensa, fiz parte da comissão de finanças”. Conselheiro D. “Efetiva, em plenária”. Conselheiro E. “Muito pouca, pois não participo dessa comissão”. Conselheiro F. “Nenhuma, afora com a Lei 141 tem que haver mudança e a nova gestão apresenta indícios”. Conselheiro G. “Procuro buscar e cumprir melhor o orçamento”. Conselheiro H. “Atuante”. Conselheiro I. “Ativa”. Conselheira J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Um dos momentos fundamentais dos conselhos de saúde é a participação na elaboração e aprovação da Agenda de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão, sendo assim, os conselheiros foram interrogados sobre a maneira que isto ocorre. A maior parte deles confirmou que isto ocorre por meio das comissões, e somente um conselheiro disse que até hoje não viu este momento e que agora com a nova gestão, isto deve mudar. Ressalte-se que um dos conselheiros afirmou ter uma participação direta, pois é responsável pelo RAG⁶⁰ – Relatório Anual de Gestão.

⁵⁹ Refere-se a lei complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm Acesso em: 09 de maio de 2013.

⁶⁰ O Relatório Anual de Gestão, de acordo com as Portarias nº 3.085/GM e nº 3.332/GM, é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Sua elaboração utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS – www.saude.gov.br/sargsus), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória. Deve ser submetido à

“Participando das comissões referentes aos assuntos, sugerindo, procurando informações externas”. Conselheiro B. “Com oportunidade de discussão e proposição”. Conselheiro C. “Através das comissões e diretamente nos grupos por fazer parte do governo”. Conselheiro D. “Participação moderada”. Conselheiro E. “Só nas reuniões”. Conselheiro F. “Nestes 13 anos, não existiu esta participação, com a lei 141 e a nova gestão, isto deve mudar”. Conselheiro G. “Minha participação é direta, pois sou responsável pelo RAG – Relatório de Gestão Anual”. Conselheiro I. “Ativa”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

“Bom, neste caso, a própria legislação já dá as diretrizes de como a gestão deve proceder para chegar aos conselheiros a proposta do Plano Municipal de Saúde a cada 4 anos ou para possíveis alterações. A Agenda de Saúde anual também é formulada pela equipe técnica da Gestão e colocada para apreciação e discussão dos conselheiros, primeiro nas comissões afins, e depois no plenário do CMSU para discussão e aprovação. Esta prática tem sido satisfatória, inclusive os membros das comissões têm feito alterações importantes ou indicação que a equipe técnica esqueceu. O mais discutido e complicado é o Relatório de Gestão, embora as discussões tenham ocorrido a cada trimestre, o fechamento dele, às vezes, é difícil devido à falta de habilidade ou conhecimento dos conselheiros, no que tange à prestação de contas, ou seja, a contabilidade pública é muito complicada, mesmo a gente usando a Lei que diz que o Relatório tem que ser de fácil compreensão para os usuários, ele ainda é difícil, e falta interesse para entender o sentido de um Relatório de Gestão. Este é um documento que vem do setor financeiro da Secretaria Municipal de Saúde que discrimina a execução dos recursos e os indicadores propostos e metas aprovadas no Plano Municipal de Saúde e a pontuação com o Estado e Ministério da Saúde” (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

Indagamos aos conselheiros se eles sentem falta de informações que auxiliem suas tarefas como conselheiros. E somente dois dos conselheiros informaram que sim, sendo que um deles acredita ter não só a tarefa de fiscalizar, mas de exercer uma tarefa multiplicadora.

“Muito”. Conselheiro B. “Não”. Conselheiro C. “Sim, não hoje, mas no início”. Conselheiro D. “Não, o cidadão como conselheiro deve buscar por

apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente conforme Portaria nº 399/GM/MS, de 23 de fevereiro de 2006. De acordo com a Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012 os municípios deverão comprovar a observância do disposto no art. 36 mediante o envio de Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao ano da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo por meio do SARGSUS, sobre o cumprimento ou não das normas estabelecidas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. O Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS) será atualizado pelos gestores municipais de saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira. Compreende-se como atualização do SARGSUS o preenchimento da totalidade das telas do sistema e o envio eletrônico do Relatório Anual de Gestão para apreciação pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=525&Itemid=190 Acesso em: 10 de maio de 2013.

estas informações”. Conselheiro E. “Não”. Conselheiro F. “Claro, somos fiscalizadores, mas principalmente multiplicadores”. Conselheiro G. “Não”. Conselheiro H. “Não”. Conselheiro I. “Sim”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

Perguntamos aos conselheiros qual seria a principal dificuldade na sua participação no CMSU. E obtivemos oito repostas relacionadas à falta de informações, ao transporte, a carga horária de dedicação e ainda, a dinâmica e o horário das reuniões do CMSU. Podemos ainda, observar na entrevista ao conselheiro A, que as dificuldades para a participação dos conselheiros merecem uma atenção especial.

“A falta de informação, capacitação e acesso”. Conselheiro B. “Nenhuma”. Conselheiro C. “Formação quanto a dinâmica do conselho”. Conselheiro D. “Carga horária”. Conselheiro E. “Transporte”. Conselheiro F. “A falta de informação e transparência”. Conselheiro G. “Nenhuma”. Conselheiro H. “Às vezes, o horário das reuniões extraordinárias”. Conselheiro I. “Falta de alinhamento entre participantes”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

“Aí nós temos duas dificuldades, uma é a dificuldade de entendimento, segundo é a dificuldade para ter o acesso e participar, que é a falta de recurso. Parece nada cinco reais, mas no mês, dependendo do cidadão que nós temos no conselho, tirar cinco reais, vai fazer falta para ele sair para o serviço dele no outro dia. Ele vai ter dificuldade de sair, por exemplo, nós temos, um representante da área rural que mora lá na divisa do Prata, ele pega um ônibus lá, que tem horário fixo de duas em duas horas, ele chega no terminal Planalto, ele desce pega outro ônibus e vem para o central, de lá, pega outro e vem para a Prefeitura, a reunião termina imprescindivelmente as 22:00hs, daí ele pega outro e não tem mais jeito de voltar. Como a gente vai fazer? A gente ainda não tem esta estrutura, isto prejudica o conselheiro. Esta é uma das dificuldades que a gente tem” (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

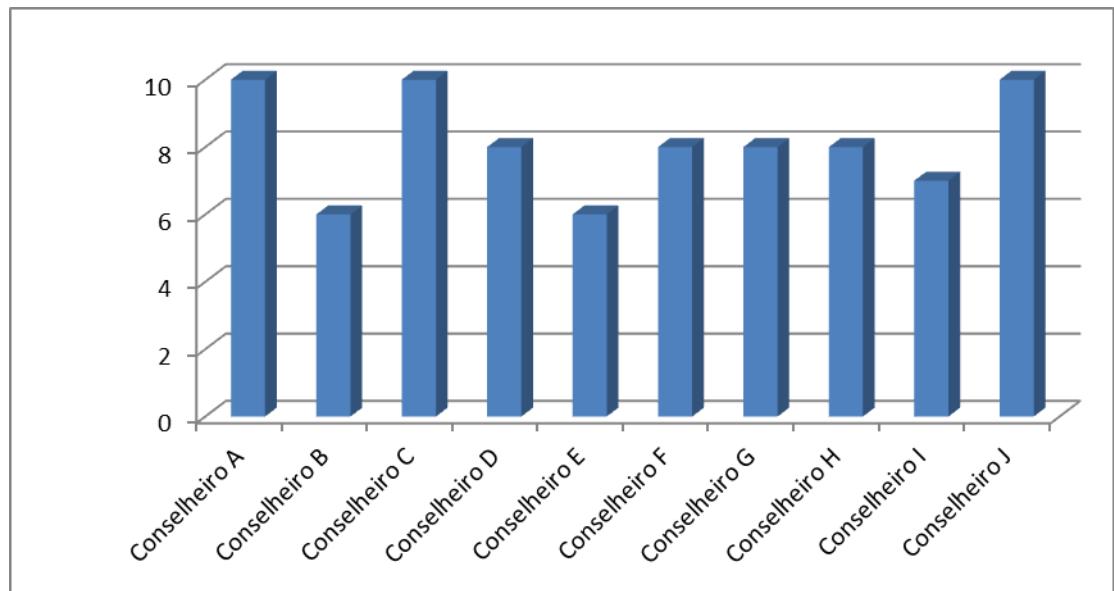
Como os conselheiros avaliam a atuação do CMSU na defesa da saúde pública e consolidação do SUS em Uberlândia, também foi uma das nossas perguntas. E a maior parte deles admitiu ser uma atuação satisfatória, apesar de que há dificuldades e desrespeito. E somente um dos conselheiros disse não ser possível uma análise, pois a gestão é nova. E ainda, perguntamos aos conselheiros como eles avaliam as ações do SUS nacionalmente e em Uberlândia. O conselheiro A avalia que há um bom sistema de saúde em Uberlândia, porém este precisa de uma mudança radical no seu modelo.

“Grande, apesar de que não respeitado”. Conselheiro B. “Democrática e autônoma”. Conselheiro C. “Bom”. Conselheiro D. “Boa”. Conselheiro E. “Pode melhorar”. Conselheiro F. “Atuante, mesmo com todas as dificuldades”. Conselheiro G. “Boa”. Conselheiro H. “Como a gestão é nova, não dá para fazer uma análise agora”. Conselheiro I. “Ativa”. Conselheiro J. (Questionário aplicado em abril e maio de 2013).

“Nós, quando reunimos no Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Estadual de Saúde, nas plenárias nacionais, percebemos que o SUS avançou e muito em relação há 22 anos atrás. Percebe-se que se não fosse o SUS, a população brasileira, em torno de 70% dos usuários, não teria lugar nem para morrer. O SUS avançou na pesquisa, na alta complexidade, na tecnologia, no entendimento administrativo dos governos e que não tem outro meio, embora a iniciativa privada tente desqualificar o SUS, mesmos os profissionais ainda não assumindo o SUS, as Universidades não formando profissionais com perfil do SUS, nós consideramos uma conquista do povo brasileiro. Mas, devido à falta de vontade política e compromisso dos governos, o SUS ainda não cumpre todos seus princípios, que são: a universalidade, equidade, integralidade e ainda, como principais diretrizes, direção única, descentralização e participação da comunidade. Temos uma discordância quanto ao modelo que ainda persiste que está amarrado na medicina curativa e quanto aos investimentos na Atenção Básica. Também, não permitem avanços que visualiza a sua resolutividade e correção das falhas por ser de forma desorganizada. Isso não quer dizer que não há atendimento preventivo ou que deixem de acompanhar os grupos vulneráveis; o município tem uma invejável estrutura de acesso, basta olhar pelos números que as unidades apresentam em atendimento. Temos a vigilância em saúde, zoonose, vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária que, com todas as dificuldades, desenvolvem um bom trabalho. Na vigilância em saúde do trabalhador encontramos grandes dificuldades. O que acontece é que há muita intervenção e os trabalhadores não conseguem um vínculo mais efetivo com a rede, mesmo sendo investido, rotineiramente, na capacitação e formação continuada de todos trabalhadores da rede. Porém, não tem carreira e certeza de emprego permanente está sempre na dependência de pessoas ligadas ao trabalho ou administradores que não podem manifestar sua opinião contrária ou propor projetos que os aproxime dos usuários. São demitidos ou retirados dos serviços; enfim, temos um Plano Diretor da Atenção Básica, uma equipe técnica invejável, não valorizada como se deve, o Gestor é uma pessoa altamente técnica, conhecedora de saúde, mais resistente aos princípios do SUS. Quanto à prevenção pela atenção básica, embora reconhecessem que o tempo dele, em 6 anos, para mudar um estado de coisas que começaram erradas, era impossível, avaliamos que temos um bom sistema, mas que precisa de uma mudança radical no seu modelo. Isso é um paradigma que não é tarefa de um Prefeito ou de um gestor sozinho, precisará de apoio e envolvimento da comunidade como um todo e, principalmente, de uma grande conscientização dos usuários para saber usar a rede racionalmente. Entendemos que no campo democrático há espaço para todos sonhadores que de alguma forma busca a entender ou colaborar na formação política e que na prática seja realizado o bem comum com equidade sem a pretensão de favores individuais e grupos fechados em torno de si próprios” (Conselheiro A. Trecho da entrevista realizada em 13 de set. de 2102).

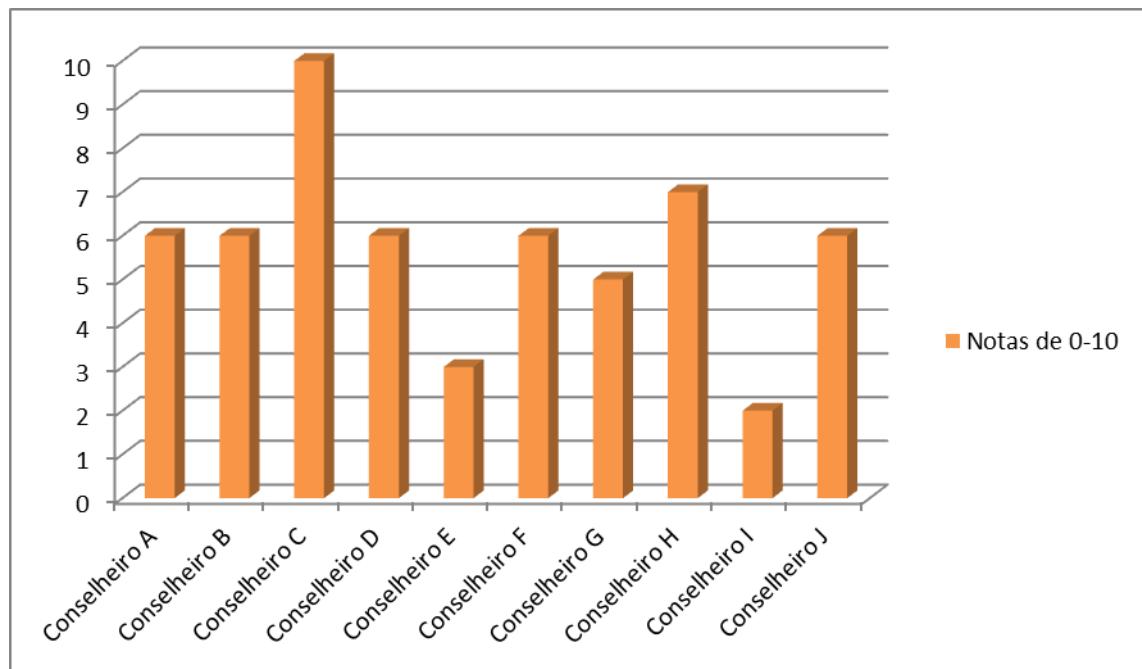
Na intenção de realizar uma escala de notas, perguntamos aos conselheiros qual a nota que eles dariam primeiro à sua satisfação enquanto conselheiro e foram obtidas as seguintes notas, conforme gráfico 4 abaixo, e posteriormente qual a nota que eles dariam à satisfação da saúde pública em Uberlândia, especificado no gráfico 5.

Gráfico 4 - Notas correspondentes à satisfação como conselheiros (Escala de 0 – 10).



Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa de campo.

Gráfico 5 - Notas correspondentes à satisfação dos conselheiros quanto à saúde pública em Uberlândia (Escala de 0 – 10).



Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa de campo.

Nas palavras de Gerschman (2004, p.244) apud Gaedket e Grisotti (2011, p.133), “*a efetividade dos conselhos relaciona-se à pressão exercida pelos usuários, pelos movimentos sociais organizados e profissionais de saúde e à maior proximidade da população com as autoridades locais*”. Ressalta Minayo in Grisotti e Patrício (2011, p.13) apud Gaedket e Grisotti (2011, p.133): “*Chegou o momento de todos os que nos empenhamos na construção do SUS termos coragem de enfrentar o lado difícil da sua implementação*”. Focar a análise a partir dos limites dos CMS não desmerece o SUS, mas certamente aponta novos caminhos a serem percorridos em busca de um efetivo controle social, por parte de todos.

Considerações Finais

No momento em que chega-se à redação das conclusões finais deste trabalho, depara-se com um contexto de grandes manifestações em praticamente todas as regiões do Brasil. Estas manifestações tiveram seu estopim com a causa do aumento das passagens de ônibus, mas acabaram por canalizar uma revolta popular contra a situação econômica e social do país: absurda taxação de impostos, educação pública precária e sucateada, transportes públicos caros e de péssima qualidade, contra a chamada Proposta de Emenda Constitucional 37/2011 - PEC37⁶¹ e principalmente um sistema de saúde público que tem como proposta, conforme já visto no presente trabalho: universalidade, equidade, integralidade e, sobretudo participação popular para a garantia de seu funcionamento, mas que na prática deixa a desejar em praticamente todas as bases que se alicerçam.

Estas manifestações endossaram a cifra de mais de 300 mil pessoas⁶² nas ruas no dia 17 de junho de 2013, reforçando o ressentimento geral da nação e a esperança de que novos tempos tragam o público como prioritário, novamente contrariando a onda neoliberal de privatização da esfera pública e privilegiamento da esfera privada. Ressaltam-se ainda, o intenso quadro de violência e repressão por parte da força pública aos que lutam pela democratização do país, fazendo-nos voltar aos tempos de ditadura militar, quando na verdade deveríamos fazer valer o **pouco** de liberdade que abrange o regime de democracia representativa (negrita-se aqui o pouco, intencionalmente).

Este quadro de manifestação da nação tem ainda como pano de fundo a suntuosidade da Copa das Confederações 2013 e a Copa do Mundo 2014 que tem

⁶¹ Segundo o Jornal EBC Notícias Brasil, matéria intitulada Entenda o que é PEC37, de 18 de junho de 2013: "Uma das bandeiras levantadas nesta segunda-feira (17) pelos manifestantes de diversas capitais do Brasil pede o arquivamento da Proposta de Emenda Constitucional 37/2011. Se aprovada, o poder de investigação criminal seria exclusivo das polícias federal e civis, retirando esta atribuição de alguns órgãos e, sobretudo, do Ministério Público (MP). A PEC 37 sugere incluir um novo parágrafo ao Artigo 144 da Constituição Federal, que trata da Segurança Pública. O item adicional traria a seguinte redação: "A apuração das infrações penais de que tratam os §§ 1º e 4º deste artigo, incumbem privativamente às polícias federal e civis dos Estados e do Distrito Federal, respectivamente". Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2013/06/entenda-o-que-e-a-pec-37> Acesso em: 21 de junho de 2013.

⁶² Conforme artigo intitulado: Protestos reúnem mais de 300 mil no Brasil, publicado na segunda-feira, dia 17 de junho de 2013. Disponível em: <http://noticias.band.uol.com.br/cidades/noticia/?id=100000607148#foto1> Acesso em: 18 de julho de 2013.

como sede o Brasil. O que permitiu que os gastos públicos fossem voltados prioritariamente para a reforma dos estádios em praticamente todas as grandes capitais e regiões metropolitanas do Brasil. E ainda, a grande matriz hoteleira em torno dos mesmos, bem como os transportes voltados à execução dos “espetáculos” do futebol. Até o momento, foram gastos R\$28 bilhões de reais com a Copa⁶³ de 2014, valores estes visivelmente exorbitantes, quando comparados às verbas destinadas à saúde pública⁶⁴.

Sabendo da magnitude destes problemas, buscou-se demonstrar neste trabalho ser possível, através do SUS enquanto uma política pública para a saúde, atingir níveis seguros de qualidade de vida, se cumprido e respeitado em seus princípios fundamentais. E é no intuito de procurar caminhos para solucionar estes problemas que este trabalho foi idealizado.

Este estudo de caso pretendeu mostrar os alcances e limites do SUS no que se refere à participação popular, pois entende-se que é através da compreensão dos erros que se pode encontrar o melhor caminho. Observou-se que a proposta dos conselhos de saúde exercendo o controle social é um avanço na garantia da saúde pública, pois atua vigilante nos gastos públicos, no orçamento e nas deliberações gerais da saúde do município.

⁶³ Segundo a matéria do Jornal Folha de São Paulo de 18/06/2013 intitulada: **Gastos públicos com a Copa-2014 sobem e chegam a R\$ 28 bilhões**, A organização da Copa-2014 já custa ao Brasil cerca de R\$ 28 bilhões, segundo anunciou Luis Fernandes, secretário-executivo do Ministério dos Esportes e coordenador do Grupo Executivo da Copa do Mundo (Gecopa), durante entrevista coletiva hoje, no Rio. O valor corrigido corresponde a um aumento de R\$ 1,5 bilhão em relação ao último número anunciado (R\$ 26,5 bilhões, em fevereiro passado). O programa Bolsa Família, por exemplo, vai gastar R\$ 21,4 bilhões neste ano. Este, porém, é dinheiro apenas do governo federal, ao contrário da Copa que atinge as três esferas. Segundo o próprio ministério, a previsão é que os investimentos para o Mundial alcancem R\$ 33 bilhões --o país vai custear 85,5% das obras relacionadas ao evento, com dinheiro dos governos federal, estaduais e municipais. Fernandes disse que a maior parte dos investimentos (R\$ 9 bilhões) acontecerá em projetos de mobilidade urbana e transporte público, que deixarão legado pós-Copa; são 51 obras ao todo, nas 12 cidades-sede. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/esporte/folhanacopa/2013/06/1297264-gastos-publicos-com-a-copa-2014-sobem-e-chegam-a-r-28-bilhoes.shtml> Acesso em: 19 de junho de 2013.

⁶⁴ Segundo matéria intitulada: Setor Público responde por apenas 42% dos gastos com saúde no Brasil, de 29 de junho de 2013. “Os governos federal, estadual e municipal são responsáveis por apenas 42% dos gastos com saúde no país, enquanto as famílias e instituições sem fins lucrativos respondem pelos 58% restantes. Segundo dados de 2009, os mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos públicos com saúde representaram 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB) enquanto os gastos privados alcançaram 4,9%”. Disponível em: <http://www.parana-online.com.br/editoria/pais/news/678468/?noticia=SETOR+PUBLICO+RESPONDE+POR+APENAS+42+DOS+GASTOS+COM+SAUDE+NO+BRASIL> Acesso em: 18 de julho de 2013.

Foi corroborada a hipótese inicial de trabalho, de que a administração municipal teve em determinados momentos, certa primazia sobre as decisões do conselho – pois evidenciam-se; dificuldade dos conselheiros no acesso e compreensão dos documentos, a presença do secretário municipal de saúde como o presidente do conselho e ainda, a participação dos demais membros em sua maioria foram iniciadas devido indicação do gestor.

A pesquisa demonstrou ainda, que há grandes dificuldades e até a presença de formas manipulatórias de condução do conselho. Nesse contexto os conselheiros tentam resistir buscando outras formas de garantia de acesso às informações tais como relações de amizade.

Observou-se que, o que garantiu o respeito à autonomia, foi o esclarecimento político dos envolvidos na fundação do CMSU, representado pelo um pequeno grupo que na luta pela reforma sanitária, fundou o CMSU.

No que se refere à saúde pública do município de Uberlândia é possível falar da existência do controle social, pois decisões fundamentais sobre a saúde do município são deliberadas pelo CMSU e a participação popular é garantida, uma vez que os segmentos da sociedade são abarcados na composição dos conselhos setoriais, locais e finalmente, o municipal.

Entende-se aqui o controle social, como o controle da sociedade civil, ou de setores organizados da sociedade, sobre as ações do Estado. Nesta concepção, fortalecida no contexto das políticas sociais, a ideia de controle social passa a ser atribuída à participação da população na fiscalização das ações do Estado no sentido de fortalecer o Sistema Único de Saúde como uma política pública que acontece através da participação popular. Porém acrescentam-se aqui ressalvas, pois este é um processo, onde há um constante embate entre administração pública e deliberação popular.

Resgataram-se nesta pesquisa ideias centrais do materialismo dialético, reforçando que o trabalho é a atividade que cria a espécie humana. No regime capitalista exige compra e venda da força de trabalho, que permite ser abarcada em duas categorias: trabalho improdutivo, aquele consumido em termos do seu valor de uso e; o trabalho produtivo consumido em termos de seu valor de troca. Os trabalhadores em serviços - aqui estão todos aqueles trabalhadores do sistema público de saúde - consistem em “agentes não produtivos” que não geram valor propriamente dito, mas que diante do seu trabalho realizam uma atividade essencial para a sobrevivência do sistema. Entende-se que os conselheiros do CMSU não realizam uma

atividade remunerada dentro do conselho de saúde, mas a maioria deles são trabalhadores produtivos e/ou improdutivos, tendo em vista que a composição do conselho permite 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços.

Constatou-se mediante a pesquisa empírica que os cursos de capacitação, fundamentais para a participação qualitativa dos conselheiros ainda, não se efetivam no CMSU com frequência e qualidade. Porém as respostas dos conselheiros revelaram um razoável entendimento dos documentos á que tiveram acesso.

Grande parte das informações discutidas no conselho e as decisões acabam não sendo repassados para a sociedade de forma satisfatória, inexistem canais de comunicação para esta função e ainda, observa-se omissão de informações e documentos que deveriam ser públicos.

Apesar de ligado a Secretaria Municipal de Saúde, constata-se a necessidade da autonomia do CMSU perante os partidos políticos e a administração municipal.

Mesmo tendo a participação dos conselheiros em sua maioria iniciada por indicação da gestão, todos acreditam que suas observações e proposições são respeitadas pelo conselho. Há indignação quanto à gestão passada, onde teria sido mais difícil o acesso às informações que deveriam ser de alcance público. Observa-se ainda, dificuldades em relação ao transporte, a carga horária de dedicação dos conselheiros ao próprio conselho e ainda, a dinâmica e o horário das reuniões do CMSU. Porém de forma geral, os conselheiros avaliaram positivamente sua participação no CMSU.

Entendemos que nesses últimos anos temos uma boa historia para contar em relação aos avanços no sistema e na participação, claro que não podemos atender a todos e dizer que temos unanimidade nem poderia ter, porque ainda temos espaços descobertos pelas unidades de saúde. Com esses vazios, geram dificuldades no acesso, exigindo mais tempo do usuário até chegar ao local de atendimento e com isso gera descontentamento e reclamações, mas no geral temos um sistema que dá atenção acima da média, e podemos dizer que foi uma conquista da população, devido aos esforços somados, da equipe técnica e Gestão em uma Administração que acredita em sua equipe e se esforça para dar condições de trabalho a todos. Esse conjunto de esforços e as ferramentas disponíveis com a participação do Conselho, que ajuda nas deliberações e até no apoio e na busca de verbas, cobrando de Secretario de Estado, Ministério da Saúde e Parlamentares com base em nosso Município. (CMSU. **Participação e Controle Social**, 2012, p.5).

Apesar das dificuldades e os percalços na efetivação do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia, podemos afirmar que este se concretiza como uma grande conquista da saúde pública no município de Uberlândia. Ressalta-se ainda, que o

CMSU através dos seus membros mostrou-se em todos os momentos desta pesquisa, bastante solícito e abertos a indagações e participações.

Conclui-se que este trabalho pretendeu ser mais uma página em um livro aberto de possibilidades para se efetivar o “Controle Social”, fazendo da liberdade algo vivo e vivido, uma pesquisa minúscula diante de tantos feitos em prol da saúde pública, mas que não deixou de trazer em si uma contribuição sociológica para a realidade da saúde no Brasil.

Referências Bibliográficas

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil. In: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC. **Capacitação e atualização para o SUS.** 2 ed. Porto Alegre: CIES, outubro de 2009.

ALVES, Manoela Magalhães e SILVA, Aline Teixeira Marques Figueiredo. A influência do estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. **Revista Perspectiva Online.** Ciências Biológicas e da Saúde. Volume 1, Número 1, 2011. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS/article/viewFile/27/15>. Acesso em: 03 de abril de 2013.

ANDERSON, Perry et al. **Balanço do neoliberalismo.** Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho. Ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 1999.

BABILONIA, Lara Luisa Marques. A saúde pública em Uberlândia no contexto da reforma do estado: privatização e precarização do trabalho. In: VIII SEMINÁRIO DO TRABALHO: Trabalho e Políticas Sociais no Século XXI, 2012, Marília - SP. **Anais do VIII SEMINÁRIO DO TRABALHO** [recurso eletrônico]: Trabalho e Políticas Sociais no Século XXI: 25 a 28 de junho de 2012, 2012.

BERNARDO, João. Crise dos trabalhadores, ou crise do sindicalismo? **Revista Crítica Marxista**, 4: 123 – 139. São Paulo. 1997. Disponível em: <http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/4_Bernardo.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.** Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en La coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS e o controle social:** guia de referência para conselheiros municipais. Brasília - DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde.** 1.^a edição. 10.^a reimpressão. Série J. Cadernos Brasília – DF, 2003.

BOBBIO, N. **Dicionário de Política**. vol.2. Brasília. Unb. 1997.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista**. A degradação do trabalho no século XX. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. 3^a edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. 25º ed. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CEPES. **Uberlândia**: Painel de informações municipais – 2009. Instituto de Economia - IE: UFU, 2009.

CEPES. **Uberlândia**: Painel de informações municipais – 2011. Instituto de Economia - IE: UFU, 2011.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. **Manual do Conselheiro de Saúde**. Uberlândia: EDUFU, 2008.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. **Orientações para Implantação de Conselhos de Saúde no Município de Uberlândia**. Controle Social. 1º ed. Uberlândia: EDUFU, 2010.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. **Participação e Controle Social**. Os caminhos para a liberdade. 2012.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social na política de assistência social?** Serviço Social & Sociedade, Ano XXIII, 72: 43-60, 2002.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, Recife, 2005.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e Política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. 2^a Ed. São Paulo: Cortez: 1996. P. 13-69, 91-120.

ENGELS, F. **O Papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem**. 1896. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1876/mes/macaco.htm>>. Acesso em: 30 de julho de 2013.

FONTES, V. Determinação, história e materialidade. **Revista Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7 n.2, p.209-229, jul./out.2009.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

GRISOTTI, M et al. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):831-840, 2010.

GRISOTTI, M e GAEDTKE, M.K. Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. **Política e Sociedade**, Florianópolis, v.10 nº19, outubro de 2011.

HORN, J. S. **Medicina para milhões**. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 1979.

LABRA, M. E; FIGUEIREDO, J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

LIMA, Kênia Raisse Borges e SILVA, Juliana Alexandre da, et al. Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil. Enfatizando o contexto neoliberal. **Anais I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade**. Natal, 2010. ISSN 2236-2282 Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/anais.html>>. Acesso em: 28 de jan de 2013.

LUCKACS, G. **Ontologia do Ser Social**. O trabalho. 1986. Disponível em: <<http://afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Lukacs,%20Georg/O%20TRABALHO%20-%20traducao%20revisada.pdf>>. Acesso em: 30 de julho de 2013.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, A. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. **Saúde Soc**, v. 14, p. 39-49, 2005.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. **Conselhos de saúde e a participação social no Brasil**: matizes da utopia. Physis [online]. 2008, vol.18, n.1, pp. 105-121. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n1/v18n01a07.pdf>>. Acesso em: 11 de julho de 2013.

MARX, K e ENGELS, F. **O Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MARX, K. **O capital**. Crítica da economia política. Livro 1 e 2. 2^a ed. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

MEIRA, J. C. AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E AS PARCERIAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: O CASO DE UBERLÂNDIA – MG. **Revista Ágora**, Vitória, n.15, 2012, p. 90-109.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. Caminhos da saúde pública no Brasil, p. 235-313, 2002.

MORAES, R.C. **Neoliberalismo**: de onde vem, para onde vai. São Paulo: SENAC, 2001.

MORAES, R.C. **Reformas neoliberais e políticas públicas**: hegemonia ideológica e redefinição das relações estado-sociedade. Educ. Soc., Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 13-24. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 16 de maio de 2013.

NEMRE ADAS SALIBA, et al (2009) Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública — RAP**. Rio de Janeiro 43(6):1369-1378, nov./dez. 2009.

NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (Org.) et al. Conferências do Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil e textos do relatório parcial do projeto de pesquisa – **Programas nas áreas da Educação e Saúde no Estado do Paraná**: sua relação com as orientações do BID e BIRD e sua contribuição na difusão das propostas liberalizantes em nível nacional. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. 292p.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa**, 1986.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**, 1978.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saude Publica**, v. 40, n. Esp, 2006.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**, 2^a ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PEREIRA, F.R.V. **Reestruturação Produtiva, Trabalho e Saúde Pública. Um estudo de caso do Programa de Saúde da Família - PSF em Uberlândia/MG a partir da década 2000**. 2010. Monografia . 81f. Monografia. (Graduação em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais – FAFCS, Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório de Gestão. Ano 2005. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2967.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório de Gestão. Ano 2010. Disponível em:

<http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/62.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2013.

RADIS, Conselho de Saúde e Controle Social. Reunião de Análise e Difusão de Informação sobre Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. FIOCRUZ. N° 81. Julho de 2001. Disponível em: <<http://jararaca.ufsm.br/websites/saudesm/download/TextosInteressantes/Sumula81.pdf>>. Acesso em: 08 de abril de 2013.

SANTOS, N.R., et al. 20 anos de SUS. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SILVA, Angela Maria. **Guia para normalização de trabalhos técnicos e científicos:** projetos de pesquisa, trabalhos acadêmicos, dissertações e teses/ Angela Maria Silva, Maria Salete de Freitas Pinheiro, Maria Nani França. 5. ed. rev. e ampl.- Uberlândia: UFU, 2006.

SOARES, Laura Tavares. **Estado Brasileiro e as Políticas de Saúde:** os riscos do desmonte neoliberal. Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2001, p.51.

TEIXEIRA, Francisco José S. O capital e suas formas de produção de mercadorias: rumo ao fim da economia política. **Revista Marxista**, v.10, p. 67-93. São Paulo, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Instituto de Economia. Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômico-sociais (CEPES). **Uberlândia: Painel de Informações Municipais - 2011.** Disponível em: <<http://www.ie.ufu.br/node/114>> Acesso em: 13 de jan 2011.

VIGNA, Edélcio. A bancada ruralista: um grupo de interesse. **Revista Argumento – INESC.** Brasília, nº 08, p 01-52, dez/2001. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/bancada-ruralista-um-grupo-de-interesse/at_download/file>. Acesso em: 18 de maio de 2013.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS - PPGCS

Questionário I: ROTEIRO DE QUESTÕES: CONSELHEIRO DE SAÚDE – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA - CMSU

Dissertação de Mestrado: **Saúde Pública e Controle Social:** Um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU no período de 1991 - 2003.

Coordenação: Profa. Dra. Fabiane Santana Previtali

Aluna: Florence Rocha Verçosa Pereira

Grupo de Pesquisa: Trabalho, Educação e Sociedade – GPTES

I) INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA - CMSU

1. Quando e como surgiu o CMSU em Uberlândia? Qual foi sua trajetória?
2. Qual a data e a lei de criação do conselho?
3. Qual a sua relação com o SUS?
4. Como funciona o CMSU? E em que abrangência?
5. O que se discute nas reuniões do CMSU e com qual regularidade?
6. Qual a organização e infraestrutura disponível?
7. Há um regimento interno? Como funciona?
8. Qual a periodicidade das reuniões?
9. Quantos e quais são os seus representantes?
10. Qual a composição do conselho?
11. Há eleições? Se sim, quais os critérios para votar e ser votado?
12. Qual a realização de conferências municipais de saúde?

II) INFORMAÇÕES SOBRE OS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO CMSU

13. Quem pode participar?
14. Quantos conselheiros atuam hoje no CMSU (2012)? É () suficiente () pouco () muito. Por quê?
15. Quantos tinham em 2000?
16. Qual a forma de seleção para participar do conselho?
17. Qual a formação profissional dos conselheiros?
18. Houve mudanças nos últimos 5 anos quanto ao perfil da força de trabalho que participa do CMSU? Quais? A que são atribuídas essas mudanças?
19. Como é o índice de rotatividade dos participantes?
20. Desde quando você está no conselho?
21. Qual o acesso dos conselheiros às informações provenientes do governo Municipal e Estadual referente à saúde pública?
22. Há dificuldades no acesso aos documentos referentes à saúde do município?
23. E na leitura e compreensão destes documentos, há dificuldades por parte dos conselheiros?

III) CAPACITAÇÃO

24. Há cursos de capacitação? Quantas horas? Quantos por ano?
25. Qual é a participação dos Conselheiros nestes cursos?
26. Como é a participação nas discussões sobre orçamento?
27. Como ocorre o repasse das informações do conselho para a sociedade?
28. Como ocorre a participação na elaboração e aprovação da Agenda de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão?
29. Qual a importância do curso de capacitação, na sua visão? Por quê?

30. Aprimoramento de conhecimentos.
31. Mudança de atitude como conselheiro na prática.
32. Alterações nas normatizações, documentos ou estratégias de trabalho no Conselho.
33. Funções dos Conselhos de Saúde apontados pelos conselheiros antes e depois da capacitação? Por quê?
 - A) Solucionar problemas.
 - B) Fiscalizar.
 - C) Participar das reuniões.
 - D) Aprovar o Orçamento.
 - E) Não sei.
 - F) Planejar.
 - G) Aprovar propostas.
 - H) Elaborar propostas.

IV) CMSU E ORGÃOS PÚBLICOS

34. Qual a relação do CMSU com o sindicato?
35. Qual a relação do CMSU com a administração municipal?
36. Qual a relação do CMSU com a Universidade Federal de Uberlândia - UFU?

V) INTERVENÇÃO SAÚDE PÚBLICA

37. Sente falta de informações que auxiliem suas tarefas como conselheiro?
38. Recebeu material para leitura?
39. Sente dificuldade de analisar documentos?
40. Participou de discussão sobre orçamento?
41. Repassa informações?
42. Os conselheiros do seu conselho entendem suas tarefas?
43. O acesso às informações foi facilitado?
44. O entendimento aos documentos oficiais foi facilitado?
45. Você avalia progressos a partir da atuação dos Conselhos de Saúde? Se sim, quais?
46. Você avalia retrocessos a partir da atuação dos Conselhos de Saúde? Se sim, quais?
47. Quais as principais dificuldades encontradas que inviabilizam a atuação do CMSU. Por quê?

VI) SUS E CONSELHOS DE SAÚDE

48. Qual a sua opinião sobre as ações do SUS nacionalmente?
49. Qual a sua opinião sobre as ações do SUS em Uberlândia?

Questionário II:

ROTEIRO DE QUESTÕES: CONSELHEIRO DE SAÚDE – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA - CMSU

Dissertação de Mestrado: **Saúde Pública e Controle Social:** Um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia – CMSU no período de 1991 - 2003.

Coordenação: Profa. Dra. Fabiane Santana Previtali

Aluna: Florence Rocha Verçosa Pereira

Grupo de Pesquisa: Trabalho, Educação e Sociedade – GPTES

1. Como iniciou sua participação no Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia - CMSU?
2. Como você avalia sua participação?
3. Você acredita que a sua participação tem valor nas decisões gerais do CMSU?
4. Você acredita que no CMSU há o cumprimento do que está disposto no seu regimento interno?
5. Você participa com regularidade das reuniões? Como é a sua participação?
6. Como você avalia as conferências municipais?
7. Qual é o seu acesso às informações e documentos municipais e estaduais referente à saúde pública?
8. Como você avalia o seu entendimento destas informações? Você considera as informações claras e relevantes?
9. Há cursos de capacitação? Qual a regularidade?
10. Como você avalia a sua participação nestes cursos? Você os acha relevantes?
11. Como é a sua participação nas discussões sobre orçamentos?
12. Como ocorre o repasse destas informações para a sociedade? E qual a sua participação para que haja o repasse destas informações para o segmento que você representa?
13. Como se dá a sua participação na elaboração e aprovação da Agenda de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão?
14. Você avalia que as decisões do CMSU são respeitadas pela administração municipal?
15. Você sente falta de informações que auxiliem suas tarefas como conselheiro?
16. Qual a sua principal dificuldade na participação no CMSU?
17. Como você avalia a atuação do CMSU na defesa da saúde pública e consolidação do SUS em Uberlândia?
18. Como você avalia a relação do CMSU com a administração municipal?
19. Em uma escala de 0 a 10, como você avalia sua satisfação como conselheiro?
20. Em uma escala de 0 a 10, como você avalia sua satisfação em relação à saúde de Uberlândia?

ANEXOS:

Relatório de Gestão – Conselho Municipal de Uberlândia – 2004 - 2008

Mês/Ano	Reunião Ordinária/Datas	Reunião Extraordinária/Datas	Deliberações
Janeiro/2004	Recesso	-	
Fevereiro/2004	18	-	
Março/2004	31	15	Escolha de representante do CMS para o Conselho Administrativo do Hospital Odontológico – HCUFU.
Abril/2004	14	-	Aprovação do Projeto Rede AD Uberlândia. Formação de comissão para acompanhamento das negociações da dívida com hospitais privados. Aprovação do Projeto Saúde do Trabalhador. Aprovação do Anteprojeto de Lei para recomposição do Conselho do Municipal de Saúde. Escolha de representantes do Conselho Municipal de Saúde para Conferências de Ciências e Tecnologia e Saúde Bucal.
Maio/2004	26	5	Aprovação do Pacto de Atenção Básica. Aprovação do PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Aprovação de prestação de contas referente ao ano de 2003 e 1º trimestre de 2004. Aprovação de credenciamento do Hospital Santa Clara para realização de transplante renal. Aprovação de credenciamento do HC-UFU para realização de cirurgia videolaparoscópica e cirurgia Bariátrica.
Junho/2004	Não houve quorum	-	-
Julho/2004	7	-	Aprovação de Centro de Referência em Dermatologia Sanitária como referência nacional. Escolha do representante do Conselho Municipal de Saúde para órgão consultivo da gerência do ambulatório do HC-UFU.
Agosto/2004	25	-	Aprovação do projeto do Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.
Setembro/2004	29	-	Formação de comissão para discussão do processo de recomposição do Conselho Municipal de Saúde, tendo em vista aprovação da Lei 8836, nesta mesma data.
Outubro/2004	26	-	Aprovação de credenciamento do Laboratório de Imunologia e Transplantes de Uberlândia – LITU, para mudança de classificação tipo I para tipo II. Aprovação de credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (02 CAPS tipo II e 01 CAPS tipo III). Aprovação de credenciamento do Centro de Especialidades Odontológicas. Escolha de representantes do Conselho Municipal de Saúde para acompanhamento do Contrato de Metas entre PMU e HC-UFU. Aprovação do Contrato de Metas entre PMU e HC-UFU
Novembro/2004	24	-	Aprovação da prestação de contas – abril a

			setembro/2004
Dezembro/2004	15	-	-
Janeiro/2005			
Fevereiro/2005			
Março/2005			
Abril/2005			
Maio/2005			
Junho/2005			
Julho/2005			
Agosto/2005			
Setembro/2005			
Outubro/2005			
Novembro/2005			
Dezembro/2005			
Janeiro/2006	-	-	-
Fevereiro/2006	22	-	-
Março/2006	29	6	Aprovação da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde – 2005. Aprovação de Projeto para aquisição de medicamentos e materiais para a área da Saúde
Abril/2006	26	6	Aprovação do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde – 2005. Aprovação do Projeto UNIAMA – Unidade Amiga da Amamentação.
Maio/2006	31	-	Aprovação da regulamentação do acesso aos Conselheiros Municipais de Saúde ao Hospital de Clínicas-UFU e outros hospitais que atendam ao SUS e as Unidades de Saúde do município. Aprovação do Plano de Ações 2006 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.
Junho/2006	-	-	-
Julho/2006	26	6 e 2	Aprovação da Prestação de Contas – SMS 1º Semestre / 2006. Aprovação do Projeto para Aquisição de Equipamentos / material para o Hospital das Acácias. Aprovação do Plano Municipal de Saúde – 2006/2009. Elaboração de ofício do CMS ao Ministério da Saúde / DENASUS para auditoria nas contas do HC-UFU.
Agosto/2006	23	2 e 29	Apreciação e aprovação da Prestação de Contas do Programa Saúde em Casa.
Setembro/2006	27	20	Aprovação do PAM - Plano de Ações e Metas/2007.
Outubro/2006	25	19	Moção de Apoio à solicitação de concessão de recursos extra-teto pela SAS do CREDESH; Indicação de representantes do CMS para Plenária de Conselhos de Saúde em Belo Horizonte-MG (Nilton Jr., Rita Ana, Marilene de Almeida e Maria Helena Faria).
Novembro/2006	29	8	-
Dezembro/2006	20	4,5,12 e 14	Reunião Extraordinária de 05/12/06 -

			Aprovação da Lei Orçamentária Anual - 2007. Reunião Extraordinária de 12/12/06 - Prorrogação do Mandato dos membros do Conselho Municipal de Saúde até abril de 2008. Reunião Ordinária de 20/12/06 – Prorrogação do mandato dos membros do CMS por 90 dias.
Janeiro/2007	-	-	-
Fevereiro/2007	-	-	-
Março/2007	28	-	Aprovação do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia-MG para posterior deliberação.
Abril/2007	25	-	-
Maio/2007	30	-	Aprovação da Aquisição de Equipamentos para UAI São Jorge. Aprovação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária de Uberlândia. Formação de Comissão Eleitoral. Apresentação da Agenda de Compromissos – 2007/2008.
Junho/2007	27	13	Aprovação do Regimento Interno da 5ª Conferência Municipal de Saúde. Escolha de representantes para comissão de acompanhamento do convênio entre SMS/HCU-UFU. Eleição, nomeação e posse do Conselho Municipal de Saúde
Julho/2007	25	-	Escolha de representantes para comissão de acompanhamento do Projeto do Centro de Referência em atendimento às Pessoas Vítimas de Violência. Aprovação do Relatório Final da 5ª Conferência Municipal de Saúde. Aprovação dos indicadores do Pacto pela Saúde Aprovação da Prestação de Contas do CEREST para aquisição de equipamentos para a UAI São Jorge.
Agosto/2007	29	-	Aprovação do Relatório de Gestão/2006. Formação de Comissão de Finanças. Aprovação da Prestação de Contas do Programa Saúde em Casa 01/11/06 a 30/04/07. Aprovação da aquisição de aparelho de Hemodinâmica para Cardiologia de Alta Complexidade e HDR (Equipamento de Braquiterapia alta taxa de dose para tratamento de Câncer de colo de útero e outros órgãos).
Setembro/2007	26	17	Aprovação da LOA/2008. Formação de Comissão de Informação em Saúde. Formação de Comissão da Atenção Básica. Aprovação SINPACTO / Termo de Compromisso de Gestão
Outubro/2007	31	-	Aprovação do PAM 2008 – Plano de Ações e Metas DST/AIDS. Aprovação do PDI – Plano de Investimento em Informática. Aprovação da Prestação de Contas SMS de 2006 e 1º semestre de 2007.
Novembro/2007	28	-	Aprovação do PDR – Plano Diretor de Regionalização.
Dezembro/2007	19	-	Escolha de representantes para

			acompanhamento de discussão sobre o atendimento da ABO Associação Brasileira de Odontologia.
Janeiro/2008	30	-	<ul style="list-style-type: none"> · Aprovação da prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde do período de 01/07/07 a 30/09/07. Aprovação do Plano de Contingência da Dengue. Aprovação do logotipo do CMSU. · Escolha de Representantes para compor o grupo de condução do Curso de Gestão Microrregional – Maria Francisca Abritta Moro, Alva Simeão. · Formação de Comissões: 1. Atenção à Saúde da População Negra – Marcos Aparecido da Silva, Matildes Maria Barbosa, Efigênia Dilma de Oliveira 2. Meio Ambiente e Saneamento – Cléber José da Silva Suzigan, Tânia Lúcia dos Santos, Olímpio Brasílio e José Antônio da Silva 3. Comissão Permanente de Avaliação e Proposição Plano Municipal de Saúde – Maria Francisca Abritta Moro, Denise de Fátima Bond Jager e Fernando de Moraes
Fevereiro/2008	27	-	Aprovação da prestação de contas Programa Saúde em Casa 2007.
Março/2008	28	-	<ul style="list-style-type: none"> Escolha de representantes do CMSU para o Conselho de Serviço do CEREST: Vitor Tadeu, Maria Helena de Oliveira Faria e Alva Simeão. · Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde do Trabalhador: José Antônio da Silva, Maria Francisca Abritta Moro, Cleber José da Silva Suzigan, e José Veridiano de Oliveira
Abril/2008	25	-	Aprovação da Criação da Equipe de PSF Campo Alegre.
Maio/2008	29	-	<ul style="list-style-type: none"> · Aprovação do Relatório de Gestão/07. Aprovação da Agenda de Compromissos/08. Aprovação dos Indicadores do Pacto pela Saúde – SISPACTO
Junho/2008	25	11	<ul style="list-style-type: none"> 11/06/08 – Aprovação do Credenciamento da MEDCOR · Criação de Comissões: · Comissão Intersetorial dos Idosos, Pensionistas e Saúde Mental – Denise de Fátima Bond Jager, Jerônimo Valdevino dos Santos, Wildes Canuto Arantes, Alexandra Oliveira, Alva Simeão, Matildes Maria e Idelma Leitão · Comissão de Vigilância Sanitária e Fármacos – Vitor Tadeu, Celeste Rosália, Sílvio Humberto, Efigênia Dilma e Rubens Debs Procópio · Comissão de Urgência e Emergência – Matildes Maria, Alva Simeão e Maria Francisca Abritta Moro. · Referendo do Regimento Interno dos Conselhos Distritais Leste e Norte · Aprovação com referendo do relatório da prestação de contas do CEREST/07.
Julho/2008	30	-	Manual do Conselheiro Municipal de Saúde · Aprovação do Plano Municipal de Ação

			Estratégica em Vigilância Sanitária para o 2º Semestre de 2008; · Aprovação da Prestação de Contas da SMS – 1º Semestre · Aprovação dos relatórios das Ouvidorias HCU e Saúde (2007 e 1º trimestre de 2008); · Aprovação de Projeto para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para o Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias. · Aprovação da Cartilha de Orientações para Implantação dos Conselhos de Saúde em Udia.
Agosto/2008	27	-	· Aprovação credenciamento Hospitais Santa Clara e Madrecor para Cirurgia de Otorrinolaringologia; Aprovação da Lei Orçamentária Anual/2009; · Criação Comissões: Ciência e Tecnologia e Rh /Reorganização dos segmentos (José Veridiano, Alva Simeão, José Antônio, Wagner Teodoro Vieira, Carlos Andrade de Oliveira e Dirce)
Setembro/2008	24	-	· Aprovação do Pró-Saúde – Cursos: Enfermagem, Psicologia, biomedicina e Educação Física.
Outubro/2008	29	-	Aprovação de alteração da lei 8836 de 27/09/2004 (Acréscimo de artigo para recursos financeiros para os conselheiros do CMSU).
Novembro/2008	27	-	Aprovação da prestação de contas do 2º trimestre de 2008. · Aprovação do relatório do Contrato de Metas entre HCU-UFU e SMS.
Dezembro/2008	17	-	Aprovação do Relatório da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Relatório de Gestão. Ano 2005. Disponível em:

http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/2967.pdf Acesso em: 15 de maio de 2013.