

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

KATIUSCA TORRES MEDEIROS



**João Pessoa-PB
2011.1**

KATIUSCA TORRES MEDEIROS

**CONFERÊNCIAS DE SAÚDE ENQUANTO INSTRUMENTO
DE PARTICIPAÇÃO NO SUS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti.

**João Pessoa-PB
2011**

M488c Medeiros, Kátiusca Torres.

*Conferências de saúde enquanto instrumento
de participação no SUS / Kátiusca Torres Medeiros.-
- João Pessoa, 2011.*

93f. : il.

*Orientadora: Patrícia Barreto Cavalcanti
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA*

*1. Serviço social. 2. Controle social. 3. Política
de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). 5.
Saúde - direito social.*

KATIUSCA TORRES MEDEIROS

**CONFERÊNCIAS DE SAÚDE ENQUANTO INSTRUMENTO
DE PARTICIPAÇÃO NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso em Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba em nível de mestrado submetido à apreciação e aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti
Orientadora

Prof^a. Dr.^a Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a. Dr.^a Maria de Lourdes Soares
Universidade Federal da Paraíba

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que eternamente serão para mim um grande exemplo de sabedoria, honestidade e determinação.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de humildade, de reconhecimento da alegria recebida diante de algo que nos fora concedido. E neste momento após longa caminhada para construção deste trabalho e ainda diante de mais uma longa caminhada que ainda pretendo traçar é este o sentimento que carrego em mim, Gratidão, sentimento que vai além de qualquer outro e que ultrapassa a grande satisfação de estar concluindo esta etapa de minha vida.

Gratidão aqui que pretendo demonstrar as pessoas que foram muito especiais nessa jornada. A primeira delas é a minha mais que orientadora a professora Dr^a. Patrícia Barreto Cavalcanti, que me deu a oportunidade de iniciar na vida acadêmica, me recebendo de braços abertos com tanto carinho e receptividade no SEPSASS, e mostrando todos os caminhos que deveria seguir para chegar ao destino traçado no início de minha viagem ainda como graduanda, mais já sonhadora do trabalho como docente. Pessoa que impulsionou meu crescimento profissional e que acreditou em mim me dando credibilidade e confiança em tudo aquilo que eu fazia, e hoje tendo alcançado muito de meus desejos profissionais, sendo hoje professora de uma faculdade de Serviço Social, tenho que reafirmar todo este sentimento. Obrigada!

Obrigada ainda por ser o meio, a pessoa que me presenteou com a amizade de pessoas tão queridas para mim Ana Paula Rocha Sales de Miranda e Rafael Nicolau Carvalho (hoje professores desta).

Ana, que ainda em minha graduação, a via no Hospital Universitário em sua ação profissional em que tanto admirei. Em seguida a conheci no SEPSASS e aí minha admiração só fez crescer, pessoa que tenho como exemplo de dedicação e vitória e sempre vi e percebi como sendo de uma grandeza intelectual e pessoal ímpar. A mesma certa vez me disse: “Que eu era uma das pessoas que ela mais acreditava”, essas palavras Ana, guardarei comigo sempre, junto com todo o carinho e amizade que tenho por você e que sei que você tem por mim.

E como já não bastassem todas as bênçãos já concedidas a mim, eis que surge, Rafael Nicolau de Carvalho, o que dizer de uma pessoa que só trouxe luz para nossas vidas? O que dizer de você e de tudo que você é? É a pessoa que mesmo sem querer e sem dizer com palavras diz assim “Você consegue”, A pessoa que desmistificou o caminho que eu queria seguir, e que com tanta alegria e carinho me faz acreditar em mim mesma. Conhecer você e

ter sua amizade é uma das coisas que me faz agradecer a Deus todos os dias. Ter você em minha vida é mais um presente.

Ainda nesse caminho tive outras bênçãos, e uma delas foi ter como companheiras de caminhada, minhas amigas queridas Kátia Helena da Silva Sales e Anarita Salvador, dividindo os anseios e as alegrias dessa caminhada e dizendo uma à outra “nós conseguiremos”.

Agora tenho a agradecer as pessoas mais importantes de minha vida e que iniciaram a minha história, minha mãe e meu pai, Elizabeth Torres Medeiros e Simião Medeiros, agradecer por existirem, por serem meus pais, por me amarem e estarem comigo sempre a todo o momento sem nunca exitar, acreditando sempre em mim e no meu futuro, acreditando também que será o nosso futuro, amo vocês, e sou grata todos os dias de minha vida!

Ainda nesse sentido tenho que agradecer a minha irmã Kaynara, minha prima Ana Laura, minha Rosa, e minha sobrinha Lidiane, que estiveram comigo nessa etapa me apoiando e compreendendo todas as fases que passei para a construção desse trabalho.

E aqui também deixo meu carinho e agradecimento especial a família Lima, Simone, Ricardo e Gabriella, anjos que Deus colocou em minha vida num momento chave da construção deste trabalho.

Obrigada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, à todos companheiros de mestrado (super mestrado) e a todos os professores do Programa pela contribuição à minha formação.

Obrigada Senhor, por todas essas pessoas, por esse momento e pelos próximos que pretendo viver!

RESUMO

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, amplia-se universalmente o direito à saúde e, é regulamentado pela Lei nº 8080/90. O Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter a responsabilidade de atender os cidadãos de acordo com suas necessidades. A instituição dessa nova concepção de saúde trouxe também um novo caráter às práticas assistenciais. A saúde como direito social passa a envolver não apenas a assistência, prevenção e promoção da saúde, mas também a participação e o controle social em todos os mecanismos da Política de Saúde, característica que vem influenciando as demais políticas brasileiras. Tais conquistas são fruto da luta pela Reforma Sanitária, tendo como ponto culminante a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual teve muitas de suas propostas absorvidas pela Constituição de 1988, modificando a conformação da política de saúde no país para um modelo democrático e que versa pela participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, iniciando assim um novo momento para a política de saúde Brasileira. Desta forma, o presente trabalho buscou analisar se as propostas das conferências de saúde em âmbito nacional, estadual e local, tomando como base o estado da Paraíba e o município de João Pessoa, vêm fortalecendo o exercício do controle social. Utilizando-se de uma abordagem crítica dialética a qual teve como metodologia as análises documentais e bibliográficas referentes às citadas conferências. Identificamos assim que muitos são os mecanismos de luta pela consolidação do controle social, mas também muitos são ainda os mecanismos de desconstrução do exercício da democracia e dos direitos que rebatem diretamente sobre a implementação do controle social no Brasil, a partir de formas desestruturadoras dos conselhos de saúde e outros órgãos. Muito temos ainda a percorrer na busca de garantir uma maior solidez ao controle social e esse caminho passa diretamente pela educação, educação desde a base até instâncias mais altas, no sentido de formar cidadãos comprometidos e entendedores do sistema de saúde, do controle social e de seus direitos.

Palavras-Chave: Controle Social. Sistema Único de Saúde. Democracia.

ABSTRACT

The promulgation of the Federal Constitution in 1998 extended universally the right to health and, regulated by the Law No. 8080/90, the National Health System (SUS) took the responsibility of assisting the citizens according to their needs. The institution of this new conception of health has also brought a new nature to the assistance practices. Health as a social right involves not only care, prevention, and promotion of health but also the social participation and control of all the mechanisms of the Health Policy, a characteristic that has influenced other policies in Brazil. These achievements are fruits of the fight for the Health Sector Reform. Such fight had its culmination in the VIII National Health Conference, which had many of its proposals absorbed into the Constitution of 1998, changing the structure of health policy in Brazil to a more democratic model that deals with the participation of the society in managing the health system, thereby beginning a new era to the health policy in Brazil. In this way, this study aimed to analyze whether the proposals of the health conferences in national, state, and local level - taking the state of Paraíba and the city of João Pessoa as a basis – have been strengthening the exercise of social control. This study used a critical dialectical approach, whose methodology was the analysis of documents and literature regarding to those conferences. We have found that there are several mechanisms to fight for the consolidation of social control, but there are also several mechanisms deconstructing the exercise of democracy and rights. These deconstructing mechanisms, through destructuring forms of health councils and other bodies, directly affect the implementation of social control in Brazil. There is still much to do in the pursuit of ensuring a greater solidity of the social control, and this pursuit passes directly through education – from basic to the highest levels of education – in order to form citizens who understand and are committed to the health system, social control, and their rights.

Keywords: Social Control. National Health System. Democracy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura Hierárquica do Sistema de Saúde Brasileiro.....	14
Figura 2 - Capa dos Anais da 1ª CNS.....	49
Figura 3 - Capa dos Anais da 3ª CNS.....	50
Figura 4 - VIII CNS.....	52
Figura 5 – Fluxo de eapas delegados e propostas da 13ª CNS.....	54
Figura 6 – Instâncias Deliberativas e Metodologia da 13ª CNS.....	55
Figura 7 - Reunião do CMS-JP-2010	76

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas em Saúde
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
CAPS	Caixa de Aposentadoria
CCHLA-UFPB	Centro de Ciencias Humanas Letras e Artes
CEME	Central de Medicamentos
CES-PB	Conselho Estadual de Saúde da Paraíba
CGT	Central Geral dos Trabalhadores
Cims	Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CMS/JP	Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GED	Grupo Especial de Descentralização
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPND-DR	Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NESC/UFPB	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPB
NUSP/UFAL	Núcleo de Saúde Pública da UFAL
PAB	Piso de Atenção Básica de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PASEP	Patrimônio do Servidor Público
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIS	Programas de Integração Social
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PPRES	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
Prev-saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SEMSAT	Semana de Saúde do Trabalhador
SEPSASS/UFPB	Setor de Estudos e Pesquisa em Saúde e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USI	União dos Sindicatos Independentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - REDISCUTINDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	17
1.1 A GÊNESE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	17
1.2 A INFLEXÃO LIBERAL E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS.....	26
1.3 BALANÇO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VIA SUS NA ATUALIDADE...	33
CAPÍTULO II - O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: PROBLEMAS E PERSPECTIVAS.....	42
2.1 ANÁLISE SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO BRASIL.....	42
2.2 HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL.....	49
2.3 A TRAJETÓRIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	56
2.4 O CONTROLE SOCIAL NA ERA LULA.....	61
CAPÍTULO III - RELAÇÃO ENTRE AS PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.....	68
3.1 - MÓDULO I - GESTÃO PARTICIPATIVA.....	66
3.2 - MÓDULO II FORMAÇÃO DOS CONSELHEIROS.....	72
3.3 - MÓDULO III- COMPETÊNCIAS DOS CONSELHOS, ATRIBUIÇÃO COMPOSIÇÃO.....	76
3.4 - MÓDULO IV- RELAÇÃO COM AS OUVIDORIAS SUS.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	88
ANEXOS.....	93

INTRODUÇÃO

Nosso interesse nesse trabalho surgiu a partir da participação na pesquisa “O Controle social na Paraíba e as Conferências Municipais de Saúde. Um estudo avaliativo (2003-2007)” do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (NESC/UFPB), o qual fomos chamados, a participar em dezembro de 2009, a fim de levar as contribuições do Serviço Social através dos pesquisadores do Setor de Estudos e Pesquisa em Saúde e Serviço (SEPSASS/UFPB), do qual somos integrantes. Em meio aos estudos referentes à temática nas reuniões da pesquisa supra citada, tornou-se evidente o distanciamento que persiste entre as deliberações que o controle social, a nível de Conferências Federal, estadual e municipal, vem construindo historicamente no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), e a formulação das políticas de saúde nas esferas nacional, estadual e municipal. Como parte integrante de um sistema complexo como o SUS, o controle social não tem conseguido materializar as devolutivas esperadas pela sociedade civil, através do uso de suas propostas e deliberações no planejamento dos programas e projetos em saúde. Além dessas razões de ordem estrutural, o tema estudado é de grande relevância e nos despertou o interesse em função da incipiência existente no campo da produção do conhecimento na área do controle social, particularmente em relação aos estudos que se debruçam sobre os conteúdos das conferências e o aproveitamento dos debates e resoluções pactuadas no interior das mesmas.

O objetivo de nosso estudo, portanto, foi observar as propostas (em nível dos discursos produzidos) que visam fortalecer o Controle Social nas conferências nacional, estadual e municipal de Saúde, tomando a Paraíba e o município de João Pessoa como referência para a pesquisa.

Das leituras previamente realizadas e da experiência nos setores de pesquisa sobre o Controle social (SEPSASS e NESC) ambos da UFPB elaboramos as seguintes questões que nortearam o nosso trabalho:

- O controle social tem conseguido contribuir para o aumento da participação da sociedade civil na gestão da política de saúde?
- As iniciativas das esferas gestoras do SUS em torno da capacitação dos conselheiros de saúde teriam que ser ampliadas?
- As atuais atribuições e competências dos conselheiros de saúde para serem exercidas em suas respectivas plenitudes necessitam de um maior nível de autonomia destes representantes da sociedade civil?

- As ouvidorias SUS têm tido visibilidade no debate sobre controle social?
- As conferências têm viabilizado o fortalecimento do Controle Social?
- As conferências dialogam entre si no que se refere ao controle social?

Analizamos então, as propostas das conferências que visam o fortalecimento do Controle Social tomando como base as seguintes categorias: à gestão participativa; formação dos conselheiros; Competências dos conselhos, Atribuição, composição; e relação com as ouvidorias SUS.

A escolha pelo município de João Pessoa se deu em função do papel que a rede de saúde municipal ocupa na assistência pública do Estado da Paraíba, concentrando a maioria dos serviços de alta complexidade e sendo responsável pelo início do processo de descentralização da saúde no estado. Como também pelo fato de ser sede de uma macro região e da gestão atual envidar esforços no sentido de dar outro caráter (mais democrático), outra direção política aos fóruns de controle social na saúde. Vale sinalizar que a Paraíba, particularmente, João Pessoa vivenciou um processo de descentralização da gestão da saúde bastante conflituoso, permeado por embates entre as forças mais conservadoras (grupos políticos da oligarquia local) e forças progressistas que materializavam o movimento sanitário em nível estadual. Tal processo deixou marcas no modo como o controle social na saúde foi sendo constituído, haja vista o fato de na década de 1990, o Conselho Estadual de Saúde ter ficado inativo por cerca de seis meses por ordem do então governador do Estado.

Na Paraíba, e em particular em João Pessoa, a descentralização dos serviços de saúde através da municipalização não se constituiu num processo democrático, mas num processo centralizador tangenciado pela lógica da burocratização. A questão da intervenção governamental no funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e a lentidão no repasse dos serviços constituíram-se expressões concretas dessas características. A dinâmica desse momento histórico caracterizou-se fundamentalmente pela manipulação dos órgãos públicos como locus privados, ou seja, os comportamentos dos principais dirigentes das instituições de saúde envolvidas no processo foram pautados em interpretações pessoais e não baseados em critérios técnicos que era o que mais se exigiria num processo como o da descentralização dos serviços. (CAVALCANTI, 2000, p. 47)

Marcado por esta conjuntura o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa foi criado sob Decreto Lei nº 2.522/93, alterado em 1997 com o objetivo de implantar as recomendações da Resolução nº 33 de 22 de Dezembro de 1992, do Conselho Nacional de

Saúde. Em 2003 ocorreu uma nova alteração visando dar maior amplitude e representatividade as ações do conselho.

O CMS/JP é composto por 24 (vinte e quatro) conselheiros, sendo 06 (seis) representantes de governo e de prestadores de serviços de saúde, escolhidos pelas organizações representativas; pelo governo municipal, 01 (um) representante indicado pelo gestor municipal de saúde; 01 (um) representante indicado pelo gestor estadual de saúde; pelo governo federal, 01 (um) representante indicado pelo gestor federal de saúde, através de sua gerência regional; pelas instituições formadoras, 01 (um) representante do Centro de Ciências da Saúde; pelas entidades prestadoras de serviços de saúde, 02 (dois) representantes, sendo: 01 (um) de entidades filantrópicas contratadas com o SUS e 01 (um) de entidades de prestadores privados contratados com o SUS, através de eleição; 06 (seis) representantes escolhidos pelas entidades representativas do setor de saúde, entre associações e sindicatos, através de eleição em fórum ampliado, sendo pelo menos 02 (dois) representantes com área de atuação de suas entidades no setor público, devendo os representantes titulares e suplentes serem indicados, por escrito; 12 (doze) representantes escolhidos pelas entidades representativas dos usuários do SUS, através de eleição em fórum próprio e ampliado.

Na estrutura hierárquica do sistema de saúde o conselho se apresenta como mostra a figura que segue:

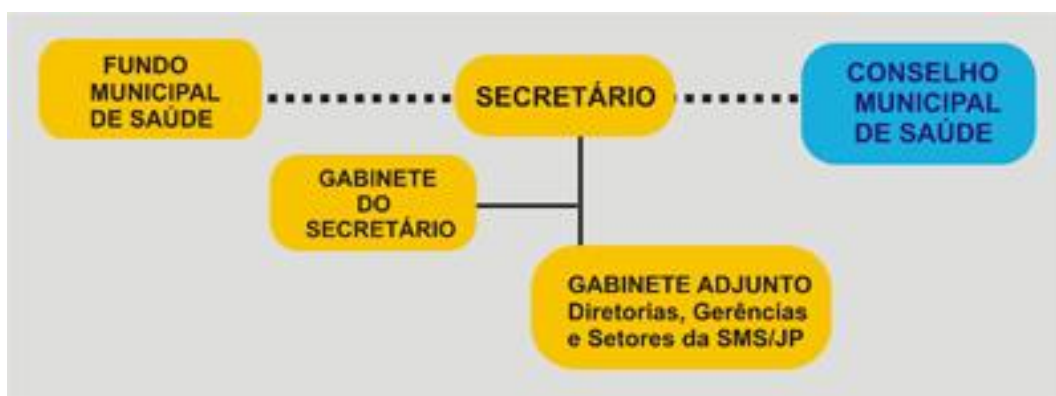


Figura 1 - Estrutura Hierárquica do Sistema de Saúde Municipal de João Pessoa.
Fonte: SMS/JP, 2010.

Já o Conselho Estadual da Paraíba criado em 19 de Novembro de 1987, sob decreto nº 12.228, o CES/PB passou por sete alterações em sua composição, sendo a conjuntura política o fator determinante dessas mudanças, ou seja, na medida em que o embate entre as forças se acirrou, conseqüentemente o conselho teve uma vivência mais antidemocrática permeada por avanços e retrocessos. Atualmente, o Conselho Estadual (CES-PB) funciona integrado a

estrutura básica da Secretaria de Saúde do Estado, com composição, estrutura organização e competências fixadas na Lei do CES/PB nº 8.234, de 31 de maio de 2007, orientada pela Lei Federal nº 8.142/90 e pela Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003. O Conselho Estadual de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Atualmente o CES/PB é composto paritariamente por 24 Conselheiros de Saúde titulares e 24 suplentes, representantes dos 04 segmentos da sociedade: 50% representantes dos usuários do SUS; 25% representantes dos trabalhadores de Saúde; 12.5% de representantes dos prestadores de serviços do SUS e 12.5% representantes dos gestores do SUS. Possui uma secretaria executiva que dentre outras atribuições, encaminha as deliberações do plenário, elabora as atas das reuniões, organiza toda a documentação, oferecendo suporte técnico necessário ao CES.

O fato destes dois fóruns do controle social (Conselhos estadual e municipal de saúde) terem uma história marcada por pressões conservadoras também acabaram por fragilizar a participação da sociedade civil nas Conferências Estadual e Municipal de saúde. E considerando tal cenário tomamos como referências do trabalho investigativo os relatórios finais das últimas conferências de Saúde quais foram: XIII Conferência Nacional de Saúde, a VI Conferência Estadual de Saúde da Paraíba e a V Conferência Municipal de Saúde de João Pessoa, mais especificadamente o Eixo das referidas conferências o qual trata da participação da sociedade civil no sistema de saúde, como também utilizamos a pesquisa bibliográfica a fim de nos aprofundarmos, como também como forma de referenciar a temática proposta.

Desta forma alocamos nossos dados em 04 (quatro) módulos que se constituem (como já mencionamos) nas categorias analíticas: gestão participativa; formação dos conselheiros; competências dos conselhos, atribuição, composição; e relação com as ouvidorias SUS.

A pesquisa documental é uma técnica decisiva para a pesquisa em ciências sociais e humanas; é indispensável porque a maior parte das fontes escritas – ou não – são quase sempre a base do trabalho de investigação; é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. A pesquisa documental deve muito à História e sobretudo aos seus métodos críticos de investigação sobre fontes escritas. A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (ABREU, 2002, p. 3)

Os dados foram obtidos a partir de pesquisa nos sites dos conselhos, em novembro de 2010, de forma que o relatório da Conferência Nacional, foi adquirido no site do Conselho Nacional de Saúde, assim como o Relatório da conferência Estadual e Municipal de saúde foram encontrados nos sites dos respectivos conselhos, possibilitando assim rápido acesso aos dados necessários para a realização da pesquisa. Além desse recurso, realizamos pesquisa documental em arquivos públicos tais como: Relatórios das Conferências Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, como também em atas do Conselho Municipal de Saúde, além de artigos em revistas específicas, realizada também nas, Secretaria Estadual da Saúde da Paraíba; Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba; Biblioteca Setorial do CCHLA-UFPB; cursos de Pós-Graduação em Enfermagem, Serviço Social e Ciências Sociais.

Ademais, vale ressaltar a captação de impressões preciosas obtidas durante a coleta de dados da pesquisa implementada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC, que nos deu a oportunidade de alargar nossos conhecimentos sobre o objeto, através das visitas a vários municípios paraibanos, notadamente as secretarias municipais de saúde e aos conselhos destes. Assim, após a coleta dos dados passamos a realizar a análise de discurso, particularmente as falas dos participantes das citadas conferências, direcionando nosso olhar para as categorias ora objetos de análise desse trabalho. A opção pelos discursos se deu, portanto, intencionalmente, entendendo que os relatórios finais das conferências, resultam de trocas coletivas entre os segmentos que se fizeram representar. Tal análise objetivou dar um tratamento reflexivo aos debates ocorridos nesses fóruns à luz da literatura concernente.

Desta forma, a Dissertação está organizada em três capítulos, a saber: no primeiro capítulo analisamos o percurso da política de saúde no Brasil, desde sua origem ainda ligada a caridade e filantropia, passando pelos primeiros indícios de politização da saúde, pela Reforma Sanitária onde mostraram, então, as influências da inflexão liberal no SUS, na sua fase de implantação, e os rebatimentos que o sistema sofreu diante de uma política de desconstrução de direitos. Em seguida fazemos uma análise do sistema na atualidade.

No segundo capítulo reconstruímos o desenvolvimento histórico do controle social na saúde, sua perspectiva e estrutura, sinalizando também como tem se dado o controle social na atualidade.

No terceiro capítulo discutimos a relação entre as proposições das conferências Nacional, Estadual e Municipal de Saúde e as estratégias de fortalecimento do controle social no campo da saúde.

CAPÍTULO I

1 REDISCUTINDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 A GÊNESE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Durante o século XVIII, a assistência médica esteve vinculada à filantropia e à prática liberal. As atividades que existiam ligadas à saúde pública estavam limitadas às atribuições das juntas municipais e ao controle dos navios e portos, cujas atividades só vieram a ocorrer após a vinda da família Real ao Brasil.

Até 1790, a assistência “médica” que se tinha no Brasil era realizada através dos boticários, visto que havia poucos médicos, onde a principal característica dos boticários era o fato de que eles mesmos indicavam as fórmulas que os usuários deveriam usar, fato que não difere muito dos dias atuais. O Estado só começou a intervir na questão de saúde no século XIX, em especial na década de 1830.

A Saúde no Brasil surgiu como “questão social” no início do século XX, como reflexo da divisão do trabalho. No início deste século ocorreu no Brasil o processo de industrialização, e por consequência uma forte migração como também imigração para as grandes cidades brasileiras como São Paulo, levando os trabalhadores a viverem em condições totalmente insalubres e com carga horária de trabalho intensa. Assistimos então neste momento, influenciado pela presença dos imigrantes europeus, em especial italianos, o movimento operário que já ocorria na Europa há algum tempo. Foi então neste quadro que o movimento operário se fez presente no Brasil através das ligas operárias, entre outros movimentos, em busca da conquista dos direitos sociais, em especial os direitos trabalhistas, mas que aos poucos foi se estendendo através de concessões da política de saúde.

Devemos aqui salientar a presença da igreja e de órgãos filantrópicos que prestavam assistência a saúde no Brasil, visto que o Estado não dava cobertura em termos de saúde. Foram estas instituições quem assistiram uma parte da população através de suas casas de misericórdia e asilos. Só a partir da década de 1930, com o início das leis trabalhistas e a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), assim como posteriormente os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), nos quais uma pequena parcela da população

brasileira que trabalhava formalmente, passou a ter acesso à saúde. Os demais brasileiros, continuavam apenas com a assistência filantrópica em saúde.

No início deste século (XXI), as intervenções sanitárias eram realizadas arbitrariamente, devido ao estado epidêmico em que se encontrava o Brasil, em especial no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz, nomeado como Diretor do Departamento Federal de saúde Pública pelo então presidente Rodrigues Alves, contratou cerca de 1.500 pessoas conhecidas como “guardas sanitários”, para, se necessário, através da força, trabalhar nas campanhas sanitárias, caracterizando assim o modelo campanhista de intervenção, que segundo Polignano (2001), fora espelhado no modelo militar de intervir. Neste modelo, eram queimados os colchões e as roupas dos doentes, como também a população tornou-se obrigada a tomar a vacina anti varíola. Tais imposições desencadearam a revolta popular conhecida como a revolta da vacina. Contudo, o modelo campanhista obteve importantes vitórias, como a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.

Na década de 1920, ocorreu a reforma de Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, que procurou ampliar o atendimento à saúde por parte do Governo. Inovou o modelo campanhista, “reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação [...] que era puramente fiscal e policial” (POLIGNANO, 2001. p. 05). Este modelo fora bastante utilizado nas áreas rurais até os anos 1960, pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), a qual foi posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde.

Devido às degradantes condições de trabalho e às influências dos operários estrangeiros, que trabalhavam no Brasil, o movimento operário ganhou força e deflagrou duas grandes greves gerais no Brasil em 1917 e 1919, o que culminou em 24 de janeiro de 1923, na Lei Eloi Chaves.

Lima et al. (2005), afirmam que esse fora o momento que possibilitou o reconhecimento legal, não apenas da assistência médica, como também das demais medidas de proteção social como política pública. A Lei Elói Chaves teve como principal medida a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). O Presidente das CAPs era nomeado pelo Presidente da República, os patrões e empregados participavam de forma paritária da administração. As caixas proporcionavam assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos, além de aposentadoria, pensão e auxílio funeral (BRAVO, 2006).

Estava prevista para as CAPs “[...] a prestação de alguns serviços médicos aos trabalhadores cobertos e seus dependentes na condição de filiados ao seguro, embora a legislação não especificasse a forma nem os recursos disponíveis para essa finalidade” (MENICUCCI, 2007, p. 62)

No entanto, ainda de acordo com Menicucci (2007), a legislação só obrigava às empresas com mais de cinquenta mil funcionários a criar as CAPs. Ressalta-se que a criação das CAPs deu-se pela importância de cada setor para a economia brasileira, desta forma a primeira CAP criada foi a do setor Ferroviário.

O período de 1930 a 1945, o primeiro governo Vargas, foi considerado marco na configuração de políticas sociais no Brasil, momento em que o Estado iniciou seu papel intervencionista, visto que as questões sociais e de saúde, necessitavam ser enfrentadas de forma mais elaborada, transformando-se em questão política, fruto do capitalismo industrial, proporcionando a aceleração da urbanização e do crescimento da massa trabalhadora que passou a viver em precárias condições de higiene, saúde e habitação (LIMA et al., 2005).

Dessa forma, observa-se que de modo lento e gradual o Estado passa a promover ações em vários contextos no sentido de garantir a reprodução do capital, que naquele momento se instalava no país. É nesse cenário que os aparelhos ideológicos de estado passam a se constituir e no caso específico da saúde é o momento em que a estrutura da rede de saúde começa a se configurar através da criação de um aparato institucional voltado para o planejamento das ações de saúde, bem como para a execução de tais ações.

Durante a primeira década desse período houve a ênfase nas campanhas sanitárias, reorganização do Departamento Nacional de Saúde (1941), e interiorização das campanhas para as endemias rurais através do Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço de Malária do Nordeste, Serviço da Baixada Fluminense, entre outros (BRAVO, 2006)

A Política da Saúde estava dividida em saúde pública e medicina previdenciária, na qual a primeira era centrada na criação das mínimas condições sanitárias para a população urbana e, de forma limitada, para a população rural.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), com “desintegração do Departamento Nacional de Saúde Pública [...] e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores como: [...] higiene e segurança do trabalho (1942) que se vincula ao Ministério do Trabalho” (POLIGNANO, 2001, p.11).

Tal fato denota a falta de prioridade que configurava a questão social da saúde, aparecendo no plano governamental como um aspecto que “poderia” ser enfrentado num outro locus institucional (no caso a educação). Importante também ressaltar que, a própria educação se constituía numa questão emergente e que demandava contexto próprio, o que na verdade acabou por prejudicar ambas as demandas postas naquele cenário brasileiro.

Lima et al. (2005), afirma à inconstância e indefinição das propostas, projetos e ações na saúde nos primeiros anos do novo Ministério, o qual provocou a constante mudança de

ministros, foram três ministros em quatro anos (Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Capanema). A Saúde ficou dividida, no MESP, ficaram os assuntos ligados à saúde da população ou a pré-cidadãos (desempregados, pobres, trabalhadores informais), e no Ministério do Trabalho Indústria e Comércio ficou estabelecida a assistência médica individual previdenciária.

Em 1941 ocorreu a Reforma de Barros Barreto no MESP, ocasionando a verticalização das ações de saúde, a centralização e a ampliação da base territorial da ação do governo federal (Lima et al., 2005). Tais características conservaram-se quase inalteradas até 1956. Salienta-se, entretanto, que apesar desse quadro de inércia que caracterizou o cenário das políticas de saúde nesse período, as ações campanhistas continuaram a ser implementadas, desta feita se espraiando para as regiões mais distantes dos grandes centros. Registra-se por outro lado, a forte expansão do aparato hospitalar na década de 1950 e, por conseguinte, a reafirmação do modelo médico centrado.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, a partir da desvinculação com o Ministério da Educação, o que não chegou a significar uma nova postura ou uma efetiva preocupação em atingir as demandas reais da saúde pública; e em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) que absorveu as atribuições como o controle da febre amarela, malária, entre outros (POLIGNANO, 2001).

A medicina previdenciária esteve mais evidenciada entre 1930 e 1945 e surgiu a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), o qual, segundo Menicucci (2007), passava a absorver as CAPs, visto que não mais o sistema era através de empresas e sim através de categorias, pois até aquele momento o modelo de Previdência vigente era de orientação contencionista.

Houve, então, a consolidação da Política Nacional de Saúde. Durante a Segunda Guerra Mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), conveniado com o governo americano e patrocinado pela Fundação Rockefeller, no entanto não conseguiram eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, como também as taxas de natalidade e morbidade. Ainda naquela conjuntura tinha-se que os problemas de saúde seriam resolvidos através da privatização dos serviços, assim cabia ao Ministério da Saúde apenas o atendimento às doenças que afetavam um grande segmento da população. Assim, a atenção estatal voltou-se mais para a assistência a saúde pública através da continuidade e expansão das campanhas e controle de epidemias na assistência a saúde individual.

A medicalização da vida social foi imposta tanto na saúde pública como na Previdência social. A Saúde Pública apresentou um declínio e a medicina Previdenciária

cresceu, após a reestruturação do setor. Não ocorreram planos ou planejamento na saúde, houve apenas a integração de programas setoriais de atenção médica, sob a égide da previdência social, que através de um conjunto de regulamentos, organizou o financiamento e o funcionamento desses programas (BRAVO, 1996).

Em 1967 foi promulgada a Lei que estabelece as competências do Ministério da Saúde, Decreto Lei 200 (1967) e em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), a fim de trabalhar na erradicação e controle das epidemias e endemias; em 1975 foi institucionalizado o Sistema Nacional de Saúde e em 1976 criou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Surgiu o Plano de Coordenação de Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde. Como resultado da fusão dos IAP's, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que segundo Polignano (2001), fora influenciado pelos técnicos do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), a qual seguia a lógica e tendências privatizantes onde se iniciou a criação do complexo médico-industrial e que, conforme afirma Menicucci (2007), foi o pioneiro na prática de destinar recursos próprios para assistência do seu quadro de funcionários.

Na década de 1970, houve a grande expansão do sistema de saúde, financiado pela Previdência Social o que resultou num aumento expressivo de escolas médicas ligadas ao modelo privado de assistência à saúde. Porém, esse momento foi marcado por um exacerbado processo de corrupção na área.

Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME) com a intenção de aumentar a competitividade dos laboratórios, o que não teve bons resultados, visto que as empresas transnacionais tinham muito mais estrutura que as nacionais. A indústria de equipamentos médicos teve um crescimento de 599,9%, e um novo modelo de organização dos serviços médicos foi implantado privilegiando a iniciativa privada através da terceirização (BRAGA, 1978).

Devido ao modelo implantado, a assistência médica configurou-se de forma caótica, com o crescente aumento da demanda pelos serviços médicos. Uma das estratégias propostas para resolução do problema foi à criação do DATAPREV, uma empresa de processamento de dados da previdência social.

Outras medidas foram tomadas a fim de normalizar as ações de saúde, como o Plano de Pronto Ação, que tinha o objetivo de disciplinar e organizar a prática médica, e o Sistema Nacional de Saúde que intencionava disciplinar a articulação do setor da saúde através da crítica ao liberalismo, que impedia o governo de assumir sua responsabilidade. Todas essas

medidas e acontecimentos ocorreram num momento de luta entre representantes do pensamento médico-social e os representantes do setor privado (BRAVO, 1996).

Tal tensionamento tinha como aspectos conjunturais o processo político vivido no Brasil, que à época caracterizava-se pelo autoritarismo incorporado pelo golpe militar promovido em 1964. Obviamente, tais movimentos conflituosos acabavam por respingar no âmbito do pensamento em saúde pública produzindo lutas entre os defensores da privatização das ações de saúde e os sanitaristas defensores da universalidade da atenção em saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde voltaram a ser lócus de debate e, a partir da V e VI Conferências, o Ministério da Saúde implementou programas de extensão de cobertura em áreas rurais, além dos programas de imunização, vigilância epidemiológica e materno infantil, e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPRES). Todavia, as reformas na Política Nacional de Saúde não tiveram a participação dos trabalhadores, e o movimento sanitário iniciado na década de 1970, ocorreu devido a um crescimento considerável de encontros e produção teórica na área de saúde coletiva, incorporando instrumentos das ciências sociais (BRAVO, 1996).

A elaboração da Política Nacional de Saúde enfrentou permanente tensão entre a demanda e o financiamento disponibilizado, e os interesses dos setores estatal, empresarial médico e do movimento sanitário.

O regime mostrou-se bastante inoperante diante dos problemas sociais, políticos e econômicos, pois não conseguiu realizar as mudanças necessárias no sistema previdenciário e de saúde (BRAVO, 1996; POLIGNANO, 2001).

Nesse mesmo ano, também foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) formado pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) responsável pela prestação de Assistência Médica e pela atividade financeira do sistema. Um ponto importante foi a mobilização dos profissionais de saúde pelos interesses coletivos. Saúde e democracia passaram a ser uma relação discutida constantemente, favorecendo o desdobramento da luta política, articulando-se com sindicatos e movimentos populares que começaram a entrar em âmbito parlamentar.

Na saúde, apesar da conjuntura ditatorial, ressalta-se a importância da ocorrência de eventos, como a realização da Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT); o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo; a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde; o I Encontro Popular pela Saúde; a Campanha da Fraternidade “Saúde para Todos”; e o Projeto Papucaia, que valorizava o saber e a participação popular.

Na década de 1980 começaram a existir os debates sobre a Reforma da Política Nacional de Saúde. O movimento sanitário era composto, pelas autoridades de saúde formada pelos progressistas do INAMPS e a ala da burocracia do Ministério da Saúde e associações dos provedores privados. Estes últimos tinham a propositura de realizar uma reforma abrangente de caráter redistributivo e universalizado, estendendo os programas preventivos e de atenção básica à população de baixa renda, como também se propunham a realizar um controle sobre os provedores privados e a descentralização do sistema, faziam parte também deste movimento, as organizações da sociedade civil e as universidades.

Para o Movimento Sanitário os principais entraves que a reforma da Política de Saúde encontraria em seu percurso seriam a reduzida capacidade de atingir os pobres, os custos crescentes da medicina curativa, a excessiva dependência em relação aos provedores privados, e a descentralização decisória que os favorecia. Como expressão desse momento histórico se verificou a postura do INAMPS, no sentido de se tornar refém da indústria hospitalar e farmacêutica (ARRETCHE, 2005).

Um ponto importante da luta pela Reforma foi a luta pela descentralização¹ nos moldes do movimento sanitário, por entender que esta tornaria a política de saúde eficiente e enfraqueceria a influência do setor privado no processo decisório da Política da Saúde. Tal concepção partia da ideia de que o mecanismo de gestão calcado na partilha de poder e responsabilidades poderia agilizar a concretização dos ideais do Movimento Sanitário, no entanto, como é possível observar no item 1.2 deste trabalho, a descentralização operada no âmbito do Sistema de Saúde, não chegou a atingir seus objetivos.

A década de 1980 favoreceu a discussão sobre a Reforma, pois o déficit da Previdência social, devido ao pagamento do setor privado, veio a público possibilitando a discussão no que se refere à necessidade de reformar o modelo de prestação de serviço. Houve, então, a possibilidade de Reformar o Sistema de Saúde por dentro com a ocupação de sanitaristas nos três cargos das esferas governamentais, no Ministério da Saúde e nas secretarias de Estados e Municípios (ARRETCHE, 2005).

Ainda no início da década algumas medidas foram tomadas em direção à descentralização e à priorização da saúde preventiva, como a transferência de recursos e funções do INAMPS para os Governos Estaduais e as ações integrais de saúde. Em 1981 chegou a ser anunciada a falência do sistema, devido à crise da previdência social. O

¹ A descentralização consiste em uma efetiva partilha de poder entre o Estado e as coletividades locais e implica a autogestão local [...] a autonomia das organizações locais proporciona o exercício do controle social e a possibilidade de influir nas decisões de várias instâncias de poder (JOVCHECOVITH, 1998, p. 37). Fruto do avanço democrático para a viabilização do exercício democrático (STEIN, 1997).

enfrentamento disto deu-se através da proliferação dos debates sobre a questão. Foi também em 1981, que o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS, a fim de amenizar custos e fraudes (POLIGNANO, 2001 “O CONASP passa a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários” (POLIGNANO, 2001, p. 20).

Em 1982, foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. A sua estratégia básica foi criar as Ações Integradas de Saúde, que visavam um novo modelo assistencial, a procura da integração das ações curativo-preventivas e educativas, simultaneamente. Nesse período, a saúde contou com a participação da sociedade civil, ganhando dimensão política, passando a ser estreitamente ligada à democracia.

Foi no Governo de José Sarney que o movimento sanitário teve a oportunidade de constitucionalizar seus objetivos de reforma, através do deslocamento do locus reformista dos três poderes para a assembléia legislativa, onde muito foi conquistado (ARRETCHE, 2005).

Com a Nova República ficou estabelecido que, como estratégia de ação, haveria o aprofundamento das Ações Integradas em Saúde (AIS), para que assim criassem as condições técnicas, administrativas e políticas para a construção do Sistema Nacional de Saúde, fundado na descentralização e universalização do atendimento.

Houve a tentativa de articular o Ministério da Saúde e Previdência e Assistência durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, o que forçou o governo a assumir a bandeira da Reforma Sanitária levando em consideração a habitação, saneamento e alimentação, para se obter melhores resultados nas taxas de mortalidade e morbidade.

Houve, em 1987, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ponto decisivo para o desenvolvimento do processo de descentralização e redefinição das atribuições dos governos federal, estadual e municipal, que foi tema de grandes debates através da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). No entanto, o SUDS foi pouco representativo no processo de Reforma Sanitária, tornando-se apenas a passagem para o Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Nacional de Saúde e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) não responderam às principais necessidades, como a unificação dos aspectos preventivos e curativos, evidenciando a crise da política de saúde, visto que nestes predominavam as ações curativas e o padrão de privatização da medicina.

Na nova Constituição (1988), a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementada, tendo o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária. O texto Constitucional foi inspirado nas teorias defendidas durante anos pelo movimento sanitário (BRAVO, 2000). Tem em sua estrutura a saúde como universal e gratuita, a responsabilidade estatal em substituição ao modelo de Seguro Social; a unificação da Política de Saúde em qualquer nível de governo e o comando da Política para o Ministério da Saúde (ARRETCHE, 2005).

Igualmente, cabe apontar que em termos conjunturais o cenário era completamente favorável a projetos calcados nestes princípios. O país apresentava uma reorganização diversificada do movimento social e acabava de sair de um processo ditatorial que durou cerca de vinte anos. No plano da política de saúde tinha-se também um ambiente adequado a mudanças, seja em função da história que o movimento sanitário havia construído, seja em função do lastimável quadro epidemiológico que o Brasil apresentava naquele momento. As características apontadas na Constituição, fruto da luta do movimento sanitário como a universalidade, gratuidade, integralidade e em especial a descentralização visavam eliminar a dualidade entre a assistência curativa e a preventiva como também tirar a assistência curativa do âmbito da Previdência, do INAMPS. Algumas estratégias foram utilizadas a fim de enfraquecer o INAMPS, como a transferência do INAMPS da Previdência para o Ministério da Saúde, onde em seguida foi extinto (ARRETCHE, 2005).

Em 1989, houve um das últimas conquistas do Movimento durante o Governo de Sarney, a formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), que foi regulamentada em 1990, Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Ao fim da década de 1980, surgiram incertezas com relação à implantação do Projeto de Reforma Sanitária, devido à fragilidade das medidas reformadoras, à ineficácia do setor público, às tensões com os profissionais de saúde, à redução do apoio popular. Desta forma vê-se que a concretização da Reforma foi permeada por dois elementos de tensão: o reformador e o revolucionário (BRAVO, 2000).

Assim, a criação e posterior implantação do SUS foram acompanhadas por vários focos de tensionamento, o principal deles incorporado pela opção do governo da época em flexibilizar ainda mais as regras de abertura do país ao mercado, e nesse contexto inclui-se o setor saúde. A contradição estabelecida entre um Sistema de Saúde de base universalista baseado na concepção de seguridade social se contrapunha ao incentivo a expansão dos serviços mistos ou privados em saúde.

1.2 A INFLEXÃO LIBERAL E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Na década de 1990 o Brasil experimentou os efeitos do ajuste estrutural promovido em nível mundial a partir do Consenso de Washington (1989), o que produziu uma redução do papel do estado na proteção social, acompanhada pela quebra dos direitos sociais conquistados em 1988, na carta constitucional, bem como, resultou numa acentuação da precarização das relações produtivas. A sociabilidade do capitalismo estabeleceu-se, inclusive com efeitos diretos sobre as políticas que compreendem a seguridade social nacional. A prestação da assistência a saúde passou a ter uma participação maior do mercado em termos de oferta e a sociedade civil assumiu os custos da crise. No que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, além da omissão do Governo na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Foi nesta mesma década que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) foi aprovada, no entanto, houve constantes tentativas do então presidente, Fernando Collor, de reverter o SUS. Para tanto o sistema teve 25 artigos vetados da Lei 8.080/90, lei que regulamenta as ações e serviços de saúde no Brasil, em especial os artigos que tratam da extinção do INAMPS e dos recursos vinculados ao financiamento do SUS. Foram dois meses de debates até que os impasses fossem resolvidos e as leis 8.080/90 e a 8.142/90, que tratam da organização do sistema e da participação da comunidade na gestão do sistema, fossem aprovadas, frustrando as constantes tentativas de desarticulação do SUS, sendo então caracterizado o Sistema Único de Saúde (ARRETCHE, 2005).

Na estrutura institucional de divisão de responsabilidades do SUS, o Governo Federal ficou responsável pelo financiamento e a coordenação intergovernamental, os estados ficaram com a incumbência de dar suporte aos municípios e estes incorporaram a responsabilidade de gerenciar os programas locais. Desta forma, o Ministério da Saúde ficou como o principal ator, tomador das decisões referentes à Política Nacional de Saúde. No entanto, essa partilha de responsabilidades e por conseguinte de poder se processou muito mais na retórica do que nas ações concretas, já que a realidade das municipalidades é a de assumir parte dos encargos destinados as outras esferas gestoras (estados e união).

Apesar do SUS estar amparado pela Constituição de 1988, um passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde, foi a publicação do decreto nº. 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Em julho de 1993, quase três anos após a

promulgação da lei 8.080, que regulamentou o SUS, o INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS.

O financiamento do SUS se dá pelo orçamento da seguridade social, da União dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Existem três formas de transferência de recursos do SUS da União para os estados, Distrito Federal e Municípios. A primeira é a transferência fundo a fundo onde os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independentemente de convênio ou qualquer outro instrumento congênere, segundo as condições de gestão; a segunda é a Transferência por Serviços Produzidos. Nesta, os recursos são pagos diretamente a prestadores da rede estadual ou privados, contratados ou conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, obedecendo às tabelas editadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção a Saúde; a última é por Convênio onde os recursos são repassados visando à execução descentralizada de programas e ações de saúde, com interesses mútuos, ou o cumprimento de emendas parlamentares ou, ainda, a assistência financeira suplementar.

A municipalização da saúde foi estabelecida na Constituição Federal Art. 30 e na Lei Federal 8.080. Com ela os municípios passam a serem responsáveis imediatos pelas suas próprias necessidades de saúde, não isentando as demais esferas governamentais e a sociedade de suas atribuições.

O SUS, através da Constituição Federal de 1988, possibilitou à população o exercício da cidadania através dos Conselhos de Saúde que, embora sejam utilizados como locus de influência partidária em algumas localidades, apontam para a democratização participativa da saúde. São órgãos de controle do SUS pela sociedade, criados para que a coletividade possa intervir na sua gestão. Funcionam como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, seus componentes são os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários.

Os conselhos de saúde funcionam em três instâncias municipal, estadual e a nacional. Os governos devem garantir autonomia para o funcionamento dos Conselhos através de dotação orçamentária, estrutura administrativa e secretaria executiva. São instituições deliberativas e devem funcionar com autonomia, devem ter a participação paritária entre usuários e demais segmentos, sendo 50% de representação dos usuários, 25% de trabalhadores do SUS, e os demais 25% de prestadores de serviço gestão do sistema. No entanto, são encontrados aspectos presentes na década de 1990 como a ênfase na focalização,

na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na inviabilização da concepção de Seguridade Social.

[...] um exemplo de focalização, pode ser destacado a centralidade do programa saúde da família (PSF), sem alterá-lo significativamente para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para a população carente. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade (BRAVO, 2006, p. 104)

As principais disputas das “regras do jogo”, segundo Arretche (2005), estão alocadas nas questões referentes à descentralização, onde estão os pontos que tratam dos mecanismos através dos quais os governos locais assumiram as funções de gestão dos sistemas locais e os mecanismos de transferência de recursos federais, destino e modo de avaliação. Na implantação do SUS houve uma nova mudança, a saída da reforma sanitária do lócus do parlamento para o poder executivo. Nesse quadro tivemos a nomeação de Alcenir Guerra, ex-funcionário do INAMPS, como ministro da saúde, sendo esta uma tentativa do governo Collor de atingir o sistema.

No período de 1993 a 1994, no governo de Itamar Franco houve a nomeação do sanitarista Jamil Haddad para o Ministério da Saúde. Foi então criado o Grupo Especial de Descentralização (GED), a fim de formular uma nova NOB para substituir a que Collor havia feito, tendo então o papel de definir as estratégias e normas que operacionalizam o Sistema de Saúde. Ainda neste pequeno período tivemos a suspensão da transferência de recursos para o Ministério da Saúde pelo Ministro da Previdência, Antonio Brito, a fim de resolver os problemas da Previdência ficando a saúde apenas com o Orçamento Geral da União (ARRETCHE, 2005).

Essa instabilidade, que historicamente tem caracterizado a gestão do financiamento do Sistema, se constitui num entrave grave, revelando a inconsistência com que a política de saúde, e o novo Sistema Nacional foram conduzidos.

O período de 1995 à 2003 foi marcado pela escassez de recursos do Ministério da Saúde devido ao “golpe” dado pelo ministro Antonio Brito. Em contrapartida, Adib Jatene, ministro da saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso, aprovou a Emenda Constitucional que cria a CPMF a fim de acrescer os recursos da saúde. No entanto, Pedro Malan, ministro da Economia junto ao Ministro do Planejamento cortaram os recursos oriundos do Governo Federal para a Saúde, ficando o CPMF apenas como substitutivo dos recursos existentes. Após este episódio Adib Jatene renunciou ao ministério. Tivemos nesse

período a construção na NOB 96, que trouxe alterações no sistema de transferência referente ao financiamento (ARRETCHE, 2005).

Esperava-se que no Governo Lula houvesse o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, no entanto, tem-se mantido a polarização deste e do Projeto de Saúde Privatista. Apesar desta polarização, o conceito de Reforma Sanitária, abandonado nos anos 1990, foi resgatado pelo atual governo em seu primeiro mandato. Vê-se isso a partir da escolha de profissionais comprometidos com a Reforma para ocupação do segundo escalão do Ministério da Saúde. As inovações na política de saúde dizem respeito também à criação de secretarias e à convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em dezembro de 2003 que, por sua vez, não teve o efeito esperado, não conseguindo atuar como mecanismo de democratização. Foi criada então, a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde com a função de formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. Outra inovação foi a criação da Secretaria de Gestão Participativa para o fortalecimento do controle social, a organização das Conferências de Saúde e o estabelecimento da comunicação do Ministério da Saúde com outros níveis da sociedade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão.

O SUS é o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população. Fazem parte do Sistema: os centros e postos de saúde, os hospitais - incluindo os universitários, os laboratórios, os hemocentros (bancos de sangue), além das fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

Além da Legislação que o ampara através da Constituição Federal de 1988, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, existiram, complementarmente as Normas Operacionais do SUS:

- a) NOB-SUS 01/91 Resolução N.º. 258/1991 /INAMPS, instituiu a UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial, para o financiamento das atividades ambulatoriais; a

AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para o financiamento das internações hospitalares; definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS para o financiamento de Programas Especiais em Saúde e para investimentos no setor saúde;

b) NOB-SUS 01/92 Portaria Nº. 234/1992/MS, criou o CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, como instâncias gestoras colegiadas do SUS; enfatizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde; normalizou o Fundo Nacional de Saúde; descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's pelas Secretarias Estaduais de Saúde;

c) NOB-SUS 01/93 Portaria Nº. 545/1993/MS, lançou o documento denominado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei"; deu maior ênfase à municipalização da saúde; criou a CIT - Comissão Intergestores Tripartite e a CIB - Comissão Intergestores Bipartite, como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente;

d) NOB-SUS 01/96 Portaria Nº. 1.742/1996/MS Instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde, o município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão, os estados passam a ser meros mediadores, a União normaliza e financia e o município gere e executa. Criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena. Instituiu o PAB - Piso da Atenção Básica. Institui a PPI - Programação Pactuada e Integrada;

e) NOAS-SUS 01/01 Portaria Nº. 95/2001/MS Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual. A ênfase na municipalização (atomização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização);

f) NOAS-SUS 01/02 Portaria Nº. 373/2002/MS, aperfeiçoou e revogou a NOAS-SUS 01/01.

O SUS é resultado de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade, estando ainda sujeito a alguns aperfeiçoamentos. Ele tem como princípios a universalidade, igualdade e integralidade do acesso aos serviços. De acordo com a Lei 8.689, o gestor do SUS em cada esfera deve, trimestralmente, apresentar ao Conselho o relatório detalhado, contendo, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados,

auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

A partir de 1990, inicia-se um processo de reforma no SUS e um de seus indicativos é a implementação acelerada de dois novos programas, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa Saúde da Família (PSF), e os criados no início da mesma década, o que resultou em alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização e prestação dos serviços, alterando inclusive o processo de descentralização. Tal alteração foi sentida a partir da centralização com que ambos os programas foram criados e implementados sem a pactuação necessária com os gestores municipais e estaduais, num movimento, portanto, oposto ao que se esperava num contexto de partilha de poderes. Assim, a descentralização da saúde configurou-se mais numa desconcentração de recursos financeiros e de responsabilidades.

Durante a década de 1990 emergiram os debates sobre a temática da família, devido à crescente pauperização da sociedade, ao aumento da exclusão social e da criminalidade entre os adolescentes. A família se tornou foco das abordagens das políticas inclusive a de saúde.

Houve, nesse período, o retorno de algumas doenças epidêmicas o que demonstrou certa fragilidade das ações preventivas existentes, beneficiando a implantação de Programas com foco na estrutura familiar. Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a fim de contribuir para redução da mortalidade infantil e materna, como também recuperar o controle das doenças epidemiológicas. Após a experiência com o PACS, foi pensado pelo Ministério da Saúde o PSF no intuito de substituir o modelo habitual, curativo, pelo modelo preventivo centrado na família. Esta, por sua vez, percebida no seu todo, no ambiente físico e social em que vive. No contexto internacional, a consolidação de sistemas nacionais baseados em Atenção Primária à Saúde (APS) em países como Canadá, Cuba e Reino Unido, entre outros, serviam de estímulo ao avanço da discussão no Brasil. Mas, apesar dessa multiplicidade de formas existentes, o PSF foi concebido como uma estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, para efetivar os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade.

Com relação ao financiamento, no início do PSF os repasses eram feitos por convênio, sem financiamento constante. A partir da edição da Norma Operacional Básica SUS 01/96 modificaram-se os critérios de alocação de recursos para a atenção básica de saúde, como a transferência fundo a fundo e automática aos municípios habilitados. Há um valor per capita referente ao Piso de Atenção Básica de Saúde (PAB) com uma parte fixa e outra variável, de

acordo com a adesão dos municípios à implantação de equipes de saúde da família. Atualmente os repasses vêm sendo feitos por cobertura populacional dos municípios.

O território definido em cada área onde estão situadas as famílias cadastradas por essas equipes é subdividido em micro-áreas. O número de micro-áreas corresponde a subdivisões do universo populacional, de forma a garantir, na metodologia de trabalho, a vinculação dos agentes comunitários. São envolvidos neste trabalho equipes multiprofissionais compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários, que poderão ser ampliadas a critério do município, vinculadas a cerca de mil famílias (3.450 pessoas em média), dedicando tempo integral - 40 horas semanais - em unidades muito próximas à população a ser atendida. Outras categorias profissionais estão na luta pela sua inserção nos PSFs a exemplo do Serviço Social, Psicologia e Fisioterapia, e alguns avanços têm ocorrido como em Campina Grande – PB, onde o Assistente Social já está inserido nas equipes e em São Tomé, interior do Rio Grande do Norte, que já incluiu o Fisioterapeuta na equipe multiprofissional do PSF.

No entanto, surge uma velha-nova questão no campo da saúde, pois apesar das novas experiências no campo da saúde, existe o debate sobre a necessidade de realizar um atendimento humanizado desde a atenção primária em saúde até o atendimento hospitalar.

Questão que emerge devido ao acelerado processo tecnológico e de especialização, a conjuntura atual da medicina que não tem viabilizado a melhoria do relacionamento entre médicos e pacientes para um atendimento humanizado e de boa qualidade. Hoje existem alguns projetos de humanização da saúde, mas para que esta ocorra é necessário que haja um relacionamento entre profissionais – instituição – equipe - paciente, pautadas, na ética, mudanças na estrutura organizacional e de atendimento na cultura organizacional construção da intersetorialidade. Desta forma o que se deve levar em conta é o contexto social, familiar e pessoal em que o paciente está inserido objetivando uma leitura de suas necessidades. Para que haja a humanização é necessário que dentro da instituição perceba-se o outro, pois humanização e ética caminham juntas, e essa percepção é necessária para que se tenha uma qualidade técnica e internacional (FORTES, 2004).

Muitos problemas dos pacientes podem ser amenizados e até resolvidos se estes sentirem que são ouvidos e compreendidos pelos profissionais que o estão tratando, em especial o médico. Um dos aspectos que mais tem chamado atenção da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe (BRASIL, 2004).

Esse quadro de despreparo junto aos modelos centralizados de gestão, fez com que o Ministério da Saúde criasse a Política Nacional de Humanização (PNH) a fim de, promover, segundo o Ministério da Saúde:

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004, p. 8)

Entre os princípios da humanização estão a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, dando ênfase ao respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e as populações específicas; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, entres outros aspectos. Alguns resultados que se esperam a partir da humanização é a redução de filas e o tempo de espera, com a ampliação do acesso e atendimento acolhedor resolutivo, baseados em critério de risco, e o conhecimento para o usuário de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.

No que se refere à implantação do processo de humanização hospitalar é necessário que haja: otimização do atendimento ao usuário; mecanismos de escuta para a população e trabalhadores; equipe multiprofissional de atenção básica para seguimentos de pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família ou sua rede social; mecanismos de desospitalização; ouvidoria funcionando; entre outros mecanismos.

1.3 BALANÇO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VIA SUS NA ATUALIDADE

Faremos nesse sub. capítulo um balanço das políticas de saúde na atualidade no que se refere ao SUS. Para tanto, iniciaremos uma explanação sobre algumas categorias que cercam este processo e que trarão maior entendimento. No rol de categorias importantes destacam-se: a democracia via participação da sociedade civil, a universalidade de acesso aos serviços e a equidade na materialização do direito à saúde, veremos assim como estas categorias

influenciam o SUS hoje, sua implementação e, particularmente, sua relação com o controle social.

Coelho (2010, p. 173) nos traz a conceituação de Democracia formal e da democracia substancial, onde a democracia formal consiste em “[...] um processo no qual temos eleições universais, com critérios razoavelmente claros, periodicidade definida, caráter competitivo, onde a população adulta escolhe seus tomadores de decisão em eleições garantidas por um conjunto de instituições que lhe dão suporte”. E a democracia substancial teria a mesma definição da democracia formal acrescida do sentido do termo igualitarismo. Para alguns autores a utilização do termo igualitarismo pode significar a retirada do sentido do que seja um regime democrático, fazendo com que este se torne um regime socialista, isto se deve ao fato da igualdade ser uma característica própria das sociedades socialistas, além de que, nem sempre, esta se faz presente como característica de um regime democrático, regime que por muitas vezes pode até causar a desigualdade.

Coelho (2010) traz também o entendimento do senso comum sobre a democracia e o que consiste esse termo, de forma que o formato de democracia que se entende pelo senso comum é o da democracia formal, na qual consta a ausência do termo igualitarismo. Segundo o autor, esse fato se deve a recente presença deste nas discussões mundiais, e mais fortemente ao fato de historicamente em suas experiências o regime democrático não ter trazido para as suas realidades a ideia de igualdade, visto que, nem sempre a democracia vem a beneficiar a maioria desfavorecida da sociedade podendo, muitas vezes beneficiar as minorias favorecidas da sociedade, como também pelo fato de uma ditadura poder vir a beneficiar a massa da população.

Esse entendimento de democracia pelo senso comum, o qual não traz consigo a ideia de igualdade e pode ser prejudicial no que se refere ao andamento das políticas brasileiras, visto que com uma sociedade que não carrega consigo o sentido da igualdade, esta não busca mecanismos que venham a garantir essa igualdade nas ações e no acesso aos serviços, podendo até reforçar o tratamento que carregue consigo a iniquidade no acesso aos serviços e na prestação destes. Temos também aqui a democracia participativa a qual consiste na democracia que traz consigo a participação popular nas decisões das políticas, através de mecanismos de controle social pela sociedade civil. Desta forma, a democracia participativa também conhecida como representativa, não se restringe apenas ao voto e anda junto com a igualdade de direitos à medida que todos têm direito de realizar esse processo de controle e da participação nas decisões e monitoramento das políticas. Desta forma, temos na Política de Saúde alguns pontos de viabilidade da democracia, que abarcam a igualdade de direitos, e a

participação civil através do controle social, são esses: o acesso ao sistema de saúde e a acessibilidade dos serviços pelos usuários, assim como a equidade em saúde.

Assim, temos que um dos importantes mecanismos de democracia no SUS se dá através do acesso aos serviços do sistema de saúde. De início delimitemos o que seria acesso, visto que é um termo frequentemente utilizado como sinônimo de acessibilidade. Acesso e acessibilidade no SUS são conceitos em dados momentos ambíguos e conceitos que não adquiriram um consenso dos intelectuais em suas definições. Alguns autores utilizam acesso e acessibilidade como sinônimos, mais aqui iremos utilizar a conceituação de DONABEDIAN (1972) apud LORA (2004) e Starfield (2002) apud Souza et al. (2008), nas quais o acesso trata-se do alcance aos serviços de saúde, a busca dos usuários pelo atendimento e suas implicações, ou seja, a forma como o atendimento ocorre, a qualidade, eficiência e eficácia deste. Nesse sentido temos que a acessibilidade trata-se do caminho percorrido para esse atendimento, abarca os entraves geográficos e a infra-estrutura até a chegada e o acesso do usuário ao serviço, estaria então relacionada às facilidades ou dificuldades enfrentadas pelos usuários, sejam eles cadeirantes, idosos ou mesmo a simples distância entre a casa dos usuários e o serviço de saúde. No entanto, essas dificuldades vão além do plano físico. Estão também relacionadas às características sócio-econômicas, culturais, à obtenção de informação, e conhecimentos que viabilizem ao usuário a busca pelo serviço.

Acesso e acessibilidade são meios de se alcançar a universalidade, na medida em que temos o acesso universal como um dos princípios fundamentais do SUS. Dessa forma, a garantia do acesso ao serviço torna-se condição para a universalização do acesso, e este se dá também pela ampliação dos serviços e das formas de acesso dos usuários ao setor. Vale então salientar que o acesso se dá de vários modos, seja pelo atendimento no posto médico, pela marcação de consultas e exames, pelo recebimento dos resultados dos exames, ou mesmo pela medicação, entre tantas outras formas. Acesso e acessibilidade são elementos que juntos funcionam como mecanismos contribuidores da universalidade na saúde.

Com o estabelecimento do princípio da universalidade na saúde, temos como partes desse princípio, a garantia da cobertura universal, a integralidade dos serviços e universalidade do acesso. Todos os cidadãos passaram a ter direito aos serviços de saúde, visto que até a promulgação da Constituição de 1988 apenas os segurados pela previdência social e segurados privados tinham acesso aos serviços de saúde. Essa ampliação da cobertura instituída pelo SUS é parte contribuinte da universalização e gratuidade do sistema de saúde, no entanto, a ausência de ônus por parte dos usuários para acessar os serviços de saúde, não esta solidificada à medida que existem diversas formas de se custear os serviços. Segundo

Travassos (1997) esses serviços são custeados pelos usuários através de transporte para se chegar aos locais de atendimento, do tempo de espera para o atendimento, aquisição de medicamento, entre outras formas indiretas de se alcançar os serviços de saúde. Esses pontos tendem a significar as maiores despesas diante da renda baixa dessa parcela populacional que em geral vivem em locais onde a disponibilidade dos serviços é escassa, dificultando, assim, o acesso universal.

No que se refere à universalidade de acesso nos serviços do SUS, temos aqui alguns pontos a refletir: que universalidade delineia-se hoje em nosso sistema? Universalidade de acesso simplesmente, sem se considerar os demais direitos constituintes desse processo? Qualidade, integralidade dos serviços fazem parte dessa universalidade?

Faveret apud Fonseca (2004), explica o que ocorreu com a universalidade, visto que em sua implantação o SUS sofreu uma série de retaliações institucionais, em especial no que se refere ao financiamento, onde os serviços (devido ao baixo financiamento) se tornaram de baixa qualidade, serviços pobres e direcionados para pobre. A inclusão da população de poder aquisitivo baixo no sistema de saúde, teve em seu andamento o reduzido financiamento, e frágil qualidade dos serviços. Esse movimento fez com que a população que tivesse um mínimo de recursos procurasse os seguros privados de saúde, o que para Faveret seria a chamada universalidade excludente.

A universalidade passou a excluir a parte da população que tivesse um mínimo de condições financeiras para pagar seus próprios riscos, para se auto proteger, ficando assim apenas os pobres na busca pelo acesso ao sistema de saúde público e de baixa qualidade. Tem-se, portanto, colocado para os atores que vivenciam o SUS a emergência de um outro princípio que é a equidade.

Rawls apud Coelho (2010) conceitua a equidade, como sendo a desigualdade justa. Rawls inova quando passa a trabalhar com a ideia de que a equidade funcione tornando o tratamento desigual justo desde que beneficie ao indivíduo mais carente. Para o autor, o tratamento diferenciado deve funcionar para reduzir ou eliminar a desigualdade existente entre eles, visto que, indivíduos mais carentes necessitam de maior apoio estatal.

Devemos então deixar claro a diferença do termo equidade e iniquidade, onde o primeiro trata-se do tratamento diferenciado para beneficiar o indivíduo carente e o segundo trata das “desigualdades que são criadas por processo histórico e pelos modos de organização e de produção da sociedade” (RAWLS apud COELHO, 2010, p. 174).

Para que se tenha equidade é necessário que se tenha direito às liberdades básicas em consonância com as liberdades de todos os cidadãos, e nesse sentido as desigualdades entre os

cidadãos deve estar ligada apenas às funções que as pessoas desempenham na sociedade. Desta forma todos teriam chances de acessar boas oportunidades. Coelho (2010) diz que as liberdades básicas iguais seriam a liberdade de pensamento e de consciência; liberdade política, e de associação, assim como direitos específicos pela integralidade e direitos abarcados pelo estado, como o direito a saúde.

Dentro das políticas de saúde a equidade está vinculada a três sentidos, são estes: a equidade na saúde, a equidade no acesso à saúde e a equidade na gestão do SUS.

A equidade na saúde carrega consigo os determinantes sociais do processo saúde doença que se encontram vinculados a fatores e hábitos de vida; a equidade no acesso à saúde refere-se aos mecanismos que necessariamente levam o usuário ao acesso aos serviços de saúde, levando-se em consideração a organização do sistema de forma a se identificar as diferenças no que tange à desigualdade justa explicitada por Rawls. Desta forma a Equidade no uso de serviço de saúde não resulta necessariamente em equidade em saúde: e, por fim, a equidade em gestão do SUS, a qual se baseia na:

[...] igualdade de condições e oportunidades entre todas as unidades político administrativas da Federação Brasileira para a realização dos “funcionamentos” e desenvolvimento das “capacidades” necessárias à organização e implementação de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população local (Lucchesse, 2003, p. 04)

Como buscar essa equidade no acesso a saúde, a equidade em saúde e até mesmo a equidade em gestão no SUS senão por mecanismos de controle social, mecanismos de empoderamento que possibilitem aos usuários dos serviços de saúde o alcance destas equidades. Coelho (2010) diz que os Liberais vêem que através do empoderamento da parcela menos favorecida da população poderiam ocorrer pressões por reformas que prejudicassem as demais parcelas da sociedade, financeiramente, ou até mesmo que a massa populacional viesse a instalar um governo próprio.

Já Para os Sociais Democratas, a democracia empoderava os mais pobres, tinha impactos fortemente redistributivos, e pressionavam pela democracia, na esperança que os menos favorecidos viessem a conquistar influência política para obter uma sociedade mais justa. Desta forma, temos que a ideia de empoderamento é algo temido dentro do sistema em que vivemos, por significar a possibilidade de prejuízo futuro para a sociedade mais abastada da população, mesmo esta sendo minoria, visto que de acordo com os sociais democratas, essa seria uma forma de direcionar políticas redistributivas e de galgar políticas que venham a

possibilitar a busca pelo igualitarismo, não apenas no acesso à saúde, mas em todos os segmentos da sociedade, o que prejudicaria, financeiramente, essa parcela da população.

A Reforma Sanitária Brasileira foi construída nos moldes da democracia formal, não carregando consigo a característica do igualitarismo nem da equidade, o que distanciou mais a possibilidade de termos essas características presentes nas políticas de saúde, pois na construção do SUS, o igualitarismo e a equidade não estiveram enraizadas e portanto ainda não foram consolidadas. Mesmo que em seus princípios constitucionais tais características estejam presentes, na prática elas não estão arraigadas na origem na Política nem nos preceitos da sociedade brasileira.

A Reforma Sanitária não foi fruto de movimentos populares e sim de um movimento da elite trabalhadora e intelectual, contudo trouxe consigo vários mecanismos de participação popular como os conselhos e os inseriu nas políticas brasileira, tornando assim o setor saúde democrático onde a sociedade pode influenciar as políticas não só em período eleitoral, mas em sua efetivação e nas tomadas de decisões (COELHO, 2010).

No entanto, devido a construção histórica das políticas de saúde no Brasil, marcada pela desigualdade, precarização, clientelismo, entre tantas outras características, temos uma marca presente nesta, que vai em contraponto a equidade no acesso à saúde, que são as iniquidades na saúde e no acesso à saúde, existentes no Brasil. Como já mencionado anteriormente alguns fatores causaram o distanciamento da equidade na saúde, esses fatores são fatores históricos, visto que o país construiu um parque industrial sob os custos de uma dívida externa e interna. Para o pagamento desta dívida as políticas sociais foram por muitas décadas, no Brasil, sacrificadas, impedindo investimentos nas áreas de educação e saúde (MENICUCI, 2009).

Devido à dívida externa brasileira passou as políticas sociais passaram a funcionar como instrumento de desigualdade social, essa característica nós carregamos em nossas políticas até os dias atuais, onde sempre que se tem uma crise financeira e procura-se o dinheiro para sanar necessidades outras, as políticas de saúde, educação e assistência são as primeiras a serem atingidas, afastando assim a possibilidade de autonomia da população.

Desta forma, temos que o princípio da igualdade de cidadania desdobra-se no princípio da universalidade das regras de distribuição, e que o princípio da equidade é um espaço de igualdade que faz parte dos direitos de terceira geração “[...] que seriam o direito ao desenvolvimento, a paz, ao meio ambiente, e à autodeterminação dos povos, fundados na ideia de solidariedade, ao contrário dos individuais e civis, tem caráter coletivo” (MEDEIROS, 2007, p. 38).

A equidade é algo que deve estar em processo de transformação e que tem suas características flexíveis quando aplicada, visto que à medida que têm seus objetivos alcançados, sua configuração deve ser modificada a fim de alcançar novos resultados. A equidade se constitui num princípio que quando aplicado contribui para uma elevação do padrão de qualidade no atendimento. Num contexto marcado por múltiplas iniquidades em saúde, tal princípio assegura que nenhum indivíduo deve estar fora dos níveis de atendimento, possibilitando acesso igualitário de acordo com as necessidades demandadas, sendo consensual que a equidade nasceu da necessidade de equilíbrio na distribuição de ganhos e perdas e que cada um tenha direito a um padrão de vida de qualidade, sem sofrer discriminação de qualquer espécie, porém no contexto da assistência pública à saúde no país, tal princípio ainda está longe de se materializar.

Coelho (2010) afirma que a estrutura social heterogênea no Brasil é outro ponto que vem a dificultar a presença da equidade nas políticas de saúde, à medida que de acordo com a Teoria das Escolhas Racionais, grupos pequenos teriam maior facilidade de entrar em acordo e lutar por algo. Desta forma a massa da sociedade teria dificuldade em fazer o mesmo, visto que grandes grupos tem dificuldades e objetivos comuns.

Devido a estas características e marcas históricas na construção das políticas públicas brasileiras, nós teríamos hoje, no Brasil, como modelo de proteção social, um modelo assistencial de caráter emergencial, voltado para os pobres, com características caritativas, reeducadora, com bases voluntaristas e políticas públicas descontinuas, o que não configura uma relação de direito social, visto que trabalha com medidas compensatórias e com o sentido da Cidadania invertida, onde o indivíduo entra na relação com o Estado no momento em que se reconhece como não cidadão, sem direitos e acesso aos dispositivos sociais (FLEURY, 2009).

Indo de encontro ao que a realidade brasileira, o modelo que passa a vigorar a partir da Constituição de 1988 é o pautado na seguridade social, que estrutura a organização da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. Esse novo padrão caracteriza-se pela universalidade da cobertura. A implantação das políticas públicas exige decisão e iniciativa governamental, como também instrumentos para a ativação da política e recursos financeiros para que esta se concretize (MENICUCCI, 2009).

Campos (2007) faz um questionamento sobre a sustentabilidade do SUS, o qual demonstra que há sim grandes entraves que vem a impedir seu crescimento, entre eles o financiamento, mas que, contudo há crescimentos, não na velocidade nem com a qualidade esperada, a exemplo da atenção primária que vem sendo construída e que vem funcionando, mas com um crescimento lento e com grandes falhas de implantação.

Segundo Menicucci (2009), devido às fragilidades da base política a implantação do SUS resultou num sistema híbrido público/privado, devido ao processo de democratização que veio acompanhado de ajuste e estabilidade econômica acompanhados das reformas estruturais que seguiram no sentido contrário da reforma. A Crise fiscal foi outro ponto que veio a ser entrave na implantação SUS devido à limitação das possibilidades de ampliação dos serviços para a universalização. A crise fiscal e a conjuntura funcionaram como freio a atuação redistributivas do Estado.

A falta de identificação dos segmentos organizados da população com uma assistência pública e igualitária contribuiu para o enfraquecimento da proposta de caráter publicista e universalista, e fortalecimento da fragmentação e segmentação, reforçando a ideia de que ao SUS cabe os cuidados à população mais pobre. Outro ponto é a dependência do SUS no setor privado de prestação de serviços, existe sim uma ampliação da rede pública, através de serviços e leitos hospitalares, mas essa não tem sido proporcional aos dados que temos da saúde suplementar e os leitos hospitalares são extremamente insuficientes e incomparáveis aos leitos privados.

Avanços efetivos em relação ao acesso, à integralidade e à gestão, no sentido da gestão o SUS instituiu um pacto federativo democrático, com ações articuladas pelas três esferas governamentais. O sistema regionalizado que envolve essas articulações veio no sentido de constituir uma institucionalidade que lidasse com as questões pertinentes aos dilemas federativos presentes na implementação da política. Gestão de rede de serviços junto à descentralização põe necessidade de combinar a autonomia dos entes federativos e a cooperação entre eles a fim de garantir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde (MENICUCCI, 2009).

Importante salientar que falamos em rede no sentido amplo, que pressupõe a interligação de saberes, não apenas o dialogo de equipamentos ou o sistema de referência e contra referência, mas rede no sentido da interligação de saberes, da interdisciplinaridade.

Um ponto que causa relevante entrave ao SUS e seu funcionamento é a questão do financiamento, visto que é algo que não está dentro dos limites de atuação do SUS, depende de uma força externa e que atinge diretamente o funcionamento da política de saúde. Em dissonância há o financiamento indireto da assistência supletiva à saúde, através dos incentivos fiscais do governo, e que não são questionados no plano político. Esses pontos Segundo Menicucci (2009) reafirmam o caráter dual do SUS, visto que a possível retirada desses incentivos não fiscais não acarretaria em um aumento de recursos para a saúde pública. Mostrando-se assim a dualidade do sistema de saúde brasileiro, que impede que o setor

público tenha na rede privada a garantia da prestação de serviços públicos. Vê-se então uma falta de regulação dos serviços, o que reforça a existência dessa dualidade à medida que o setor privado busca mecanismos de fuga do SUS, funcionando como segmento que existe à parte desse sistema, não servindo assim como parte do SUS e suporte para o sistema público de saúde, afastando a política do princípio da universalidade dos serviços.

Menicucci (2009) propõe então a existência de uma regulação e da elevação da discussão sobre a saúde para um âmbito maior, onde se discuta o Sistema de Saúde em si e todas as participações existentes neste, como forma de deixar o papel de cada segmento e de fiscalizar sua atuação. Neste ponto, tem-se claro que a regulação é algo delicado e polêmico à medida que esta deve ser exercida de forma indiscriminada, onde se inclui a regulação dos saberes, das práticas e do atendimento médico, não apenas a regulação macro que traça e fiscaliza a atuação do setor privado no Sistema, mas a regulação de todos os serviços.

CAPÍTULO II

2 O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: PROBLEMAS E PERSPECTIVAS

2.1 ANÁLISE SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

O termo controle social originariamente é tratado pela sociologia como sendo um conjunto de meios de intervenção, positivos ou não, acionados por uma sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, desestimulando comportamentos que possam contrariar a ordem vigente, alguns teóricos da sociologia tratam sob essa perspectiva a exemplo de Hobbes e Rousseau (GARELLI, 1995).

Contudo, com as influências da crítica marxista o termo controle social passou ser visto a partir da perspectiva crítica, dentro dos moldes atuais, tendo como lócus de transformação, em especial, a reforma sanitária. Desta forma, faremos um retrospecto histórico a fim de resgatar as expressões de participação social na busca por um controle social, dentro dos moldes de cidadania e democracia no Brasil, buscando desde os movimentos operários até os dias atuais, que tem como lócus privilegiado do controle social as políticas de saúde através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde.

Ao realizarmos uma análise da história de utilização desse mecanismo de gestão democrática no Brasil (com o caráter de estímulo à participação popular) se faz necessário um retorno a década de 1970, momento em que houve as transformações ideo-políticas mais relevantes no país.

A partir da década de 1970, com um pouco mais de força e nos anos 1990 é que o controle social através da participação popular com os movimentos sociais passou a ter a nova e atual conotação, pautada na crítica marxista e na influência do Estado liberal e instrumental, onde quem faz controle social é a sociedade civil sobre as ações do Governo, a fim de garantir que as necessidades e vontades da população sejam atendidas, mantendo a fiscalização para que estas sejam alcançadas com transparência. A presença de organizações da sociedade civil no Brasil, como forma de tentativa de controle social através de conselhos, não é tão nova quanto parece:

Os primeiros indícios de comissões de fábricas neste país foram nos anos 1945-1947, com o ressurgimento do movimento operário sindical. Estas comissões tiveram um papel importantíssimo no encaminhamento de suas reivindicações imediatas e na transformação da estrutura sindical atrelada ao Estado em meio a luta dos operários (ALEXANDRE, 2002, p. 29).

Este foi um período de grande efervescência do movimento operário, em especial em São Paulo de forma que os conselhos operários foram de grande importância nessa articulação e luta por melhores condições de trabalho. Essas comissões estiveram em alguns momentos ainda mais presentes do que os sindicatos, inclusive nos movimentos grevistas. Em abril de 1964 os militares tomaram o poder do Estado brasileiro, através de um golpe de Estado, instaurando assim a Ditadura Militar, que teve com uma de suas primeiras incumbências a instalação da ordem. De forma que as organizações populares sindicais e organizações de trabalhadores que atuavam no âmbito da Reforma do Estado logo foram reprimidas e colocadas sob o controle da nova ordem (ALEXANDRE, 2002).

Desta forma o regime militar conseguiu, por algum tempo, manter os movimentos sociais sob controle e por alguns momentos tornando-os quase inexistentes, o que não foi possível por tanto tempo, visto que com toda a repressão a sociedade organizada foi ganhando força no sentido de querer se libertar das amarras da repressão.

A ditadura militar expandiu-se a tal ponto que existiu uma simbiose entre a ditadura e o capital monopolista. Considera-se que, a política salarial foi o principal instrumento da política econômica da ditadura, pois as medidas adotadas exerceram influências diretas e indiretas na acumulação do capital, na expansão das grandes empresas, no florescimento dos grandes negócios (BRAVO, 1996).

Junto a tal política salarial houve o aniquilamento das representações das classes trabalhadoras, que haviam sido conquistadas com muita luta o que possibilitou aos grandes empresários um espaço de diálogo e decisões na esfera Federal. Os militares passaram a qualificar a “sociedade civil” como incompetente e imatura, necessitando ser controlada pelo Estado, o que reforçou a Questão Social² tratada pelo binômio repressão-assistência. O cenário militar ocasionou então um rompimento na forma como se relacionava o Estado e a Sociedade de forma que na década de 1970, mais precisamente em seus últimos anos, os movimentos populares que já não conseguiam permanecer quietos diante da conjuntura

² CARVALHO E IAMAMOTO (2003, p. 77) conceituam Questão Social como sendo “A manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”. CASTEL (1998, p. 41) define a questão social por “uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão de uma sociedade. A ameaça de ruptura é apresentada por grupos cuja existência abala a coesão do conjunto”.

ditatorial e repressora da época, organizaram-se de forma mais concreta à medida que necessitavam buscar seus direitos.

De forma que ao fim desta década iniciou-se uma forte presença dos movimentos populares, movimentos sindicais, surgimento de partidos políticos como o Partido dos Trabalhadores e o movimento contra carestia (CORREIA, 2000).

Na década de 1970 surgiu um novo ator político, que veio a realizar críticas à política social e trabalhista do regime: a classe operária; que realizava greves em proporção (BRAVO, 1996). Outros movimentos surgiram como as associações de bairros e favelas, de negros, de mulheres e de defesa da ecologia.

A partir da crise do “milagre econômico”³, houve o reaparecimento das forças sociais no cenário político, destacando o sindicalismo operário, os trabalhadores rurais, e uma parcela da igreja que defendia os trabalhadores, assim como as entidades da sociedade civil, a exemplo dos movimentos urbanos e da imprensa. As principais questões desse período estão relacionadas ao aumento da dívida externa, às altas taxas inflacionárias e à recessão econômica que ocasionou o aumento da pauperização dos trabalhadores, o crescimento da mortalidade infantil e das doenças infecciosas. O aviltamento de tais problemas gerou o aumento da violência urbana e a crise energética.

Em 1974, nas eleições para o Legislativo, o povo votou em oposição ao regime. Tal fato desencadeou o aumento das prisões, torturas e mortes daqueles que se opuseram a ele, na tentativa de coagir e controlar a sociedade civil. Nos anos de 1977 e 1978, vários empresários lutaram pela volta do Estado de direito e o fim da ditadura, enquanto do outro lado houve fechamento do Congresso, o Pacote de Abril⁴ e o AI5⁵. A reabertura econômica se ampliava e na mesma época entrava em vigor a Lei da Anistia, que segundo Alexandre:

[...] era uma bandeira da oposição, que possibilitou a volta dos exilados políticos e ampliou as liberdades públicas. Foi aprovada a nova Lei Orgânica dos Partidos Políticos. Surgiram várias agremiações partidárias em decorrência das diferenças ideológicas e pessoais (ALEXANDRE, 2002, p. 31).

Assim, como foi assinalado acima o país vivencia um momento de efervescência, esta fruto da rearticulação do sindicalismo brasileiro. Desse modo, com essa nova conjuntura os

³ Período caracterizado pelo excepcional crescimento econômico que foi no período de 1969-1973, durante o governo Médici.

⁴ Pacote de Abril foi um conjunto de leis, outorgada pelo Presidente Geisel, que entre outras medidas promoveu o fechamento temporário do Congresso Nacional.

⁵ O Ato Institucional Número Cinco, ou AI-5, foi o instrumento que deu ao regime poderes absolutos e cuja primeira consequência foi o fechamento do Congresso Nacional por quase um ano.

partidos de oposição ao regime militar, o movimento sindical e a sociedade civil foram ocupando seu espaço no cenário político nacional.

Na Saúde tivemos nesse momento o Movimento da Zona Leste de São Paulo, que deu-se início em 1970 à partir da organização dos Conselhos Populares nesta região que ao se unificaram à força Católica, aos estudantes de medicina e médicos sanitaristas formaram o Movimento de Saúde em 1976. Em decorrência da circunstância em que viviam com o aumento da população urbana e em especial da periferia, que aumentava sua proporção e em decorrência, seus problemas sanitários e de saúde também se ampliavam (CORREIA, 2000).

Estes foram os primeiros movimentos no que se referia à saúde, visto que até então os movimentos eram relacionados à classe operária que não tinha a saúde como foco, e sim as condições de trabalho e também as condições salariais. Esse movimento junto a outras pequenas mobilizações como a de bairro, iniciaram abertura do movimento de participação social na área da saúde.

A intenção estatal sobre a questão social, no governo Geisel, explicitou uma crise em face da omissão ou inoperância do Estado perante as problemáticas sociais no período pós-64 (BRAVO, 1996). Como estratégia, o governo priorizou a questão social, resolvendo aspectos relacionados à previdência social. Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Plano de Metas e Bases e o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), além do Programa de Integração Social (PIS) e do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Foram feitos investimentos na educação, saúde, habitação, nutrição, direcionados aos pobres e o FUNRURAL, como forma de evidenciar o interesse do governo com a questão social.

No âmbito da Política Social, mais precisamente de 1974 a 1979, a intenção era obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares (BRAVO, 2006). Desta forma, temos que as poucas aberturas no que se refere à melhoria no atendimento da questão social pelo governo, na verdade eram concessões do Estado, dadas como forma de manipular as reivindicações e pressões populares, mantendo assim a ordem social. Junto a esta conjuntura em 1980, surge uma nova conformação política, a qual deixa de se basear no bipartidarismo da Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e Movimento Democrático Brasileiro (MDB) passando para o pluripartidarismo, onde surgiu o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), este com características anti-estatais, diante da crise de legitimidade do governo ditatorial que impedia qualquer forma de relacionamento entre Estado e Sociedade que viesse a dar um mínimo de poder e controle aos cidadãos.

O movimento sindical urbano consolidou-se, mas encontrou dificuldades para obter aumentos salariais, passando a lutar pela garantia da estabilidade no emprego e reajustes de acordo com a inflação. O movimento pelas “Diretas Já” indicava, em 1983, a insatisfação popular através de comícios e passeatas envolvendo milhões de brasileiros. O regime mostrou-se bastante inoperante diante dos problemas sociais, políticos e econômicos, pois não conseguiu realizar as mudanças necessárias no sistema previdenciário e de saúde (BRAVO, 1996).

Um ponto importante neste período foi a mobilização dos profissionais de saúde pelos interesses coletivos. Saúde e democracia passaram a ser uma relação discutida constantemente, favorecendo o desdobramento da luta política, articulando-se com sindicatos e movimentos populares que começaram a entrar em âmbito parlamentar. Alguns eventos foram significativos na saúde, como a realização da Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT); o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo; a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde; o I Encontro Popular pela Saúde; a Campanha da Fraternidade “Saúde para Todos”; e o Projeto Papucaia, que valorizava o saber e a participação popular.

De forma que a participação da sociedade civil na saúde ganhou dimensão política, passando a ser estreitamente ligada à democracia. Redefiniu assim as relações entre Estado e Sociedade, gerando demandas num lugar que mesmo regulado pelo Estado, não controlaria inteiramente a sua institucionalização (JACOBI apud CORREIA, 2000).

Tal conjuntura foi o cenário preponderante para existência do Movimento de Saúde como também foi locus cobrador de respostas governamentais. Tais, respostas foram dadas através da ampliação do atendimento básico e do próprio reconhecimento do Movimento de Saúde e das ações dos Conselhos de Saúde da época. Tais iniciativas obtiveram sua continuação em outras experiências em nível municipal, em geral, nos Governos petistas durante os anos 1980, a fim de inserir um novo modelo de gestão, hoje denominada de Gestão democrática ou participativa, visto que os Conselhos eram espaços onde se podiam tomar decisões em consonância com a vontade da população.

Na década de 1980, a pressão popular através dos Movimentos Populares, pela democracia ganhou força e proporção, de modo que os militares viram-se forçados a formar uma nova estratégia política a qual foi conhecida como a Nova República, de acordo com Correia (2000), com o intuito também de manter a expansão do capitalismo monopolista. Nesse momento como relata Iamamoto, o governo passou a fazer algumas concessões à população em especial aos trabalhadores, como forma de garantir a sua legitimidade.

De 1983 a 1984 tivemos um forte movimento popular no Brasil, denominado Direta Já, este tinha como objetivo pleitear as eleições diretas para presidente da República. Foi um dos maiores movimentos populares do Brasil que chegou a mobilizar um milhão de pessoas na cidade de São Paulo, no entanto não conseguiu alcançar o resultado pretendido naquele momento, mas conseguiu que houvesse uma pequena abertura onde civis poderiam concorrer a presidência, de forma que na eleição de 1985 Tancredo Neves foi eleito Presidente do Brasil, o qual faleceu antes de sua posse dando lugar a outro civil, José Sarney.

Os conselhos fortaleceram-se a partir das eleições de 1986. Em especial os conselhos populares das administrações democrático-populares do Partido dos Trabalhadores. (ALEXANDRE, 2002). Esses conselhos foram fonte de democracia participativa, mesmo sobre regência de rígida legislação, que impunha limites a suas atuações. O movimento sindical diminuiu as greves, em especial no setor privado. Em 1988 houve a aceleração da crise política e sócio-econômica, no entanto sem a mobilização dos movimentos. Iniciou-se então nesta década o processo de democratização e com ele as mudanças nas relações entre Estado e Sociedade. Foi nesse momento com as novas configurações políticas que os movimentos populares começaram, através de suas articulações políticas, a trazer um novo sentido para o termo Controle Social, através da intercessão popular no Estado e suas ações.

Esta foi uma época de relevante significação para o Controle Social na Saúde, visto que o Movimento Sanitário estava em plena efervescência pela busca da Reforma Sanitária e em constante articulação com o Governo Federal, conseguindo através de sua articulação grandes avanços, como já citado em capítulo anterior, avanços esses consolidados na Constituição Brasileira de 1988.

Correia (2000) ressalta alguns avanços especiais do Movimento pela Reforma Sanitária, como a inserção de propostas do movimento no Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (IPND-DR), tendo a saúde como direito de todos os cidadãos, e propõe a expansão da descentralização do sistema de saúde.

Além dos avanços mencionados acima, tivemos outros como a presença de integrantes do Movimento Sanitário no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e no plano parlamentar, o qual foi de grande valia para as conquistas constitucionais do movimento.

Fleury (2009, p. 747) explica que o projeto de Reforma Sanitária surge a partir das crises: “do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, e crise do sistema de prestação dos serviços de saúde”. Estas crises ocorreram no momento em que o conhecimento e a prática médica não conseguiam mais aceitar os

resultados obtidos apenas no modelo que se seguia através de campanhas sanitárias, e entre outras remotas ações. Neste momento ocorre também a crise da ditadura e da autoridade arbitrária, visto que o sentimento de democracia se fortalecia, assim como a busca por projetos societários com a participação da população e para a população. A saúde passa a ser vista como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações, o que necessita de Instituições organizadas para atender às necessidades de forma satisfatória; necessita da produção de serviços de saúde com sua base técnico-material, agentes e medicamentos; de espaço de densidade ideológica; de potencial tecnológico específico; e hegemonia de classes (FLEURY, 2009).

Esse projeto necessitava da adoção de uma concepção ampliada de saúde, da democracia como processo de reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos políticos e portadores de direitos através de suas lutas; da incorporação das demandas sanitárias por meio de dispositivos legais no qual estão presentes não apenas gestores, mas também usuários do sistema; da consciência sanitária; e no suporte financeiro (FLEURY, 2009).

Esse foi um projeto contra hegemônico, e como tal, implica mudanças culturais, políticas e institucionais, que venham a entrar em acordo com os preceitos desse novo momento, do movimento e sua luta pela democracia na saúde, mudanças estas que não ocorreram, visto que durante o processo da Reforma Sanitária e a construção do SUS o Brasil seguia num movimento diferente, o aprofundamento do capitalismo e os preceitos neoliberais que permeavam em sentido contrário as necessidades deste novo Projeto.

Fleury (2009, p. 746) conceitua a Reforma Sanitária como sendo “desde o projeto e a trajetória da constituição e reformulação de um campo de saber, a uma estratégia política e um processo de transformação institucional”. A Reforma Sanitária, desta forma, é algo bem maior que um movimento popular em busca por melhorias sanitárias, ou melhorias na Política de Saúde, ela é transformação também de saberes, à medida que traz novos formatos de assistência e busca interagir com a população para melhor atender às suas necessidades, ela gera transformações, nas atividades, nas profissões, nas instituições e também nos usuários que passam a ter o entendimento de portadores de direitos e de direitos na saúde, entre esses o direito a participar a opinar e decidir sobre o que é melhor para si em relação à Política de Saúde.

Para Correia (2000) o Movimento Sanitário foi espelhado na Reforma Sanitária Italiana, a qual buscava a transformação desse setor via democracia e participação social representando assim um foco contra o regime militar. Este foi o movimento que, no Brasil, indicou o caminho para a consolidação e ampliação do controle social da sociedade sobre o

Estado, visto que pautado na ideia de democracia participativa, o movimento sanitário trilhou suas lutas e obteve suas conquistas diante da Constituição e das leis que dispõem sobre a participação da sociedade na gestão da política de saúde, através dos conselhos de saúde e conferências de saúde, tornando-se este um modelo de gestão para as demais políticas existentes no Brasil e ainda em construção.

2.2 HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

As Conferências de Saúde acontecem há 70 anos e têm como objetivo avaliar e propor as diretrizes para formulação das políticas de saúde. As Conferências Nacionais existiam no Brasil, legalmente, desde 1941, no entanto, apenas em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde a população pôde participar, de forma que esta se tornou um marco dentre todas as Conferências, devido à inserção da sociedade civil em amplos setores, tendo em um de seus eixos a participação social na saúde. Em 1941, ocorreu a 1.^a Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministro da Educação, Gustavo Capanema, visto que a Saúde era um setor do Ministério da Educação. Esta fora realizada dentro de uma concepção curativa e não preventiva, com defesa sanitária da população, assistência social aos indivíduos e às famílias, proteção da maternidade, da infância e da adolescência. Entre suas finalidades estavam a de “Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos” (BRASIL, 1941). Foi estabelecido neste momento que as Conferências ocorreriam anualmente ou a cada dois anos.



Figura 2 - Capa dos Anais da 1ªCNS.
Fonte: Ministério da Saúde (2011).

A 2.^a Conferência por motivos diversos não ocorreu na linha de tempo esperada e traçada durante a primeira Conferência ocorrendo então nove anos após a primeira em 1950, seguindo a mesma linha da primeira, nesta de acordo com o Ministério da Saúde foi estabelecida a legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, proposta discutida durante a primeira e segunda, Conferências Nacionais de Saúde. Em 1963, dez anos após a criação do Ministério da Saúde foi realizada a 3.^a Conferência Nacional de Saúde, a qual trouxe a proposta inicial de descentralização na área de saúde. Propunha que fossem definidas as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, para que, inspirados nos pressupostos da reforma estudada, colocassem em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de saúde pública. Esta se deu numa conjuntura diferenciada visto que, surgiam movimentos democráticos na área da Saúde, ampliando o espaço de discussão. Os problemas sanitários brasileiros apareciam pela primeira vez e foram apontados e discutidos. As propostas apontam a necessidade de um plano nacional que atinja as três esferas de governo.



Figura 3 - Capa dos Anais da 3.^a CNS.
Fonte: MS (2011).

Durante a ditadura militar, as conferências de 1966, 1975, 1977 e 1980 tiveram uma participação tímida devido ao clima da época, mas mesmo assim as Conferências aconteceram sob a forte repressão do Estado. Em 1966 a 4ª Conferência Nacional de Saúde que tinha como tema central, “Recursos humanos para as atividades em saúde”, em 1975 teve a 5ª Conferência Nacional de Saúde que tinha como ponto central a constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização, com a proposta de elaboração de uma política nacional de saúde; em 1977 ocorreu a 6ª Conferência Nacional de Saúde que tratou em especial do Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde mostrando mais uma vez seu cariz emergente e não preventivo; E em 1980, realizada a 7ª CNS tendo como principais temas debatidos a implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde).

Na década de 1980, com a abertura democrática e a luta de movimentos sociais, em especial o movimento de Reforma Sanitária, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco de uma nova era para saúde no Brasil.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve como tema “Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial” foi onde tivemos as propostas mais bem elaboradas para o SUS. Este foi o ponto impulsionador para a construção do SUS e para a participação social na saúde, como também para o controle social na saúde via conselhos de saúde.

O debate sobre o Controle Social surge de forma mais evidente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, como dito anteriormente, visto que um de seus eixos temáticos foi a participação, que tomou ampliação a partir dos debates que levaram à construção da Constituição de 1988. Correia (2000) nos mostra que até 1987 o controle social no Brasil existia institucionalmente, através das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims), por estruturas criadas a partir e dentro das Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas comissões até então viabilizavam a integração ou articulação das intuições junto ao SUDS, em 1988 elas passam a ser abertas a participação da sociedade civil de forma superficial, visto que este controle não surgiu de pressão popular e sim de arranjos institucionais, afim de garantir a captação de recursos.



Figura 4 - VIII CNS.

Fonte: Ministério da Saúde (1986).

De fato o Movimento de Reforma Sanitária foi de grande contribuição, através do seu poder de pressão e articulações políticas, na construção da Constituição Federal de 1988, tendo garantido em seu texto à saúde como direito de todos e dever do Estado, entrando também em seu texto a participação da comunidade no Sistema Nacional de Saúde, sendo este um dos itens da Constituição. Todas essas conquistas foram realizadas em um momento delicado onde a ofensiva neoliberal se expandia em contraponto a Reforma Sanitária.

Após a promulgação da Constituição Federal a Política de Saúde teve sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, a qual sofreu em seu processo de construção e aprovação retaliações do então Presidente Collor. De acordo com Correia (2000), essas retaliações estiveram mais presentes nos pontos que tratavam da participação e financiamento, sendo então abordados em momento posterior pela lei complementar 8.142/90, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e trata das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde.

Esta lei trata das Conferências e Conselhos de Saúde, e define os conselhos como sendo de:

Caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL,1990, p. 01)

Estabelece a reunião das conferências de quatro em quatro anos, estas deverão ter a representação social de vários segmentos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Deverá ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pela própria conferência ou conselho de Saúde.

Estabelece ainda que a representação dos usuários nas Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos e terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

A IX Conferência Nacional de Saúde tinha como uma de suas preocupações o receio dos movimentos sociais em serem cooptados através de sua participação nos conselhos. Apesar disso, o movimento mostrou-se presente através das discussões, de modo que no relatório final foi conceituado o controle social como algo que vai além das atividades envolvidas na seguridade social a qual não tem forma determinada.

A IX Conferência Nacional de Saúde teve como tema central “Municipalização é o caminho”, versando sobre o controle social e o processo de descentralização através das NOBs existentes. Foi também tratada nessa Conferência às atribuições dos Conselhos e a sua composição, a qual ficou estabelecido que usuários e demais segmentos tivessem paridade nos Conselhos, onde seriam 25% de entidades dos trabalhadores da saúde, 25% distribuídos para os representantes do governo e de prestadores de serviços privados conveniados e 50% de entidades de usuários.

Em 1996 foi realizada a X Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida” a ênfase desta Conferência foi sobre protesto contra a ofensiva neoliberal. Correia (2000) nos mostra que vários pontos obscuros da Política de saúde que vinham sendo discutidos desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, permaneceram no foco das discussões nesta Conferência, como a falta de transparência na utilização dos recursos e a lógica do financiamento por produção de serviços, que segundo a autora é incompatível aos princípios do SUS.

Em 2002 foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde tendo como Tema “O Brasil falando como quer ser tratado, Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização

na Atenção à Saúde com Controle Social”. Este evento deixou de forma marcante a importância do controle social na saúde para que o Sistema Único seja implementado em todos os municípios brasileiros, com acesso universal e mesma qualidade enquanto direitos de cidadania para toda a população.

A XII Conferência Nacional de Saúde cuja a chamada ocorreu em 2003, tendo como tema “Saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. A Conferência estava marcada para o ano de 2004 e foi antecipada por decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, tendo como foco aproveitar os 15 anos de SUS para realizar o balanço sobre o mesmo e suas perspectivas futuras, teve também o objetivo de homenagear o sanitarista Sérgio Arouca, ex-secretário da Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

E em novembro tivemos a XIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema “Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e Desenvolvimento”

Essa 13ª Conferência Nacional de Saúde elevou as discussões e deliberações da Conferência a um patamar superior, qualificado, maduro e muito mais complexo que em momentos pretéritos. Conseguiu-se polarizar, ao mesmo tempo, grupos antagônicos em suas demandas, credos, cores e orientações tão diversas por bem comuns e preciosos: o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008, p. 07).

As Conferências Nacionais de Saúde tem orientado o exercício dos conselhos de saúde, sejam eles em nível, municipal, estadual ou federal, visto que suas orientações e deliberações são fruto de discussões e de avaliação nacional pelos seus diversos setores e atores, o que torna todas as questões propostas legítimas. É um espaço de discussões e luta pela democracia participativa.

2.3 A TRAJETÓRIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL

O primeiro registro de Conselho na área da saúde é de 1937, quando a Lei 378/37 reorganizou o Ministério da Educação e Saúde e institui o Conselho Nacional de Saúde para atuar junto com o Conselho Nacional de Educação em assistência ao Ministério (ALEXANDRE, 2002).

Contudo, o Conselho de Saúde tinha um funcionamento irregular e inexpressivo, com atribuições ainda pouco definidas, e seguindo a égide das políticas daquele momento, onde o

controle social era uma expressão pouco difundida nos moldes atuais, tendo na verdade um caráter controlador do Estado sobre a sociedade civil, passado então cerca de três décadas para adquirir um novo cariz.

Na década de 1970 passam a ganhar um novo caráter legitimador através de leis e decretos e também pela inserção da sociedade nesses espaços em busca de lutar por seus direitos sociais, entre eles o direito à saúde universal, tendo então suas funções e estruturas mais definidas na busca de acompanhar a modernização conservadora que ocorria no país (CNS, 2011).

A garantia do controle do Governo através do Conselho de saúde se deu através do Decreto 67300/70, que põe o Conselho como órgão consultor, sendo ele condicionado ao Ministério da Saúde a quem compete examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação.

Sua composição era feita predominantemente pelo poder executivo, visto que dos dezesseis membros do conselho, doze eram escolhas do executivo e os demais nomes eram oferecidos pelas entidades, sendo ao final escolhidos também pelo poder executivo. Tínhamos então, no segundo histórico do Conselho Nacional de Saúde, a seguinte composição:

Além do Ministro, seu presidente nato, é composto por 15 conselheiros, divididos em quatro categorias: cinco membros natos, destinados aos ocupantes dos cargos de Secretário Geral, Secretário de Saúde Pública, Secretário de Assistência Médica, Superintendente da Fundação de Serviços de Saúde Pública e o Presidente da Fundação Oswaldo Cruz; quatro membros designados pelo Ministro, escolhidos em lista tripla apresentada pelas seguintes instituições: Academia Nacional de Medicina, Academia Brasileira de Medicina Militar, Academia Nacional de Farmácia e Academia Brasileira de Administração Hospitalar; cinco membros escolhidos pelo Ministro, entre técnicos de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde; um membro indicado pelo Estado Maior das Forças Armadas (CNS, acesso em 2011).

Desta forma vemos que o Conselho de Saúde era uma instituição totalmente controlada pelo Governo a qual tinha uma função totalmente normativa, o qual não desempenhava o papel proposto nos moldes atuais, sendo então mais um mecanismo do Governo para controle das ações estatais.

Seguindo o padrão da época onde se começava a abrir o espaço para a participação da sociedade, o conselho de saúde também abriu esse espaço tendo em sua estrutura a participação de atores privilegiados em sua composição, mas ao mesmo tempo os colocou

sobre o controle do Governo, o qual manteve seu papel diante da Política de Saúde através do Conselho de Saúde.

Correia (2000) afirma que o espaço de participação nos Conselhos torna-se contraditório à medida que pode servir de instrumento legitimador do que está posto, ou pode vir a reverter, é um campo de luta de poderes e interesses diversos, públicos, privados, corporativos, onde ganha o mais forte e mais articulado, no que se refere ao caminho que a política de saúde irá percorrer.

Em 1976 foi estabelecido o Decreto 79056/76, que regulamentou a Lei 6229/75 consolidando o Sistema Nacional de Saúde dentro dos moldes clientelistas, como também o Conselho Nacional de Saúde ao qual competia “examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas através de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do Ministro de Estado” (CNS, 2011).

Nos anos que seguiram tivemos a criação das portarias 360/77 e 204/78 as quais estabelecem a questão da estrutura técnica e administrativa necessária para o funcionamento do CNS como órgão consultivo e normativo estabelecido por lei. Foi criada a Secretaria a fim de dar suporte administrativo ao Conselho Nacional de Saúde, e foram consolidadas as Câmaras Técnicas, em número de seis: Entorpecentes e Tóxicos, Hemoterapia, Alimentos, Saneantes domissanitários⁶, Cosméticos e Medicamentos.

Neste momento a função normativa passou a ser executada com mais ênfase, visto que ocorreu a mudança de representação do CNS, no sentido de reafirmar seu caráter normativo e de baixa representatividade social.

As Câmaras Técnicas passaram a ter maior representatividade e importância, visto que seus presidentes eram escolhidos pelo Presidente do conselho—Ministro do Estado—tendo então neste momento assento na Plenária do CNS. A participação institucional foi ampliada, passando a incluir representantes dos Ministérios da Educação e Cultura, do Interior, da Previdência e Assistência Social, da Agricultura e do Trabalho, sendo que os demais deveriam ser indicados pelo Ministro.

Os 23 membros do Conselho tinham então a seguinte distribuição: seis representantes ministeriais; seis Presidentes de Câmaras Técnicas; seis membros de “instituições relacionadas com a saúde e com a segurança nacional”, indicados pelo

⁶ Saneantes domissanitários são produtos químicos utilizados para higienização das casas e tratamento de água produtos de uso doméstico.

Ministro; cinco "técnicos de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de interesse da saúde", indicados pelo Ministro (MOTA, S. acessado, 2011)

Os Conselhos permaneceram em funções normativas e quase inertes até fins da década de 1980 quando ocorreram às mudanças oriundas do processo democrático e Constituinte. A Saúde passou a ser tida como parte da Seguridade Social e o Controle Social foi instituído constitucionalmente, resultado também das lutas do Movimento Sanitário. Neste momento o CNS já não tinha quase funcionalidade diante da conjuntura que fora instalada, momento em que ocorreu o rompimento total com a estrutura vigente do CNS. Foi constituído um novo Conselho Nacional de Saúde com o Decreto 99438/90, o qual dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o conselho passou a atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política de Saúde, em nível federal, no estabelecimento de diretrizes a serem observadas.

Na elaboração dos planos de saúde, elaboração de cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, consignados ao Sistema Único de Saúde, na articulação com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais, entre outros segmentos, no entanto até este momento os usuários do sistema de saúde não entraram na composição do Conselho.

Da mesma forma, tivemos a Lei 8.142 de 28/12/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Nesta lei consta que para recebimento de recursos provenientes do Estado federativo os municípios teriam que obedecer alguns critérios, como a existência de um Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, relatório de Gestão e comissão organizadora do Plano de carreira, cargos e salários. Neste momento os Conselhos de Saúde passam a ser percebidos como mecanismo de suma importância para as prefeituras e estados no que se refere ao recebimento de recursos.

Desta forma, os municípios e Estados que ainda não tinha conselho de saúde passaram a procurar meios para instalá-los, é certo que inicialmente muitos destes foram surgindo de forma arquitetada, visto que eram montados de forma a não exercer real controle social dentro dos municípios, e sim apenas como mecanismo necessário ao recebimento dos recursos Fundo a Fundo.

Os conselhos de saúde passaram a ser vistos como forma de controle social e em especial como instrumento de controle do Fundo Público de Saúde. De acordo com Correia (2000) este se tornou instrumento de democratização dos gastos, através do seu poder de

deliberação sobre o aspecto econômico da saúde. Os recursos viabilizados via Fundo Público de Saúde seriam destinados para despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; para investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; para investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; e por fim para a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, sendo repassados de forma automática.

Seguindo o movimento da época, com a NOB 93, os municípios brasileiros ficaram obrigados a criar os conselhos de saúde, já que esta se tornou pré-condição para a municipalização da saúde e consequentemente transferência de recursos federais. Desta forma, tivemos no início da década de 1990, uma grande expansão do número de conselhos de saúde pelo Brasil. Segundo Carvalho (1995 apud FLEURY, 1997) surgiram cerca de dois mil conselhos nos três primeiros anos da década, e em 1996 teriam no Brasil ainda segundo o referido autor, cerca de 65% dos municípios dispondo de conselhos. Um número bem expressivo tendo em vista que seriam cerca de dois conselhos criados por dia.

O Fundo Nacional de Saúde é outro ponto que faz parte desta discussão em relação ao Controle Social. Os municípios que receberem recursos desse Fundo, é necessário que eles tenham um Fundo Municipal de Saúde, e este por sua vez, permite a visibilidade das fontes de receita de forma específica com datas e valores, permitindo assim maior clareza na fiscalização dos Conselhos de Saúde sobre a movimentação financeira do Fundo (CORREIA, 2000). Permite, também, que a sociedade tenha acesso a essas informações, podendo então perceber e opinar no que se refere aos recursos da saúde.

Em 2003, na sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, com a intenção de fortalecer e ampliar o controle social e tendo como base as experiências acumuladas no que se referia ao exercício do controle social através dos Conselhos de Saúde, foi estabelecida a resolução nº333, a qual trata das diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde estabelecendo inclusive a inserção dos participantes dentro do órgão.

Desta forma temos cerca de 90% dos municípios brasileiros até novembro de 2007, com a presença dos conselhos municipais de saúde, de acordo com dados do Conselho Nacional de Saúde. De certo que existem conselhos com funções meramente existenciais a fim de garantir o recebimento de recursos. O fato é que estes tem se ampliado também no sentido da cidadania e da democracia tendo cada vez mais inserido o sentido de controle social dentro da perspectiva contemporânea onde a sociedade passa a utilizar desse

mecanismo para controle das ações do Estado e para manter-se presente nas decisões da saúde.

2.4 O CONTROLE SOCIAL NA ERA LULA

Estamos vivendo na atualidade um retrocesso na construção da concepção da saúde como um valor público. A saúde passou a ser vista como bem de consumo, modelo de consumo no qual se tem a ausência de dor e sofrimento, a busca pelo prazer na construção no próprio corpo de um padrão estético de beleza a ser atingido por meio de sucesso de ações interventivas (FLEURY, 2010).

Esse é um contexto desfavorável para a institucionalização do SUS, já que a saúde está sendo vista como objeto de desejo, bem de consumo, ligada diretamente ao direito do consumidor, ao corpo e sua construção, deixando-se de lado a saúde como direito social, bem público do qual o homem tem direito como força de ter uma vida digna.

O SUS foi baseado no princípio da igualdade, equidade e da universalidade e organizado sobre as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No entanto, vê-se que a descentralização pode vir a provocar excessiva burocratização, dificultando assim o andamento da Reforma, visto que esse mecanismo tem funcionado junto a uma burocratização excessiva que torna os processos em torno da Política de Saúde demasiadamente lentos.

A reforma sanitária se dá em três processos, a Subjetivação que seria a construção dos sujeitos políticos; a Constitucionalização o qual é a garantia de direitos sociais; e Institucionalização, ou seja, o aparato institucional que é necessário para seu funcionamento, incluindo-se aqui os saberes e práticas (FLEURY, 2009).

Temos trabalhado no sentido da institucionalização da Reforma Sanitária, no seu aparato físico, nos saberes relacionados e na prática da saúde em si, financiamento, gerência entre outras questões. No entanto, tem-se esquecido a questão da construção dos sujeitos políticos para que estes entendam e busquem para si a Saúde e suas políticas em seu formato constitucional, como direito social conquistado através de um movimento e lutas sociais, o que vem a dificultar o funcionamento do SUS em todos os seus preceitos.

A Reforma Sanitária carrega consigo ainda outros desafios como a desigual distribuição de recursos e poder entre os atores que tende a favorecer sempre aos grupos de

gestores e aos grupos corporativos, impedindo que os ideais da Reforma Sanitária se concretizem e garantam a centralidade no cidadão (FLEURY, 2009).

O movimento popular em saúde não foi capaz de garantir apoio dos usuários aos serviços de saúde. Devido à reforma que fez com que os benefícios sejam dispersos e perceptíveis em longo prazo, desestimulando assim a mobilização, a reforma não incorporou todos os cidadãos à assistência pública e não rompeu com o padrão segmentado (MENICUCCI, 2009).

A fase atual em que se encontra a implantação do SUS é marcada pela presença do judiciário e do desenvolvimento de ramos do direito conhecido como direito sanitário, o que gera alguns prejuízos, visto que o direito tende a trabalhar com o individual e não o coletivo, auxiliando assim a parcela da população que tem acesso a informação e meios para recorrer à justiça em busca de seus direitos, tudo isto é feito em detrimento do atendimento coletivo.

Torna-se necessário diante desses argumentos que trabalhemos no sentido da consciência sanitária, como consciência política do direito à saúde. É preciso que tenhamos claro o fato de o direito à saúde estar presente dentro da organização dos direitos humanos e não dentro do direito ao consumidor (FLEURY, 2009).

Contudo, a Reforma Sanitária e seu movimento conseguiram avanços não apenas para a Política de Saúde mais para as Políticas Públicas como um todo. O SUS trouxe para o âmbito do executivo, mecanismos de participação e controle social, mecanismos de formação de vontade política, mecanismos de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos no sistema descentralizado de saúde.

Em decorrência da Constituição foram então promulgadas as leis nº 8.080 e a nº. 8.142 dispoendo sobre a participação da comunidade na gestão em cada esfera governamental. A partir das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, as diretrizes de funcionamento dos Conselhos foram confirmadas a partir do decreto nº333 /2003, reiterando que os conselhos devem ser criados por leis estadual, municipal ou regimento interno, sendo órgão colegiado e deliberativo, permanente do SUS atuando na formulação e proposição de estratégias assim como no controle da execução das políticas. Reafirma também o princípio da paridade na participação e composição dos conselhos. As NOBs criadas em seguida a constituição do SUS deram impulso à expansão dos conselhos de saúde a medida que pôs como exigência para o repasse de recursos pelo Ministério da Saúde, a existência e funcionamento dos mesmo, além de outros pontos.

Carvalho apud Correia (2000, p. 63) considera que os conselhos apresentam uma representação muito mais política do que social, de forma que os conselhos “[...] apropriam-se de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político”, sendo, segundo o autor “espaços contra-hegemônicos”.

Contudo, todas estas dificuldades e desafios postos acima têm sua influência sobre o funcionamento dos fóruns de controle social, de forma que estes sofrem com resquícios de uma política pautada no patrimonialismo e no clientelismo, o que ocasionam algumas vezes a ineficiência dos mesmos.

Wendhausen (2002) presculta que as queixas em relação aos conselhos se assentam na falta de atitude deliberativa dos mesmos, visto que é através dos espaços deliberativos que as ações dos conselhos ganham potência. A falta deste mecanismo faz com que o conselho não funcione na forma prevista em lei. Ademais, junto a esta realidade tem-se também a falta de informação fornecida pelos governantes aos conselheiros, impedindo desta forma que os conselhos tenham ações de controle efetivas diante da saúde, notadamente aquelas informações privilegiadas que normalmente não são acessadas antes das reuniões, comprometendo as boas análises por parte dos conselheiros.

Soma-se ainda a este quadro a falta de capacitação dos conselheiros e a desinformação da população que muitas vezes nem sabe da existência, localização e funcionamento dos conselhos. Estas são algumas das formas encontradas pelos governos menos democráticos de burlar ou mesmo boicotar o funcionamento do controle social, visto que sem o acesso a informação mínima sobre o funcionamento da máquina ou mesmo dos assuntos necessários sobre na pauta das reuniões, o trabalho fica comprometido ou mesmo inviabilizado.

Labra (2005) reafirma que estes órgãos colegiados apresentam uma série de problemas que abrangem não apenas os já arrolados anteriormente, mas também a criação de seus estatutos, o funcionamento deles, a representatividade e mesmo inoperância como instrumento de controle social.

Estes problemas estão relacionados desde a autonomia, no que se refere à estrutura física dos conselhos, passando pela real existência e funcionamento adequado do mesmo. Em alguns municípios sabe-se que existem ainda conselhos manipulados e formados já neste sentido, como também de seu estatuto e representatividade, onde os diferentes segmentos tem formas diferentes de entrar nos conselhos, que vão desde indicação do gestor nos caso dos hospitais, escolha entre os pares pelas categorias e assembléia em outras situações, além dos

casos em que outras categorias com profissionais da área, que acabam por ocupar a parcela de usuários colocando-se como tal.

Correia (2005) mostra em pesquisa realizada na cidade de Alagoas em 1998 que a capacitação dos conselheiros influencia diretamente na boa e competente atuação dos conselhos e que os mesmos que tiveram capacitação apresentam melhores indicadores de efetividade de ações de controle superiores do que aqueles que não tiveram capacitação, de forma que apresentaram maior desempenho no que se referia ao acesso às movimentações dos recursos financeiros, interferindo inclusive no processo de alocação de recursos financeiros.

Junto aos conselhos de saúde, temos também as conferências de saúde, como órgãos colegiados com o intuito de avaliar a situação da saúde e direcionar as propostas nas diversas esferas governamentais de forma legítima e não deliberativa. De acordo com Correia (2000) estas conferências tem cumprido papel de divulgadoras da política de saúde entre os diversos segmentos populacionais, usuários, trabalhadores, entre outros, obrigando também os gestores a ouvir as necessidades da população diante dos serviços de saúde. Ainda segundo a autora, as questões pertinentes ao financiamento e alocação de recursos para a saúde tem sido ponto forte nas conferências, revendo os entraves e propondo novas formas de viabilizar melhor a alocação evitando a utilização indevida dos recursos.

As Conferências de saúde, bem como os Conselhos deverão contar com a participação dos principais segmentos da sociedade envolvidos com a saúde, desde trabalhadores da área, prestadores de serviço público e privado até, e principalmente, os usuários dos serviços de saúde.

Um ponto de destaque nas Conferências tem sido o debate sobre o financiamento e a alocação de recursos, a fim de propor novas formas que evitem a inconstância do financiamento e sua má utilização. Correia (2000) mostra em sua pesquisa sobre as conferências de saúde, que ao longo dos anos e das conferências, vários temas são abordados, no entanto fica claro que temas como financiamanento e alocação de recursos estão abordados em todas, sempre com algum destaque, visto que este é um ponto necessário ao bom funcionamento do sistema de saúde.

Segundo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2009) temos tido um grande aumento no número de recomendações ou resoluções aprovadas, de forma que na última conferência a 13ª, chegamos a um número de 857 resoluções aprovadas nas conferências de saúde, onde na 8ª Conferência o número era de 49 resoluções aprovadas, número este que foi crescendo e chegando então a números elevados nas 12ª e 13ª Conferências, o que mostra ainda segundo o documento, que podemos estar passando por um

momento onde há uma perda de substâncias aprovadas, mesmo que estas possam ser reflexo na inexecutabilidade de resoluções postas em outros momentos. Como resultado teremos a falta de prioridade das ações a serem realizadas, já que entre tantas resoluções, tornar-se-á difícil a percepção do que seria prioridade para a saúde, ou não.

Com esse cenário vemos que as conferências não têm considerado o atual contexto de desconstrução do SUS que temos vivenciado, faltam mecanismos que estimulem a rearticulação de forças em defesa do SUS, buscando enfim sua consolidação. Assim, se observa uma enorme fragmentação de problemas, enfraquecendo as lutas por uma causa mais estrutural. Como acrescenta Kruger;

No contexto atual de crise social, política e econômica há um grande chamamento para dar atenção às necessidades individuais de formação/atualização profissional, lazer, consumo, cuidados com o corpo e organização da vida familiar. Esta hegemonia do pensamento direcionado para as necessidades particulares tem jogado contra todas as referências de organização da vida comunitária baseadas nas necessidades e interesses coletivos (2010, p. 93).

A citada autora (2010), em recente pesquisa, sinaliza que a crise social como reflexo do atual estágio do capitalismo, vêm acentuando as características atuais dos conselhos de saúde com práticas não democráticas. Coloca ainda que é neste âmbito que os conselhos de saúde, locais ou não, tem tido sua atuação, mas é fato que este é também o cenário onde são realizadas as conferências de saúde em nível local e nacional, onde se ampliam as propostas referentes a Política de Saúde. No que trata das conferências temos a falta de uma perspectiva de consolidação, pois as proposições deliberadas em outras conferências nem sempre são atendidas, sendo então retomadas junto as novas proposições, onde algumas novamente não serão atendidas, sendo este o resultado da falta de objetividade e de executabilidade destas, diante do executivo.

No que concerne à relação direta entre a ascensão do presidente Lula ao posto mais alto do Estado brasileiro, sendo ele por excelência um sindicalista e, portanto tendo ele participado ativamente dos movimentos sociais do país, observamos um impacto tênue no que se refere ao controle social na saúde e à ampliação da participação da sociedade civil nesse espaço. Desse modo, inferimos que em se tratando de ativar a participação popular os mecanismos mais eficazes não se constroem em ambientes institucionais, como os de governo.

O fato é que o termo participação, do qual já tratamos em capítulo anterior, está intrinsecamente relacionado a história das políticas sociais, em especial da saúde, sendo então

a forma de tentar decidir o rumo político e social que uma determinada sociedade ou grupo social dentro de uma democracia, está totalmente vinculado ao rumo que a vida das pessoas e uma sociedade pode seguir. No entanto, esta ideia de participação pautada na democracia vem sendo maquiada pelos grupos hegemônicos, à medida que seu funcionamento interfere diretamente nos interesses das classes mais abastadas. Desta forma, em alguns casos, como visto anteriormente, a ideia de participação democrática foi reduzida a participação no sufrágio universal, o que restringe a participação a apenas um segmento que é o político, seguindo assim a orientação de manter a participação na ordem social estagnada.

No Brasil, mesmo com a tentativa de se manter as classes populares em silêncio, muitos movimentos sociais surgiram e tiveram seu sucesso no alcance de suas reivindicações (aqui cabe em nossa análise perceber as vitórias e desafios alcançados no que se refere à saúde, ao SUS, fruto de um movimento sanitário).

Com as eleições em 2003 e a chegada de Lula a presidência, esperava-se, segundo Moroni (2009), que fosse instalado no Brasil um sistema descentralizado e participativo, onde a sociedade pudesse participar das decisões políticas e sociais através da criação de novos canais de participação, já que o presidente vinha de uma veia política e um partido político que tinha como característica a democracia popular e “pregava” em suas lutas e reivindicações a necessidade da participação da sociedade nas decisões sobre a vida de todos.

No entanto, o governo em questão acabou realizando a contra reforma do Estado com mais sucesso do que o governo anterior, FHC. Segundo Bravo e Menezes (2007), tal fato se torna claro a partir da retração do espaço público democrático dos direitos sociais que se deu concomitantemente com a ampliação do espaço privado, tal característica se torna evidente não apenas na economia como também no campo das políticas sociais, pautado na conquista dos direitos. A grande expectativa para a saúde durante essa gestão era de que houvesse o fortalecimento da Reforma Sanitária e o respeito ao entendimento da saúde diante da Constituição como parte da seguridade social.

Inicialmente durante a Gestão de Lula, a impressão passada era de que a saúde seria trabalhada na ideia de fortalecimento da Reforma Sanitária, já que foram chamados para o segundo escalão do Ministério da saúde, grandes nomes comprometidos com a causa. No entanto, o que se viu foi a continuidade da política neoliberal dos anos 90. Um exemplo desta é a focalização no Programa Saúde da Família como sendo a única estratégia dentro da atenção básica da saúde brasileira.

Neste ínterim, no que se refere ao controle social tivemos alguns avanços em seu primeiro mandato, representado pela criação da Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa, com intenção de fortalecer a participação social através da realização de conferências em diversos segmentos da saúde, a exemplo da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004); 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005); 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006); além da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Contudo, em seu segundo mandato vê-se a ameaça ao controle social através das ideias contra reformistas com a intenção de criar as Fundações estatais, estas regidas pelo direito privado, tendo origem na “contra-reforma” do Estado FHC. A contratação de pessoal é através da CLT, e para nós seria uma grande perda no que se refere ao controle social, visto que ela não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores, o que é preocupante já que o então Ministro da Saúde José Gomes Temporão – participante atuante do projeto de reforma sanitária – não traz em suas falas, respostas para essa discussão. Esta é uma questão que muito tem a prejudicar a saúde em seu projeto de consolidação da Reforma Sanitária.

Esta é a atual configuração das políticas no Brasil e em especial da Saúde e Controle Social, onde mantém a política neoliberal, e a forma dúbia de se governar a política de saúde, o que desencadeia o risco da desconstrução do controle social e da participação social através dos conselhos de direitos⁷, onde estes fazem parte de um projeto societário que vai de encontro com a lógica vigente.

⁷ Os Conselhos de Direitos ou Conselhos de Políticas Públicas ou Conselhos Gestores de Políticas Públicas Setoriais, são órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos, com a incumbência de Formulação, Supervisão e Avaliação das Políticas Públicas.

CAPÍTULO III

3 RELAÇÃO ENTRE AS PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

O objetivo desse capítulo é ao confrontar os dados captados com o debate atual que circunda a questão do controle social na saúde, observar em nível dos discursos construídos durante as conferências analisadas, medidas que visam fortalecer alguns aspectos que se colocam como fundantes na perspectiva democrática que o SUS almeja, quais sejam: a gestão; a formação dos conselheiros; a atualidade das competências dos conselhos, atribuição e composição e a relação destes com as ouvidorias SUS.

Assim, deste modo, estruturamos a análise com base nessas categoriais, ao tempo em que buscamos no acervo documental consultado o que as falas dos atores sociais partícipes destes fóruns de controle social sinalizam.

Módulo I - Gestão participativa

Trataremos nesse ponto sobre a Gestão participativa, para tanto deixemos claro a qual participação estamos nos referindo para então entendermos em que perspectiva trabalharemos a Gestão participativa.

Quando falamos de participação, estamos aqui falando no sentido da democracia participativa, que conota a participação da população nas decisões das políticas através dos mecanismos de controle social, desde as decisões até o monitoramento das mesmas. Desta forma, gestão participativa na saúde é a gestão do sistema tendo como co-gestor a sociedade civil, assim o Ministério da Saúde em sua cartilha “Gestão participativa: co-gestão” define esta como um modo de “[...] administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo” (BRASIL, 2004, p. 06). No entanto, vale aqui salientar que o

documento do Ministério da Saúde, restringe os meios de participação aos órgãos colegiados, o qual, no decorrer do nosso trabalho tratará de forma ampliada, onde sugerimos a busca de novos meios de participação da sociedade na gestão do SUS.

Temos então a partir dos anos 2000, com algumas experiências anteriores o modelo de gestão participativa nos governos de estados e municípios de nosso país, em especial, em governos do Partido dos Trabalhadores (PT), que se utilizou dessa premissa em suas gestões, mas com um conceito um pouco mais ampliado, visto que a participação está também presente na decisão primeira, na decisão de prioridades para a população.

Assim através de pleitos nas comunidades, estas têm a oportunidade de elencar para os governantes suas necessidades imediatas e não as demandas que os governos acham imediatas para a sociedade.

Temos então no município de João Pessoa a presença desta característica, onde a gestão participativa se deu desde os pleitos, os quais foram organizados através da divisão de áreas do município, onde havia as reuniões com os gestores. Nestes a população tinha a oportunidade de elencar suas necessidades mais eminentes, nas questões referentes à saúde e em outros setores da sociedade, tornando assim dentro das rubricas do governo as reais prioridades da população, além dos conselhos de direito que funcionam tanto para nortear as políticas como para realizar o monitoramento das mesmas.

Na saúde, segundo Cortes (1998) a participação se designa como a capacidade de os indivíduos influenciarem as decisões políticas que dizem respeito à sociedade em que vivem, sendo então um estímulo ao exercício da cidadania.

Teixeira e Vianna afirmam, ainda, em pesquisa realizada sobre a participação da sociedade no sistema de saúde brasileiro que:

Um contingente significativo de estudos concebe a atuação nos espaços de participação voltada para a qualificação da gestão, a maior equidade na distribuição dos recursos, o acesso aos serviços e a melhora da atenção à saúde. Em tais abordagens, participação constitui um elemento da ‘boa’ governança (TEIXEIRA e VIANNA, 2009, p. 240).

Esta participação como mecanismo de democratização, de exercício da cidadania e empoderamento, e de estímulo a “boa governança” se dá de forma mais presente nos conselhos de saúde. É fato que este não garante de forma integral, nem em sua plenitude a participação através dos conselhos de saúde como consta no SUS como resultado da reforma sanitária, mas são espaços de construção da participação que propiciam a construção da cidadania.

Assim como os conselhos de direitos, as conferências de saúde também funcionam como organismos de participação social na saúde. São espaços colegiados os quais perpassam todas as esferas governamentais.

Desta forma a participação esteve presente como questão de suma importância durante as ultimas conferências de saúde, nos três âmbitos, nacional, estadual e municipal, realizadas respectivamente em 2008, 2007 e 2007, como podemos verificar em seus correspondentes relatórios os quais tem em seu eixo 3º nos três documentos a questão tratada, cujo título versa sobre “A participação da sociedade na efetivação do direito a saúde, ou do direito humano à saúde”.

O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos intersetoriais para estimular a mobilização, a organização e a participação da população nos espaços de controle social [...] (BRASIL, 2008, p. 167).

Criar os conselhos locais, considerando a área de cobertura das equipes de saúde da família, incentivando a comunidade a participar ativamente das ações educativas, a fim de obter mais informações sobre temas relacionados à saúde e às políticas públicas (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAIBA, 2007, p. 21).

Criar fóruns e outros espaços que intensifiquem a articulação das ações dos conselhos municipais setoriais já existentes (saúde, educação, ação social etc) (V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2007, p. 14).

Regulamentar a criação de conselhos de saúde por bairros no município de João Pessoa (V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2007, p. 14).

Nas propostas acima relacionadas vemos que existe uma preocupação em construir novos espaços de gestão participativa, de forma que em nível local e estadual a preocupação é em torno da criação de conselhos locais de saúde organizados por bairros, assim como a criação de fóruns de saúde que venham a decidir as questões pertinentes à gestão na saúde, como forma de estimular a gestão participativa e o controle social na saúde, de forma que a sociedade possa estar presente nas decisões que dizem respeito às suas necessidades de saúde de forma representativa, no entanto com uma aproximação maior à sua realidade e necessidades.

Já em nível nacional esta preocupação se mostra presente a partir das propostas que buscam uma maior democratização dos serviços através de lei federal e do incentivo a gestão democrática, assim como o convite ao Ministério da Saúde, junto a outros órgãos referentes às três instâncias governamentais de trabalhar no sentido da intersetorialidade como forma de fomentar a participação da sociedade na gestão através de seus mecanismos, questão pertinente visto que vivemos na contemporaneidade um momento novo no que se refere a mobilização e participação, onde mudamos a configuração da participação a partir da entrada

do neoliberalismo, estas não são mais realizadas nas ruas como fora até os anos 90, ou pelo menos não com a mesma intensidade, esta mobilização e participação mudou de lócus, estão presentes em espaços colegiados e organizados, o que pode parecer para a sociedade uma desmobilização.

Nesse sentido, Labra (2009) acrescenta que os rebatimentos que o SUS em suas deficiências causa sobre a participação da sociedade, são drásticos, visto que diante das dificuldades de acesso ao serviços e a falta de atenção no atendimento, a qualidade dos serviços prestados, o sentimento dos conselheiros e de outros partícipes do controle social é de frustração diante das lutas que não alcançam o resultado esperado. Essas características estariam desestimulando assim, a participação da sociedade, sendo necessário um estímulo a participação da sociedade no controle social, através dos mecanismos existentes e com a criação de novos mecanismos participativos.

Nesse sentido, outra preocupação que se mostrou presente nas conferências foi a participação de forma qualificada e garantia legal de participação da sociedade

Incluir a educação popular em saúde nas propostas pedagógicas da Educação formal em todos os níveis de ensino (BRASIL, 2008, p.164).

Fazer cumprir a Lei que dispõe sobre a participação efetiva da população nas discussões das políticas públicas de saúde (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAIBA, 2007. p. 20).

Garantir a participação popular com a ampliação das estruturas de controle social na rede pública de saúde, através de ações que qualifiquem as lideranças populares e sensibilizem os gestores públicos (V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2007, p. 14).

Nas propostas acima relacionadas vemos então que existe hoje uma preocupação para que esta participação se dê de forma qualificada e efetiva, as inquietações sobre este tema se mostram presentes nas três esferas, e vão desde a necessidade garantir a participação da população através de uma melhor estrutura, passando pela necessidade de se fazer cumprir as leis que dispõem sobre a participação e controle social, chegando então de forma macro a necessidade de se inserir a educação popular em saúde no ensino brasileiro, como forma de garantir uma participação efetiva e qualificada.

Esta preocupação com a legislação da participação social e a introdução da educação popular na saúde poderia ser uma forma de garantir a participação dos chamados “invisíveis” que de acordo com Grzybowski 2004, apud Labra, (2007) são as pessoas inseridas na sociedade mais que participam de mecanismos sociais, projetos, organizações ou formas de mobilização e luta que venham a defender seus interesses sociais, são então destituídos de

poder político, talvez ainda não assegurasse a todos na contemporaneidade, mais poderia ser um mecanismo promotor para as gerações futuras.

Desta forma, temos na Política de Saúde alguns pontos de viabilidade da democracia, um desses pontos ou mecanismos de extrema importância para um melhor funcionamento do SUS democrático é a participação na gestão da saúde, mas este por si só não alcança a proposta de democracia, visto que estamos vivendo em uma sociedade neoliberal, que sofre constantes ataques à mobilização, de forma, inclusive silenciosa, através, da cooptação dos movimentos e seus líderes pelos atuais governos, retrato hoje visível em João Pessoa e na Paraíba assim como no Governo Federal, como também pelo sucateamento do sistema de saúde brasileiro.

Módulo II - Formação dos conselheiros

Visto que a participação na saúde se dá, majoritariamente, através dos conselhos de saúde, e procurando o exercício de uma participação qualificada, vemos então a questão da formação desses participantes, em especial dos conselheiros de saúde, que por muitas vezes como mostram pesquisas citadas anteriormente, tem sua atuação comprometida nos conselhos e conferências devido à falta de formação e informação.

De acordo com a lei 8.142/90 a participação nos conselhos se dá de forma paritária entre usuários e demais segmentos, desta forma 50% dos conselheiros devem ser representantes dos usuários e 50% dividido entre as demais categorias destes 25% seriam dos profissionais de saúde e os outros 25% seriam dos prestadores de serviços e gestores.

Desta forma segundo artigo publicado pelo CONASS os conselhos devem:

[...] atuar na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Idem, art. 1º, § 2º) e a existência de Conselho de Saúde nas esferas subnacionais se converte em exigência para que possam receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 2009, p. 31).

Porém se ver através de Correia (2005), Cortes (2002), Teixeira e Vianna (2009), que essas atribuições vem sendo limitadas devido às condições macroestruturais que a cercam, podemos aqui elencar inúmeros entraves políticos, econômicos e estruturais, mais nos deteremos na questão da falta de transparência das informações e da gestão e em especial da falta de formação dos conselheiros. Formação no sentido de conhecer o SUS e seus mecanismos,

saber ser conselheiro, saber de todas as suas atribuições e conhecer os mecanismos necessários para se executar suas atividades, ser conhecedor da legislação necessária, saber onde adquirir as informações pertinentes à saúde, para assim ter uma atividade livre de interferências e manipulações políticas e dos gestores, uma atividade concisa em articulações.

Pesquisa realizada em Alagoas em 1998 pelo Núcleo de Saúde Pública NUSP/UFAL mostrou que alguns conselheiros pouco sabiam sobre os conselhos e que muitas vezes eram procurados pelos gestores apenas para assinar papéis. Mostrou, também, que estes sentiam a necessidade de participar de capacitação e demandavam por capacitação. Os conselheiros pleiteavam o acesso a informações e subsídios através da Universidade e do Ministério da Saúde, exigindo assim que a Universidade cumpra seu papel junto à população de trazer os mecanismos de conhecimentos, como também, que o Ministério da Saúde cumpra seu papel junto aos conselhos (CORREIA, 2005).

No que se refere à capacitação dos conselheiros, esta deve ver as necessidades de cada conselho, pois cada conselho tem suas características próprias, sua capacidade organizacional, seu potencial de mobilização, seu projeto político. Assim é preciso atentar para a existência de dimensões diferentes entre os conselhos que devem ser levadas em consideração diante uma oferta de capacitação.

O conselho deve estar presente não só na fiscalização como também na elaboração de propostas. Um exemplo seria o Plano Municipal de Saúde. Para a construção deste é necessário que se tenha acesso as informações epidemiológicas e de vigilância sanitária, as quais junto à capacitação dos conselheiros poderão agregar mais conteúdos e assim, participarem de forma qualificada no âmbito do planejamento das ações da saúde.

Encontra-se em pauta, também, o debate que relaciona o controle social à necessidade de se articular uma Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde. Debate que emergiu durante a XII Conferência Nacional, como instrumento necessário a boa articulação e funcionamento do Controle Social. A esse respeito, Silva et al (2007) considera que “O acesso à informação amplia a capacidade de argumentação dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios, ou seja, na construção do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde” (SILVA, A. X. et al., 2007, p. 686), possibilitando assim, que os conselhos de saúde tenham amplo acesso às informações em saúde e possam assim deliberar sobre elas, desta forma, a informação e o poder de articulação sobre o SUS deixariam de estar presas nas mãos dos técnicos do sistema, passando a integrar também o controle social permitindo assim a melhor execução do mesmo.

Através de uma política de informação e de capacitação dos conselheiros, os mesmos teriam uma maior possibilidade de manter controle sobre os recursos, sobre o Fundo Municipal de Saúde. Este deve ter sua movimentação de forma transparente, mas mesmo com transparência a tecnicidade das informações pode dificultar o entendimento das movimentações, de forma que a política de informação teria a possibilidade de desmistificar a compreensão sobre os mecanismos econômicos e financeiros do SUS, visto que estes são os pontos de mais difíceis de acompanhar face o volume de informações extremamente técnicas.

A necessidade de capacitação para os conselheiros se mostrou presente nas conferências nacional, estadual e municipal de saúde das quais nos propusemos a investigar, como veremos nas propostas extraídas de seus relatórios finais, a seguir:

Implantar e implementar o programa de inclusão digital para todos os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, nos moldes do programa do Conselho Nacional de Saúde, com disponibilização de microcomputadores, conectividade, **formação para a busca e análise de dados e informações, condicionando essa ação ao cumprimento da Resolução CNS no 333/2003** (BRASIL, 2008, p. 166).

O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem promover e assegurar dotação orçamentária para a implantação e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pela Resolução CNS no 363/2006, em parceria com instituições de ensino superior e com a criação de núcleos de educação permanente, para promover a inclusão social qualificada para o controle social, formar e qualificar as ações de conselheiros de saúde e todos os atores envolvidos com o SUS, contemplando temas relevantes acerca das políticas públicas de saúde e relacionadas, com o intuito de proporcionar maior conscientização sobre direitos e deveres, universalização das informações, autonomia para atuação no controle social, formação de representações legítimas, aumento da capacidade propositiva e de fiscalização efetiva das ações e serviços de saúde e o exercício da gestão participativa, fazendo uso de diversificados formatos, meios de comunicação, metodologias e linguagens adequadas à cultura e a realidade local, em caráter permanente. (BRASIL, 2008, p. 166-167).

Capacitar os conselhos de saúde, as associações comunitárias, os sindicatos e outros segmentos da sociedade, em educação permanente para o controle social, em parceria com as instituições de ensino superior, público e privado, a fim de fortalecer a percepção a respeito do seu papel social e político e que possam desempenhar, com autonomia, sua função no controle social. (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAIBA, 2007, p. 20).

Realizar capacitação dos conselheiros (as) locais e distritais de saúde (V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2007, p. 14).

Como vemos, nos três âmbitos da gestão da saúde, vê-se a necessidade de capacitação para o exercício do controle social, no âmbito Nacional. Tal assertiva vai na direção da proposta macro estrutural, de se criar a **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS** e o Programa **de Inclusão Digital pra os Conselhos** de saúde, o que demonstra a preocupação em se ampliar e consolidar o controle social viabilizando o maior entendimento dos conselheiros sobre a máquina e seu funcionamento. Essa mesma preocupação se mostrou presente nas demais conferências, com ressalva para a Conferência

Estadual de Saúde, visto que nela não surgiram propostas no sentido da capacitação dos conselhos no eixo III, o qual trata dos direitos e da ampliação da participação, mas traz sua inquietação no que se refere à capacitação dos conselheiros e da sociedade no ponto que trata sobre a *Gestão do SUS*, colocando então a capacitação como um interesse para o bom funcionamento da gestão e não como parte importante e integrante da necessidade de ampliar direitos através da participação qualificada dos conselheiros e da população.

Em nível local reafirma-se a necessidade em capacitar conselheiros, no entanto, com um olhar aparentemente mais democrático, à medida que inclui a necessidade de capacitar conselheiros locais e distritais, sendo um fora de estimular a criação e ampliação destes mecanismos dentro do município.

Devemos então ter um olhar ampliado no que se refere à capacitação e formação de conselheiros na saúde. Labra (2009) nos trás um alerta para algo que vem acontecendo dentro dos nossos conselhos de direitos que é a possibilidade da profissionalização dos conselheiros, um movimento que estaria desde já ocorrendo os diversos municípios e estados do Brasil, devido a complexidade de se entender o sistema de saúde e todos os mecanismo necessários para exercer o controle social. Desta forma, o mesmo ou os mesmos conselheiros estariam sendo sempre reconduzida a atividade de Conselheiros devido às capacidades pessoais de liderar, mas especial pelo seu alto grau de instrução ou conhecimento da política de saúde,

Desta forma a conjuntura acima relatada, vem a reiterar a necessidade de se criar uma **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS**, assim como o Programa de Inclusão Digital, pois estes seriam instrumentos de capacitação continuada que permitiriam o bom andamento da democracia, à medida que qualquer cidadão que se interesse em articular-se em busca de participar do controle social na saúde ou mesmo em outros segmentos, possa fazê-lo, visto que o nível de instrução ou a falta de instrução, não seria mais uma barreira para a sociedade a medida que este estaria sendo viabilizado em âmbito Nacional. Esta poderia vir a ser uma medida de democracia para os demais segmentos das políticas, assim como a forma de controle social fora um espelho para os demais segmentos, a implantação de tais políticas poderiam ser fortes instrumentos viabilizadores da ampliação de direitos e da consolidação da democracia participativa.

Módulo III- Competências dos conselhos, Atribuição, composição

No que se refere ao conselho em si, faremos aqui uma explicação sobre suas competências, atribuições, composição, sobre como está estruturado esse mecanismo de controle social.

Temos nos conselhos diversas categorias da sociedade civil associação de moradores, sindicatos, teóricos da saúde, associações de empresas, entre tantos outros, neste âmbito cada categoria que se propõe a fazer parte dos conselhos tem também como papel a defesa dos interesses das mesmas.



Figura 5 - Reunião do CMS-JP-2010.

Fonte: CMS-JP (2010).

Dessa forma as organizações da sociedade civil têm a função de defender os interesses coletivos da população, no entanto, sofrem com a falta de articulação, com a baixa representatividade, além da imensa falta de informação que a cerca. Em contrapartida, temos o setor privado e os gestores de forma geral, com seus interesses mercadológicos ou particulares, tendo grande força política e de persuasão, além de terem o controle sobre a máquina, viabilizando ou não através do uso da transparência de suas ações, o exercício do controle social pelas demais categorias, aliada à manipulação que algumas vezes se tem sobre o funcionamento dos conselhos.

Essas questões se tornam visíveis quando analisamos as propostas das três últimas Conferências a qual nos propomos neste trabalho, dando ênfase ao eixo III⁸ o qual trata da participação da sociedade na Política de Saúde. Nestas se mostram presentes várias propostas relativas a atribuições, competências e composição dos conselheiros, sendo bastante presente nestas a necessidade de autonomia dos conselhos e de se fazer cumprir suas deliberações, como veremos a seguir:

Fortalecer os conselhos de saúde como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo sua autonomia perante os poderes Executivo e Legislativo (BRASIL, 2008, p.163).

Cumprimento da legislação vigente que determina a autonomia aos conselhos de saúde quanto a formulação, fiscalização, deliberação, avaliação e acompanhamento (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2007, p. 21).

Garantir estrutura para o funcionamento dos conselhos de saúde que serão implantados (V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2007, p. 14).

Vemos então nas propostas acima a busca por uma maior autonomia dos conselhos, pra que estes possam exercer suas atribuições de forma qualificada, visto que a própria falta de estrutura solicitada na conferência municipal pode ser um empecilho ao exercício do controle social de forma autônoma, à medida que estes muitas vezes funcionam em instalações “emprestadas” pelos governos ficando sujeitos as determinações dos gestores quanto ao seu uso.

Correia (2005) nos traz como resultado de pesquisa que mesmo diante das propostas vistas nos relatórios finais das conferências estudadas, os conselhos nem sempre têm sua autonomia garantida, que algumas vezes estes se tornam reféns da gestão, tanto pelos recursos e pela falta de equipamento para suas atividades, como pela ingerência, à medida que a gestão interfere politicamente na composição dos conselhos, colocando através de indicação política de conselheiros ligados à gestão. E essa é uma das questões, talvez a principal, presente nos relatórios das conferências pesquisadas, como veremos a seguir:

Tornar lei a Resolução CNS no 333/2003 (BRASIL, 2008, p. 168).

Cumprir a resolução 333/2003, que determina que os membros do conselho de saúde não podem ser indicados politicamente (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAIBA, 2007, p. 21).

⁸ Os demais eixos não foram trabalhados por não fazerem menção a temática objeto deste estudo

Revisão do processo eleitoral do conselho estadual de saúde - Pb, pelo conselho nacional de saúde, tendo em vista o não cumprimento da resolução nº. 333 (V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2007, p. 15).

Nos relatórios finais das conferências pesquisadas é possível ver a preocupação em se respeitar a resolução 333/2003, e mesmo a preocupação com desrespeito da norma, onde indica que os membros não podem ter sido indicados politicamente pelos gestores, havendo inclusive a indicação no relatório nacional de que a Resolução se torne lei. Na Conferência Nacional esta preocupação se mostra presente em dois momentos, quando se propõe pela real autonomia dos conselhos e seu fortalecimento com todas as leis e deliberações concernentes e quando propõe que a resolução 333/93 se torne lei, garantindo assim o respeito às normas éticas do processo eleitoral dos conselhos.

No que se refere ao Estado à proposta reivindicativa de fiscalização da composição dos conselhos continua, mas se torna mais grave quando nos remetemos à conferência municipal de saúde, visto que nesta ocorre praticamente uma denúncia sobre o Conselho Estadual de Saúde da Paraíba e sua composição, a qual teria a influência política na indicação de conselheiros, algo grave mais não incomum em nosso país. A Revista Radis traz sua edição de número 53 a mesma denúncia referente a outros logradouros do Brasil, onde na cidade de Juazeiro na Bahia o prefeito teria criado uma lei municipal a qual estabelece que o presidente do conselho municipal de saúde seja o secretário municipal de saúde, ora seria então uma regressão aos tempos pré – Constituinte, essa formação de conselhos nada mais seria do que Inconstitucional, ilegal diante de nossa Carta de 1988 a qual estabelece a formação de nossos conselhos de forma paritária e o coloca como autônomo não vinculado ao governo.

Outras propostas se mostraram presentes nas conferências pesquisadas no ponto sobre as atribuições e competências e composição. No geral, elas trataram da necessidade dos Conselhos trabalharem no sentido de uma maior articulação com os demais segmentos buscando meios de efetivar as propostas originárias das Conferências de Saúde, como veremos abaixo:

Que o Conselho Nacional de Saúde promova estratégias para a integração setorial e intersetorial das instâncias de controle social nas três esferas de governo, incluindo Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunal de Contas e a sociedade civil organizada nos diferentes segmentos, a fim de garantir a legitimidade ao controle social, permitir o compartilhamento de informações sobre a saúde do país, a adoção de um modelo de desenvolvimento humano sustentável, uma agenda única de enfrentamento dos problemas sociais e a gestão participativa (BRASIL, 2008, p. 165).

Realizar semestralmente um fórum de integração entre os conselhos sobre as diversas políticas públicas de saúde (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAIBA, 2007, p. 20).

Criar espaços de articulação entre os conselhos municipais de saúde do estado da Paraíba no âmbito das regionais de saúde (V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2007, p. 15).

A partir das propostas acima expostas, percebemos então a preocupação por parte da sociedade e demais segmentos, de que haja uma maior articulação entre os conselhos em âmbito municipal, estadual e federal, como forma de fortalecer o exercício do controle social, no que se refere ao município e estado. Esta proposta se daria através da troca de experiências e informações, a partir do caminho percorrido por cada conselho, o que viria a fortalecer os conselhos enquanto instrumentos de consolidação do SUS e fortalecer os conselhos de saúde como órgãos controladores e fiscalizadores das ações governamentais na saúde.

No âmbito federal, a proposta rege pela articulação dos diversos segmentos de controle social, propondo o maior estreitamento das relações entre conselho gestores, ministério público, tribunal de contas e sociedade civil organizada, de forma que estas trilhariam o mesmo caminho quando se referisse a saúde, a partir de uma proposta única de agenda para o setor, que poderia possibilitar uma intenção de relação intersetorial, através de trocas de informações, que ganhariam o caráter de informações privilegiadas, na medida em que viabilizasse a maior eficácia e eficiência do exercício do controle social.

Mostra-se, também, evidente as diferenças nas propostas de acordo com a conjuntura dos governos, a exemplo vê-se que na conferência municipal de saúde o ponto alto das discussões dentro da categoria que estamos trabalhando fora a necessidade de fazer valer a resolução 333, a qual tratamos em momento anterior, devido a denúncia de ingerência e inconstitucionalidade na composição do conselho, ficando a margem outros posicionamentos diante das atribuições e competências dos conselhos.

Tal característica não se faz presente nas propostas de âmbito Estadual e Federal, nestas se faz presentes propostas que versam desde a composição dos conselhos de acordo com a norma estabelecida, como pede a maior fiscalização dos conselhos sobre o Estado como veremos nas propostas abaixo:

Exigir dos gestores a apresentação da prestação de contas e do relatório de gestão em audiências públicas, remetendo-os aos conselhos de saúde e divulgando-os amplamente em meio impresso e eletrônico (BRASIL, 2008, p. 164).

Prestação de contas trimestralmente por parte dos gestores aos conselhos de saúde e estes à sociedade, acerca dos investimentos feitos em saúde, garantindo assim a

transparência na administração dos recursos do SUS (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAIBA, 2007, p. 20).

Como podemos perceber, existe a preocupação por parte da sociedade e seus diversos segmentos no que se refere à eficiência da fiscalização dos conselhos sobre o governos. Tal preocupação pode se dar devido a evidentes dificuldades dos conselheiros em entender a máquina estatal e assim poder exercer seu papel fiscal diante do governo, esse é um ponto de real importância, e é resultado de deficiências na estrutura, autonomia e formação dos conselheiros, pois à medida que estes apresentam tais características, é notório sua falta de efetividade na fiscalização dos recursos para a saúde.

Outro ponto de forte inquietação dentre as propostas das conferências estadual e federal, é a necessidade de que os conselhos de saúde tenham suas propostas implementadas pelos gestores como forma de garantir a participação da sociedade na gestão da saúde, segue as propostas das conferências:

Assegurar que as resoluções dos conselhos de saúde sejam homologadas pelo respectivo gestor no prazo Máximo de quinze dias a contar da data de seu encaminhamento e, quando do não-cumprimento desse prazo, que os conselhos encaminhem representação formal ao Ministério Público, para as providências cabíveis (BRASIL, 2008, p. 159).

Garantir que os conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional possam, através de discussão continuada, elaborar propostas que sejam incorporadas e aplicadas pelas respectivas secretarias de saúde, fazendo assim, com que os cuidados a saúde sejam emanados do povo, conforme diz a constituição federal brasileira (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAIBA, 2007, p. 21).

Observa-se, então, a partir das propostas das conferências referidas a inquietação em se consolidar as propostas oriundas dos conselhos de saúde, como forma de se garantir a participação da sociedade civil na gestão da política. Visto que os conselhos têm em sua composição 50% de usuários, podemos entender que as propostas dos conselhos são as necessidades da sociedade civil e que devem ser consolidadas pelos governos.

Como já sinalizamos anteriormente são muitas as propostas e estas versam por diversos assuntos, nos preocupamos então em trazer para a discussão as propostas que se mostravam mais presentes entre as três conferências, sendo também uma forma de percebermos as propostas que saem do âmbito local e migram para o macro, visto que a conferência nacional é um acúmulo das discussões que vem sendo traçadas nas conferências municipais e estaduais de Saúde. As conferências dentro da categoria proposta versam ainda pela preocupação com a estabilidade profissional dos conselheiros diante de possíveis represarias,

assim como ocorre com os sindicatos, ponto este de extrema importância visto que dele depende o exercício do controle social sem ressalvas diante de possíveis perseguições políticas que os conselheiros possam sofrer em seus ambientes de trabalho, no entanto, esta se mostrou presente apenas na Conferência Estadual de Saúde, saindo então do foco de nossa análise.

Todas essas questões nos levam a ver as dificuldades dos Conselhos em exercerem seu papel deliberativo no que concerne à política de saúde, visto que estes sofrem com a falta de estrutura, de autonomia, de ingerência por parte dos governos e de inexistência de mecanismos de articulação que viabilizem a consolidação das propostas das Conferências, sendo esta a resposta as solicitações da sociedade civil em seus mais variados segmentos, sobre suas necessidades dentro da Política de Saúde.

Módulo IV- Relação com as ouvidorias SUS

Um dos mecanismos utilizados também como forma de controle social é a ouvidoria, no entanto, este é um instrumento pouco citado na literatura consultada acerca do controle social, talvez pelo pouco conhecimento deste, ou mesmo de sua existência e funcionamento dentro do aparato estatal.

A ouvidoria, segundo, Moraes et al. 2009

É um canal de atendimento legítimo ao cidadão, em segunda instância, neutro e imparcial, que atende com equidade manifestações de situações recorrentes que não foram solucionadas de forma satisfatória pelos canais competentes de atendimento da organização (MORAES et al., 2009, p. 12)

Funciona como instrumento de participação social à medida que viabiliza a transparência das relações institucionais, retirando a marca do autoritarismo do estado, como único detentor de poder. Viabilizando à sociedade civil o empoderamento, à medida que passa a ter um mecanismo de denúncia, de informação, de diálogo com o estado através do mediador, que é o ouvidor, pautado ainda pelos preceitos do SUS, preceitos de Gestão democrática em saúde, de humanização e de acolhimento, desta forma, a ouvidoria passa a ser então um mecanismo de exercício da cidadania para a sociedade civil.

O SUS implantou em 2003 o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES - criado por meio do Decreto nº 4.726, que compõe a estrutura do Ministério da Saúde como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A Ouvidoria Geral do SUS é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde, além de atuar como ferramenta de gestão, contribuindo para definição de ações que resultem em melhorias no Sistema Único de Saúde.

A Ouvidoria Geral do SUS, que tem por objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do Sistema, busca ampliar o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Desempenha os papéis de espaço de cidadania, mediação no acesso aos serviços de saúde, e instrumento de gestão. Representa um canal democrático direto de diálogo dos usuários do sistema e da comunidade com a gestão, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social. Para tanto, atua na disseminação de informações e recebe manifestações dos cidadãos, como reclamações, denúncias, sugestões, elogios, e solicitações. Pela mediação e busca de equilíbrio entre os entes envolvidos, a Ouvidoria efetua o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda, e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2008).

De acordo com Moraes et al., no Brasil o ouvidor acaba tendo um papel prepositivo e educativo, quando na verdade este deve ter sua dimensão ampliada, a medida que deve ter autonomia para lidar com as injustiças administrativas, fazendo recomendações no sentido da prevenção desses acontecimentos, deve manter a ética respeitando o sigilo profissional, como também para executar seu trabalho de forma eficaz deve ter acesso direto ao chefe do executivo da instituição. Com todas essas prerrogativas o ouvidor poderá proteger o cidadão e seus direitos da injustiça, do abuso de poder e da ingerência das instituições.

As ouvidorias são então instrumentos de controle social, viabilizador da comunicação do cidadão com as instituições em busca de seus direitos. No entanto, apesar da importância desse mecanismo de controle social para a saúde, vemos durante as conferências estudadas que este só aparece como proposta na conferência nacional de saúde, não sendo sinalizada pelas conferências estadual ou municipal de saúde, como veremos abaixo:

Que o Ministério da Saúde implante uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, envolvendo as três esferas de governo, para criação de ouvidorias que sejam autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, incluindo ouvidorias populares, implantando

sistema de avaliação pelo usuário do atendimento em todos os serviços públicos de saúde e rede conveniada, com apresentação sistemática de relatórios periódicos aos conselhos, informando o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas, tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2008, p. 168).

Identificamos então que existe uma preocupação em nível Nacional para que se implante uma Política Nacional de Ouvidoria, no sentido de fortalecer o Sistema de Saúde através da participação popular nas ações do governo e da fiscalização dos serviços para que estes sejam realizados com qualidade e eficiência, garantindo a autonomia e vinculando-a aos conselhos de saúde, o que fortaleceria ainda mais seu cariz independente e fiscalizador.

No entanto, existe hoje uma ausência de conhecimento da população sobre a existência das ouvidorias e seu funcionamento, fato que se torna evidente a partir das conferências estadual e municipal de saúde, as quais não apresentam nenhuma proposta referente ao tema, indicando assim a necessidade da publicização desse mecanismo, onde se mostre a importância da ouvidoria, fortalecendo assim a confiança dos usuários ao utilizar esse serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As várias questões aqui levantadas e trabalhadas nesta investigação configuram-se em aspectos dinâmicos, dentro de espaços políticos permeados por correlação de forças, originados da tensão existente a partir do modelo de produção no qual vivemos e suas relações sociais. Desta forma, se torna bastante complexo tecer considerações definitivas sobre tais questões. No entanto, delineamos aqui alguns caminhos aos quais nos permitiram refletir sobre os autores estudados, os quais poderão servir de estímulo para novos estudos sobre os diversos pontos arrolados em nosso trabalho.

O controle social na saúde com o caráter que hoje observamos é resultado de uma luta histórica originada no Movimento pela Reforma Sanitária, apesar de termos a presença de conselhos e conferências de saúde desde a década de 1930.

Porém a dinâmica que estes expressavam revelava uma perspectiva totalmente epidemiológica e curativa permanecendo assim, até 1986 quando ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, ponto alto da luta pela reforma sanitária, a qual teve muitas de suas propostas absorvidas pela Constituição de 1988.

Este panorama mudou a conformação do controle social no país, visto que até então os Conselhos de Saúde existiam com função meramente burocrática e normativa, passando naquele momento a existir dentro dos moldes da democracia, tendo como parte desse mecanismo a descentralização e principalmente se pautando pela participação da sociedade na gestão do sistema de saúde.

No entanto, esta participação se deu dentro do processo de instalação do neoliberalismo no Brasil, o que trouxe uma onda de desconstrução dos direitos para o país, (momento marcante durante o Governo Collor o qual fez constantes retaliações ao SUS).

A partir da formulação das NOB's, o SUS resistiu aos constantes ataques dos governos, progredindo em sua implantação até o alcance da implantação do Controle Social através da mudança de concepção dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

O fato é que este é um processo recente, o qual ainda tem em si algumas características remanescentes do histórico de um país patrimonialista, clientelista e que se acostumou a manter verdadeiros currais eleitoreiros através do coronelismo.

Desta forma, muitos são ainda os questionamentos e a luta pela implementação e consolidação do controle social com um cariz democrático como consta em nossa Constituição. Os interesses políticos são muitos e as dificuldades no exercício do controle

social são inúmeros diante da falta de estrutura e de instrução da sociedade brasileira no que se refere à política de saúde.

Não pretendemos aqui esgotar as análises e discussões sobre as categorias as quais nos propusemos trabalhar, tomando como lócus da pesquisa a Conferência Nacional de Saúde, a Conferência Estadual de Saúde da Paraíba e Conferência Municipal de Saúde de João Pessoa.

Dispusemo-nos a trabalhar sobre as propostas que se mostraram mais visíveis nas três conferências dos três níveis; trabalhamos ainda em alguns momentos a partir de propostas que se mostravam presentes apenas nas conferências estadual e municipal de saúde, por entendermos que a conjuntura política da época evidenciou aspectos diferenciados nas conferências analisadas. A título de exemplo, verificamos que nas conferências locais (estadual e municipal) as questões influenciadas pelo aspecto ideo-político eram a tônica dos debates, diferentemente dos debates ocorridos na conferência nacional.

Tivemos, então, como respostas aos nossos questionamentos a evidente preocupação no âmbito das três conferências em se ampliar e consolidar os mecanismos de Controle Social, através da implantação de conselhos locais e distritais de saúde e da preocupação em se inserir a educação popular em saúde no ensino brasileiro, como modo de formar cidadãos conhecedores dos mecanismos de participação na saúde, servindo como agentes multiplicadores.

Mostrou-se também presente em nossa análise, a inquietação com a ausência de autonomia dos conselhos, na medida em que estes sofrem pela falta de estrutura própria e de recursos para seu funcionamento com autonomia. Essa configuração faz com que os conselhos se tornem reféns da vontade do governo e da fiscalização do mesmo sobre o controle social.

A exemplo de situações onde os conselheiros utilizam dos computadores dos governos por falta de computador próprio, soma-se a isso a preocupação da manutenção de seus empregos (ponto evidente dentre os discursos, o que revela as possíveis perseguições políticas sofridas pelos conselheiros que trabalham no âmbito do SUS, e que se refletem no exercício do conselheiro e por consequência na eficácia dos conselhos de saúde no controle social).

Outra resposta que tivemos a partir de nossa análise foi referente à necessidade eminente de se trabalhar no sentido da capacitação permanente dos Conselheiros de Saúde, através de uma Política Nacional de Educação Permanente e também do Programa de Inclusão Digital, tendo em si a capacitação ou formação dos conselheiros no sentido de buscar as informações necessárias ao controle social utilizando-se deste recurso. Este se torna um ponto de extrema importância, visto que analisamos a falta de entendimento da máquina

estatal e de como deve ocorrer o trabalho do conselheiro. Este traço é um forte entrave ao exercício do controle social e mesmo ao exercício democrático dessa participação, na medida em que a sociedade possa estar se privando do direito de participar do conselho de saúde devido ao não entendimento da máquina e de suas atribuições, fazendo assim com que se torne freqüente a presença dos mesmos nomes em gestões diferentes dos conselhos.

Segue-se, então, a preocupação nos três níveis em se consolidar a resolução 333 que dispõe sobre a composição dos conselhos, a qual demonstra em nosso trabalho que vem sendo desrespeitado, tornando-se uma composição inconstitucional. À medida que pessoas são indicadas politicamente passamos a ter o secretário de saúde como presidente do conselho, o que é uma arbitrariedade, algo que vai de encontro a toda luta pelo exercício do controle social, mostrando desta forma junto a denúncia relatada na Revista Radis, que tal resolução esta sendo desrespeitada possivelmente em outros municípios ou estados brasileiros visto que esta ingerência se dá pela origem patrimonialista do Estado Brasileiro e que em sua dimensão continental torna-se difícil manter essa fiscalização, algo que pode ser modificado a partir da Política de Educação Permanente para a Saúde ou mesmo pela introdução da Educação Popular em Saúde na Educação brasileira, pois desta forma a sociedade passaria a reivindicar o pleno exercício do Controle Social.

Esse movimento reivindicador não é algo tão distante da realidade, visto que nas conferências se mostraram presentes propostas pelo exercício do controle social pelos conselhos. Em momentos diferentes foi solicitada a maior fiscalização das cotas e recursos da saúde pelos conselheiros, havendo até uma proposta em nível estadual de se ver mecanismos de punição para os Conselheiros que não cumprissem seu papel diante do controle social, o que pode ser um indicativo de conselheiros que possam não estar exercendo seu papel nos conselhos por interesses políticos, visto que há a denúncia de que na composição do conselho houve influência política.

Por fim e não menos grave foi o evidente desconhecimento de um importante mecanismo de controle social para a sociedade, o qual independe de mediadores e representantes, acessível a todos os cidadãos, que são as ouvidorias.

A falta de propostas e de inquietações sobre esse mecanismo demonstra a total falta de conhecimento sobre esse instrumento, o que nos faz retornar às questões referentes à Gestão Participativa, onde se mostram presentes a buscar por novos mecanismos de controle como os conselhos locais e distritais.

De forma que nos faz refletir sobre o fato da sociedade está reduzindo a sua participação no controle social aos Conselhos de Saúde, ponto que deve ser levado em

consideração em nossas análises, pois o controle social não pode se reduzir aos conselhos Gestores. O controle social é algo maior é o controle da sociedade sobre o Estado e deve se dar pelos seus diversos instrumentos, como o ministério público; a utilização do portal de transparência dos governos; as ouvidorias e outras formas de associações pela busca de um controle social democrático.

Fica então o entendimento de que muito se avançou na conformação do controle social pela sociedade no Brasil, mas muito ainda deve-se avançar para que tenhamos mecanismos de controle social democráticos, autônomos, livres de ingerência política, e com a participação efetiva da sociedade nos diferentes espaços de controle social a nível local ou de bairros.

Entendemos neste trabalho que o caminho a ser seguido começa pela educação, formar cidadãos propositores, conhecedores do SUS e de seus direitos é ponto fundamental para o funcionamento amplo e adequado do controle social, somando-se a este, a necessidade de se criar mecanismos que venham a contribuir pra sua consolidação e ampliação como leis que assegurem a não interferência política dentro dos conselhos, leis que garantam a autonomia do funcionamento dos conselhos, assim como assegurem o emprego dos cidadãos que participem dos conselhos. Por fim reiteramos aqui que não pretendemos esgotar os questionamentos a partir de respostas pré-moldadas, mas sim mostrar nosso posicionamento sobre o caminho que devemos seguir para o exercício do controle social democrático.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Maria da Graça. **A atuação dos conselheiros de saúde: estratégias e práticas**. 2002 . 179f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ALBUQUERQUE, Maria do Carmo. Participação Cidadã nas Políticas Públicas. In: HERMANS, Klaus. **Participação Cidadã: novos conceitos e metodologias**. Ceará, Fundação Konrad Adenauer, 2004.

ARRETCHE, Marta. A política da política da saúde no Brasil. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho; Manuel Suárez, Julio. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005, p. 285-306.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Humaniza SUS. Brasília. 2004.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. 28 dez. 1990.

BRAGA, J.C. de S. **A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista**. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1978.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **As Políticas brasileiras de seguridade social: saúde**. Política Social – Módulo 03. Programa de capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, 2000.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo. Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês de Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Política de Saúde no Governo Lula** In: Política de saúde na atual conjuntura: Modelos de gestão e agenda para a saúde. 2007 – UERJ/ Faculdade de Serviço Social - Projeto Políticas Públicas de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS, Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde e o controle social**. Ministério da saúde, 2000.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. CONASS Documenta; 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: Políticas de estado e desenvolvimento. Brasília 2008.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 18).

BRASIL. Primeira Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1941.
Disponível em: <http://conselho.SAÚDE.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf>.
Acesso em: 14 jul. 2010.

CAVALCANTI, Patricia Barreto. **Autonomia e corporativismo nos serviços públicos de saúde de João Pessoa.** Tese de doutorado em serviço social, PUC/SP, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma política e sanitária:** a sustentabilidade do SUS em questão? Ciênc. saúde coletiva, v.12, n. 2, Rio de Janeiro: Mar./Abr. 2007.

CORTES, S. M. V. **Conselhos Municipais de Saúde:** a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-17, 1998.

CORREIA, Maria Valeria Costa. **Que é controle social?:** os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2000.

CORREIA, Maria Valeria Costa. **Desafios para o Controle Social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

COELHO, Ivan Batista Coelho. **Democracia sem equidade:** um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva v. 15, n. 1, Rio de Janeiro: Jan. 2010.

FLEURY, Sônia. **Reforma sanitária brasileira:** dilemas entre o instituído e o instituinte. Ciência e saúde coletiva, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2010.

FLEURY, Sônia. **A questão democrática na saúde.** In: Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, Sônia. Que proteção social para qual democracia? Dilemas da inclusão social na América Latina. Debates e Temas v. 5, n. 1, março 2010 Disponível em: <<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/404/803>>. Acesso em: 02 jul 2010.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

FONSECA, Artur Lourenço de. **PORTABILIDADE EM PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL**. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre, Programa de Mestrado Profissionalizante em regulação de Saúde Suplementar. ENSP, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/DIS_Portabilidade%20-%20Formas % 20 de%20Implementacao_ARTUR_LOURENCO_DA_FONSECA.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/DIS_Portabilidade%20-%20Formas%20de%20Implementacao_ARTUR_LOURENCO_DA_FONSECA.pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2010.

GARELLI, **Controle social**. In: dicionário de política volume, UnB Brasília, 1995.

IAMAMOTO, Maria Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo. Cortez, Celates, 2003.

KRÜGER, T. R. ; [SOUZA, A. V.](#) Participação social no SUS: proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, p. 80-96, 2010.

LABRA. Maria Eliana **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde?** Contribuições para um debate urgente Rio de Janeiro. CEBES 2007.

LABRA. Maria Eliana. Política **Nacional de Participação na Saúde**: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial, IN: Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro. CEBES 2009.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde. Dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N., GERSCHAMAN, S., EDLER, F., SUÁREZ, J. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, v. 1, p. 353-383.

LIMA et al., Nísia Trindade. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho; Manuel Suárez, Julio. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p 27-80.

LORA, Adriano Peres. **ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira – SP**. Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual. Capinas. 2004.101f.

Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução da desigualdade em saúde. **Cien SAÚDE Colet** 2003; 8(2):439-448.

MEDEIROS, Katiusca Torres. monografia **Os direitos do usuário da saúde em questão**: um estudo junto às usuárias e técnicos da clínica. OBSTÉTRICA DO HULW. 2008. 96f.

Maria Inês de Souza et al. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MENICUCCI, Telma. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz 2007.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 25, p. 1620-1625, 2009.

MORONI, José Antônio. **O direito a participação no governo Lula**. In: Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MOTA, S. Acesso em: 03/ 2011 <http://www.silviamota.com.br/enciclopediabiobio/dirSAÚDE/dirSAÚDE-antecedentes.htm>

Moraes et al. http://www.repositorio.s.eap.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_19/ouvidorias_como_dispositivos_de_gestao_participativa_de_politicas_publicas_analisando_o_controle_social_no_para.pdf

NOGUEIRA, M. S. L. **Política pública de saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil: desafios de inclusão social**. Alemanha: Konrad Adnauer Stiftung, 2007.

PESQUISA E ANÁLISE DOCUMENTAL. Sandra Elaine Aires de Abreu (2002). Disponível em: <http://www.unievangelica.edu.br/gc/imagens/noticias/1817/file/01.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2011.

PINTO, Carla. **Empowerment: uma prática de serviço social**. In: *Política Social* –1998, Lisboa, ISCSP, 1998, pp. 247-264. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/textos/empowerment.htm>. Acesso em: 15 dez. 2009.

POLIGNANO, Marcos Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Faculdade de Medicina da UFMG [2001]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>. Acesso em: 10 set. 2009.

Relatório Final da VI Conferência Estadual de Saúde da Paraíba. **Saúde e qualidade de vida: Políticas de estado e desenvolvimento**. 2007. João Pessoa-PB.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300018&lng=en&nrm=iso. access on 08 Jan. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232007000300018. Acesso em: 03 jul. 2010.

SOUSA, Andréa Vieira de e KRUGER, Tânia Regina. **Participação social no SUS: proposições das Conferências sobre o conselho local de saúde**. R. Saúde Públ. Santa Cat., Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010.

SOUSA, Elizabeth Cristina Fagundes de. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

Tanaka YO, Melo C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. OPS/OMS. EDUSP: 2001:83.

TRAVASSOS, Claudia. **Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate**. Cad. Saúde Pública vol.13 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1997. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 jun. 2010.

TEIXEIRA. Maria Lucia, et al. **Participação em saúde: do que estamos falando?** Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009, p. 218-251. Disponível em: <[http:// www. scielo.br /pdf/soc/n21/10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/10.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2010.

.

.

ANEXO

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde -SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASSEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

- I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II – investimentos previstos em lei orçamentária, iniciativa do poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinarse-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do artigo 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o artigo 3º desta Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I – Fundo de Saúde;
- II – Conselho de Saúde, com composição partidária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III – plano de saúde;
- IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do artigo 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra