

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Gestão participativa e a reestruturação da rede
municipal de saúde em São Bernardo do Campo,
SP, no período de 2009 a 2011

Dorival Pereira dos Santos Junior

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo
2011

Santos Junior DP

**Gestão participativa e a reestruturação da rede municipal de saúde
em São Bernardo do Campo – SP, no período de 2009 a 2011**

**Mestrado
FSP-USP
2011**

Gestão participativa e a reestruturação da rede municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011

Dorival Pereira dos Santos Junior

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

S237g Santos Junior, Dorival Pereira dos
Gestão participativa e a reestruturação da rede municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011 / Dorival Pereira dos Santos Junior; orientador Paulo Capel Narvai – São Carlos, 2011.
139 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011.

1. Gestão Participativa. 2. Participação da Comunidade. 3. Controle Social. 4. Colegiados de Gestão. 5. Conselho de Saúde. I. Narvai, Paulo Capel , orient. II. Título.

Agradecimentos

Aos meus pais, pela sua batalha, carinho e dedicação pela educação dos filhos, enfrentando as adversidades da vida e ensinando princípios morais e éticos.

À minha noiva Regina, com quem tenho compartilhado momentos, pela compreensão e ajuda que sempre me destinou, auxiliando sempre.

Ao orientador Paulo Capel Narvai, que pela compatibilidade de nossas complicadas agendas foi capaz de apontar os rumos da pesquisa e clarear o caminho.

Aos grandes amigos que fizeram parte deste processo, pelo companheirismo: Keila, Grasi, Dani, Hugo, Nayara, Glaucia, Edson, Arthur, Lucas, e tantos outros.

Aos funcionários da FSP-USP, por todo apoio, sobretudo na etapa final de depósito.

Aos membros do Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo e à equipe de gestão da Secretaria de Saúde.

Por fim, agradeço ao CNPQ por ter financiado, por meio de uma bolsa de mestrado, o projeto de pesquisa desenvolvido nesta dissertação.

Meu muito obrigado a todos.

Santos Junior DP. Gestão participativa e reestruturação da rede municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Resumo

Introdução – A participação da comunidade, diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), foi concretizada pela criação de conselhos junto à estrutura de gestão pública em todo o país, integrando gestores, trabalhadores e usuários visando à construção coletiva das decisões, possibilitando maior envolvimento e desalienação na produção do cuidado em saúde e fazendo com que a práxis do cuidado em saúde se torne menos fragmentada e mais resolutiva. **Objetivo** – O estudo identifica como se configuram a gestão do SUS em São Bernardo do Campo e a organização dos espaços institucionais de participação da comunidade, e suas implicações no cotidiano do processo de produção de cuidado, nos diversos níveis do sistema municipal de saúde. **Método** – Trata-se de pesquisa qualitativa que abordou a gestão participativa em São Bernardo do Campo. Os dados utilizados resultam da observação de eventos relacionados ao tema e da análise de documentos produzidos no âmbito da gestão e do controle social. Para a análise foram utilizadas as seguintes categorias: a) acesso e uso dos espaços de controle social; b) diálogos construídos entre os atores; e, c) estratégias inovadoras para mobilização da comunidade. **Resultados** – Diversas iniciativas de participação foram identificadas como promotoras da gestão democrática, além do Conselho Municipal de Saúde, destacando-se: a) Conselhos Gestores Locais, presentes nas unidades assistenciais; b) plenárias de Orçamento Participativo, definindo prioridades para alocação de recursos; c) Encontro Popular de Saúde, contribuindo na mobilização; d) Audiências Públicas de prestação de contas e debates de projetos, favorecendo a transparência e publicidade das ações; e, e) Conferências de Saúde, avaliando e apontando as diretrizes. A produção de políticas e ações de saúde no município apresentou diversos momentos de elaboração, sendo a maioria resultante de deliberação coletiva. Quatro dimensões podem ser identificadas nesse processo: 1) Política – ações governamentais e intersetoriais e captação de recursos financeiros; 2) Gestão – monitoramento e construção de estratégias para enfrentamento das questões sanitárias; 3) Assistência – inserida no cotidiano da atenção à saúde, principalmente consultas e procedimentos; 4) Controle popular – envolve mobilização das comunidades e reivindicação por melhorias nos serviços. **Discussão** – O exercício do controle social amplia a capacidade da sociedade civil fiscalizar o poder público, com maior acesso às informações, mas não chega a interferir de forma significativa no planejamento da política, somente em sua homologação. Desta maneira, os processos de trabalho não se transformam no sentido de tornarem-se democráticos de fato.

Descritores: **Gestão Participativa; Participação da Comunidade; Controle Social; Colegiado de Gestão; Conselho de Saúde.**

Santos Junior DP. Gestão participativa e reestruturação da rede municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011./ Participatory management and restructuring of the municipal health network in São Bernardo do Campo, São Paulo state, in the period from 2009 to 2011. [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Abstract

Introduction — Community participation, a constitutional guidelines of Brazil's National Health System (SUS), was able due to the creation of councils in the structure of the public administration throughout the country, encompassing managers, workers and users; aiming at the collective construction of decisions, which enables greater involvement and a de-alienation in health care promotion, and making the praxis of health care be less fragmented and more efficient.

Objective — This paper identifies how the management of SUS in São Bernardo do Campo is structured, how institutional spaces for community participation in that city are organized, and what are their implications for the day-to-day health care promotion process in several levels of the municipal health system. **Method**

—It refers to a qualitative research that addressed the participatory management in the city of São Bernardo do Campo. The data used result from the observation of events related to the theme and from the examination of documents produced in the management and social control areas. To make an analysis the following categories were used: a) access and use of social control spaces; b) dialogs constructed between actors; and c) innovative strategies for mobilizing communities. **Results** — Several participation initiatives were identified as promoters of democratic management, besides the Municipal Health Council, highlighting: a) Local Managing Councils, present in the assistance units; b) plenary sessions on participative budgets, where priorities for the allocation of resources are defined; c) Popular Health Meeting that contributes to the mobilization; d) Public hearings for accountability and debates on projects, favoring transparency and actions' publicity; and e) Health Conferences to evaluate and indicate the guidelines. The production of policies and health actions in the city presented several elaboration moments, most of them result from collective deliberation. Four dimensions can be identified in this process: 1) Policy—inter-sectorial and governmental actions as well as fund raising; 2) Management — Monitoring and construction of strategies for facing problems related to health issues; 3) Assistance — inserted into the day-to-day health care, especially with regard to consultations and procedures; 4) Popular control —It involves mobilization of communities and claims for better services. **Discussion** — Social control increases civil society capacity to monitor the actions of public power, since it has greater access to information. But it does not significantly interfere in the policy planning, except for its homologation. In this manner, work processes do not become democratic.

Descriptors: Participatory management; Community participation; Social Control; Management by committee; Health Council.

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	10
2. Introdução.....	15
3. Referencial teórico.....	22
3.1 Controle e participação social: evolução de um conceito.....	22
3.2 Participação da comunidade na saúde.....	25
3.3 Gestão participativa.....	32
4. Objetivo.....	40
5. Método.....	41
5.1 Desenho metodológico.....	42
5.2 Aspectos éticos.....	48
5.3 Caracterização do campo de estudo.....	48
6. Resultados.....	52
6.1 A trajetória da participação em São Bernardo do Campo.....	52
6.1.1 O Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.....	52
6.1.2 A Conferência Municipal de Saúde.....	63
6.1.3 Os Conselhos Gestores de Saúde.....	69
6.1.4 A Estrutura Administrativa e a Gestão Participativa.....	73
6.2 O controle público da política de saúde.....	78
6.2.1 A Mobilização da Sociedade e o Processo de Planejamento na Gestão Pública.....	78
6.2.2 Transparência, Controle e Publicidade das Ações.....	83
6.3 Gestão participativa no processo de produção de cuidado em saúde... ..	88
7. Discussão.....	98
7.1 Participação da comunidade.....	98
7.1.1 Sobre administração pública municipal.....	98
7.1.2 Sobre as Conferências de Saúde.....	99
7.1.3 Sobre os Conselhos de Saúde.....	103
7.2 Gestão participativa.....	111
8. Considerações finais.....	115
9. Referências.....	118
Anexos.....	123
ANEXO I: autorização da pesquisa e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP.....	124
ANEXO II: Sites de notícias jornalísticas consultados.....	127
ANEXO III: extratos das leis nº 2240/1976 e nº 5.982/2009.....	131
ANEXO IV: organogramas da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo.....	134
ANEXO V: currículo lattes do autor.....	139
ANEXO VI: currículo lattes do orientador.....	140

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Quadros

Quadro 1 - Eventos que compuseram o trabalho de campo	43
Quadro 2 - Documentos acessados durante a pesquisa	45
Quadro 3 - Dimensões das atribuições do CMS/SBC	60

Tabelas

Tabela 1 - Composição do CMS/SBC no ato de sua criação, por segmento, 1991	53
Tabela 2 - Composição do CMS/SBC, por segmento, entre fevereiro/2008 e agosto/2009	55
Tabela 3 - Composição do CMS/SBC, por segmento, 2011	58

Figuras

Figura 1 - Proporção de membros do CMS/SBC por segmento, 1991	54
Figura 2 - Proporção de Membros do CMS/SBC por segmento, entre Fevereiro/2008 e Agosto/2009	56
Figura 3 - Proporção de membros do CMS/SBC por segmento, configuração em 2011	58
Figura 4 - Elementos marcantes das Conferências Municipais de Saúde	67
Figura 5 - Funções atribuídas aos Conselhos Gestores de Saúde	72
Figura 6 – Dimensões do trabalho no processo de produção do cuidado em saúde	89
Figura 7 - Organograma parcial da estrutura da Secretaria de Saúde, contemplando alguns dos espaços colegiados	93
Figura 8 – Representação esquemática do processo de gestão colegiada e a construção ascendente de decisões	94
Figura 9 - Panorama dos espaços colegiados componentes da construção da política de saúde em SBC95	95
Figura 10 - Organograma da SMS/SBC anterior a 2009	134
Figura 11 - Organograma do Departamento de Vigilância à Saúde da SMS/SBC anterior a 2009	135
Figura 12 - Organograma da Divisão de Administração da SMS/SBC anterior a 2009	135
Figura 13 - Organograma da SMS/SBC em 2011	136
Figura 14 - Organograma do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado da SMS/SBC em 2011	136
Figura 15 - Organograma do Departamento de Apoio à Gestão do SUS da SMS/SBC em 2011	137
Figura 16 - Organograma do Departamento de Administração da Saúde da SMS/SBC em 2011	138

SIGLAS E ABREVIações

8ª CNS – 8ª Conferência Nacional de Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGS – Conselhos Gestores de Saúde
CLS – Conselhos Locais de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMS/SBC - Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo
COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSEMS-SP – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo
FSP – Faculdade de Saúde Pública
FUABC – Fundação do ABC
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA – Lei Orçamentária Anual
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MRS – Movimento da Reforma Sanitária
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OP – Orçamento Participativo
PPA – Plano Plurianual
PS – Pronto Socorro
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC – São Bernardo do Campo
SMS/SBC – Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo
SUS – Sistema Único de Saúde
PMSBC – Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA 24hs – Unidade de Pronto Atendimento 24hs
USP – Universidade de São Paulo
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1. APRESENTAÇÃO

“Saúde é um direito do brasileiro e é um dever do Estado. [...] Estado supõe um território, supõe um povo e supõe um governo. [...] Estamos falando de uma nação, que tem um território, e dentro dele tem um povo. E um povo, que pretende ter um governo que represente seus interesses. E, portanto, é a esse Estado, [...] que cabe garantir o direito à saúde do seu povo. [...] E esse projeto deve ser construído. [...] um resultado, construído, desejado, montado e inventado pela sociedade brasileira.”

Sergio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde

O discurso do sanitarista Sérgio Arouca proferido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, reproduzido em epígrafe, representa o espírito fundador do Sistema Único de Saúde. As marcas de um período onde a democracia esteve longe das ações do poder público podem ser percebidas em todos os movimentos sociais de cunho reformista que surgiram entre meados da década de 1970 até o início dos anos 1990.

Na área da saúde não foi diferente. Após décadas de um modelo previdenciário excludente, que beneficiou as grandes corporações médicas e de insumos em detrimento de milhões de brasileiros sem acesso aos recursos disponíveis no complexo hospitalar existente, então nas mãos do setor privado, cujos fundos de financiamento, em muitos casos, originavam-se dos cofres da previdência social. Centrado em uma referência biomédica do processo de adoecimento, todo o contexto social e econômico de vida dos indivíduos trabalhadores e seus familiares era ignorado, com as

ações limitadas ao cardápio de oferta dos prestadores de serviços contratados pelo Estado que não correspondiam às necessidades dos beneficiários que buscavam auxílio médico da Previdência Social.

Com a redemocratização do país, os cidadãos passaram a contar com um leque ampliado de direitos garantidos pelo Estado. O poder público constituído para este fim, de acordo com os ideais republicanos, pressupõe um povo com condições de controlar e determinar os nortes da ação política, respeitando o Pacto Social inscrito na Carta Magna.

O Brasil definiu saúde como um direito social de todos os cidadãos, que deve ser perseguido pelos governos como compromisso para desenvolvimento de uma política de Estado solidária, descentralizada, promotora de justiça social e permeável à intervenção da sociedade civil, sobretudo dos usuários do sistema público de saúde.

É neste cenário que este trabalho se insere. Visando contribuir para a produção científica desenvolvida no país sobre o SUS, buscou-se aqui abordar o princípio da participação da comunidade de forma ampla, a partir da gestão da política de saúde municipal e seu cotidiano de desenvolvimento de ações de cuidado à saúde das pessoas.

Em um Estado Democrático de Direito como o Brasil, a administração pública deve atender aos interesses do povo, sendo a saúde uma área essencial para garantir o desenvolvimento humano, social e econômico de uma nação. Está relacionada com acesso equitativo aos recursos disponíveis para atender às necessidades de saúde, considerando as iniquidades geradas pela ordenação colocada pela vida em sociedade.

Na carta constitucional estão explicitados os anseios da população no que se refere à saúde pública, norteados a ação daqueles que ocupam os postos de governo. A partir do pressuposto de que a comunidade tem o direito de participar ativamente da gestão, conferindo um caráter democrático e descentralizado da administração onde este diálogo seja exercitado de forma dinâmica e permanente, com revisões periódicas dos problemas e dos avanços, redefinindo as prioridades que merecem atenção do poder público.

É sabido, no entanto, que a cultura política brasileira é bastante arraigada de valores e práticas clientelistas, na qual a elite usa a máquina estatal em benefício de interesses particulares. A participação na área da saúde, garantida constitucionalmente, permite que o *lobby*¹ seja feito pelos usuários dos serviços de saúde e a favor destes.

Sendo assim, estudos focados nesta diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) têm relevância uma vez que a democratização do Estado é uma conquista que custou grande esforço e mobilização da sociedade e não deve ser abandonada, sob o risco de retrocessos e perdas de benefícios, favorecendo determinados grupos econômicos em detrimento das necessidades coletivas de maior parte da população. As pesquisas produzidas nos últimos vinte anos sobre este tema abordaram diversos aspectos, sobretudo a experiência dos Conselhos e Conferências de Saúde. Propôs-se aqui ampliar o escopo do termo participação da comunidade, sob

¹ Pressão sobre políticos e poderes públicos, exercida por grupos que lutam por seus princípios e interesses (Houaiss A e cols. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p.).

a luz do conceito de gestão participativa e tendo como objeto o processo de produção de cuidado em saúde, contribuindo assim para o aperfeiçoamento das ferramentas e estratégias de efetivação do controle público e envolvimento popular nas políticas públicas de saúde. Justifica-se a opção de olhar para outros espaços menos tradicionais pela existência de muitos estudos que se debruçaram sobre a dinâmica e a atuação dos colegiados definidos pela Lei Orgânica da Saúde, mas poucos relatos que consideram a integralidade do processo de gestão e planejamento das políticas e execução das ações e estratégias de atenção à saúde das pessoas.

Esta dissertação, resultado de uma pesquisa qualitativa realizada no período de 2009 a 2011, acompanhou diversos espaços do cotidiano da gestão do cuidado, no município de São Bernardo do Campo. Introdutoriamente apresenta-se uma delimitação do objeto de estudo a partir de uma perspectiva histórica da saúde pública brasileira. Na sequência serão desenvolvidos os conceitos norteadores da investigação, baseada em três pontos fundamentais: a evolução do conceito do controle social na área da saúde; as implicações da inscrição da obrigatoriedade da participação da comunidade no capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988; a gestão participativa como paradigma de democratização das instituições e das relações sociais. Posteriormente, descreve-se a metodologia utilizada para obtenção dos elementos que constituíram o material bruto, transformado no processo de análise, em dados e informações qualitativas.

Os resultados, que não esgotam a complexidade dos acontecimentos que ocorrem no território vivo, figuram em um capítulo

dividido em três grandes blocos que abordam, respectivamente, os seguintes aspectos: organização (desenvolvimento histórico desde a criação do Conselho Municipal de Saúde da cidade até o período sob análise neste estudo); atuação (processo de mobilização e intervenção dos órgãos institucionais de participação e suas características); e potencial democratizante (perfil administrativo da política de saúde como produção coletiva).

Os resultados são discutidos em duas etapas. Primeiro tratando da participação da comunidade institucionalizada nos espaços identificados que permitem diálogo entre as diferentes categorias na construção de respostas às necessidades de saúde no município. Na segunda etapa, são abordados os pontos referentes à gestão do trabalho, a partir da atuação dos sujeitos responsáveis pelo cuidado, objeto da participação defendida no SUS, em seus diferentes postos de trabalho desde a assistência até os principais centros de tomada de decisão política da Secretaria de Saúde. Finalmente, são tecidas algumas considerações de fechamento do trabalho.

2. INTRODUÇÃO

A saúde apresenta-se como uma das principais demandas da sociedade em termos de políticas públicas. Ao avaliarmos os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) para serem cumpridos pelos países signatários até 2015, três deles estão relacionados diretamente à área da saúde: redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde materna; combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento².

Este fato demonstra o peso que a saúde tem na garantia de qualidade de vida das pessoas e o destaque da área na arena política, inclusive internacional. Neste cenário, o Brasil coloca-se como uma das lideranças, com diversas ações de erradicação de doenças e melhoria de indicadores de saúde da população. Em relatório recente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) informou alguns dados importantes do ponto de vista da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Eles apontam que aproximadamente 75% da população brasileira dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde e são mais de 90 milhões de pessoas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família em 2011 (OMS, 2010). Além

² Os outros cinco objetivos são: Acabar com a fome e a miséria; Educação de qualidade para todos; Igualdade entre sexos e valorização da mulher; Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. Extraído de: <http://www.pnud.org.br/odm/>, e http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/area.cfm?id_area=1705, acesso em 12/04/2011.

de outras conquistas importantes com relação às políticas de DST/AIDS, Saúde Mental e Imunizações, que são também áreas nas quais o Brasil apresenta modelos ao mundo.

Considerando-se ainda algumas pesquisas de opinião, comparada com dados de produção do sistema de saúde brasileiro, as contradições ficam mais visíveis. O volume de consultas e procedimentos foram ampliados nas últimas décadas; o acesso e as ações coletivas de prevenção atingiram um maior número de pessoas; programas e serviços de qualidade passaram a integrar a rede de atenção à saúde. Com marcas importantes como estas, a população ainda tem críticas ao SUS, principalmente no que se refere à falta de vagas para consultas médicas, sobretudo nas especialidades clínicas, segundo pesquisa do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011). Ainda de acordo com esta fonte, aproximadamente 70% das pessoas que utilizam o SUS têm boa percepção a respeito da qualidade do atendimento, mas apresentam críticas com relação às dificuldades de acesso.

Apesar das opiniões divergentes com relação à qualidade do sistema de saúde brasileiro, ao tomarmos uma perspectiva histórica, os avanços passam a merecer destaque. É bastante recente o reconhecimento da saúde como um direito, com o Estado assumindo papel fundamental na garantia de acesso a serviços e ações, individuais e coletivas, no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos (Fleury, 1997).

Com a promulgação de uma nova Constituição Federal no ano de 1988, impulsionado pelos debates resultantes da conjuntura social,

política e econômica decorrente de um período de duas décadas de ditadura militar, o Brasil avançou ao inserir no escopo de sua Carta Magna um capítulo sobre seguridade social, no qual se estabeleceu o principal marco legal para a construção de um sistema de saúde universal, solidário e integral (Brasil, 1988; Fleury, 1997).

Esta conquista deveu-se, principalmente, à articulação dos movimentos sociais espalhados em todas as camadas da sociedade, sobretudo os de base popular e acadêmica. As demandas destes atores encontrou voz junto aos demais grupos políticos insatisfeitos com a situação vivida pelo país, caracterizada por dura repressão àqueles contrários ao regime, elevada concentração de renda e acirramento das desigualdades sociais e exclusão de uma parcela da população das riquezas produzidas pelo “Milagre Brasileiro”.

Em meio à ditadura que sucedeu o golpe de 1964, com a administração pública sob comando dos militares, os órgãos do governo federal centralizaram as decisões sobre os rumos do país. Isto tornava as ações distantes da realidade dos municípios, além de estarem afinadas aos interesses do capital privado globalizado. Completando este quadro, havia dura repressão àqueles contrários ao regime, sob o risco de sofrerem duras penalidades, como prisão, exílio, entre outras situações mais extremas, como o desaparecimento e assassinato de presos políticos (Cohn, 2003; Fleury, 1997; Gerschman, 2004).

Desta forma, os canais reivindicativos da população estavam bastante limitados, porém, ainda havia alguns núcleos de resistência. Os

movimentos sociais passaram a se organizar a partir das periferias das grandes cidades, fortalecendo de forma significativa o envolvimento das camadas mais populares na luta por melhores condições de vida e servindo como importante espaço de articulação dos militantes e políticos opositoristas ligados a setores da esquerda. As Universidades apresentaram-se como outro ponto de aglutinação, considerada ainda um ambiente de maior liberdade para debates e local propício para maturação de um marco teórico que deu sustentação às propostas de mudança nos rumos da saúde pública brasileira. Nos sindicatos e demais entidades de classe, os trabalhadores puderam dar sua parcela de contribuição para fortalecer o movimento reivindicativo que se formava (Gerschman, 2004; Vasconcelos, 2008).

Na década de 1970, o debate em torno da redemocratização efervesceu e ganhou corpo diante da insatisfação de grande parte da sociedade. Na área da saúde, constituiu-se o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), agregando membros oriundos dos mais diversos setores interessados na temática da “luta em defesa da vida”, que compreendia uma visão mais complexa do processo saúde-adoecimento e seus determinantes, pautando, conseqüentemente, uma reorientação das ações técnicas e políticas para promoção, proteção e recuperação do estado de saúde dos indivíduos. O CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) lançou e defendeu a palavra de ordem “pela democratização da saúde e da sociedade”. Esta concepção foi divulgada enquanto proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, e serviu de

base para a construção do capítulo da saúde inscrito na Carta Magna de 1988 (Fleury, 1997; Gerschman, 2004; Bógus, 2005).

O projeto então defendido baseou-se em uma nova forma de pensar o processo saúde-doença, forjado na crítica ao modelo biomédico, centrado em especialidades e procedimentos médicos, orientado pelos interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Outro aspecto colocado à prova foi o do acesso. Uma das consequências da desvinculação do mercado de trabalho, gerada pelas elevadas taxas de desemprego formal, foi a exclusão de muitas pessoas do sistema previdenciário. Uma vez que a assistência médico-hospitalar naquele momento estava atrelada à contribuição trabalhista, quem não possuía vínculo empregatício formal (“carteira assinada”), não tinha acesso aos serviços ambulatoriais, internação e prevenção, exceto pela oferta limitada de vagas nas instituições filantrópicas (Paim, 2007). Também se pode agregar, conforme relatam Yunes (1986) e Fleury (1997), que os grandes centros urbanos careciam de infraestrutura em áreas como a de moradia, transporte e alimentação, emprego e saneamento, agravando a complexidade dos problemas sanitários vivenciados, principalmente, pelas famílias de baixa renda.

Sob este aspecto, o slogan defendido pelo CEBES, em prol da democratização da saúde, ganha destaque e espaço no debate político. A conclusão do processo de redemocratização do país, tornada irreversível com o movimento por eleições diretas para a Presidência da República, em 1984 (conhecido como “movimento das Diretas Já”), se deu com a

promulgação de uma nova Constituição, em 1988, que incorporou grandes avanços na área da seguridade social e se consolidou com a realização de eleições diretas, em 1989. Um grande desafio foi colocado aos segmentos populares a partir de então: participar da construção de um sistema de saúde universal, solidário e democrático entendido como direito de todos e de responsabilidade do Estado. Ao movimento sanitário coube um novo papel, menos reivindicativo e mais prático, na construção do Sistema Único de Saúde, provocando assim certa dispersão dos atores (Cohn, 2003; Vasconcelos, 2008). Muitas lideranças da Reforma Sanitária foram convidadas a assumir funções dirigentes no sistema recém-criado, abrindo brecha, segundo visão dos militantes mais radicais, para diversas negociações que comprometeram a implementação integral do projeto inicialmente proposto. Os movimentos populares seguiram sua articulação de base comunitária, junto às associações de bairro, movimentos de mulheres, da população negra, portadores de HIV/AIDS, enfim, na defesa dos direitos do público que representavam. Aos trabalhadores coube a articulação na busca por melhores condições de trabalho e remuneração (Rodrigues Neto, 1997; Gerschman, 2004).

Cabe aqui um destaque à importância que a 8ª CNS teve na consolidação e divulgação das ideias reformistas, que permearam o processo constituinte. Neste evento, os principais atores demonstraram o amadurecimento dos conceitos que basearam as propostas que defendiam a universalização do acesso a serviços e ações em saúde, como um direito de todo cidadão, independente de sua situação trabalhista, garantido pelo

Estado e com foco em ações primárias e preventivas, desenvolvidas no nível dos municípios e territórios e articuladas em interação com as comunidades (Yunes, 1986; Brasil, 1988; Brasil, 1990a e 1990b; Fleury, 1997).

A mobilização popular teve grande influência na construção do sistema de saúde brasileiro. O desejo por maior participação nos processos de decisão teve origem tanto na ideia de controle da corrupção e do abuso de poder para favorecimento de poucos pela máquina pública, quanto na necessidade de aproximação do poder decisório ao saber popular, tornando a democracia uma prática cotidiana nas comunidades e as ações do poder público mais adequadas às necessidades locais (Bógus, 2005; Vasconcelos, 2008).

Uma vez que o Direito não se encerra no texto normativo, mas deve-se renovar diariamente enquanto prática política e social faz-se necessário que os movimentos sociais permaneçam atuantes, de forma que as lideranças possam ocupar os espaços disponíveis para o exercício da democracia direta, legitimados sempre pela representação de suas bases (Sposati e Lobo, 1992). É a partir deste diálogo que se torna possível a criação de um canal de comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, fazendo-se com que as demandas da sociedade ganhem um porta-voz junto aos responsáveis pela administração da coisa pública (Baquero, 2001; Bógus, 2005; Santos Junior, 2009).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: EVOLUÇÃO DE UM CONCEITO

O controle social, como denominação dada à participação da comunidade na saúde, apresenta algumas distorções semânticas que remetem ao seu significado histórico, que podem modificar a forma como este princípio do SUS é compreendido por políticos e populares. Conforme apresentado, este termo surgiu no período de redemocratização, em fins dos anos 1970, pelo MRS, apontando para a abertura do Estado à participação e ao controle das ações públicas pelos diversos segmentos da sociedade.

Dependendo do enfoque político-ideológico em vigor, as relações Estado-Sociedade podem variar. Na área da saúde, a forma de compreensão do processo saúde-doença e organização da assistência à população também interferem. Portanto, a noção de controle social está estreitamente atrelada à compreensão destes elementos.

A partir destas considerações, Carvalho (1995; citado por Neder, 2001), classifica o controle social em quatro tipos distintos de participação sócio-política:

I) controle social como supremacia do Estado sobre a sociedade, caracterizado por uma burocracia estatal voltada para garantir submissão da população, em favor da ordem econômica e social. Para tanto,

é necessária uma considerável centralização administrativa, cercada por um rigoroso marco jurídico-legal, típico dos regimes absolutistas e das ditaduras.

II) Participação como complemento da ação do Estado, sobretudo nas comunidades mais carentes, focada nas condições de vida e problemas de saúde gerados das situações de pobreza. Entende que a organização da coletividade é um potente caminho para resolução das iniquidades, associada à descentralização administrativa e buscando fortalecer os laços solidários no interior das comunidades. Ao Estado cabe incentivar que as lideranças e demais atores sociais promovam ações orientadas para a mudança dos contextos desfavoráveis ao desenvolvimento comunitário, a partir da integração dos saberes técnicos e populares na compreensão e intervenção sobre tais situações. A participação é estimulada, deslocando o foco de seu contexto político e social mais amplo, revertendo para a comunidade o papel de solucionar suas mazelas.

III) A participação popular ainda pode ser entendida como uma atitude de afronta ao Estado, quando população e governo apresentam interesses antagônicos, sobretudo aqueles mais excluídos e prejudicados pelo *status quo*, que passam a questionar a forma de encaminhamento das questões públicas. Por conta da marcante segmentação social, existe uma tendência de que grupos de orientação política esquerdista aproximem-se destes setores, compondo um movimento de cunho reformista, com o objetivo de subverter o papel do Estado no processo de produção de uma realidade social geradora de desigualdades e iniquidades. É por meio da luta

que a população conquista melhorias nas condições de vida. Esta realidade foi vivida no país nos vinte anos subsequentes ao golpe de 1964. Foi neste contexto que emergiram diversos movimentos sociais de contestação à ordem vigente, entre eles o MRS, que tiveram participação importante no processo de redemocratização do Estado e da sociedade brasileira (Neder, 2002; Gohn, 2004; 2007).

IV) Na concepção democrática do Estado de Direito, o aparelho estatal deve ser contido para que não cometa abusos. Assim, a divisão de poderes entre as instancias legislativa, executiva e judiciária permite que uma série de mecanismos de controle sejam operados, favorecendo o interesse público. Esta não é uma ideia nova, uma vez que esta estrutura republicana é conhecida há muito no universo da política. A grande mudança que ocorre ao final da segunda metade do século XX é a incorporação da sociedade neste processo, a partir da articulação dos diversos atores engajados no debate público, mas afastados da política “profissional”. Trata-se de buscar um novo sentido para a arena política, uma vez que as tradicionais instâncias representativas encontravam-se bastante desgastadas pelo mau uso da burocracia estatal em favor de determinados grupos (Baquero, 2001; Neder, 2002; Sánchez, 2002). Não se trata mais de dar voz aos excluídos, mas a participação sócio-política passa a fazer parte do processo decisório de elaboração e implementação de políticas públicas. Daí surgem os ideais de universalização dos direitos sociais, calcados em uma nova concepção de cidadania e num reposicionamento estratégico do papel do Estado. Aqui, são experimentados mecanismos institucionalizados

de participação na gestão pública, envolvendo diretamente a sociedade civil e dirigentes dos órgãos de governo.

Compreender como se dá a interação Estado-Sociedade é crucial para determinar a forma com que a participação se concretiza e quais dividendos sociais resultam desta relação. É também considerando este contexto que o envolvimento dos diversos atores que fazem parte do processo de produção de saúde é determinado, desde a atuação técnica e política de profissionais e gestores, considerando ainda, sobretudo, os usuários dos serviços, lideranças comunitárias e movimentos sociais.

3.2 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE

Como herança do processo de redemocratização, a participação ganhou amplo espaço na estrutura administrativa criada no arcabouço da Constituição de 1988. A participação sócio-política conquistou, a partir de então, lugares permanentes de negociação de conflitos e deliberação das políticas públicas, permitindo que a democracia se torne uma realidade na saúde e na sociedade, tal como defendiam os militantes da Reforma Sanitária.

Neste cenário, o SUS assumiu um papel fundamental na construção de uma sociedade mais justa, garantindo acesso a serviços e ações de proteção, prevenção e recuperação da saúde da população. No

entanto, sua consolidação sofreu diversos ataques aos seus princípios e objetivos (Fleury, 1997).

A participação em espaços decisórios representou a transição da reivindicação para uma ação política de fato, diretamente envolvida na gestão dos serviços públicos (Neder, 2001), ou seja, uma mudança entre os perfis de participação definidos anteriormente. Desta forma, os anseios dos grupos representativos das bases se agregariam às decisões técnicas tomadas nos gabinetes, tornando os programas e serviços de saúde mais adequados às demandas das comunidades. Seria necessária, para tanto, uma redistribuição do poder decisório, conferindo à comunidade maior engajamento no processo deliberativo (Gohn, 2007).

Trata-se de um pressuposto que diminui o distanciamento na relação da sociedade com o Estado, uma vez que o país acabava de sair de um momento turbulento do ponto de vista da restrição da liberdade de expressão, opinião e associação política. O engajamento dos diversos segmentos organizados, conferindo uma aparente homogeneidade devido à necessidade de luta contra a estagnação que o regime representava para todos os setores, culminando com ampla participação destes movimentos na 8ª CNS. Este evento, realizado em 1986, reuniu em Brasília lideranças e militantes do MRS. Os debates culminaram na elaboração de um marco importante, onde ficou esboçado um conceito de saúde ampliado e que representava os anseios da sociedade com relação a uma nova realidade para as políticas sociais (Yunes, 1986; Fleury, 1997; Carvalho, 2007).

A participação, tal como idealizada pelos autores da Reforma Sanitária, previa um amplo engajamento da sociedade civil e uma reordenação da estrutura política, a fim de possibilitar maior permeabilidade das opiniões e anseios da população. A democracia participativa seria então uma evolução complementar à representação parlamentar, uma vez que estaria alicerçada em outras bases que não a política partidária e seus vícios (Sánchez, 2002). Conforme aponta Gohn (2007), para o fenômeno da participação configurar-se como democrático, é necessário que haja implicação da sociedade civil, organizada em instituições ou grupos autônomos, e do Estado, envolvendo os setores responsáveis pela tomada de decisões e implantação de políticas.

Desta forma, para que uma administração democrática se concretize enquanto prática política, os sujeitos (públicos e civis), devem estar orientados a constituir projetos democráticos. Para tanto, cabe aos governantes, muito mais que à população, inventar formas de garantir a incorporação desta nova perspectiva de gestão da coisa pública à burocracia cotidiana da administração estatal.

No SUS, a participação da comunidade está garantida em leis e normas, dentre os quais se destacam os seguintes: Art. 198, inciso III da Constituição Federal; Leis Orgânicas da Saúde (8080 e 8142); e Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1988; 1990a; 1990b; 2003). Estes textos tratam da regulamentação da participação da comunidade no SUS, institucionalizando a democratização na administração pública da saúde. Estão previstos, em todos os níveis da federação, duas formas

principais de participação direta da comunidade, junto ao poder executivo: os Conselhos e as Conferências de Saúde. As ações públicas estão passíveis ainda de controle pelo poder judiciário, por meio do Ministério Público e dos Tribunais de Conta; pelo poder legislativo; e pelos demais órgãos que podem ser acionados pela sociedade para defender os interesses da população (Yunes, 1986; Brasil 1988; 1990b; 2003; Bógus, 2005; Carvalho, 2007).

As Conferências de Saúde são eventos periódicos nas quais são definidas diretrizes gerais que pautam o processo de planejamento da política de saúde do respectivo nível de governo. Têm a finalidade de permitir maior participação, envolvendo toda a sociedade no debate dos assuntos pertinentes ao desenvolvimento das ações de saúde, servindo também de arena para a articulação e fortalecimento das alianças comunitárias na defesa das melhorias necessárias para o bem-estar da população.

Já os Conselhos são definidos como órgãos permanentes, componentes da estrutura básica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde, com funções de assessoramento dessas pastas na condução da política pública, devendo reunir-se regularmente (no mínimo uma vez por mês), para deliberar sobre aspectos da política de saúde, participando ativamente de seu processo de construção. A existência regular e ativa dos Conselhos é uma exigência para as transferências de recursos federais alocados ao SUS.

Em ambos os casos, a participação nos fóruns deve respeitar a composição de 50% dos membros oriundos de entidades de usuários, 25% de trabalhadores e 25% por parte dos gestores e prestadores de serviços públicos e privados. Tem-se, assim, maioria de representação dos usuários nestes espaços, deixando claro que este deve ser o interesse central dos debates.

Trata-se, portanto, de um formato bastante inovador e inclusivo no sentido de implementar a gestão democrática sobre uma política setorial. Tal conquista se deve à implicada participação dos militantes do MRS no processo de consolidação do direito à saúde no Brasil. Moreira (2009) apresentou alguns números que representam o potencial democratizante dessas instituições. Um primeiro exemplo apresentado no referido estudo indica que, no período posterior à aprovação da Lei 8.142, o Brasil realizou cinco Conferências Nacionais de Saúde (caminhando para a sexta em 2011), precedidas por tantas outras dezenas de Conferências Estaduais e milhares de Conferências Municipais. A criação de Conselhos Estaduais e Municipais em todo o país é outro dado marcante da amplitude da institucionalização do controle social sobre a saúde. Por fim, o universo formado por algo em torno de 72.000 conselheiros de saúde (número este que supera em cerca de 40% a quantidade de vereadores com mandato no país em 2009), ilustra de forma definitiva o caráter inclusivo destes mecanismos de exercício da democracia participativa e direta.

Outros pontos importantes apontados por diversas pesquisas sobre a participação popular no SUS foi o estímulo à ampliação dos

Conselhos para os níveis mais descentralizados da organização do sistema de saúde municipal, como os Conselhos Gestores em unidades de saúde e nos distritos sanitários, permitindo uma maior aproximação dos movimentos sociais nas discussões sobre a organização da assistência. A ampliação da possibilidade de eleição da diretoria dos Conselhos, inclusive seu presidente, pela própria plenária, quebrando o hábito de que este cargo fosse ocupado pelo Secretário de Saúde, permite uma maior autonomia e independência com relação aos interesses do governo (Sposati e Lobo, 1992; Vasconcelos, 2008).

No entanto, apesar de esta questão estar regulamentada em termos jurídicos, ainda são vivenciados diversos problemas na prática do controle social do SUS. O veto do ex-presidente Fernando Collor ao artigo 11 da Lei 8080, que tratava dos Conselhos e Conferências de Saúde, que foi posteriormente assunto da Lei 8142, é indicativo de que haveria resistência à transposição deste preceito legal em prática política. Carvalho (2007) aponta uma série de conflitos existentes na formulação da Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Segundo ele, o texto é repleto de irregularidades e “duplos sentidos” que fragilizam a autonomia e uma ampla representatividade dos Conselhos. Os principais problemas desta normatização estariam na questão da composição e da representatividade das entidades no Conselho Nacional de Saúde, cuja indicação estava a cargo do governo, sendo este problema reproduzido em diversos outros conselhos estaduais e municipais de saúde. No município de São Paulo, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) enfrentou uma série de dificuldades

para exercer seu papel, uma vez que não era reconhecido pelo governo como legítimo, o que chegou a gerar uma ação judicial para impedir a posse dos membros no ano de 2008, garantida por meio de liminar. Há ainda o veto do governo do Estado de São Paulo, em 2006, à lei que criou Conselhos Gestores em todos os serviços públicos. Em 2010, com a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, mais uma vez o governo do Estado de São Paulo recusou-se a apoiar a participação, ao não organizar o evento, quase impedindo a participação de usuários, familiares, trabalhadores e gestores do Estado na etapa nacional, tornada possível graças aos esforços dos movimentos sociais com a realização de uma plenária estadual. O município de Campinas também vivenciou, entre os anos 2009 e 2011, diversos impasses entre o CMS e o governo municipal com relação ao modelo de gestão mais adequado para a rede de saúde do município.

Diversos estudos realizados (entre os quais: Bógus, 2005; Macedo, 2005; Stralen e cols., 2006; Wendhausen e cols., 2006; Santos Junior, 2009; Landerdhal e cols., 2010) procuraram investigar as condições e possibilidades de atuação dos Conselhos de Saúde, sobretudo os municipais. O CMS deveria atuar como um dos atores responsáveis pela construção do SUS, mas em muitos casos ele assumiu uma função meramente cartorária, atuando como homologador das decisões dos gestores, que são submetidas, quando são, em alguns casos, apenas para cumprir o protocolo. É bastante comum a pauta ser composta apenas por conteúdo administrativo da Secretaria de Saúde. Falta de preparação

técnica dos conselheiros para compreender os assuntos debatidos e manipulação do Conselho de acordo com interesses políticos são outros problemas constantemente citados.

3.3 GESTÃO PARTICIPATIVA

Neste trabalho, aborda-se a participação da comunidade no processo de produção do cuidado em saúde. Para tanto, é central compreender Gestão Participativa como possibilidade de democratização na condução dos assuntos públicos e como paradigma de emancipação humana (Sánchez, 2002), considerando a possibilidade de uma participação social institucionalizada sobre a política de saúde (Yunes, 1986; Macedo; 2005).

No entanto, conforme indicam Sposati e Lobo (1992), não basta a existência de condições legais para fazer com que o controle social seja aceito e incorporado por todos os gestores dos serviços públicos de saúde. O distanciamento criado entre Estado e sociedade, principalmente a partir do período de ditadura entre 1964 e 1985, dificulta que os diversos setores assumam um papel mais ativo nos órgãos colegiados existentes para exercer controle social sobre as políticas públicas (Gohn, 2004; Coelho 2007).

Para que o controle social ocorra de fato na arena política, é necessário que haja uma verdadeira ocupação dos espaços disponíveis pelos representantes de entidades ligadas aos movimentos populares,

legitimando as deliberações com base nas demandas da população. Para que esta participação se torne efetiva depende, além da ocupação real, do grau de fortalecimento político dos representantes ali presentes, como um fator chave para conferir poder e autonomia aos sujeitos nas relações interpessoais e institucionais (Valla, 1998; Wendhausen, 2006).

Neste contexto, a existência dos Conselhos e das Conferências de Saúde se insere na ideia de um aprofundamento da democracia, buscando enraizar a noção de que a intervenção da sociedade nas ações públicas, mudando o foco da relação Estado-Sociedade da subordinação para uma proposta de parceria, com as pessoas tomando parte dos processos decisórios que terão influencia em suas condições cotidianas de vida. A participação seria, portanto, uma condição essencial para a redistribuição de poder na sociedade (Misoczky, 2003). De acordo com alguns autores como Sánchez (2002) e Gohn (2004), existe certo distanciamento entre Estado e sociedade que tem fundamento, na história mais recente do Brasil, em dois fatores principais. Uma se refere à extrema centralização de poder existente na ditadura, com o Estado exercendo um controle sobre as manifestações políticas dos cidadãos, evitando assim questionamentos da ordem vigente. A outra está relacionada a influencia de determinados grupos sobre as decisões dos governos, no sentido de favorecê-los.

Uma vez que o direito à participação sócio-política só se faz cumprir com a invenção de soluções que interfiram no cotidiano da política, a partir do paradigma da gestão participativa, procura-se reorganizar o

processo administrativo do Estado no sentido de criar canais efetivos de articulação entre as decisões tomadas e os interesses da população e trabalhadores. Portanto, Campos (1998), Sánchez (2002) e Misoczky (2003) apontam que os espaços existentes devem ser aproveitados, com a finalidade de redemocratizar as instituições. Para tanto, faz-se necessário associar aos princípios constitucionais da administração pública, que preconizam legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Art. 37, Seção I, Capítulo VII da Constituição Federal), alguns outros que visem dar conta desta dimensão inclusiva, característica das propostas democratizantes, sendo eles: parceria na construção das políticas; planejamento integrando saber técnico e popular; inclusão dos usuários e trabalhadores nas decisões, tornando-os protagonistas deste processo; horizontalidade nas relações; disponibilizar informações completas e com qualidade; tornar o planejamento e a reflexão do cotidiano etapas do processo de trabalho; investir na educação permanente como forma de capacitação para dar autonomia aos sujeitos; respeito às deliberações e opiniões populares, criando a cultura do diálogo no lugar da ingerência.

No entanto, considerando os problemas e dificuldades vivenciadas com os mais de vinte anos de experiência acumulados na implementação do sistema de saúde brasileiro, a atuação dos sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde ainda está aquém da idealizada pelo movimento sanitário, quando defendiam maior democratização da saúde e da sociedade. Entende-se por cuidado em saúde, de acordo com Merhy (2007), aqueles atos que vão além da

execução de procedimentos, consultas e exames, com ações que englobem as necessidades, subjetividades e possibilidades de cada envolvido em uma relação terapêutica, sendo o foco central o usuário. É a partir desta orientação que as agendas dos profissionais, os protocolos e as políticas devem ser elaboradas.

Porém, no seio do processo de produção de cuidado em saúde, desde as práticas políticas inseridas no nível de gestão até a atuação técnica e clínica dos trabalhadores responsáveis pela assistência, a lógica de trabalho que ainda predomina é a da racionalidade gerencial hegemônica taylorista. Segundo este modelo, a disciplina e o controle dos trabalhadores são necessários para que os objetivos da instituição prevaleçam. Para se exercer este comando, o poder decisório precisa estar concentrado em um nível gerencial, provocando autoritarismo e aprisionamento da subjetividade (desejos, opiniões e interesses) dos operadores do “sistema organizacional”, ou seja, os trabalhadores no caso da saúde (Campos, 2000; Cecílio 2010). Porém, outras institucionalidades atravessam a produção de cuidado em saúde, seguindo lógicas distintas e, por vezes, com maior poder de interferir na micropolítica do cotidiano da produção do cuidado, como as corporações médicas, o corpo de enfermagem, os sindicatos de servidores, as estratégias dos usuários para conseguir consultas, entre tantas outras (Baremblytt, 1994; Merhy, 2007).

Alia-se ainda a isto o clima constante de competitividade e individualismo, estimulado pelo mercado. Os mecanismos gerenciais buscam particionar o processo de produção com a finalidade de elevar a

produtividade, resultando em alienação e estranhamento dos trabalhadores ao seu objeto de trabalho (Campos, 2000).

De acordo com o modelo hegemônico, não há interesse na emancipação dos sujeitos, pois o objetivo é o de servir ao patrão, à empresa. Considerando que os principais fatores responsáveis pela alienação residem na não propriedade dos meios de produção e na clara distinção entre aqueles que produzem e aqueles que são responsáveis pela gestão dos meios de produção, ocorre que os trabalhadores são afastados dos espaços decisórios e o direito de governar passa a ser atribuído a outrem, resultando em autoritarismo por parte destes últimos e perda de autonomia pelos primeiros (Campos, 2000; Fleury, 2009).

Na área da saúde, esta lógica se apresenta a partir da fragmentação do ser humano, que valoriza a super especialização em detrimento de uma concepção holística dos determinantes de adoecimento, a rígida burocratização dos processos de trabalho sem levar em conta as necessidades de saúde da população assistida, as ações focadas em procedimentos em lugar da valorização da criação de vínculos e responsabilização. Todos estes elementos estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde são heranças do modelo de produção taylorista. Em parte, a razão para alguns dos problemas apontados pelos usuários relacionados à qualidade da atenção prestada, deve-se ao regime de trabalho imposto pelas corporações e indústrias do setor. Segundo Campos (2000), a rotina da “vida organizacional” imprime no trabalhador um padrão de subjetividade que se reflete no cotidiano “fora da fábrica”.

A proposta de cunho democrático, alternativa, prevê na cogestão, a partir da existência de espaços coletivos de decisão, desalienação dos trabalhadores, abrindo espaço para uma relação baseada em compromisso, solidariedade, reflexão e autonomia, e, conseqüentemente, mais adequada para o cuidado à saúde dos usuários tal como este necessita. Investir no debate, buscando a produção de consensos, diminuir as práticas controladoras de dominação (Campos, 2000; Cecílio, 2010).

São diversas as estruturas “inventadas” com a finalidade de promover maior envolvimento nas práticas de cuidado cotidianas no setor saúde, tanto em nível gerencial quanto assistencial. Permite-se assim, que os rumos das políticas e as ações sejam definidos coletivamente, definindo metas e responsabilidades mais claras e coerentes com a realidade existentes nos territórios onde as equipes estão inseridas, qualificando os grupos para lidar com suas demandas e com sua própria constituição, elevando a capacidade de análise crítica e formulação de respostas e intervenções, enfim, de cogestão (Campos, 2000).

Desta forma, espera-se que uma gestão democrática e participativa seja uma prática frequente em instituições públicas, capilarizando a participação e fortalecendo o engajamento dos setores populares e trabalhistas no controle e gestão da coisa pública, tornando os espaços de deliberação lugares de exercício do controle social na arena política, no qual todos discutem e decidem sobre os assuntos de interesse do povo.

O desafio reside, portanto, em que as administrações locais, principais responsáveis pela execução da política pública, incorporem práticas que respeitem estas ideias, dados os problemas políticos e restrições à participação bastante conhecidos no Brasil. Os Conselhos de Saúde, que atualmente em muitos lugares abrangem até as unidades assistenciais, são um bom exemplo desta tentativa. A Alternativa do Orçamento Participativo, permite que a população tenha a oportunidade de opinar sobre a peça fundamental do planejamento público, interferindo na destinação dos recursos públicos para as ações que julgue prioritárias definidas em plenárias com participação popular marcante. A experiência de Porto Alegre, descrita por Sánchez (2002), mostra que a partir da inclusão deste mecanismo de planejamento, as regiões mais pobres passaram a receber maiores volumes de recursos por habitante. Além disso, o autor ainda aponta o impacto positivo sobre a organização popular como o resultado do investimento na formação política, por meio da educação popular, e da valorização e uso dos canais de comunicação do governo com a sociedade. Cecílio (2010) exemplifica com a experiência de Campinas na implementação dos colegiados de gestão nos diversos níveis da administração municipal, como tentativa de modificar os clássicos problemas na operação da máquina pública. Ele destaca o caráter essencialmente político, que coloca em xeque o autoritarismo da burocracia estatal e permite autonomia e engajamento das equipes, uma vez que partem dos trabalhadores as deliberações pactuadas nestes coletivos. Como todo processo de construção coletiva de consensos, apresenta limitações e

desafios, relativos às questões políticas macroestruturais e às divergências e conflitos de interesses existentes entre as diferentes categorias presentes. Mas ainda é necessário avançar no sentido de incorporar o diálogo com os usuários dos serviços, agregando à rotina de trabalho a atenção às necessidades que estes apresentam.

4. OBJETIVO

O objetivo do estudo foi identificar como se configuram o processo de gestão do SUS e a organização dos espaços institucionais que possibilitem a participação da comunidade na política municipal de saúde, e suas implicações no cotidiano do processo de produção e cuidado, nos diversos níveis do sistema municipal de saúde em São Bernardo do Campo, um município de grande porte demográfico localizado na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2009 a 2011.

5. MÉTODO

Para cumprir o objetivo deste trabalho, optou-se por uma abordagem qualitativa, realizada por meio de um estudo de caso. Este tipo de pesquisa caracteriza-se principalmente pela investigação empírica de determinado fenômeno, buscando capturar o objeto em toda complexidade que lhe é característica, sendo necessário, para tanto, a utilização de diversos procedimentos de coleta de dados. Neste estudo foram utilizados: observação participante e análise de documentos (Spink, 1999; Víctora e cols., 2000; Sato e Souza, 2001; Minayo, 2007).

O foco de um estudo qualitativo é a produção de interpretações, que não pretendem ser absolutas, mas que conferem sentido aos elementos identificados a partir do trabalho de coleta de informações. A produção de conhecimento, neste caso, se materializa a partir da interação entre observador e objeto, a partir de trocas dialógicas. A relação do pesquisador com os participantes do estudo é analisada criticamente no escopo do debate desenvolvido, considerando os consensos e dissensos identificados. Com relação à diversidade de técnicas utilizadas, não se considera nenhuma mais representativa que a outra, mas sim, que ambas tem uma significativa “presença” (existem no momento do estudo) que lhes conferem validade como meios para obtenção de dados a partir dos diversos elementos disponíveis no campo, nos quais podem ser identificadas as práticas discursivas relacionadas ao objeto de estudo. Ao mesclar fontes

distintas, “encontramos simultaneamente traços da ação social e a própria ação social” (Spink, 1999, p.125).

5.1 DESENHO METODOLÓGICO

Os procedimentos utilizados neste trabalho foram a observação participante e a análise de documentos (Sato e Souza, 2001; Spink, 1999).

A observação ocorreu durante as diversas atividades acompanhadas no campo de estudo. O papel do pesquisador foi de um sujeito observador, participante dos processos analisados (Gold, 1958; citado por Minayo, 2007). Adiante está apresentado o quadro 1, com uma síntese de todos os espaços onde as observações foram realizadas.

Quadro 1 - Eventos que compuseram o trabalho de campo

	Eventos	Período	Quantidade
1	Encontros preparatórios da 6ª Conferência Municipal de Saúde	2009	6
2	Conferência Municipal de Saúde	2009	1
3	Plenárias do Plano Plurianual Participativo (PPA Participativo)	2009	4
4	Eleições dos Conselhos Gestores de Saúde	2009	3
5	Colegiado de Gestão da SMS/SBC	2010	8
6	Colegiado Pleno da SMS/SBC	2010	2
7	Plenárias de Conselhos Gestores de Saúde	2010	3
8	Plenárias do Orçamento Participativo	2010	5
9	1ª Conferência Municipal de Saúde Mental de SBC	2010	1
10	Plenária Municipal de Saúde Mental – Intersetorial	2010	1
11	1º Mostra da Saúde: A produção do conhecimento no SUS	2010	1
12	Plenárias Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde	2009–2010	12
13	Encontro Popular de Saúde	2009; 2010	2
14	Encontros preparatórios da 7ª Conferência Municipal de Saúde	2011	8
15	Plenárias de Prestação de Contas do Orçamento Participativo	2011	1
16	Prestação de Contas da Saúde na Câmara dos Vereadores	2009–2011	4
17	Audiências Públicas e inaugurações de serviços	2009–2011	3
18	Reuniões técnicas e políticas	2009–2011	4

Após o período de inserção intensiva no cotidiano do processo de gestão colegiada da política de saúde, pode-se apreender a diversidade de contextos nos quais a produção de cuidado em saúde ocorre no interior de um sistema local de saúde. As descrições e reflexões geradas a partir deste “posto de observação” foram registradas sistematicamente em um diário de campo, que serviu de guia e como memória do trajeto percorrido durante a realização da pesquisa. Podem-se apontar como principais finalidades da observação os seguintes aspectos:

- a. Caracterizar dos espaços de participação na gestão da saúde;
- b. “Rastrear” as deliberações desde o debate até a tomada de decisão;

- c. Identificar os atores, equipamentos, técnicas e ferramentas envolvidas na construção da política municipal de saúde e na produção do cuidado;
- d. Compreender o modelo gerencial adotado para gestão da política municipal de saúde.

Paralelamente às observações, realizou-se a análise dos documentos, tanto aqueles históricos quanto os produzidos e divulgados no decorrer da pesquisa, auxiliando na compreensão do contexto estudado. No quadro 2 seguem relacionados os materiais que fizeram parte deste escopo. Esta etapa se justificou pelo fato de que tais documentos são a forma de registro oficial, por meio dos quais a ação do poder público é efetivada, além de configurarem importante ferramenta de divulgação e difusão de informações sobre as medidas empreendidas pelo governo e demais atores sociais. De acordo com Spink (1999), tais documentos, por serem de domínio público, carregam materializadas em suas páginas as práticas discursivas componentes dos contextos nos quais e para os quais foram produzidos. São produtos e componentes do cotidiano, que cotejam com os fatos e as narrativas.

Quadro 2 - Documentos acessados durante a pesquisa

Tipo de documento	Autoria
Atas das Reuniões do CMS/SBC	Secretaria Executiva do CMS/SBC
Materiais de Pauta do CMS/SBC	Secretaria Executiva do CMS/SBC
Atas das Reuniões dos CGS	Coordenadores dos serviços
Materiais de divulgação da SMS/SBC	SMS/SBC
Relatório Anual de Gestão da SMS/SBC (2008, 2009 e 2010)	SMS/SBC
Balancetes, informativos e documentos da SMS/SBC	SMS/SBC
Plano Municipal de Saúde	SMS/SBC
Documentos de contratualização	SMS/SBC
Portarias, resoluções e normas técnicas	SMS/SBC
Materiais de divulgação da PMSBC	Prefeitura de SBC
Sumários de dados de SBC (anos base 2008 e 2010)	Prefeitura de SBC
Publicações oficiais da PMSBC (Semanaário Oficial Notícias do Município)	Prefeitura de SBC
Informações do site da prefeitura do município de SBC	Prefeitura de SBC
Decretos	Prefeitura de SBC
Leis	Câmara dos Vereadores
Notícias jornalísticas veiculadas em jornais da região (Diário do Grande ABC e ABCD Maior)	Imprensa
Notícias jornalísticas veiculadas em sites da região (Diário do Grande ABC e ABCD Maior)	Imprensa
Folders e panfletos (propagandas pró e contra o governo, de políticos e de candidatos a representantes da população em Conselhos e Conferências)	Diversos

Como finalidades deste procedimento, destacam-se:

- a. Monitorar dos conteúdos discutidos a partir das atas e seu andamento no nível do planejamento por meio dos memorandos e resoluções que estiverem disponíveis para consulta;
- b. Caracterizar dos mecanismos e formas de comunicação utilizadas entre governo e sociedade civil e entre os atores sociais envolvidos no processo;
- c. Buscar informações complementares às observações e entrevistas.

Como método de análise, os registros foram confrontados, utilizando-se elementos temáticos identificados e categorizados a partir de uma primeira leitura interpretativa dos dados. Deste processo, resultaram os pontos apresentados no capítulo de resultados, a saber: trajetória histórica da participação em SBC; aspectos atuais do controle público da política de saúde; e implicações da gestão participativa no processo de produção de cuidado em saúde. Emergindo assim tópicos relacionados a acesso e uso aos espaços de controle social existentes, demonstrando as possibilidades de diálogos entre os diversos atores envolvidos na política de atenção à saúde e as estratégias identificadas para mobilização e participação da comunidade.

No momento de finalização do trabalho de coleta de dados, no segundo semestre de 2010, uma nova situação agregou novos elementos ao estudo. Ao iniciar atividade profissional como psicólogo na atenção básica em SBC, o papel predominante passou a ser o de participante observador, que a partir das funções assumidas, foi possível captar informações de um novo ângulo, o que contribuiu de forma significativa para desvelar os aspectos do processo de trabalho na produção cotidiana de cuidado e sua interface com os referenciais da saúde coletiva.

Porém, como validar os dados obtidos desta forma de atuação? Segundo Merhy (2004), considerando as características da área da Saúde Coletiva, na qual militância e produção de conhecimento sempre estiveram muito próximas, sobretudo no contexto da Reforma Sanitária, onde os atores envolvidos eram sujeitos com determinados interesses,

valores e concepções ideológicas. Trata-se de um contraponto aos parâmetros metodológicos tradicionais que pressupõem isenção, controle e distanciamento do pesquisador sobre seu objeto de estudo.

Portanto, a partir deste referencial metodológico que entende que não existe neutralidade total do pesquisador, foi possível agregar tal situação na construção desta dissertação considerando-me como um sujeito implicado no interior do objeto estudado, cuja prática tornou-se um elemento a ser analisado (autoanalisado), buscando trazer à tona a questão da gestão participativa e sua interface com o processo de produção de cuidado em saúde no interior de um serviço de atenção básica, contribuindo para o cumprimento dos objetivos traçados, a partir dos seguintes tópicos:

- a. Construção de uma agenda de trabalho que dialogue entre a prática profissional específica e os pressupostos sanitários para cada nível assistencial;
- b. O processo de trabalho integrado, orientado para as necessidades de saúde do território e da população usuária dos serviços;
- c. Diálogo crítico entre demanda e necessidade de saúde na programação das ações profissionais;
- d. Participação da comunidade na rotina nos serviços, induzindo mudanças e apontando expectativas dos usuários com relação aos serviços prestados pelas Unidades de Saúde.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa, protocolado sob o número 2091, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (COEP/FSP), em conformidade com a Resolução CNS 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde.

A entrada em campo foi iniciada somente após a aprovação dos dirigentes responsáveis em cada espaço investigado. Na divulgação dos resultados da pesquisa não há citação nominal dos participantes, privilegiando-se uma análise qualitativa do conjunto de informações apreendida em cada situação, resguardando-se o sigilo e obedecendo-se a todos os princípios éticos, não interessando de maneira alguma qualquer informação de ordem pessoal.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O município eleito para realização do trabalho de campo foi São Bernardo do Campo (SBC), localizada a sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo. São Bernardo do Campo é uma das cidades integrantes da região conhecida como Grande ABC. Limita-se com São Vicente, Cubatão, Santo André, São Caetano do Sul, Diadema e São Paulo. Possui um território de 407,10 km², sendo 118,74 km² em zona urbana, 212,54 km² em zona rural, além de ter 75,82 km² pertencentes à represa

Billings, com uma população estimada de 801.580 habitantes, de acordo com estimativas para o ano de 2008. Tem uma economia orientada pela presença de importantes indústrias, comércio e serviços. Devido à forte presença de empresas do setor automobilístico e de autopeças, implantadas nas décadas de 1950 e 1960, a cidade passou a ser conhecida como a “Capital do Automóvel”. Ainda são marcas da cidade as seguintes características: ser a Capital dos Móveis; ter a primeira companhia cinematográfica, a Vera Cruz; de circuito das águas, com a represa Billings, que tem 70% da área dentro de São Bernardo; e também da culinária, com a famosa Rota do Frango com Polenta (SBC, 2009a).

Com o crescimento industrial acelerado, o sindicalismo se desenvolveu com bastante força e organização, resultando em grande poder reivindicatório. Ao final dos anos 1970 e início dos 1980, as mais expressivas greves com repercussão nacional ocorreram no município. Desta forma, destes movimentos sociais, surgiram importantes lideranças que passaram a incorporar as lutas pela redemocratização do Brasil. Merece destaque aqui a importância política que assumiu um metalúrgico, morador na cidade, que se tornou o primeiro sindicalista eleito Presidente da República, o Luiz Inácio Lula da Silva.

Chioro dos Reis (2011) relata a situação encontrada pela gestão municipal que assumiu a SMS no início de 2009, com a posse de um governo municipal que se elegeu com a intenção de priorizar a saúde como uma das bases da administração do poder executivo local. Ele classifica a estrutura do SUS como precária e insuficiente para dar conta da demanda

existente na cidade e distante dos atuais padrões colocados à produção do cuidado no nível municipal. Algumas denúncias de desvio de recursos, além da estrutura física bastante precária de muitos serviços e da falta de profissionais.

Em todas as áreas, o cuidado era bastante fragmentado e centrado em procedimentos e consultas médicas. A saúde mental ainda presa à lógica do ambulatório de psiquiatria, com amplo uso de internação em hospital psiquiátrico; na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família contava com cobertura de apenas 8,6%; o Pronto Socorro Central da cidade não contava com estrutura condizente com as condições mínimas para um serviço de urgência e emergência, com insuficiência de leitos hospitalares e de UTI, além da falta de médicos provocando longas esperas; consultas especializadas e exames utilizados sem critérios, “fazendo com que cada usuário tivesse que sair procurando vaga para internações, consultas e exames”; falta constante de remédios na rede; por fim, desmotivação dos trabalhadores diante das condições de trabalho que limitavam as ações de cuidado. Do ponto de vista da gestão, a parceria com a Fundação do ABC³ delegava a esta instituição funções gerenciais da rede, deixando o poder público municipal ausente do seu papel gestor, além de a estrutura organizacional da SMS, que nunca sofreu alterações desde que foi criada, em 1976, uma condição anterior à criação do SUS.

³ Fundação Pública de Direito Privado, criada em 1967, pertencente aos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, localizados na Região Metropolitana de São Paulo.

Com relação à participação da comunidade, havia uma situação de irregularidade dos Conselhos de Saúde. Desde 2003 o município não realizava Conferências de Saúde, apesar de haver determinação em lei municipal e da realização da 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde. Da mesma forma, desde esta época os membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) não foram renovados, nem há registros de reuniões regulares.

6. RESULTADOS

6.1 A TRAJETÓRIA DA PARTICIPAÇÃO EM SÃO BERNARDO DO CAMPO

6.1.1 O Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo

Uma das constatações feitas pela equipe que assumiu a SMS/SBC refere-se à situação do Conselho Municipal de Saúde. Desde 2006 não havia renovação dos quadros de conselheiros, apesar de uma lei de 2008 ter alterado a composição que vigorava desde 2004. Não coube no escopo deste trabalho analisar a fundo as características do CMS no período anterior a 2009. As informações ora apresentadas servem apenas a título de contextualização para as mudanças ocorridas no período de realização deste estudo.

A criação do CMS/SBC data de 1991, quando foram definidas suas competências e composição. Considerado pela lei como órgão colegiado máximo de deliberação e fiscalização da política de saúde do município, sendo responsável inclusive pela coordenação do Sistema Único de Saúde no nível local. Sobre a Conferência Municipal de Saúde, ela deveria ocorrer uma vez ao ano, por convocação do CMS/SBC, fato que claramente não ocorreu, uma vez que no ano de 2009 aconteceu a sexta

Conferência. Sobre as atribuições, o texto legal prevê uma amplitude de ações que seguiram as normas federais da época.

A presidência do CMS era exercida, por definição da lei, pelo Secretário Municipal de Saúde e o mandato de seus membros tinha validade de um ano, tendo início e fim com a realização das Conferências de Saúde.

Porém, a informação mais relevante sobre este primeiro momento do CMS/SBC refere-se à sua composição. A lei federal 8142, de 1990, em seu artigo 1º parágrafo 4º, define que a “*A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde (...) será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos*”. Porém, o que previa a lei municipal Nº 3688, de maio de 1991, cinco meses, portanto, após a aprovação da 8142, era uma formação que favorecia a representação do governo no colegiado. Segue na tabela 1 uma apresentação desta situação.

Tabela 1 - Composição do CMS/SBC no ato de sua criação, por segmento, 1991

Segmento	Entidade de representação	Nº de Membros
Governo	Governo Federal, Governo Estadual	2
	Administração Municipal ⁽¹⁾	4
	Secretaria Municipal de Saúde ⁽²⁾	4
Prestadores de serviços	Diretor Clínico do Hospital de Ensino da FUABC	1
Usuários	Movimento Popular e Sindical	6
	Associação de Patologias	1
	Entidades Patronais	1
Trabalhadores de saúde	Trabalhadores de saúde em serviços públicos	6
	Trabalhadores em instituições lucrativas	1
	Instituições não lucrativas	1
Total		27 Membros

Fonte: Lei Municipal Nº 3688, de 15 de maio de 1991 (SBC, 1991).

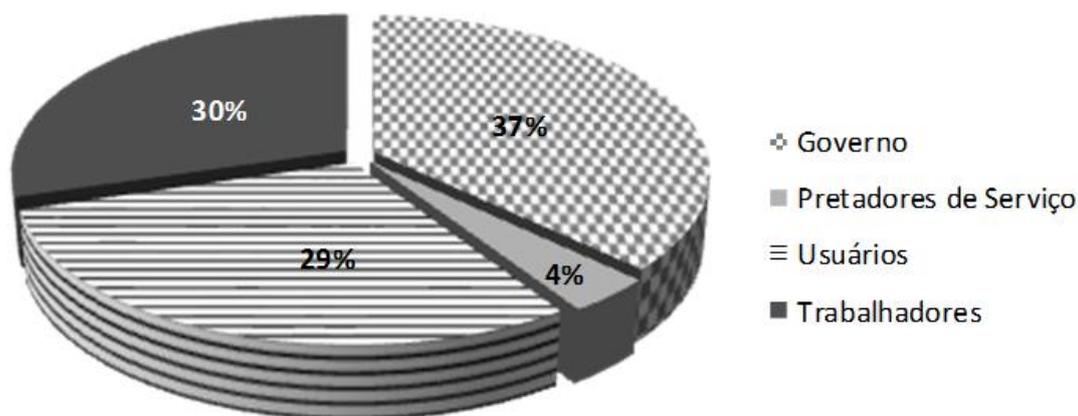
Notas:

⁽¹⁾ Secretários de Governo, de Assuntos Jurídicos, de Finanças, de Planejamento e Economia;

⁽²⁾ (Secretário de Saúde, Diretor do Depto. de Saúde e 2 representantes do nível central da SMS)

Há um notório desequilíbrio de forças, o que garante maioria aos representantes do governo no colegiado. Na figura 1 podemos notar a distribuição entre as quatro principais categorias normalmente presentes nos Conselhos.

Figura 1 - Proporção de membros do CMS/SBC por segmento, 1991



Fonte: Lei Municipal Nº 3688, de 15 de maio de 1991 (SBC, 1991).

Esta distorção somente foi resolvida em 1994, com a ocupadas em termos de representação. Houve aí também uma redução da quantidade de membros do CMS/SBC, que passou de 27 para 20 membros SBC, 1994).

No ano 2008, uma nova alteração na composição do CMS/SBC, ampliando a quantidade de membros para 32 membros. A nova configuração aproximou a proporção de representantes dos diferentes segmentos daquela preconizada em nível nacional. Segue na tabela 2 o detalhamento dos representantes de cada segmento.

Tabela 2 - Composição do CMS/SBC, por segmento, entre fevereiro/2008 e agosto/2009

Segmento	Entidade de representação	Nº de Membros
Governo	SMS/SBC (Secretário de Saúde mais 7 indicados)	8
Prestadores de Serviço	Prestadores de serviços em saúde	1
Usuários ⁽¹⁾	Associações de portadores de deficiências	1
	Associações de portadores de patologias	1
	Movimentos organizados de mulheres em saúde	3
	Entidades de aposentados, pensionistas e movimentos organizados de 3ª idade	1
	Sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	1
	Organizações de moradores	2
	Associações religiosas	1
	Conselhos Locais de Saúde	6
	Trabalhadores de saúde ⁽¹⁾	Associação Paulista de Medicina – Seção SBC
Sind. de Trabalhadores na área de saúde de SBC		1
Trabalhadores do serviço público municipal, membros de conselhos locais de saúde		2
Trabalhadores do serviço público municipal não membros de conselho local de saúde		1
Trabalhadores de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, pesquisa e desenvolvimento		2
Total		32 Membros

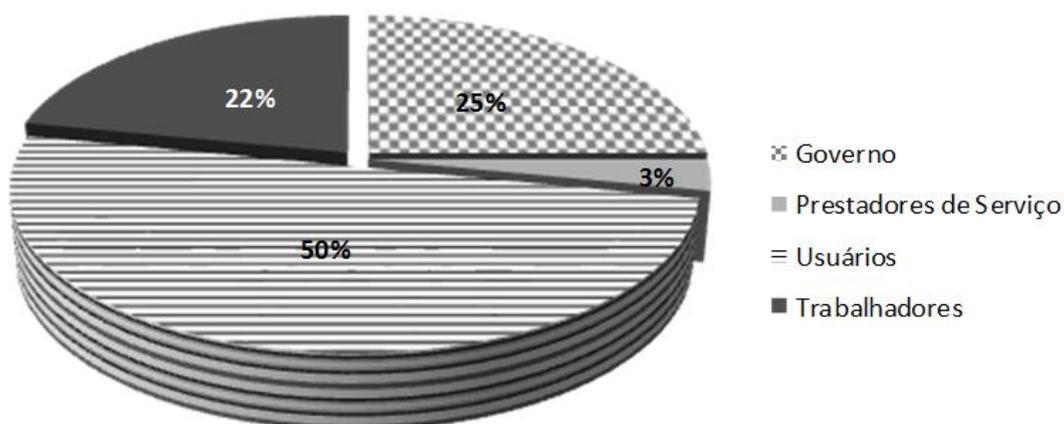
Fonte: Lei Municipal Nº 5799, de 21 de fevereiro de 2008 (SBC, 2008).

Nota:

⁽¹⁾ Indicados por suas respectivas entidades.

Aqui ainda se verifica uma pequena minoria dos trabalhadores em relação ao governo, devido à vaga dos prestadores de serviços ser contabilizada entre as vagas reservadas aos trabalhadores. Com relação ao segmento usuários, percebe-se uma ampliação da representatividade, uma vez que um maior número de entidades passou a ser considerada. A figura 2 mostra como ficou a proporção de membros no colegiado.

Figura 2 - Proporção de Membros do CMS/SBC por segmento, entre Fevereiro/2008 e Agosto/2009



Fonte: Lei Municipal Nº 5799, de 21 de fevereiro de 2008 (SBC, 2008).

No entanto, esta composição não chegou a ser regulamentada pelo governo 2004-2008. De acordo com informações prestadas pela SMS/SBC, divulgadas em diversos momentos (notícias e discursos em eventos) durante os primeiros meses da gestão, o CMS/SBC não era renovado desde 2003, data de realização da última Conferência Municipal de Saúde. São constantes também relatos de um ex-membro do CMS/SBC, encontrados em entrevistas jornalísticas, sobre as irregularidades do órgão. Além da não renovação, ele aponta para o fato de não haver debates nem questionamentos dos conselheiros sobre aspectos da política municipal de saúde.

Diante desta situação, uma das primeiras ações foi eleger um mandato provisório para os membros do CMS/SBC, após a primeira reunião do órgão no ano de 2009 depois de esclarecidas as irregularidades e os aspectos legais a serem respeitados. Uma nova composição foi eleita, de

caráter provisório, que deveria se ocupar da realização da Conferência Municipal de Saúde, da reestruturação da participação da comunidade no SUS, convocação de novas eleições, além da apreciação das pautas no período do mandato. Com isso, no mês de agosto de 2009, foi aprovada e sancionada a nova lei que passou a regulamentar as três instâncias de participação na saúde: O Conselho Municipal de Saúde (CMS/SMC), a Conferência Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores de Saúde (CGS).

Novamente, a composição do CMS/SBC foi alterada, definindo em número de 24 a quantidade de membros do colegiado. Na tabela 3 e na figura 3 estão explicitados como se dá esta organização entre os diferentes segmentos.

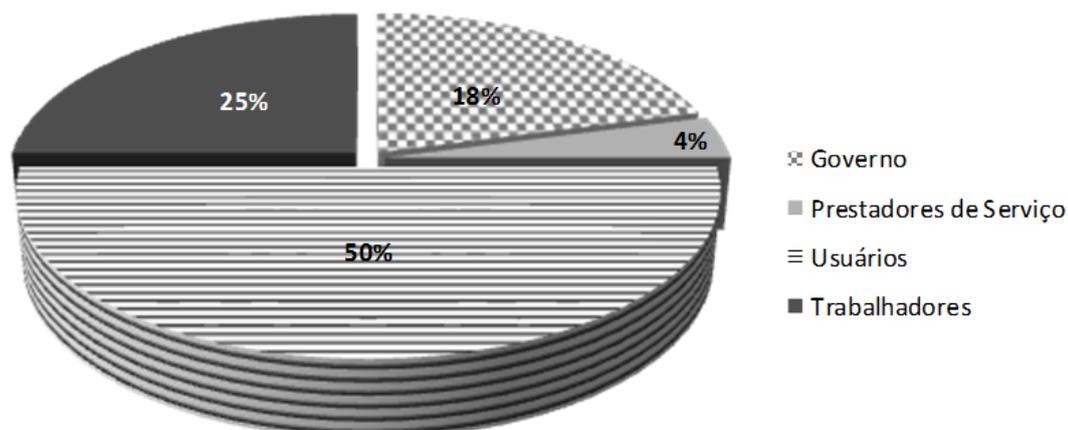
Tabela 3 - Composição do CMS/SBC, por segmento, 2011

Segmento	Entidade de representação	Nº de Membros
Governo	Secretaria Municipal de Saúde	4
	Instituições de Ensino na área da Saúde	1
Prestadores de Serviço	Prestadores de Serviço	1
Usuários ⁽²⁾	Representantes dos usuários nos Conselhos Gestores de Saúde	5
	Representantes sindicais	1
	Associações de patologias ou deficiências	2
	Associações de moradores	2
	Associações e entidades de aposentados ou da terceira idade	1
	Outras entidades e movimentos sociais ligados à saúde	1
Trabalhadores de saúde ⁽²⁾	Representantes dos trabalhadores nos Conselhos Gestores de Saúde	2
	SINDSAÚDE ⁽³⁾	1
	SINDSERV (trabalhadores públicos municipais)	1
	Entidades de classe na área da saúde	2
Total		24

Fonte: Lei Municipal Nº 5961, de 27 de agosto de 2009 (SBC, 2009b).

Nota:

- (1) Secretário e mais três gestores por ele indicados;
- (2) A forma de ocupação das vagas não está definida na lei, mas sim no edital de eleição aprovado pelo CMS/SBC;
- (3) Trabalhadores de prestadores privados, contratados ou conveniados

Figura 3 - Proporção de membros do CMS/SBC por segmento, configuração em 2011

Fonte: Lei Municipal Nº 5961, de 27 de agosto de 2009 (SBC, 2009b).

Percebe-se com esta nova composição, que há uma distribuição mais ponderada das forças presentes, permitindo o “equilíbrio” necessário para que a orientação dos debates seja as necessidades dos usuários, e não os interesses políticos do governo.

Outro aspecto que foi alvo de alterações na redação da lei em todas estas quatro correções foi a explicitação das atribuições do CMS. Observou-se que, progressivamente, o CMS/SBC ganhou maior autonomia nos termos de sua lei, chegando, em 2009, a ser responsável pela coordenação de seu processo eleitoral e eleição de sua presidência e comissão executiva entre os membros, quebrando o padrão implantado de o órgão ser presidido pelo Secretário de Saúde. De fato, o presidente eleito não foi o Secretário de Saúde, apesar de ser ainda um representante da Gestão. A vice-presidência ficou ocupada por um conselheiro representando o segmento dos usuários. O quadro 3 indica quatro dimensões, resultantes da análise e categorizaçãoda das atribuições definidas nas leis municipais que abordaram sobre o Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 3 - Dimensões das atribuições do CMS/SBC

<p style="text-align: center;"><u>1. Política</u></p> <p>Definição de diretrizes e prioridades; avaliação das necessidades e demanda; divulgação das ações; articulação intersetorial; mobilização da sociedade.</p>	<p style="text-align: center;"><u>2. Controle</u></p> <p>Fiscalização de gastos e aplicação de recursos; acompanhamento de contratos e convênios; apuração de irregularidades; acompanhar a elaboração e execução do orçamento, avaliação da implementação do Plano de Saúde.</p>
<p style="text-align: center;"><u>3. Burocrático-administrativas</u></p> <p>Apreciação de projetos e programas; avaliação de relatórios e balancetes; acompanhamento e apoio aos CGS, acompanhamento das deliberações de suas plenárias.</p>	<p style="text-align: center;"><u>4. Autonomia</u></p> <p>Coordenação da renovação de seus membros; convocação e organização da Conferência de Saúde; definição de suas normas de funcionamento; capacidade de atuação independente da SMS.</p>

Fonte: Compilação das leis municipais Nº 3688/1991, 4294/1994, 5799/2008, 5961/2009.

Esta matriz esboça a forma de atuação do CMS/SBC, indicando quais são as principais funções de competência do órgão para que os conselheiros cumpram seu papel no sentido de aproximar os objetivos da gestão mais adequados às demandas da população. A ordem de numeração das dimensões representa a quantidade de itens presentes nas leis referentes a cada uma delas. Ou seja, a “dimensão política” foi a que apresentou maior incidência de atribuições, seguida pela “dimensão controle”, posteriormente a “dimensão burocrático-administrativa” e, por fim, a “dimensão autonomia”. Esta última somente ganha destaque na lei de 2009, quando o CMS/SBC passa a ter um papel maior nas definições relativas à sua própria atuação e organização. Já a coloração do plano de fundo de cada célula representa a incidência de cada uma das atribuições durante as reuniões, de forma decrescente da cor mais escura para a mais

clara. Desta forma, a maior parte do tempo das reuniões foi tomado por discussões que remetem às questões burocrático-administrativas, seguida por assuntos relativos à função controle e posteriormente pelas definições políticas. A autonomia foi pouco identificada não somente como assunto discutido, mas também a partir da postura dos membros durante os debates.

Ainda no ano de 2009, ocorreu a renovação do Conselho Municipal de Saúde. Logo na primeira reunião do ano, realizada no final do mês de janeiro, a situação de irregularidade foi exposta aos membros e, por decisão consensual, ocorreu a dissolução do colegiado, sendo convocada uma nova eleição para um mandato provisório, cujo principal papel seria reestabelecer a legalidade da situação da participação da comunidade na saúde. Entre suas principais funções, estavam: convocação da 6ª Conferência Municipal de Saúde, revisão da legislação do controle social, coordenação do processo eleitoral do CMS/SBC e aprovação do Plano Municipal de Saúde.

Ao final do mês de novembro de 2009, ocorreram as plenárias para as categorias de representantes estabelecidas na legislação, de acordo com o enquadramento de cada entidade pleiteante de uma vaga. O processo transcorreu sem incidentes nem questionamentos. A homologação do resultado se deu em um ato, que reuniu ainda os conselheiros eleitos para os Conselhos Gestores de Saúde, outro colegiado de participação da comunidade existente na cidade, que será apresentado mais detalhadamente adiante. Nesta ocasião, o Prefeito esteve presente na cerimônia de posse, manifestando em seu discurso a importância que a

participação da população tem em seu governo, assumindo o compromisso de valorizar o controle popular sobre a administração pública.

A possibilidade de eleição do presidente é um fator que permite construção de autonomia, sujeitando o órgão ao comando de quaisquer dos grupos que o compõem. Houve um empenho para eleger um membro da gestão como presidente, acompanhado por representante dos usuários no posto de vice, tendo sido esta composição aprovada por aclamação, sem a necessidade de votação. Acabou assim a vinculação orgânica comumente observada entre SMS e CMS, fazendo com que a relação de sintonia entre ambos exista somente enquanto a situação for favorável.

Ao final do ano de 2010, foi aprovada pelo pleno do CMS/SBC a proposta de curso de formação dos conselheiros, voltada tanto para os membros do CMS/SBC quanto para aqueles que atuam nos conselhos gestores das unidades, perfazendo um universo de 168 conselheiros capacitados, de um total de aproximadamente 350. O curso, com duração de 32 horas, desenvolvido em quatro encontros, aos sábados, discorreu sobre a seguinte temática: cidadania, democracia, reforma sanitária, SUS e Pacto Pela Saúde; concepções de saúde; produção da saúde: gestão da saúde, rede de atenção à saúde, intersetorialidade; territorialização; e atribuições do conselheiro e representatividade. O objetivo do curso foi qualificar a atuação dos conselheiros no sentido de compreenderem melhor as demandas e complexidades da cidade, para que possam aconselhar melhor a comunidade.

O ato de formatura contou, novamente, com a presença do prefeito. Nesta ocasião, um grupo formado pelos conselheiros do CMS/SBC, acompanhados pelo Secretário de Saúde e do chefe do poder Executivo realizou visita a alguns equipamentos de saúde da cidade.

6.1.2 A Conferência Municipal de Saúde

A lei 5961/2009 (SBC, 2009b), que reestruturou a participação da comunidade na saúde em SBC, passou a disciplinar também a Conferência Municipal de Saúde, cuja função é de avaliar a situação da saúde na cidade e propor as diretrizes para a formulação da política municipal de saúde, com ocorrência a cada dois anos. O processo de coordenação e organização fica por conta do CMS/SBC, enquanto ela é presidida pelo Secretário Municipal de Saúde ou, em caso do impedimento deste e de seu representante, por um membro eleito pelo Conselho Municipal de Saúde. A convocação fica por conta do Prefeito ou, extraordinariamente, pelo CMS/SBC. Porém, os critérios para esta convocação extraordinária não foram claramente estabelecidos no Regimento Interno do CMS.

A primeira legislação que disciplinou a realização da Conferência Municipal de Saúde, de 1991, previa a realização anual, visando que esta compreenderia um processo de avaliação e elaboração de propostas relativas à Política Municipal de Saúde. Esta normatização permaneceu inalterada até a lei aprovada em 2009. Seguindo esta lógica, no

ano de 2009 estaria sendo realizada a 13ª Conferência Municipal de Saúde. Em contraposição a esta informação, a Lei Orgânica (SBC, 2009d) do município preconiza que a realização da Conferência de Saúde ocorra a cada quatro anos. Assim, no ano 2009, estaria sendo realizada a 5ª edição do evento. No entanto, neste ano foi realizada em São Bernardo do Campo a 6ª Conferência Municipal de Saúde. Este evento foi tratado como um marco das mudanças que estavam se esboçando para a reestruturação da rede de saúde do município. Seis anos após a realização da última Conferência, em 2003, de acordo com a equipe de gestão da SMS/SBC, São Bernardo estaria retomando a participação na saúde. A realização da Conferência fez parte do processo de planejamento da nova política de saúde que seria implementada pelo governo 2009-2012.

Foi precedida pela realização de 15 pré-conferências, sendo dez regionais em territórios sanitários baseados na distribuição das Unidades Básicas de Saúde, mais cinco pré-conferências temáticas, sendo elas: de entidades de patologias e deficiências, de saúde do trabalhador, de saúde mental, dos trabalhadores da Fundação do ABC e de trabalhadores da Prefeitura Municipal de SBC.

A 6ª Conferência Municipal de Saúde foi organizada por dez membros do CMS/SBC, sendo três representantes dos usuários, dois dos trabalhadores e cinco dos gestores. As pré-conferências regionais foram organizadas pelas equipes das unidades de saúde, sob coordenação da comissão organizadora do CMS/SBC. A dinâmica dos eventos ocorreu da seguinte forma: em cada pré-conferência eram definidas as prioridades para

a saúde na região e no município como um todo. Os debates ocorreram em pequenos grupos, cada um deles discutindo um dos sete eixos: 1) fortalecimento da atenção básica e gestão do cuidado; 2) reestruturação da política de atenção especializada (clínicas especializadas e saúde mental); 3) reorganização da atenção hospitalar e da rede de urgência e emergência (rede de urgência e emergência e atenção hospitalar); 4) políticas de proteção à saúde, vigilâncias e saúde do trabalhador; 5) qualificação da gestão e humanização do cuidado (qualificação da gestão e humanização do cuidado, gestão de pessoas, regulação do SUS e assistência farmacêutica); 6) gestão participativa e controle social; 7) fortalecimento da gestão (regional e a municipal). Após as deliberações dos grupos, todos os participantes da etapa prévia da conferência referendavam as propostas, prosseguindo à eleição dos delegados da região para participarem da 6ª Conferência Municipal de Saúde.

A organização dos eixos seguiu a proposta de reforma administrativa para a SMS, favorecendo a adequação das propostas constantes do relatório final à organização do processo de gestão, com a reestruturação da pasta.

Contando com 400 delegados, sendo 200 deles representantes dos usuários, em julho/agosto de 2009 foi realizada a 6ª Conferência Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, sete meses depois do início do mandato do governo 2009-2012 da cidade. Chamou especial atenção sobre este evento o envolvimento dos dirigentes da SMS/SBC, desde as etapas de mobilização com divulgação em discursos do Prefeito e

do Secretário de Saúde, até a presença constante de integrantes da equipe central de gestão em todas as etapas preparatórias, acompanhando o processo e participando da coordenação dos trabalhos, além da coordenação da Conferência Municipal, do início ao fim do evento.

Como resultado, foram envolvidas aproximadamente 1200 pessoas em todo o processo de construção das 120 propostas definidas pela plenária final. Também chamou atenção a tranquilidade com a qual os trabalhos foram realizados, com a conclusão ocorrendo no horário previsto, sem intercorrências nem debates mais acalorados entre os participantes.

No íterim da realização da pesquisa, no ano de 2010 foi convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, sob decreto do Presidente da República, a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, após intensa mobilização dos movimentos sociais envolvidos com a temática da Reforma Psiquiátrica. A repercussão disto no município foi a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental, antecedida também por pré-conferências, em número de três. Com a participação de 120 delegados, além de tantos outros observadores e convidados. Com a não realização da etapa estadual desta Conferência, SBC sediou a Plenária Estadual de Saúde Mental, organizada por mobilização de várias entidades e movimentos sociais em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP), visando garantir a representatividade das propostas e da delegação do Estado de São Paulo na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

A figura 4 representa de forma esquemática os elementos componentes de cada etapa de realização da Conferência de saúde, tal como ocorreu em SBC. Os participantes possuem, a priori, um ponto de vista baseado em sua experiência como usuários, trabalhadores ou gestores do SUS. A partir do processo iniciado com as pré-conferências, as angústias, anseios e propostas relacionadas à saúde tornam-se objeto de debate nos grupos de discussão, que conclui com a definição daquelas diretrizes consideradas mais importantes para aquele momento e lugar. Finalmente, com a realização da Conferência Municipal de Saúde, um relatório com a revisão do material produzido por este processo ascendente registra os pontos levantados pela comunidade que necessitam de atenção do poder público, para sanar os problemas e deficiências identificadas.

Figura 4 - Elementos marcantes das Conferências Municipais de Saúde



Conforme se verifica, o trabalho efetivo das Conferências, neste modelo, consiste em referendar aquelas propostas originadas nas

etapas prévias, nos debates de base. Portanto, a mobilização deve envolver os trabalhadores, lideranças e moradores dos territórios, colocando-os para discutir os problemas de saúde que vivenciam em seu dia-a-dia no território.

No período estudado ocorreram duas Conferências Municipais de Saúde (6ª e 7ª edições), sendo que elas marcaram o início do trabalho de campo, em 2009, e o encerramento definitivo do período de observação, em 2011, juntamente com a elaboração deste texto. Não se percebeu grande evolução entre estes dois períodos do ponto de vista da organização e da participação nestes momentos. Ambos contaram com uma etapa preparatória de mobilização, com plenárias regionais e temáticas.

Na primeira edição, percebeu-se maior expectativa em torno de sua realização, devido ao início do mandato e elaboração do Plano Municipal de Saúde como guia para a política que seria implantada no município nos anos seguintes. Já em 2011, tratou de acompanhar o temário da 14ª Conferência Nacional de Saúde, avaliando a universalidade, o acesso e o acolhimento no SUS. Em ambas edições, a Conferência transcorreu sem atropelos ou dificuldades. Não houve conflitos nos debates e contou com grande participação dos gestores da SMS, na coordenação e condução dos trabalhos durante todo o período.

De forma geral, as propostas seguiram uma linha convergente com o plano de trabalho da gestão. Na última edição, inclusive, uma extensa apresentação procurando prestar contas dos feitos no período foi proferida pelo Secretário de Saúde.

6.1.3 Os Conselhos Gestores de Saúde

Por fim, os Conselhos Gestores de Saúde (CGS) completam o tripé da participação da comunidade na saúde em São Bernardo do Campo. Este dispositivo, reconhecido pela Resolução Nº 333 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003). Trata-se de uma ampliação da descentralização, importante princípio administrativo do SUS, que agrega maior representatividade e capilariza a participação na estrutura da rede de saúde local. Em diversos municípios os conselhos locais são uma realidade na organização de serviços de saúde.

Em São Bernardo do Campo, os conselhos gestores foram criados em lei aprovada em 2002. Então chamados de Conselhos Locais de Saúde (CLS), tinham por finalidade permitir a “participação organizada da população visando a melhoria dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde” (SBC, 2002). Composto por quatro membros, com composição de dois usuários eleitos entre os moradores da área de abrangência, um trabalhador do respectivo serviço e um gestor indicado pelo Secretário de Saúde, cada um com igual número de suplentes. O que se pode perceber no início das observações, é que somente as Unidades Básicas de Saúde estavam contempladas pelos critérios da legislação.

Segundo informações de notícia jornalística⁴, a última eleição para os CLS ocorreu em 2008, com forte cunho político em sua disputa. A

⁴ PT de São Bernardo define conselhos de saúde. Publicada em 12/01/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=5065.

notícia trata sobre o partido de oposição ao então prefeito ter vencido a disputa na maioria das unidades, enquanto o grupo aliado da gestão havia perdido terreno em relação ao pleito anterior. Ainda de acordo com esta informação, das 30 unidades de saúde para as quais foi realizada eleição, apenas em duas delas um grupo que não estava vinculado a partidos políticos saiu vencedor. É possível que a proximidade das eleições municipais tenha acirrado a disputa, como uma prévia do debate para os cargos majoritários na cidade, que ocorreriam no final daquele ano.

Como funções atribuídas aos CLS estava a responsabilidade de se apropriar das necessidades e demandas em saúde do território em que estavam localizados, favorecendo a interação entre a unidade e a comunidade e representando os interesses da população diante do CMS/SMC e outras autoridades e órgãos. Seria também competência do CLS a divulgação de informações a respeito do funcionamento da unidade e dos programas da SMS/SBC.

Diante da situação em que os CLS foram encontrados, a lei 5961/2009 passou a disciplinar também estes órgãos, agora renomeados para Conselhos Gestores de Saúde, e ampliados para todos os serviços da cidade, e não apenas para as UBS. No total, são 55 Conselhos Gestores, divididos em duas categorias: unidades de base territorial e de base municipal. Os serviços territoriais são aqueles com atuação focada em determinadas regiões, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde e Unidades

Oposição vence nos Conselhos de Saúde em SBC. Publicada em 30/03/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=6164.
Eleição do conselho de saúde de SBC é contestada. Publicada em 01/04/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=6204.

de Saúde de Família. Já os serviços municipais são aqueles que atendem a todos os munícipes e se constituem, portanto, em unidades de referência, como os hospitais e clínicas de especialidades.

Compreende a estrutura dos CGS a plenária, instância máxima de deliberação constituída pelas reuniões mensais dos conselheiros eleitos; a coordenação, sob responsabilidade de um dos membros, eleito preferencialmente entre os usuários com mandato de dois anos e a incumbência de administrar e dar andamento às questões levantadas no CGS; e secretaria, contando com recursos materiais e humanos da respectiva unidade de saúde.

Com a nova legislação, foi ampliada a capacidade de atuação dos CGS no âmbito do respectivo serviço de saúde, com a possibilidade de avaliar e propor soluções para os problemas de saúde da região, como interferir na rotina dos serviços, com direito a acesso a informações técnicas, administrativas e operacionais das unidades, “incluindo as referentes a obras, à aquisição de equipamentos, aos dados de produção e de desempenho”. Os CGS tem ainda autonomia para construir seu regimento interno, seguindo diretrizes gerais estabelecidas pelo CMS/SBC. A figura 5 ilustra a abrangência das funções destes colegiados, que se agregam em duas categorias centrais: a de cogestor da respectiva Unidade de Saúde e representante da população adscrita àquele serviço.

Figura 5 - Funções atribuídas aos Conselhos Gestores de Saúde



Fonte: Compilação das leis municipais Nº 5084/2002 e 5961/2009.

Sobre a atuação dos membros dos conselhos gestores percebeu-se, de forma geral, bastante restrita ao momento das reuniões e as intervenções se concentraram em reclamações por parte dos usuários sobre os serviços prestados, sobretudo a falta de profissionais médicos. Não houve presença significativa dos conselheiros nas audiências públicas de prestação de contas nem mesmo nas pré-conferências. Também não foram identificados pontos de pauta relativos aos Conselhos Gestores no CMS/SBC, o que mostra que ainda encontra-se bastante frágil a integração aos demais espaços de participação seja possível, fazendo com que as informações circulem de maneira mais ágil por toda a rede que faz parte do processo de gestão participativa no interior da administração pública. Foi ainda comum encontrarem-se algumas pessoas ocupando diversos lugares de participação no município.

6.1.4 A Estrutura Administrativa e a Gestão Participativa

Uma das primeiras constatações do diagnóstico situacional realizado pela equipe que assumiu a SMS em 2009 foi a incapacidade de a estrutura organizacional responder às necessidades de gestão do SUS no século XXI, uma vez que esta havia sido estabelecida em 1976 e funcionava sem alteração desde então (Chioro dos Reis, 2011). Cabe salientar que, em diversos momentos são feitas críticas ao governo anterior com relação à política então adotada de gestão da política de saúde no município.

Ao verificarmos as mudanças no organograma referente à configuração da SMS/SBC, apresentado nas figuras constantes no anexo IV, percebe-se uma mudança significativa no papel da participação dentro da estrutura da secretaria com a nova lei aprovada em 2009. Uma vez que um organograma se materializa nas práticas e fluxos cotidianos dos serviços e demais setores das instituições, podemos supor que as alterações propostas visariam proporcionar uma nova concepção para a participação da sociedade no interior do processo de gestão da política e do sistema municipal de saúde. Era este, porém, o discurso apresentado como justificativa para as alterações propostas.

Nota-se que, na legislação que definia a estrutura da SMS anteriormente, apenas duas referências ao Conselho Municipal de Saúde ou à Participação da Sociedade eram feitas. Este ainda aparece como um órgão “*vinculado diretamente ao titular da Pasta*”. Esta situação está exposta no anexo IV. Com a aprovação da Lei de Reforma Administrativa de 2009,

são nove as citações ao CMS ou a setores articuladores da gestão participativa, além da revisão citada e unificação das diversas leis que tratavam do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores dos serviços. O anexo IV apresenta figuras comparativas da situação anterior e atual dos diversos departamentos da Secretaria de Saúde (figura 10 - anexo IV), com destaque para todos aqueles que estavam vinculados, de alguma forma, à coordenação da participação por parte da SMS/SBC.

Uma primeira deficiência que pode ser identificada com relação à estrutura existente anteriormente na SMS/SBC refere-se à falta de cargos com funções de apoio e estímulo à participação. A servidora que estava encarregada, antes da Reforma Administrativa, da secretaria executiva e todo o processo de indução da gestão participativa e participação popular possuía o cargo comissionado de “*encarregado de serviço de expediente*”, vinculado ao Departamento de Vigilância à Saúde (figura 11 – anexo IV). Este deslocamento se deve à inexistência de uma estrutura voltada a esta função.

Na Divisão de Administração, subordinada diretamente ao Gabinete do Secretário, encontra-se uma estrutura na Seção de Administração Geral, o Serviço de avaliação e Controle (figura 12 - anexo IV). Apesar da falta de descrição a respeito da função deste órgão, pode-se supor que aí caberia alguma interface com o Conselho Municipal de Saúde, seja com relação ao apoio a seu funcionamento ou na disponibilização de informações para o exercício do controle e participação sobre a administração da política de saúde.

A partir das observações realizadas, pode-se entender que uma diretriz fundamental adotada pela gestão do SUS em SBC no período estudado, é o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde implementados no nível municipal, integrados às necessidades e demandas regionais, buscando apoio e financiamento das esferas estadual e federal. Portanto, para esta finalidade que a estrutura da SMS/SBC foi revisada no processo de Reforma Administrativa do governo municipal.

Do ponto de vista da atuação do CMS e dos CGS, com a nova formulação da SMS/SBC, estes órgãos mais tradicionais ganharam maior suporte dos setores administrativos. Entre as atribuições da Divisão de Unidades Básicas de Saúde (figura 13 - anexo IV), por exemplo, está a de *“acompanhar o funcionamento dos conselhos gestores das Unidades Básicas de Saúde”* (Art. 199, inciso IX da lei municipal Nº 5982 – SBC, 2009c). Apesar da existência de Conselhos Gestores em todos os serviços do município, na lei da Reforma Administrativa é somente na atenção básica que há explicitação da responsabilidade da gestão apoiar o funcionamento destes órgãos. Nos demais, não há esta atribuição.

Centralizando a interface entre a gestão da política de saúde no nível técnico e político com a Participação da Comunidade está o Departamento de Apoio à Gestão do SUS (figura 14 – anexo IV). Aí estão integrados, ainda, recursos administrativos para a gerência do planejamento em saúde, da regulação da atenção, da educação em saúde e da assistência farmacêutica. Nos incisos II e V do art. 260 da referida lei

encontramos duas descrições que definem o papel deste departamento com relação à gestão participativa, estando aí a responsabilidade de *“estabelecer instrumentos participativos e democráticos para a elaboração, coordenação, execução, monitoramento e avaliação do planejamento das áreas subordinadas e das demais diretorias da Secretaria de Saúde”* (grifos meus); estando aí localizada a atribuição de coordenar a participação organizada nas unidades de saúde através dos diversos departamentos da SMS/SBC, fortalecendo as ações dos Conselhos de Saúde e a participação social na esfera da gestão municipal, formulando e implementando uma política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde. Desta forma, passa a existir dentro da burocracia estatal uma estrutura de apoio à mobilização social, visando a luta pelo direito à saúde e na defesa do SUS.

Materializando, por fim, todas as mudanças organizacionais no sentido de promoção da gestão participativa, foi criada a Gerência de Gestão Participativa, vinculada ao Departamento de Apoio à Gestão do SUS, ocupada pela mesma pessoa que, inicialmente estava como “encarregado de serviço de expediente”, do Departamento de Vigilância à Saúde, agora em um cargo com funções definidas para apoiar a política de participação e controle social. A descrição de atribuições do cargo ainda contemplam o apoio ao funcionamento do CMS/SBC e à realização das Conferências de Saúde; à promoção de estratégias de capacitação e educação permanente dos conselheiros de saúde; além da inserção em outros espaços de planejamento da política de saúde, como o processo de construção do plano plurianual e do orçamento.

Outro Departamento com bastante interface com o Conselho de Saúde é o de Administração da Saúde (figura 15 – anexo IV). Aí são acompanhados contratos e convênios, as necessidades de compras e manutenção de serviços, avaliação e pagamento de pessoal, controle e conservação de prédios e equipamentos, administração do Fundo Municipal de Saúde e coordenação do planejamento financeiro e orçamentário. É, sobretudo, sobre o aspecto econômico e financeiro que incide a necessidade de controle sobre este departamento. A comissão de orçamento e finanças do CMS, com maioria de usuários em sua composição, analisa documentos e balancetes relativos à aplicação de recursos do Fundo e de pagamento dos trabalhadores, emitindo seu parecer. O acompanhamento dos contratos e convênios é outro setor que necessita de constante intervenção do CMS/SBC, principalmente devido ao fato de que aproximadamente 62% (R\$307.470.644,04 em 2010, segundo dados da prestação de contas da SMS/SBC) dos recursos empenhados no ano de 2010 foram destinados à parceria com a FUABC, na gestão do Complexo Hospitalar da cidade e contratação dos trabalhadores da rede. Portanto, sendo este departamento responsável pelo dinheiro da saúde, há necessidade de controle e acompanhamento de sua aplicação e impacto sobre as condições de saúde da população, evitando assim má gestão dos recursos financeiros e corrupção.

6.2 O CONTROLE PÚBLICO DA POLÍTICA DE SAÚDE

6.2.1 A Mobilização da Sociedade e o Processo de Planejamento na Gestão Pública

No período estudado, no município de SBC diversas iniciativas de fomento à participação cidadã foram identificadas. Conforme exposto, no ano de 2009 foi realizada a 6ª Conferência Municipal de Saúde, precedida por 15 eventos preparatórios, as pré-conferências, sendo dez regionais e cinco temáticas. Além disso, ainda no primeiro ano do governo 2009-2012, o Plano Plurianual (PPA) foi elaborado após a realização de 29 plenárias em diferentes regiões da cidade, com a eleição de igual número de representantes da sociedade civil para composição de uma comissão com outros 29 representantes do poder público para acompanhamento da consolidação do documento final que seria enviado à Câmara. Ainda nos primeiros meses do mandato, foi realizado o 1º Encontro Popular de Saúde, considerado pela gestão como um marco para a “retomada da gestão participativa no SUS de SBC”, conforme discurso dos dirigentes da SMS/SBC. Neste momento, além do compromisso político de valorização da participação da comunidade, assumido publicamente pelo Prefeito e Secretário de Saúde, foi assinada a convocação da 6ª Conferência Municipal de Saúde. Neste mesmo ano ainda foi realizada a revisão dos indicadores constantes do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, construído a partir de uma oficina que contou com participação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, técnicos e dirigentes da SMS/SBC. Ainda

aconteceu neste ano a eleição para renovação dos membros do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores de Saúde. Além das audiências públicas de prestação de contas e aprovação de planos e programas de saúde pelo CMS/SBC.

Em 2010, por sua vez, novos eventos que permitiram a participação da comunidade ocorreram. Em sua segunda edição, aconteceu o Encontro Popular de Saúde. A construção da peça orçamentária para o exercício de 2011 ocorreu em 20 Plenárias Deliberativas que definiram prioridades para os bairros e para a cidade, que compuseram o Orçamento Participativo, com a eleição de 20 representantes para o Conselho Municipal do Orçamento. Houve neste ano também a 1ª Mostra Municipal de Saúde, voltada para divulgação e compartilhamento das experiências desenvolvidas pelos trabalhadores da rede municipal de saúde, como forma de troca de experiências e divulgação das ações empreendidas, em formato de um evento acadêmico. Audiências públicas e reuniões do CMS completam o quadro dos espaços identificados com interface à participação na gestão municipal.

Esta diversidade de espaços nos quais o povo tem a possibilidade de expor sua indignação, suas demandas, queixas e elogios aos membros da administração pública, afigura como locais potenciais para mudar os rumos das ações governamentais, no sentido de se aproximarem da realidade e necessidades das pessoas, que passam a fazer parte da tomada de decisões, exercitando a democracia participativa. Isto ocorreu como uma das consequências do movimento de descentralização

administrativa ocorrido no país após a Constituição de 1988, o principal responsável pelo planejamento e execução das ações de saúde. Na área da saúde, isto resultou em profissionalização e especialização dos gestores além de extensa produção de pesquisas científicas na área, o que resultou em discussões mais aprofundadas das respostas possíveis aos problemas de saúde pela administração pública, associada ao envolvimento das lideranças comunitárias e movimentos sociais (CONASS, 2003; Paim e Teixeira, 2006). Considerando os problemas vivenciados diariamente por quem depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde, este assunto ganha relevância, de acordo com a visão de Gastão Wagner de Souza Campos, por ser a capacidade da administração pública de elevar a efetividade de resolução de problemas um fator primordial que confere credibilidade ao SUS (Campos, 2007).

O texto constitucional brasileiro estabelece em seu primeiro artigo, parágrafo único, que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”. Desta forma, podemos dizer que o “passo zero” do planejamento político ocorre nas eleições, quando, em tese, os projetos políticos são debatidos e a sociedade, por meio do voto, faz suas escolhas e define os mandatos. Ao eleger um governante, os cidadãos deveriam eleger, sobretudo, o Plano de Governo que melhor apresenta respostas às suas demandas.

Uma vez detentor de um mandato e empossado, o político passa a responder publicamente pelas suas ações, devendo zelar pelo bom uso do dinheiro em ações de interesse coletivo. Para tanto, o “Plano de

Governo” escolhido deverá ser detalhado, consistindo esta primeira etapa de planejamento na construção do Plano Plurianual (PPA), quando o poder executivo ordena os objetivos e metas para suas ações ao longo do mandato. Este instrumento de gestão está sujeito a apreciação pela sociedade civil, que poderá opinar sobre as diretrizes de forma direta, por meio de audiências públicas. Há ainda a necessidade de aprovação do PPA pelo legislativo do nível de governo correspondente.

O passo seguinte corresponde à elaboração de outros dois documentos, que serão igualmente submetidos à opinião popular e que definirão, ano a ano, a forma de organizar e executar os orçamentos fiscal e da seguridade social para cumprir as metas e prioridades da administração pública. Tratam-se da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Estes são os mecanismos previstos para se operar com recursos públicos na máquina pública. Na área da saúde existem definições adicionais para nortear o trabalho dos gestores e qualificar os serviços prestados aos usuários.

Na área da saúde, existe uma metodologia específica que regula o planejamento das políticas públicas. A Conferência de Saúde é um evento que define as diretrizes e prioridades para a gestão local. A partir daí, tais resoluções servirão de base para a construção dos Planos de Saúde e demais ferramentas de planejamento. Seguindo uma ordem lógica, a administração local deverá assumir, no PPA, na LDO e LOA a mesma linha definida neste instrumento.

Passadas todas as etapas do planejamento e elaboração dos instrumentos de gestão, o controle da política de saúde é feito periodicamente por meio das prestações de contas trimestrais e dos Relatórios Anuais de Gestão. Trata-se da apresentação à sociedade dos resultados obtidos a partir dos investimentos do setor público. É um importante momento de avaliação das estratégias utilizadas e aperfeiçoamento das políticas e ações para o enfrentamento das necessidades de saúde da população.

Na área da saúde, a LOS deixa bastante claro que todas as etapas aqui expostas que compreendam o planejamento estratégico, elaboração de projetos para captação de recursos ou definição das diretrizes da política de saúde local devem ser objeto de deliberação do respectivo Conselho de Saúde, além de estar de acordo com as resoluções da Conferência de Saúde. Esta é uma das principais formas que a sociedade tem para acompanhar e interferir nas políticas públicas, de modo que elas cumpram os interesses dos usuários do Sistema. Contudo, nem sempre os governos cumprem as resoluções das Conferências de Saúde (Brasil, 1990b; Guizardi, 2004; Stralen e cols. 2006).

No entanto, ao considerar a dinâmica que a administração pública tem imprimido à condução da “coisa pública” e a limitação que os espaços institucionais tradicionalmente definidos para a participação da comunidade na área da saúde (Conselhos e Conferências), é necessário atualizar o debate, avaliando as novas possibilidades de inserção dos usuários no processo de gestão da saúde, no sentido de torná-la

participativa de fato, radicalizando a democratização da relação Estado-sociedade. Novas fórmulas têm sido implementadas em diversas cidades, que quebram com os paradigmas da supervalorização da opinião técnica nas definições políticas e passam a considerar a participação popular tanto como um direito quanto como uma forma de atuação estratégica no sentido de conferir maior legitimidade e resolutividade às ações políticas.

Novamente segundo Gastão Wagner de Souza Campos, ao combinar a democratização institucional com a capacidade operacional para superação das adversidades, o processo de gestão passa a apresentar respostas mais contextualizadas e eficazes às demandas sociais, alterando os papéis assumidos pelos sujeitos, que adquirem capacidades cada vez maiores de autonomia e de compromisso com os outros, assegurando diálogos entre os diversos saberes, horizontalizando o debate e diluindo as relações hierárquicas de poder (Campos, 1998).

6.2.2 Transparência, Controle e Publicidade das Ações

Outro aspecto importante relacionado à participação da comunidade é a necessidade da chamada transparência nas ações do poder público. Conforme exposto, todo o processo administrativo público é permeado de toda uma burocracia que visa conferir normatização para a utilização dos recursos. Assim, permite-se que seja possível um controle rigoroso sobre a destinação e forma de utilização do dinheiro e dos equipamentos públicos, sendo as decisões tornadas públicas necessitando

de prestações de contas regulares, resguardando o interesse público na administração da coisa pública.

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde mostraram-se, como de costume, um importante espaço para exercício do controle público sobre as políticas e gastos em saúde. Constantemente, os projetos e programas foram submetidos à apreciação do colegiado, sendo questionados e debatidos neste fórum pelos diversos segmentos presentes. O que foi observado durante as reuniões foi que as apresentações eram feitas de forma bastante detalhada e todos os esclarecimentos questionados pelos conselheiros eram respondidos, favorecendo que estes votassem mais conscientes do assunto que lhes foi submetido. Porém, as matérias só foram submetidas em estágio final, após a conclusão de sua elaboração técnica, sugerindo que o objetivo era apenas receber o referendo do CMS. Durante o período observado, pode-se perceber que todas as propostas de políticas e ações estratégicas e mais importantes foram submetidas aos conselheiros, que deliberaram de forma unânime pela aprovação em todos os casos. Mais do que um Conselho subserviente ao poder executivo, isto pode indicar uma grande permeabilidade da SMS/SBC aos conselheiros.

As audiências públicas foram constantes, configurando-se em outros espaços de divulgação das informações a respeito da política de saúde do município e possibilitando um debate com um público mais amplo. A cada três meses realizou-se a prestação de contas do período em dois momentos distintos: em reunião do CMS/SBC e na câmara dos vereadores, de acordo com o que é preconizado no art. 12 da Lei Federal nº 8.689

(Brasil, 1993). Neste último, os participantes restringiram-se a alguns técnicos da SMS/SBC e poucos cidadãos, normalmente vinculados aos conselhos gestores das unidades de saúde ou ligados a alguma entidade representada no conselho. Em alguns momentos, tanto em reuniões técnicas da SMS quanto no CMS/SBC, o Secretário de Saúde manifestou seu descontentamento com a baixa presença da população nos encontros de prestação de contas, porém não surgiram propostas para potencializar a participação neste espaço.

Também ocorreram audiências públicas com a finalidade de apresentar propostas específicas, como a reorganização do organograma da SMS/SBC a partir da reforma administrativa empreendida pelo governo e a construção do novo hospital de urgências da cidade. Merece destaque uma reunião ocorrida em uma região da cidade diante da mobilização da comunidade, contrária à desativação do Pronto-Socorro (PS) localizado no bairro, que seria substituído por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24h) em outro ponto da mesma região. Cerca de 200 pessoas compareceram à reunião, quando o Secretário de Saúde apresentou a proposta incluída no plano municipal de saúde de construção da UPA-24h, que atenderia três bairros da região e ficaria localizada em um local diferente do Pronto-Socorro. Segundo os presentes, o PS havia sido conquistado após muita reivindicação junto à prefeitura em meados dos anos 1980, e não admitiriam a transferência do serviço para outro local. A estrutura física do PS foi deteriorada pelo tempo, pelo crescimento da demanda e pela falta de manutenção, o que dificultava a realização de um trabalho de qualidade

pelas equipes. Na ocasião, o Secretário anunciou os critérios técnicos, epidemiológicos e normativos que orientaram a escolha do terreno para o novo serviço, que possibilitaria uma ampliação considerável da oferta de atendimentos pela Unidade Básica de Saúde, que passaria a contar com a Estratégia de Saúde da Família e equipe de Saúde Mental. O clima entre os participantes da reunião era de insatisfação com a perda de um serviço da “porta de casa”. A mesa era composta por diversas autoridades como vereadores, membros do Conselho Gestor Local e do CMS/SBC, e os trabalhos foram conduzidos pelos titulares das Secretarias de Orçamento e Planejamento Participativo e da Saúde. Ao final dos trabalhos, todos puderam expor suas opiniões, sem cortes ou tumultos, mas não pareceu ter havido nenhuma alteração da proposta apresentada. As únicas alternativas apresentadas pela SMS/SBC foram a alteração do itinerário do transporte coletivo do bairro, contemplando um acesso mais fácil à UPA-24h, e a instalação de uma base do SAMU-192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ininterruptamente junto à UBS para remoção mais ágil dos casos graves. Chama atenção a disponibilidade da equipe gestora da saúde em comparecer à comunidade para expor para a população as propostas para o bairro, porém o caráter técnico prevaleceu sobre as manifestações populares de descontentamento.

Desde o primeiro ano de posse do governo 2009-2012, a equipe da Secretaria de Saúde colocou a participação da comunidade como um dos eixos de trabalho na gestão da política municipal de saúde. Com base neste propósito, passou-se a realizar anualmente o Encontro Popular

de Saúde, com sua primeira edição em 2009 e a segunda em 2010. O Encontro pode ser definido como um evento de mobilização de conselheiros municipais e locais de saúde, trabalhadores e munícipes interessados no debate da saúde na cidade, visando fortalecer o envolvimento e a compreensão da população sobre os temas que afetam a Saúde Pública contemporaneamente. Contando com uma presença significativa de participantes que não estão nos eventos “cotidianos” da SMS/SBC e do CMS/SBC.

No âmbito do governo como um todo, também foram identificadas diversas ações com potencial de promoção de publicidade e controle das ações, conforme citado. Em diversas ocasiões o Prefeito, acompanhado pelos secretários, compareceu a debates, visitas técnicas e audiências com moradores e lideranças comunitárias. Nas plenárias do OP aconteceu o principal diálogo entre poder público e sociedade civil, definindo a peça orçamentária e para onde foram direcionados os recursos financeiros. Tanto na realização do PPA Participativo quanto no OP, a saúde foi apontada pelos participantes como o principal problema da cidade. Tal constatação persiste desde o período eleitoral, o que garantiu à pasta responsável a maior fatia no orçamento municipal.

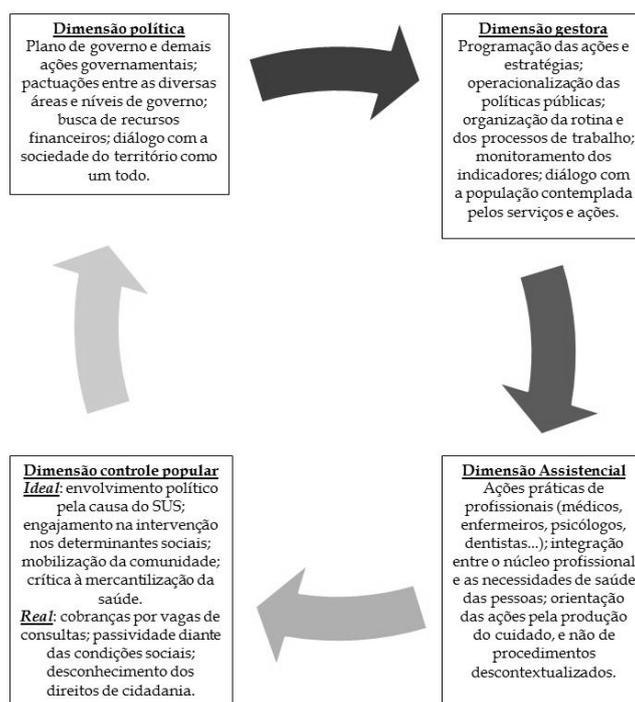
6.3 GESTÃO PARTICIPATIVA NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE

Nesta parte do trabalho, tem-se como pressuposto de que a produção de cuidado em saúde, em todos os níveis, deva ser permeado pela participação dos atores envolvidos, como forma de emancipação dos sujeitos. Quando a constituição trata da participação da comunidade na gestão da saúde, estão aí incluídos todos que fazem parte desta comunidade, ou seja, os usuários (para quem as ações devem estar orientadas), os gestores e governantes (responsáveis por coordenar os sistemas de saúde locais) e os trabalhadores (operadores e principais responsáveis por concretizar as ações de cuidado à saúde da população).

Da inserção nos espaços de participação, a produção de cuidado em saúde pode ser identificado em quatro categorias distintas. Estas dimensões correspondem ao que é realizado em âmbito político, de gestão, técnico e popular. No primeiro, se inserem as ações desenvolvidas em nível central da Secretaria de Saúde, que compõem articulações governamentais na busca por aporte de recursos e construção de uma política de saúde que englobe as características sanitárias e epidemiológicas do município como um todo, baseado no plano de governo. Como trabalho de gestão ficou entendido que compreendem as ações gerenciais e operacionais, em nível intermediário, tendo como guia as diretrizes emanadas dos gabinetes e departamentos da SMS, com a função de organizar os serviços e as ações para implementar os pressupostos

pactuados no plano municipal de saúde e no plano de governo. Já o trabalho técnico engloba aquelas ações que resultam em cuidado à saúde das pessoas, como consultas e procedimentos, orientações e ações preventivas. Por fim, na dimensão popular estão contidas as articulações e intervenções originadas da população na condição de usuária do SUS e corresponsável pela saúde no âmbito territorial e individual. Esta situação está esquematizada na figura 6.

Figura 6 – Dimensões do trabalho no processo de produção do cuidado em saúde



Cada uma destas categorias inserem-se em determinadas instâncias colegiadas que foram identificadas. No âmbito da direção central

da pasta existe o colegiado de gestão, no qual se inserem o Gabinete do Secretário e os principais assessores e diretores dos departamentos. Semanalmente, estes atores se reúnem com a finalidade de analisar a situação da saúde no município e deliberar as ações e estratégias. Mostrou-se um espaço privilegiado para garantir um diálogo entre as diversas áreas da SMS, envolvendo todos os dirigentes na construção coletiva de respostas e soluções para as situações pautadas.

Importantes decisões, antes do parecer do Secretário de Saúde foram debatidas pelo grupo. Durante os oito encontros acompanhados do colegiado de gestão, foram presenciadas algumas deliberações importantes. Em alguns momentos, a postura dos presentes às reuniões era bastante dispersa, com pessoas saindo ou atendendo ligações durante os debates, conversas paralelas, aparentando pouca atenção ao que estava sendo falado. O clima de cobrança por parte do Secretário de Saúde era frequente, destacando a importância da decisão colegiada para o planejamento estratégico e efetividade das intervenções que seriam realizadas pela pasta.

Outra característica percebida durante o período de observação refere-se ao uso da palavra. Diferentemente do que pode ser observado no CMS, quando os gestores concentram a maior parte das colocações, no colegiado de gestão há um considerável equilíbrio entre todos, aparentando igualdade e engajamento.

Ainda em nível central, existe outro espaço de reunião, que não tem caráter deliberativo, mas sim informativo e de alinhamento do discurso.

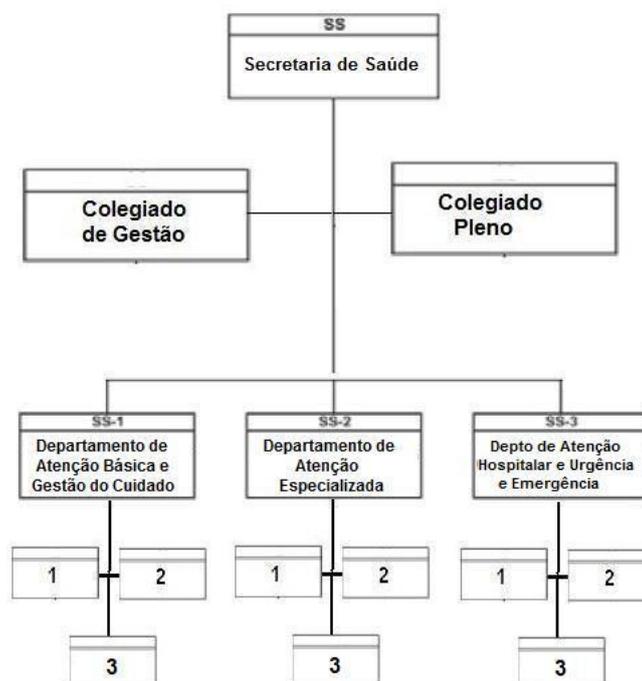
O colegiado pleno congrega, mensalmente, todos os trabalhadores que possuem cargo comissionado na Secretaria de Saúde, desde o secretário até os coordenadores de unidades, para debater pautas pré-definidas sobre as mudanças propostas para a política de saúde do município. Com dezenas de participantes, os trabalhos eram conduzidos geralmente pelos representantes vinculados ao Gabinete do Secretário, e o uso da palavra ficava mais restrito aos principais dirigentes, não no sentido de questionar ou acirrar o debate, mas de complementar um discurso único sobre o tema.

Nas poucas participações possíveis neste colegiado, nenhuma grande decisão foi tomada, mas sim comunicados e informes a respeito das ações em andamento sob responsabilidade da SMS. Havia uma clara distinção entre os dirigentes do alto escalão da pasta (responsáveis pelo trabalho em nível político), com um discurso assumido a partir de um lugar de militante e de membro do governo. Já os coordenadores de programas e serviços (que assumem o trabalho gestor no cotidiano), com uma trajetória mais restrita à experiência no município e uma postura mais passiva e prática. Pode-se apreender da inserção nos diversos espaços que o papel do colegiado de gestão seria de criar um maior engajamento, uma sensação de pertencimento, dos atores às mudanças na política de saúde como um todo, além de ampliar o diálogo entre as áreas. Foi possível perceber que a proposta de gestão compartilhada a partir do colegiado pleno era um processo ainda em construção e pouco efetivo em cumprir seus objetivos.

Ao verificar o processo de trabalho nos diversos setores da Secretaria de Saúde, observou-se que junto aos principais departamentos

relacionados à assistência à saúde também existem algumas estruturas de gestão colegiada. Cada um deles realiza reuniões comparadas ao colegiado de gestão, que reúne os diretores, assessores e responsáveis pelos principais setores, construindo os planos de ação e solucionando os problemas que surgem na implementação das políticas e programas. Já o equivalente ao colegiado pleno agrega a este grupo os coordenadores dos serviços, em uma discussão mais ampliada que contempla as dificuldades operacionais na gerencia das unidades de saúde, com frequência semanal ou mensal. De acordo com as informações obtidas, apesar de haver maiores intervenções dos coordenadores dos serviços, não parece haver ainda uma compreensão de que fazem parte da equipe administrativa do sistema local de saúde, pois não se colocam efetivamente como gestores da rede, mas como administradores ou burocratas dos seus locais de trabalho. Porém, como relatado, as informações sobre a dinâmica de trabalho dos departamentos a partir das opções e das possibilidades metodológicas são muito restritas e não permite grande aprofundamento sobre este ponto. Abaixo está representada, na figura 7, como fica o organograma da SMS contemplando os colegiados em funcionamento durante o período de realização da pesquisa.

Figura 7 - Organograma parcial da estrutura da Secretaria de Saúde, contemplando alguns dos espaços colegiados

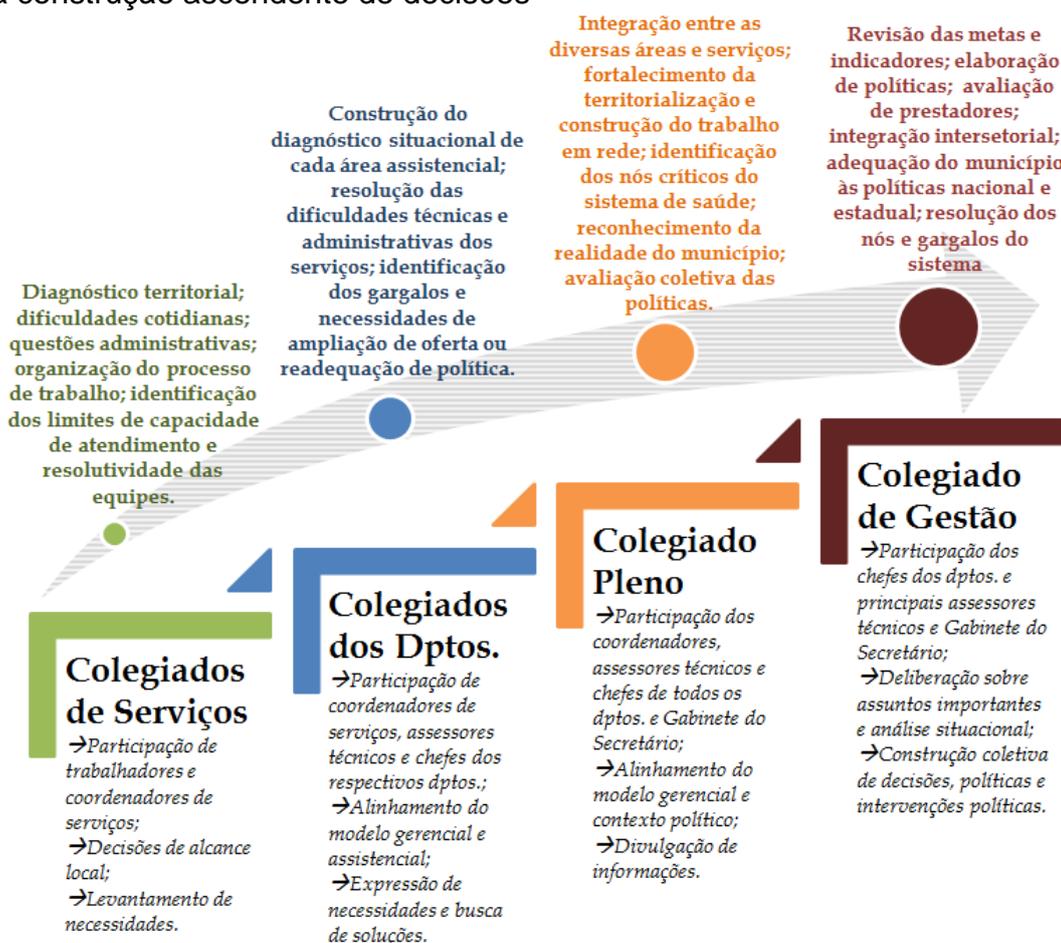


- 1 - Colegiados dos Departamentos**
2 - Colegiados e reuniões técnicas dos Serviços
3 - Reuniões de Equipe

Ao detalhar melhor esta estrutura, a prática de construção ascendente das decisões poderia resultar em práticas menos alienadas em todo o processo de construção das ações em saúde, para que estas não representem apenas normas, resoluções ou protocolos definidos verticalmente, mas resultem também de uma prática coletiva, promovendo satisfação e aprendizado para os atores, que passam a fazer parte efetivamente da equipe de saúde do município, podendo refletir maior integração entre os pontos da rede. Tratam-se do colegiado pleno, dos colegiados dos departamentos e colegiados nos serviços. O que se observou foi desintegração entre esses espaços, que não tem papéis

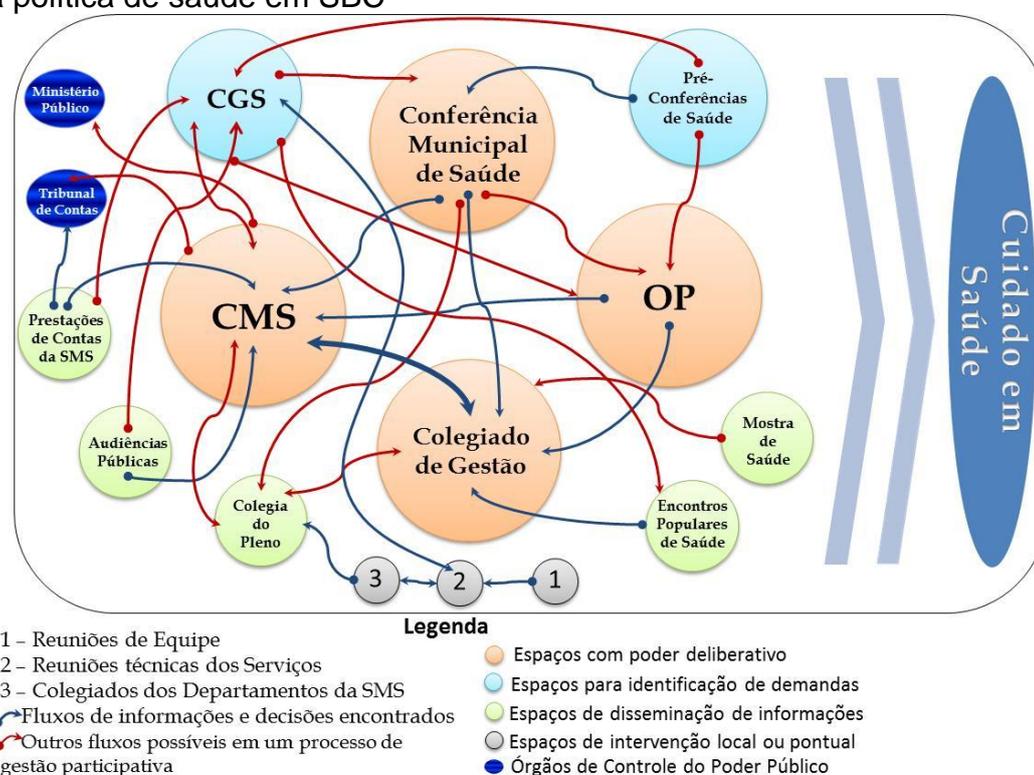
claramente definidos no sentido de criar um fluxo ascendente das informações gerenciais necessárias para uma avaliação geral da atuação das equipes, nas diferentes dimensões da produção de cuidado em saúde. Não se percebeu elos entre estes espaços, o que implica em pouca integração entre o trabalho exercido em todo o município, nos diversos territórios, prejudicando a articulação em rede para produção do cuidado. A figura 8 abaixo ilustra, no plano superior a construção ascendente sugerida e na parte inferior a realidade encontrada no caso estudado.

Figura 8 – Representação esquemática do processo de gestão colegiada e a construção ascendente de decisões



Ao tomar como objeto a gestão para tratar o tema da participação, obteve-se um olhar ampliado e integrado do processo de produção do cuidado, em seus diversos níveis, construído de forma mais dialogada entre o conhecimento e experiência, popular ou técnica, daqueles envolvidos no cotidiano da saúde pública do município. Esta visão panorâmica permitiu evidenciar onde são tomadas as principais decisões e quais atores sociais possuem poder de influência nestes espaços. Na figura 9 este quadro está representada.

Figura 9 - Panorama dos espaços colegiados componentes da construção da política de saúde em SBC



Esta figura apresenta de forma esquemática a diversidade dos elementos que foram identificados cujo objetivo, são a produção coletiva de ações de cuidado à saúde das pessoas. As setas azuis identificam aqueles fluxos de informações existentes no cotidiano da gestão da saúde, que permitem troca de experiência e opiniões dos atores envolvidos em cada ponto deste emaranhado. Daí surge os elementos que, a partir da participação dos envolvidos, fazem com que a gestão seja dialogada, incentivando a prática da democracia nas instituições. Já as setas vermelhas representam uma série de comunicações que não acontecem, mas que apresentam potencial para ampliar ainda mais a capacidade de esta rede produzir subsídios para a elaboração de políticas públicas coerentes com a situação sanitária dos territórios e das necessidades de saúde da população.

Por fim, outro ponto que não permite grande aprofundamento, mas serve como elemento de análise e contribuirá na discussão seguinte é o fato de que em alguns serviços foram identificados iniciativas de compartilhamento das ações. Estas informações foram obtidas a partir de visitas e conversas durante a etapa exploratória ou na participação nos encontros do CGS. O formato das reuniões técnicas tem características específicas em cada unidade, mas de forma geral procura cumprir dois objetivos: transmitir informações sobre protocolos ou outros aspectos das mudanças propostas para a política de saúde, como inaugurações, programas ou alterações dos fluxos entre serviços e buscar engajamento e mudança do perfil de trabalho na saúde. Não pareceu ocorrer nestes espaços construção coletiva de soluções ou respostas às demandas e

necessidades da população. Estas reuniões possuem caráter mais voltado para o aspecto burocrático-administrativo da gestão. Já as reuniões de equipe, prática estimulada e valorizada em diversos discursos dos dirigentes e consagrada na literatura como melhor de forma de devolver aos profissionais ligados às ações assistenciais a responsabilidade pela gestão da clínica e dos processos de trabalho. A reunião de equipe tem papel central no modo de organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família e dos serviços de saúde mental. Ainda existe muita resistência e dificuldade de compreensão dos trabalhadores sobre a necessidade de “parar” o serviço para discutir, tanto pela alienação provocada pela crença de que apenas a produção de consultas e procedimentos resulta em cuidado em saúde, quanto pela falta de habilidade de grande parte das pessoas de conduzir processos reflexivos e coletivos de construção de uma agenda de trabalho.

Todas as estratégias aqui descritas de gestão compartilhada fazem parte do processo de trabalho instituído pela equipe responsável pela SMS durante o período de realização do estudo. Não existem normas nem regimentos sobre o funcionamento destes espaços, nem tampouco sobre sua obrigatoriedade. Esta experiência está restrita à vontade dos envolvidos, sobretudo dos dirigentes do nível central da pasta.

7. DISCUSSÃO

7.1 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

7.1.1 Sobre administração pública municipal

Considerando que a saúde está inserida como uma das áreas sociais do governo municipal, componente do setor da Seguridade Social, a gestão responsável pela pasta está incluída na correlação de forças políticas existente para garantir os recursos e a sustentabilidade da construção da política de saúde.

Neste âmbito, o orçamento municipal é o instrumento de alocação do dinheiro público para as diversas ações e investimentos. Neste sentido, construção da peça orçamentária é o que permite a materialização da política pública. A experiência do OP permite, conforme apresenta Sánchez (2002), que esta distribuição não seja orientada somente pelos grupos políticos, mas coloca a população como protagonista deste processo.

Esta prática no planejamento administrativo dos municípios possui importante potencial democratizante. Em SBC, com a elaboração do PPA e das leis orçamentárias de forma dialogada com a sociedade, permitiu-se que o diagnóstico técnico fosse confrontado com os anseios expostos nas plenárias. Tratou-se de uma novidade na cidade, que requer aprendizado tanto da população quanto do poder público para transformar os

questionamentos, propostas e reclamações em diretrizes para o planejamento setorial da prefeitura.

A experiência de SBC pode ser comparada com a relatada em Porto Alegre por Sánchez (2002), sendo que a primeira está em início de desenvolvimento. Conforme o autor, além de possibilitar a influência dos cidadãos sobre a administração pública, o inverso também ocorreu, fazendo com que as pessoas se organizem em função destes momentos, fortalecendo o papel das associações de moradores e das lideranças comunitárias. No caso estudado, observou-se ampla participação das comunidades durante as plenárias, favorecendo maior envolvimento das pessoas na vida política da cidade, inclusive com o surgimento de novos atores neste cenário.

O OP contribui positivamente para o exercício da democracia participativa, pois restitui aos cidadãos parte das funções delegadas aos representantes e por demonstrar ser uma maneira de influenciar de fato as ações do governo a partir das demandas expressas.

7.1.2 Sobre as Conferências de Saúde

A 8ª CNS representou um marco na participação, servindo como referência para a capacidade da sociedade civil organizada propor mudanças concretas nos rumos políticos da nação, uma vez que o relatório final deste evento contribuiu sobremaneira na elaboração da Constituição Federal de 1988.

Carvalho (2007) discute sobre o esgotamento do modelo adotado de 1986 em diante, que representou significativos avanços com a consolidação das etapas territoriais, que amplia o foco sobre as peculiaridades loco-regionais, facilitando o diagnóstico municipal ou da região. Porém, como a conclusão consiste no relatório com as propostas referendadas como prioritárias, perde-se o contexto de sua construção, perdendo grande parte da função de construir, de forma ascendente, as políticas.

Prioriza-se a elaboração de textos propositivos, indicando ações, que confundem os papéis de uma Conferência e dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Levantam-se diversas questões que representam problemas encontrados por aqueles que vivem o SUS no dia-a-dia e que, por força do hábito instituído, são artificialmente transformados em textos genéricos e pouco informativos. Os debates são preteridos com o simples registro dos textos finais, que é remetido às etapas subsequentes, sem provocar maior avaliação crítica dos participantes sobre o proposto.

Sobre o conteúdo discutido, percebe-se que ficam bastante centralizados em assuntos relacionados à oferta de serviços médicos e à qualidade destes. Esta característica é representativa do fenômeno conhecido como medicalização social, que designa o processo de apropriação pelas ciências biomédicas de aspectos da vida social que geram adoecimento, passando a ser tratados fora de seu contexto e a partir de intervenções técnicas e no conhecimento dos profissionais da área da saúde, centralizados no médico, e que provocam mudanças culturais

importantes, afetando inclusive a capacidade de enfrentamento e autonomia das pessoas em lidar com suas condições de vida, provocando alienação (Tesser, 2006). Assim, toda a responsabilidade sobre a saúde passa a ser delegada aos profissionais, que certamente não darão conta de toda a complexidade que envolve a vida das pessoas. Trata-se de uma desresponsabilização dos sujeitos quanto à manutenção da saúde, individual e coletiva, transferindo-a, sobretudo, para os médicos. As queixas e proposições expostas nos espaços de participação apontam para este rumo, cada vez mais presente na sociedade que se torna cada vez mais dependente dos recursos tecnológicos e das drogas prescritas, o que acaba por encarecer e desintegrar o olhar sobre a saúde das pessoas, favorecendo a passividade dos sujeitos no processo de produção do cuidado e na ordenação das políticas públicas em favor da atuação daqueles supostamente mais qualificados.

Carvalho (2007) indica a importância das etapas prévias da Conferência Municipal de Saúde como um momento que permite aprofundamento dos temas relevantes para a saúde da população. Pode-se ir além, considerando que aí também são atraídos novos atores para a participação na construção da política de saúde e ainda colocam os gestores em contato mais próximo com a comunidade em uma situação distinta daquela do cotidiano dos serviços, assumindo um papel de usuários do sistema de saúde, e não como paciente em busca de atendimento em determinada situação. Para tanto, estratégias eficientes de comunicação e divulgação sobre os eventos são fundamentais para informar as pessoas

sobre seus direitos e deveres. Também é necessário que estas etapas assumam maior papel educativo, disseminando conhecimento sobre o SUS e o papel de todos os envolvidos no cuidado: cidadãos, trabalhadores, prestadores de serviços, gestores e do poder público (executivos municipal, estadual e federal; poder legislativo; e poder judiciário).

Outro aspecto destacado das Conferências que carece de maior atenção é o seu produto, ou seja, o relatório final. Este documento é apontado como um guia essencial para a configuração do projeto político a ser implementado em determinado sistema local de saúde. A gestão, quando planejada, lança mão de diversas ferramentas para cumprir a função a que se propõe. E esta função não é determinada somente pelo projeto político do grupo que assuma, por ora, os postos da administração estatal, mas, sobretudo, pelos interesses públicos expressos nos marcos legais e nas manifestações cotidianas dos cidadãos. Desta forma, entende-se o relatório das conferências como uma revisão daquilo que a sociedade espera do poder público em termos de atenção à saúde. No entanto, as influências sobre este pensamento, exercidas pela mídia de massa e pela manipulação das informações por grupos corporativos e políticos, entre outros, também devem ser consideradas.

Conforme apontado com relação aos efeitos da medicalização da saúde, estas ideias aparecem nos relatórios das conferências como resultado de sua inserção no seio da sociedade. Assim, as vantagens que se pode extrair de todo o processo de construção de uma conferência de saúde organizada de forma descentralizada e participativa de fato, se perdem

quando a importância maior fica focada no relatório final, composto por algumas dezenas (em alguns casos, centenas) de propostas e diretrizes que, muitas vezes, não provocam nenhuma mudança no quadro inicialmente apresentado e que resultou naquele texto. Ainda citando Carvalho (2007), a relatoria não deve ser relegada a um segundo plano, feita por qualquer um que esteja disponível, apenas com a função burocrática de registrar as deliberações dos grupos. Perde-se, desta forma, grande quantidade de informações, muitas vezes mais relevantes que as duas ou três propostas que emergem “na marra”. Há que se repensar o modelo das Conferências, antes que esta importante espaço de expressão de demandas e diálogo acabe por esgotar definitivamente sua capacidade de gerar mudanças na construção do Sistema Único de Saúde, integrado às práticas de gestão da coisa pública e aos mecanismos permanentes de participação cidadã.

7.1.3 Sobre os Conselhos de Saúde

Responsável por acompanhar permanente o andamento das ações em saúde, os conselhos de saúde são identificados como órgãos que exercem, de forma legítima, o controle e a cogestão das políticas públicas, integrando à estrutura administrativa representantes dos usuários, dos trabalhadores e dos prestadores de serviços. As atribuições explicitadas na figura 5, no caso dos CGS, e no quadro 3, para o CMS/SBC, ilustram estas funções.

A existência de conselhos em todos os serviços vem ganhando cada vez mais força no cenário nacional. Diante dos papéis assumidos pelo CMS, mais voltado para a política de saúde em nível macro e controle sobre o uso de recursos e cumprimento das diretrizes do Plano e da Conferência Municipais de Saúde, as atribuições do CGS iriam ao encontro das necessidades de fiscalização e indução de mudanças organizacionais no interior dos serviços, por estarem mais próximos destes. Poucos estudos foram identificados tratando a inovação que representam os conselhos gestores dos serviços, mais centrados na influência da participação no processo de trabalho das equipes (Crevelim e Peduzzi, 2005; Pestana e cols., 2007; Oliveira e Almeida, 2009).

Retomando o conceito de medicalização social, proposto por Tesser (2006), observou-se que as reivindicações ficaram restritas a cobranças por serviços médicos, demonstrando um predomínio da lógica biomédica. Esta postura remete a certa passividade por parte dos usuários com relação ao cuidado à saúde. O CGS representa, além de um canal de comunicação dos usuários para dentro dos serviços, uma possibilidade de cogestão na prevenção e identificação dos determinantes locais de adoecimento e risco à saúde das pessoas. Em tese, a própria comunidade analisando seus indicadores epidemiológicos permitiria uma desmedicalização dos problemas sociais que afetam a saúde, buscando uma via distinta de enfrentamento e superação destes, no sentido da prevenção de agravos e promoção de qualidade de vida. Falta pró-atividade, tanto da comunidade quanto dos gestores e técnicos, para fazer com que

este espaço cumpra seu papel tanto no sentido representativo quanto gestor, ampliando o olhar sobre o processo saúde-doença no território e fortalecendo seu poder de intervenção diante das iniquidades que resultem em mudanças na comunidade, nos serviços e no olhar dos trabalhadores diante das queixas e das condutas. Desta forma, existe uma aparente divergência entre aquilo que as pessoas esperam (mais consulta que sejam mais resolutivas dos problemas de saúde) e aquilo que a gestão propõe (uso racional dos recursos, descentralização da figura do médico, ampliação da atenção primária e humanização das estratégias e tecnologias de cuidado).

Assim, entre as duas atribuições apresentadas na figura 5, prevaleceu parte do papel representativo de algumas demandas dos usuários para dentro da unidade, em forma de cobranças. A interlocução com outros espaços mostrou-se bastante frágil, sobretudo no CMS e nos momentos de prestação de contas. A cogestão não foi observada em nenhum dos conselhos gestores estudados, demonstrando que na área da saúde ainda persiste a ideia de que somente é na medicina, especializada e de alta complexidade, que residem as respostas e soluções para os problemas de saúde das pessoas.

O CMS reproduziu muitas das características já descritas em outros contextos (Bógus, 2005; Macedo, 2005; Stralen e cols., 2006; Wendhausen e cols., 2006; Santos Junior, 2009; Landerdhal e cols., 2010). Entre as quatro categorias de atribuições descritas no quadro 3, percebe-se o desequilíbrio que existe entre o que está definido nas leis como principal foco da atuação do colegiado (função política) e o que predomina na prática

(função burocrático-administrativa). A função controle também figura como algo comum na prática dos conselheiros, porém sujeita às iniciativas de prestação de contas da SMS. Toma-se como exemplo o fato de não ter ocorrido em nenhum momento, durante o período estudado, uma prestação de contas e avaliação mais detalhada sobre o desempenho dos prestadores de serviço, sobretudo a FUABC que recebe mais da metade dos recursos do Fundo Municipal de Saúde.

Esta inércia remete à autonomia, que é algo ainda a ser construído por toda a comunidade que faz parte do SUS. Construir autonomia significa ter capacidade para cumprir suas funções legais de controle, independente da vontade política dos técnicos que ocupem a SMS, e proposição de estratégias voltadas a promover melhor atenção à saúde das pessoas (Carvalho, 2007). Os cargos de coordenação do CMS devem contribuir para que o órgão cumpra sua função, subordinado ao interesse público, possibilitando buscar pareceres externos sobre as contas e atividades dos gestores. Da mesma forma a Secretaria Executiva, que costuma ser ocupada por integrante da SMS. Em SBC, por exemplo, durante o período estudado, coube ao ocupante do cargo de Gerente de Gestão Participativa esta função. Ainda existe em SBC a comissão executiva, que amplia o secretariado para um grupo de composição paritária, responsável por definir as pautas e encaminhamentos definidos nas reuniões.

Neste aspecto, a ocupação da presidência é um ponto essencial para a autonomia e cumprimento da função final do CMS: defender o interesse público da política de saúde. Carvalho (2007)

desenvolve argumentação questionando a legitimidade da ocupação deste cargo por qualquer segmento que não os usuários. Somente assim se poderia garantir que o dirigente do colegiado não tenha nenhum tipo de interesse ou dependência econômica com a administração pública. No caso estudado, a eleição acontece tendo como possíveis candidatos todos os membros. O fato de ser um gestor o candidato sugere, que existe um interesse da gestão em controlar o CMS, que tem como uma de suas atribuições, fiscalizar a gestão. Corroborando a posição defendida pelo autor, o presidente acaba por defender a posição do segmento que representa em primeiro lugar, e isto compromete o andamento da rotina do conselho, tal como foi concebido pela 8ª CNS e pela Lei Nº 8142.

Outra característica importante para garantir autonomia de ação ao CMS é o fator financeiro. Ao se prever na peça orçamentária uma dotação direcionada ao órgão, permite-se que o controle social conte com recursos específicos passaram a ser alocados para garantir o exercício das funções dos Conselhos de Saúde, algo que ocorreu com a mudança organizativa na estrutura da Secretaria de Saúde de São Bernardo.

Mas não basta ter dinheiro e capacidade de autogestão, se os conselheiros não estiverem aptos a avaliar debater de forma plena os pontos a ele submetidos. Para tanto, estratégias de educação permanente são necessárias, como também o acesso aos materiais constantes das pautas, para que possam ser estudados e as dúvidas sanadas a tempo da discussão no plenário.

Por fim, um meio de garantir uma atuação autônoma aos Conselhos depende da aproximação com os órgãos de controle do Estado, vinculados ao poder judiciário, ou das atividades do poder legislativo. O CMS se configura como parte do poder executivo e, portanto, não cabe representação de nenhuma destas entidades, visando garantir a harmonia e independência entre os três poderes. Mas deve haver diálogo entre elas no sentido de que cada uma cumpra uma função na gestão da coisa pública e no controle da ação do Estado (Brasil, 1990b; Carvalho, 2007). Em SBC, como em outros lugares, esta relação ainda carece de fortalecimento para que haja uma aproximação positiva do CMS ao Ministério Público e Tribunal de Contas, no sentido de aprimorar as ferramentas de controle e garantia do cumprimento de responsabilidades, como por exemplo, a verificação de irregularidades nas contas e contratos firmados entre o poder público e entidades privadas ou o respeito às peças orçamentárias e pactos firmados. Com relação ao poder legislativo, a aproximação se faz necessária diante da incumbência deste de editar leis e normas que afetam a saúde de diversas formas.

Uma vez que na atualidade a participação é uma garantia, e não mais uma questão de disputa, percebe-se certo uso dos espaços de debate por grupos políticos, possivelmente interessados em fortalecer a disputa eleitoral. Mobilizam-se lideranças comunitárias a partir de vínculos com vereadores e deputados, que passam a assumir as cadeiras nos conselhos. Correndo-se o risco de perder, assim, um olhar mais crítico diante das questões ligadas à gestão, pois aqueles alinhados à situação

portam-se como defensores do governo, com elogios e críticas superficiais. Já os opositoristas assumem o papel de contra-atacar as ações, também sem critérios objetivos e sem reconhecer avanços. Ambas as situações foram identificadas no campo de estudo e remetem à falta de autonomia das instancias de controle pela sociedade na área da saúde com relação às disputas pelo poder e por cargos. A eleição ocorrida no ano de 2008 comprova que o uso político é uma realidade que pode subverter o papel dos Conselhos como espaço de expressão popular. Gohn (2007) apresenta esta questão, contextualizada no momento da criação de Conselhos Populares na cidade de SP, no início da década de 1990. Naquele momento, pensava-se nos conselhos como mecanismos de transformação da administração pública, agindo como um agente externo ao aparato estatal, mas com poder de influenciar as decisões do poder público. Inclusive, adotava-se a ideia de que não deveriam fazer parte da estrutura da prefeitura, como forma de fortalecer a autonomia. Porém, com a LOS, os Conselhos passaram a compor, obrigatoriamente, o organograma das secretarias de saúde. Como aspecto positivo desta definição podem-se apontar que existem CMS no país inteiro, independente da vontade política do gestor. Negativamente, porém, isto não garante e pode até desvirtuar o papel esperado para estes órgãos quando a participação popular foi levantada como bandeira na 8ª CNS. Na dinâmica do CMS/SBC esta questão da autonomia também ganha relevância, uma vez que, de forma geral, os debates são conduzidos pelos gestores e as propostas são aprovadas sem ressalvas. Não se trata de uma crítica à SMS, que durante

todo o período acompanhado esteve presente e prestando esclarecimentos solicitados pelos membros do colegiado em todos os pontos apresentados, mas sim de uma reflexão sobre a real autonomia dos Conselhos para proporem e participarem da construção das políticas, uma vez que estas chegam prontas para votação.

Desta forma, o CMS passa a ter função de referendar as proposições do governo no lugar de avaliar ou controlar o que acontece no âmbito da política e da assistência em saúde no município. Landerdhal e cols. (2010), demonstraram ao avaliar as resoluções de um CMS que grande parte do trabalho exercido por este órgão concentra-se na aprovação de proposições emanadas da SMS, que certamente tem o papel técnico de elaborar respostas às necessidades existentes no município. Porém, em momento algum se observa os conselheiros com papel mais ativo ou integrado às áreas de planejamento. Como conclusão, tem-se um colegiado burocratizado e dependente do poder executivo. Da mesma forma em São Bernardo, no período estudado não houve nenhuma ação desencadeada pelos membros do CMS. O que houve sim foram debates gerados das apresentações trazidas pelos gestores e complementados pelos conselheiros, que fugiu ao tema inicialmente proposto, mas tão logo o debate começava a ganhar corpo, era conduzido novamente à proposta inicial, perdendo-se a riqueza das observações.

7.2 GESTÃO PARTICIPATIVA

Conforme exposto, no que concerne à organização do processo de trabalho como um todo, foram identificadas estruturas de reuniões que agregavam os profissionais envolvidos naquele nível onde o serviço estava presente. Assim, a rede estudada apresentou uma experiência de mudança na condução dos assuntos públicos, considerando a possibilidade de uma participação social institucionalizada sobre a política de saúde (Yunes, 1986; Macedo; 2005). Cada situação identificada se insere em um determinado escopo de decisões, que podem ser generalizadas para toda a rede ou servir somente para a organização de determinada situação. Neste sentido, o trabalho foi categorizado em quatro dimensões, sendo que em cada espaço acompanhado existiu a predominância de uma delas. Não existe organização formal instituída para estas diferenciações, mas sim uma rotina de trabalho que prevê que, durante a construção das decisões e das ações, seja necessário um processo de debate coletivo, no sentido de possibilitar a troca de informações entre os diferentes pontos da rede e incluir no núcleo de tomada de decisões os sujeitos neles inseridos. Sánchez (2002) e Campos (2000) sugerem ser importante o desenvolvimento de estratégias que visam à democratização institucional, como forma de provocar mudanças no padrão de construção de respostas para as questões políticas.

Identificaram-se a partir das quatro categorias ilustradas na figura 6, que cada uma corresponde a um espaço de trabalho, no qual

decisões são tomadas a partir de um ponto de vista e que isto influencia a forma dos atores se colocarem. O tipo de trabalho identifica o espaço de decisão, e não o perfil dos trabalhadores nele inseridos. Esta diferenciação é importante, pois dependendo do momento, um mesmo ator pode assumir diferentes papéis e funções.

Ao dotar a estrutura administrativa e assistencial de espaços coletivos de debate (colegiados e reuniões), permite-se maior intercâmbio de ideias e concepções de fazer saúde, o que torna possível a mudança dos processos administrativos, da forma de tomada de decisão política e da forma de atuação dos trabalhadores (Campos, 2000; Fleury, 2009; Cecílio, 2010). Um coordenador de serviço, por exemplo, ao participar de uma reunião técnica em seu local de trabalho, está inserido em um debate que tem como foco a dimensão assistencial. Quando está no colegiado de seu respectivo departamento, assume o uma posição a partir de seu papel de gestor daquela unidade de saúde. No momento que participa de uma Conferência de Saúde, tem possibilidade de interferir na elaboração de diretrizes políticas, contribuindo a partir de sua vivência, ou então, transmitirá ao seu respectivo chefe de departamento aquilo que ocorre em seu serviço de origem que, munido desta informação, terá uma intervenção mais qualificada no Colegiado Pleno. A mesma trajetória pode ser feita com relação aos trabalhadores. Durante as reuniões de equipe e nos CGS, insere-se no debate relacionado à assistência, ou seja, tendo sua própria prática como objeto de discussão. A partir da realidade que vivencia, tem possibilidade de influenciar a construção da política, de forma direta durante

as conferências de saúde. Conforme se verifica na figura 9, são muitos os espaços existentes criando fluxos de informações podem alcançar mais facilmente as instâncias superiores, onde se tomam decisões mais abrangentes. Nesta imagem, percebe-se que estes fluxos não estão completamente integrados, fazendo com que aquilo que é debatido nos espaços situados na “periferia” da rede não chegue aos momentos de deliberação.

Cecílio (2010) aponta que a partir da implementação da gestão colegiada, orientada em favor dos usuários e não dos protocolos e procedimentos, se produz um novo modo de conduzir a administração pública, mais permeável à composição de soluções que contemplem das diferentes perspectivas, com “práticas mais solidárias, menos alienadas e mais cuidadora dos usuários” (p.557). Segundo Fleury (2009), para fazer valer as mudanças necessárias a uma sociedade pautada por princípios democráticos, faz-se necessário que os atores engajados na prestação dos serviços à comunidade o façam da forma mais esclarecida e livre possível.

Desta forma, supõe-se que a mudança de postura necessária para a construção de um sistema público de saúde alinhado ao Movimento da Reforma Sanitária, induzida a partir de práticas democráticas de gestão inseridas no cotidiano de trabalho dos sujeitos. Caso contrário, corre-se o risco de não atrair para a construção do projeto SUS novos atores com função estratégica, por estarem inseridos na rede assistencial, desde o agente comunitário de saúde, médico ou enfermeiro, que lidam com as demandas em uma ponta até o Secretário de Saúde, responsável por

orquestrar o funcionamento completo do sistema local no outro extremo. Ambos devem ser vistos como trabalhadores de saúde, cada qual com sua responsabilidade e seu papel dentro de um processo complexo que visa a cura de doenças, terapêuticas de tratamento, prevenção de agravos e promoção de bem estar social e qualidade de vida.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A democracia é uma conquista que deve ser exercitada cotidianamente nas instituições para que se firme enquanto prática social. Saúde é direito de todos os cidadãos, que deve ser defendido na arena política, a partir do enfrentamento das diferentes posições que vão desde aquelas de origem socialista, que reconhece este direito social como obrigação do Estado, até as mais liberais, interessadas na mercantilização da saúde.

Para tanto, deve-se reconhecer os avanços que o SUS apresenta em termos de garantir uma participação da comunidade, com mecanismos institucionais consistentes e bastante amplos, inseridos em 100% dos municípios do país.

Além dos conselhos e conferências, que apesar de apresentarem problemas que afetam sua atuação na fiscalização e cogestão, outros dispositivos também vêm sendo inventados para ampliar a inserção da comunidade na administração pública. O OP pode ser considerado uma importante iniciativa neste sentido, mas somente com a continuidade deste processo de planejamento participativo no âmbito do governo que se conquistará aprimoramento da democracia institucional.

As conferências vêm sofrendo um esvaziamento de conteúdo, que as tornam repetitivas e pouco representativas da realidade, resultando, conseqüentemente, em menor impacto nas políticas públicas. É fundamental

também vencer os tradicionais empecilhos de organização, como divulgação, informatização e relatoria. Sobretudo esta última, que deve resultar da elaboração de um material qualificado e crítico, que sintetize o processo da conferência como um todo.

Os conselhos gestores dos serviços carecem de fortalecimento e definições mais claras sobre sua função, para que não sejam somente para reclamações sobre a qualidade da assistência, mas fortalecendo seu papel de cogestor do serviço, favorecendo maior reconhecimento das características sanitárias do território pelos usuários e trabalhadores pela saúde, sob uma visão ampliada do processo saúde-doença.

Os CMS, enquanto órgão de composição tripartite, com maioria de usuários, que deve representar os interesses dos diversos segmentos da saúde, deve ser valorizado. As tradicionais funções cartorárias de apenas referendar e quase sem permeabilidade junto aos gestores para interferir na formulação das estratégias desenvolvidas para oferta de cuidado adequado à população. A eleição de presidente pode ser considerada um grande avanço, mas por si só é insuficiente para garantir autonomia. Sua integração aos demais espaços decisórios e independência na composição são metas a serem perseguidas pela sociedade no sentido de torná-los mais ativos e, quando necessário, combativos na defesa da cidadania.

Além de exercitar esta escuta democrática, o processo de trabalho também precisa permitir que o trabalhador supere a alienação produzida pelo modo de vida ocidental, presente na formação e na prática

profissional, que tornam o ofício desintegrado e pouco resolutivo. Precisa haver mais diálogo entre diferentes níveis de trabalho, para que as políticas pensadas em nível central na gestão atendam as necessidades dos usuários e reconheçam a experiência e avaliação que os técnicos possuem da prática no território.

Esta pesquisa ficou restrita aos espaços institucionais e vinculados ao governo, deixando de lado, por opção metodológica, as práticas comunitárias e populares, que capilarizam ainda mais na sociedade o debate sobre saúde e participação. Sugere-se que outros estudos possam contemplar outras perspectivas sobre o tema, sobretudo com relação à participação dos trabalhadores, que ainda percebe-se muito frágil e corporativista.

Chama especial atenção que, em uma cidade com importante histórico de difusão do sindicalismo nos anos 1970 e 1980, a participação no âmbito da administração pública tenha ficado tão vulnerável no período posterior à promulgação da Constituição Federal, fazendo com que a configuração do SUS municipal apresentasse diversas discrepâncias com os avanços da saúde pública conquistados nos últimos vinte anos.

Com o objetivo inicial de identificar outros espaços democráticos de cumprimento do princípio constitucional da Participação da Comunidade, avalia-se que foi possível obter um mapeamento das diversas possibilidades de inserção de outros atores na definição da política de saúde para além dos políticos e agentes com interesse na área.

9. REFERÊNCIAS

1. Baquero M. Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva. 2001. 15(4):98-104.
2. Barembly GF. Compendio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994. 204 p.
3. Bógus CM. Os Conselhos de Saúde e o fortalecimento da democracia brasileira. O Mundo da Saúde. 2005; 2(3):10-15.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Promulgada em 5 de Outubro de 1988 [atualizada até a Emenda Constitucional nº 57, de 18 de dezembro de 2008]. São Paulo: imprensa oficial, 2009.
5. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção e proteção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 20 setembro de 1990.
6. Brasil. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. 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, DF: Imprensa Nacional, 31 de dezembro de 1990.
7. Brasil. Lei Nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 28 de julho 1993.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003: Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dezembro de 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1.
9. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública. 1998; 14(4):863-70.
10. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. 236 p.

11. Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007. 259 p.
12. Cecílio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(3):557-556.
13. Chioro dos Reis AA. Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010) [tese]. São Paulo: Unifesp/EPM; 2011.
14. Coelho VSP. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos – CEBRAP*. 2007; 78:77-92.
15. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1):9-18.
16. CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003. 248 p.
17. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):323-331.
18. Fernandes GF e cols. Democracia e saúde no Brasil: desafios ao empoderamento e ao protagonismo popular. In Mialhe FL (org.). *Educação e Promoção da Saúde*. No prelo.
19. Fleury S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In Fleury S, (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 11-24.
20. Fleury S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: Fleury S, Lobato LVC (orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 24-46.
21. Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. 189 p.
22. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(2):20-31.
23. Gohn MG. *Conselhos Gestores e Participação sociopolítica*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007. 120 p.
24. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) – Saúde*. 9 de fevereiro de 2011.
25. Landerdhal, MC e cols. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 10(5):2431-2436.
26. Macedo LC. Participação e controle social na área da saúde: uma revisão bibliográfica [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2005.

27. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, (org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 21-45.
28. Merhy EE. O ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 115-133.
29. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2007.
30. Misoczky MCA. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. Saúde em Debate. 2003; 27(65):336-347.
31. Moreira MR. Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009.
32. Neder CAP. Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo [dissertação]. Campinas-SP: Faculdade de Ciências Médicas-Unicamp, 2001.
33. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. Saúde e Sociedade. 2009; 18(1):141-153.
34. OMS – Organização Mundial de Saúde. *La marcha del Brasil hacia la cobertura universal*. Bull World Health Organ. 2010. 88(9):646–647.
35. Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [tese]. Salvador: ISC/UFBA, 2007.
36. Paim, JS, Teixeira, CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública. 2006; 40(nº especial):73-78.
37. Pestana CLS e cols. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(3):485-499.
38. Rodrigues Neto E. A via do parlamento. In Fleury S (org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 63-91.
39. Sánchez F. Orçamento Participativo: teoria e prática. São Paulo: Cortez, 2002. 119 p.
40. Santos Junior DP. Controle social e participação popular na gestão da política de saúde no município de São Carlos-SP [Trabalho de Conclusão de Curso] São Carlos: Prêmio Silvia Lane; 2008. Trabalho completo disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/DorivalPereiraSantos.pdf>.

41. São Bernardo do Campo. Lei Nº 3688, de 15 de maio de 1991. Dispõe sobre a criação, composição, organização e competência do Conselho municipal de Saúde, e dá outras providências. Manuscrito disponibilizado pela Biblioteca da Câmara Municipal de São Bernardo do Campo.
42. São Bernardo do Campo. Lei Nº 4294, de 2 de dezembro de 1994. Dispõe sobre alteração e revogação de dispositivos da lei municipal nº. 3688, de 15 de maio de 1991. Manuscrito disponibilizado pela Biblioteca da Câmara Municipal de São Bernardo do Campo.
43. São Bernardo do Campo. Lei Nº 5084, de 19 de setembro de 2002. Autoriza o Poder Executivo a criar e implantar, no município, os Conselhos Locais de Saúde, e dá outras providências. Notícias do Município ed. Nº 1151. São Bernardo do Campo, SP: Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, 20 de setembro de 2002.
44. São Bernardo do Campo. Decreto Nº 13917, de 17 de outubro de 2002. Aprova o Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde, e dá outras providências. Notícias do Município ed. Nº 1155. São Bernardo do Campo, SP: Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, 18 de outubro de 2002.
45. São Bernardo do Campo. Divisão de Planejamento Administrativo. Consolidação Lei Nº 2240 de 13 de agosto de 1976; atualizada até a Lei Nº 5330, de 12/08/2004. Manuscrito disponibilizado pela Biblioteca da Câmara Municipal de São Bernardo do Campo, 2004.
46. São Bernardo do Campo. Lei Nº 5799, de 21 de fevereiro DE 2008. Dispõe sobre alteração de dispositivos da Lei Municipal nº 3688, de 15 de maio de 1991, que dispõe sobre a criação, composição, organização e competência do Conselho Municipal de Saúde – CMS. Notícias do Município ed. Nº 1435. São Bernardo do Campo, SP: Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, 22 de fevereiro de 2008.
47. São Bernardo do Campo. Sumário de Dados de São Bernardo do Campo – ano base 2008. São Bernardo do Campo: Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, 2009a.
48. São Bernardo do Campo. Lei Nº 5961, de 27 de Agosto de 2009b. Dispõe sobre o controle social no SUS no município de São Bernardo do Campo, reorganiza o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores de Saúde e dá outras providências. Notícias do Município ed. Nº 1522. São Bernardo do Campo, SP: Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, 28 de Agosto de 2009b.
49. São Bernardo do Campo. Lei nº 5982 de 11 de Novembro de 2009c. Dispõe sobre a alteração da estrutura administrativa da Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, alteração da Lei Municipal nº 2240, de 13 de agosto de 1976, e dá outras providencias. Notícias do Município ed. Nº 1533. São Bernardo do Campo, SP: Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo, 13 de Novembro de 2009c.

50. São Bernardo do Campo. Lei Orgânica do Município, 1990. Texto Consolidado e Atualizado até a emenda à Lei Orgânica N° 032, DE 2008. Junho de 2009d. Disponível em http://www.camarasbc.sp.gov.br/pdf/Lei_ORGANICA.pdf
51. Sato L, Souza MPR. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em Psicologia. *Psicologia USP*. 2001; 12(2):29-47.
52. Spink P. Análise de documentos de domínio público. In: Spink MJ (org). *Práticas Discursivas e Produção de Sentido: Aproximações teórico-metodológicas*. São Paulo: Editora Cortez; 1999. P. pp. 123-151
53. Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1992; 8(4):366-378.
54. Stralen CJV, e cols.. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em Municípios de Goiás e de Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):621-632.
55. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2006; 10(19):61-76.
56. Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC (orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 270-288.
57. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14 (Sup. 2):7-18.
58. Víctora CG, e cols. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
59. Wendhausen ALP. Relaciones de poder y democracia em los Consejos de Salud em Brasil: estudo de um caso. *Rev. Española de Salud Publica*. 2006; 80 (1):697-704.
60. Wendhausen ALP, e cols.. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos de Gestores. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15 (3):131-144.
61. Yunes J. Participação Social em Saúde. In: *Cadernos de texto da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

ANEXOS

ANEXO I: autorização da pesquisa e parecer do Comitê de Ética em
Pesquisa da FSP



Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo
Secretaria de Saúde
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
controlesocial.saude@saobernardo.sp.gov.br

AUTORIZAÇÃO

De acordo com o que foi deliberado na reunião do Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo do dia 13 de abril de 2010, a pedido da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), autorizo o Professor Doutor PAULO CAPEL NARVAI, RG nº 15.860.101-4-SP, e, por delegação deste, ao pesquisador **DORIVAL PEREIRA DOS SANTOS JUNIOR**, RG nº 44003631-8, a fazer os contatos necessários, realizar entrevistas, ter acesso aos documentos de que necessitar e participar de reuniões e eventos, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Bernardo do Campo, para realizar a pesquisa intitulada "ESTRATÉGIAS PARA EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL DAS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NO PLANO MUNICIPAL".

Estou ciente de que a referida pesquisa científica está sendo conduzida sob a coordenação técnico-científica do Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, da FSP/USP, e conta com financiamento exclusivo do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico, não comprometendo, nem direta nem indiretamente, o orçamento do Município e não tendo vínculo com qualquer instituição ou empresa privada. Fui informado que os resultados da pesquisa serão colocados à disposição do Município, que está assegurado o anonimato das pessoas que, livremente, dela aceitarem participar, e que todos os dados obtidos no Município serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, ficando sob guarda e responsabilidade do pesquisador pelo período de cinco anos após a conclusão da pesquisa. Esclareço que a presente autorização não substitui a necessidade de os participantes da pesquisa serem informados pelo pesquisador e, livre e voluntariamente, consentirem em serem entrevistados ou examinados, assegurado o direito de não responder às perguntas que não quiser, e desistir de participar a qualquer momento.

São Bernardo do Campo, SP, Abril de 2010

Jorge Harada

Presidente do Conselho Municipal de Saúde



Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo
Secretaria de Saúde
R. Joaquim Nabuco, nº 380 - Centro
Tel : 41287714

AUTORIZAÇÃO

A pedido da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), autorizo o Professor Doutor PAULO CAPEL NARVAI, RG nº 15.860.101-4-SP, e, por delegação deste, ao pesquisador DORIVAL PEREIRA DOS SANTOS JUNIOR, RG nº 44003631-8, a fazer os contatos necessários, realizar entrevistas, ter acesso aos documentos de que necessitar e participar de reuniões e eventos, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Bernardo do Campo, para realizar a pesquisa intitulada “ESTRATÉGIAS PARA EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL DAS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NO PLANO MUNICIPAL”.

Estou ciente de que a referida pesquisa científica está sendo conduzida sob a coordenação técnico-científica do Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, da FSP/USP, e conta com financiamento exclusivo do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico, não comprometendo, nem direta nem indiretamente, o orçamento do Município e não tendo vínculo com qualquer instituição ou empresa privada. Fui informado que os resultados da pesquisa serão colocados à disposição do Município, que está assegurado o anonimato das pessoas que, livremente, dela aceitarem participar, e que todos os dados obtidos no Município serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, ficando sob guarda e responsabilidade do pesquisador pelo período de cinco anos após a conclusão da pesquisa. Esclareço que a presente autorização não substitui a necessidade de os participantes da pesquisa serem informados pelo pesquisador e, livre e voluntariamente, consentirem em serem entrevistados ou examinados, assegurado o direito de não responder às perguntas que não quiser, e desistir de participar a qualquer momento.

São Bernardo do Campo, SP, Março de 2010


Ademair Arthur Chiuro dos Reis



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/207/10

11 de agosto de 2010.

Prezado Pesquisador e Orientador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, em sua **6ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **6/8/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2091**, intitulado **"ESTRATÉGIAS PARA EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL DAS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NO PLANO MUNICIPAL"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do pesquisador **Dorival Pereira dos Santos Júnior** e orientação do Professor **Paulo Capel Narvai**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando houver o encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP

Ilm.º Sr.
Prof. Tit. Paulo Capel Narvai
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO II: Sites de notícias jornalísticas consultados

1. PT de São Bernardo define conselhos de saúde. Publicada em 12/01/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=5065
2. Saúde em São Bernardo é 80% privatizada. Publicada em 16/01/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=5113
3. Conselho da Saúde aprova outra prestação de contas. Publicada em 28/02/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=5667
4. Oposição vence nos Conselhos de Saúde em SBC. Publicada em 30/03/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=6164
5. Eleição do conselho de saúde de SBC é contestada. Publicada em 01/04/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=6204
6. São Bernardo 'terceiriza' 70% do sistema público de saúde. Publicada em 24/08/2008, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=8432
7. São Bernardo dissolve conselho de saúde. Publicada em 15/02/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=11476
8. Novo Conselho de Saúde rejeita prestação de contas de Dib. Publicada em 20/02/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=11622
9. Secretário de Saúde expõe reforma a vereadores. Publicada em 16/03/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=12080
10. São Bernardo tem Encontro Popular de Saúde. Publicada em 03/04/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=12492
11. São Bernardo entra na era da participação popular. Publicada em 20/04/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=12811
12. Conselho de Saúde pede investigação federal contra Dib. Publicada em 21/05/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=13437

13. Apelo pela saúde domina discussão no PPA. Publicada em 31/05/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=13664
14. Marinho e secretariado encerram última plenária do PPA. Publicada em 01/06/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=13688
15. São Bernardo empossa 58 integrantes da comissão do PPA. Publicada em 6/06/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=13968
16. Marinho realiza plenária do PPA na região do Pós-Balsa. Publicada em 13/12/2009, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=17848
17. Conselho de Saúde de São Bernardo tem novo presidente. Publicada em 10/02/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=18764
18. São Bernardo terá Orçamento Participativo 'experiente'. Publicada em 03/04/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=19806
19. São Bernardo inicia discussão do Orçamento Participativo. Publicada em 19/04/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20179
20. Orçamento participativo começa com reunião concorrida. Publicada em 20/04/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20188
21. Mais de 800 pessoas vão à segunda reunião do OP em São Bernardo. Publicada em 21/04/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=20232
22. Moradores do Ferrazópolis pedem ampliação de creche no OP. Publicada em 27/04/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_exibir.php?noticia=20386
23. Debate sobre orçamento na Vila São Pedro reúne 900 pessoas. Publicada em 03/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20496
24. Prefeitura realiza plenária do OP no Rudge Ramos. Publicada em 04/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20519
25. Construção de creche e UBS são prioridades no OP desta terça-feira. Publicada em 04/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20555
26. OP do Assunção prioriza ampliação da UBS da Vila Marchi. Publicada em 06/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20593

27. OP da região Paulicéia reuniu mais de 330 pessoas. Publicada em 10/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20692
28. Plenária do OP no Jd. Silvina reúne 900. Publicada em 12/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20742
29. Plenária do Calux/Planalto reúne 400 moradores. Publicada em 13/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20767
30. Marinho se compromete a melhorar manutenção da cidade. Publicada em 15/05/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=20818
31. Responsáveis têm de devolver dinheiro, diz Chioro. Publicada em 29/09/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=24130
32. Conselho quer acionar Dib por desvio. Publicada em 24/10/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=24775
33. Conselho pressiona marinho e manente para agir no desfalque da saúde. Publicada em 27/10/2010, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=24867
34. Prefeito recebe relatório do Denasus sobre irregularidades em contratos da Saúde. Publicada em 27/10/2010, no site de notícias http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_r01.asp?srcpg=noticia_completa&ref=6882&qt1=0 SUS denuncia sumiço de R\$ 160 mi em São Bernardo. Publicada em 28/10/2010, no site de notícias <http://www.dgabc.com.br/Print/5837412/Default.aspx>
35. Câmara recebe relatório sobre rombo na saúde. Publicada em 28/10/2010, no site de notícias http://www.diarioregional.com.br/view_news.php?id_news=2079
36. Conselheiros de Saúde recebem certificados de curso de capacitação. Publicada em 21/12/2010, no site de notícias http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_r01.asp?srcpg=noticia_completa&ref=7135&qt1=0
37. Prefeito e Conselheiros de Saúde visitam equipamentos públicos do município. Publicada em 21/12/2010, no site de notícias http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_r01.asp?srcpg=noticia_completa&ref=7136&qt1=0
38. Pronto-Socorro do Taboão será transferido para UPA. Publicada em 24/02/2011, no site de notícias <http://www.dgabc.com.br/Print/5868588/Default.aspx>

39. Chioro se reúne com moradores do Taboão para falar de mudança de PS. Publicada em 24/02/2011, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=27788
40. Audiência pública da PPP sobre hospital de urgências reúne 50 pessoas. Publicada em 24/02/2011, no site de notícias http://www.abcdmaior.com.br/noticia_imprimir.php?noticia=27792
41. Secretário de Saúde apresenta projetos e melhorias para a saúde no Taboão. Publicada em 25/2/2011, no site de notícias http://www.saobernardo.sp.gov.br/comuns/pqt_container_r01.asp?srcpg=noticia_completa&ref=7367&qt1=0
42. Fim do PS causa impasse no Taboão. Publicada em 25/02/2011, no site de notícias <http://www.dgabc.com.br/Print/5868935/Default.aspx>

ANEXO III: extratos das leis nº 2240/1976 e nº 5.982/2009

Citações referentes à Participação da Comunidade na Saúde

Lei n.º 2.240, de 13 de agosto de 1976, considerando suas alterações

PARTE II

DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL E DE LINHA

TÍTULO I

DOS ÓRGÃOS DE DELIBERAÇÃO COLETIVA

CAPÍTULO I

DAS UNIDADES ORGANIZACIONAIS DO TIPO FUNCIONAL

Art. 130. Integram a Secretaria de Saúde os seguintes órgãos de deliberação coletiva:

- I - Grupo de Planejamento Setorial - GPS-SS;
- II - Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN;
- III – Conselho Municipal de Saúde – CMS;
- IV – Conselho Gestor do Hospital de Ensino – CGHE.

CAPÍTULO II

DOS REGIMENTOS DOS ÓRGÃOS DE DELIBERAÇÃO COLETIVA

Art. 132. Entende-se por órgão de deliberação coletiva o Conselho, a Comissão, o Grupo de Trabalho e qualquer outro órgão colegiado constituído de no mínimo 3 (três) membros, por ato do Prefeito, com atribuições de executar determinados projetos e atividades em determinada área ou setor funcional da Administração Municipal.

Parágrafo 1º. As atribuições a que se refere este artigo constarão dos respectivos atos de designação, se não constarem da lei ou regulamento.

Parágrafo 2º. Os atos de constituição ou composição dos órgãos referidos neste artigo indicarão a Secretaria Municipal a qual estarão subordinados ou vinculados.

Parágrafo 3º. Na ausência de expressa disposição legal ou regulamentar e da indicação referida no parágrafo anterior, o órgão ficará obrigatoriamente vinculado à Secretaria de Governo.

Art. 133. Para o desempenho das respectivas funções cada órgão poderá elaborar proposta de regimento interno ou de regulamento, do qual constarão normas, rotinas de trabalho e, conforme o caso, as atribuições específicas ou a definição do campo funcional.

Art. 134. Compete ao Presidente do órgão de deliberação coletiva, sem prejuízo de outras atribuições previstas na legislação própria:

- I - convocar e presidir as reuniões ordinárias ou extraordinárias, em locais, dias e horários adequados ao eficiente desempenho dos integrantes do órgão de deliberação coletiva;
- II - superintender os serviços e atribuições de funções;
- III - distribuir entre os demais membros os trabalhos e expedientes em geral;
- IV - submeter ao Prefeito, através da Sociedade Municipal a que estiver vinculado o órgão de deliberação coletiva, as questões que dependam de providências ou aprovação superior;
- V - designar, entre os demais membros, um substituto para os seus impedimentos legais e eventuais;
- VI - apresentar relatórios periódicos sobre as atividades.

Parágrafo único - O Presidente poderá contrariar as decisões aprovadas pelo órgão, submetendo a matéria à consideração superior.

Art. 135. Compete aos membros do órgão de deliberação coletiva, sem prejuízo de outras atribuições previstas em legislação própria:

- I - participar das reuniões, com direito a voto;
- II - sugerir medidas que julgarem convenientes ao bom andamento do serviço;
- III - desempenhar os trabalhos que lhes forem atribuídos, em reunião ou pelo Presidente, dentro dos prazos fixados.

Art. 136. Os órgãos de deliberação coletiva deverão executar os projetos e atividades de sua competência nos prazos legais ou naqueles que lhes forem determinados pelo Prefeito ou Secretário Municipal a que estiverem vinculados.

Art. 137. Serão lavradas atas de todas as reuniões e publicadas as súmulas das decisões que o regimento interno ou regulamento determinar.

Art. 138. A deliberação ou pronunciamento do órgão representa a orientação administrativa na matéria em exame, devendo ser tomada por maioria de voto, cabendo ao Presidente voto de qualidade.

Parágrafo 1º. A deliberação ou pronunciamento é de caráter:

- 1 - específico - desde que aplicado "in casu", sem firmar orientação;
- 2 - normativo - desde que aprovado pelo Secretário Municipal, com aplicações no âmbito da respectiva Secretaria ou em seu campo funcional.

Parágrafo 2º. Serão aplicadas obrigatoriamente na Administração Municipal e terão caráter normativo geral, os pronunciamentos ou deliberações aprovados pelo Prefeito, desde que submetidos à sua apreciação sob a condição prevista neste parágrafo.

Art. 139. Os órgãos de deliberação coletiva poderão solicitar laudos ou pareceres sobre a matéria técnica.

Art. 140. As funções exercidas nos órgãos de deliberação coletiva são de confiança da Administração.

Art. 141. Os Presidentes poderão indicar um Secretário que se incumbirá das tarefas administrativas ou de apoio ao órgão de deliberação coletiva e cujas atribuições serão fixadas em regulamento ou regimento interno.

CAPÍTULO VII

DA SECRETARIA DE SAÚDE

SEÇÃO I

DO CAMPO FUNCIONAL

SEÇÃO III

DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA

Art. 244. Integram a estrutura da Secretaria de Saúde, como órgãos do sistema de assessoria e planejamento, vinculados diretamente ao titular da Pasta:

II - órgãos de Assessoria da Administração Municipal:

b) Conselho Municipal de Saúde (CMS);

TÍTULO V

DOS ÓRGÃOS DE DELIBERAÇÃO COLETIVA

CAPÍTULO I

DAS UNIDADES ORGANIZACIONAIS DO TIPO FUNCIONAL

Art. 32. Integram a Secretaria de Saúde os seguintes órgãos de deliberação coletiva:

II - Conselho Municipal de Saúde (CMS).

CAPÍTULO VIII

DA SECRETARIA DE SAÚDE

Seção II

Da Competência dos Órgãos

Art. 191. A Secretaria de Saúde tem as seguintes competências:

IX - coordenar a elaboração, execução e avaliação do Plano Municipal de Saúde, de acordo com os ditames emanados do Conselho Municipal de Saúde, atualizando-o periodicamente;

Seção III

Da Estrutura Hierárquica

Art. 193. Integram a estrutura da Secretaria de Saúde, como órgãos de assessoria da Administração Municipal, vinculados diretamente ao titular da Pasta:

II - Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Seção IV

Das Atribuições dos Órgãos de Assessoria da Administração Municipal

Art. 196. O Conselho Municipal de Saúde (CMS), órgão colegiado composto, paritariamente, por representantes do governo municipal, prestadores de serviço de saúde, trabalhadores de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Parágrafo único. As atribuições e competências do CMS serão definidas por meio de lei específica.

Seção V

Das Atribuições das Unidades

Art. 199. A Divisão de Unidades Básicas de Saúde (SS-11) tem as seguintes atribuições:

IX - acompanhar o funcionamento dos conselhos gestores das Unidades Básicas de Saúde;

Art. 260. O Departamento de Apoio à Gestão do SUS (SS-5) tem as seguintes atribuições:

I - promover planejamento em saúde, a regulação da atenção, a educação em saúde, a gestão participativa e a assistência farmacêutica;

II - estabelecer instrumentos participativos e democráticos para a elaboração, coordenação, execução, monitoramento e avaliação do planejamento das áreas subordinadas e das demais diretorias da Secretaria de Saúde;

III - estabelecer, coordenar, monitorar e avaliar a execução dos critérios de regulação da atenção no âmbito municipal e suas relações com outras esferas de governo;

IV - promover, executar, monitorar e avaliar a política de educação em saúde;

V - coordenar a gestão participativa nas unidades de saúde através dos departamentos da Secretaria de Saúde; e

VI - promover, executar, monitorar e avaliar a política de assistência farmacêutica, garantindo o abastecimento criterioso às unidades de saúde do Município.

Art. 270. A Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa (SS-53) tem as seguintes atribuições:

I - planejar, executar e monitorar as ações de Educação em Saúde e Gestão Participativa no âmbito municipal e suas interfaces com outras esferas de governo;

II - formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde, na esfera municipal e fortalecer a participação social;

III - articular as ações da Secretaria referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores, governamentais e não governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;

IV - apoiar o processo de controle social do Sistema Único de Saúde, para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde;

V - promover, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, a realização das Conferências de Saúde;

VI - incentivar e apoiar a execução da política de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde; e

VII - apoiar estratégias para mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do Sistema Único de Saúde, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde.

Art. 272. A Gerência de Gestão Participativa (SS-532) tem as seguintes atribuições:

I - apoiar a Secretaria de Saúde na implantação da política matricial de participação e controle social;

II - apoiar a realização das conferências de saúde e o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde;

III - promover a capacitação dos conselheiros; e

IV - apoiar a realização do Plano Plurianual e Orçamento Participativo.

ANEXO IV: organogramas da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo

Destaque para a inserção do Conselho Municipal de Saúde e demais órgãos vinculados à Gestão Participativa (SBC, 2009c).

Destacados os setores da estrutura da SMS relacionados com a Participação da Comunidade na Saúde

Figura 10 - Organograma da SMS/SBC anterior a 2009

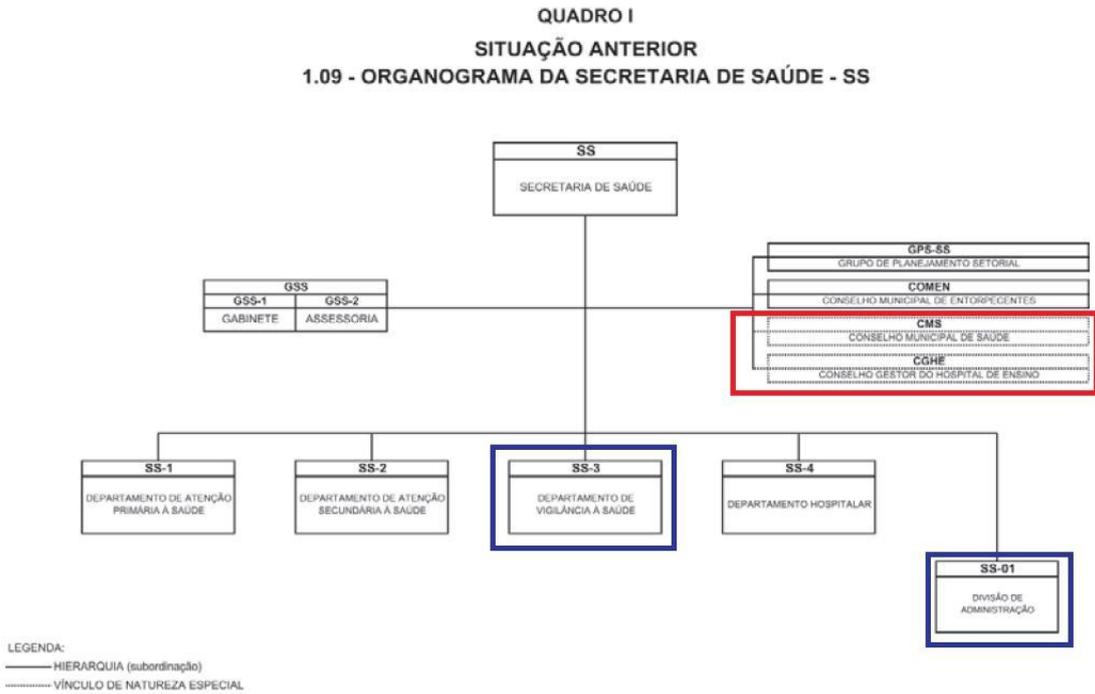


Figura 11 - Organograma do Departamento de Vigilância à Saúde da SMS/SBC anterior a 2009

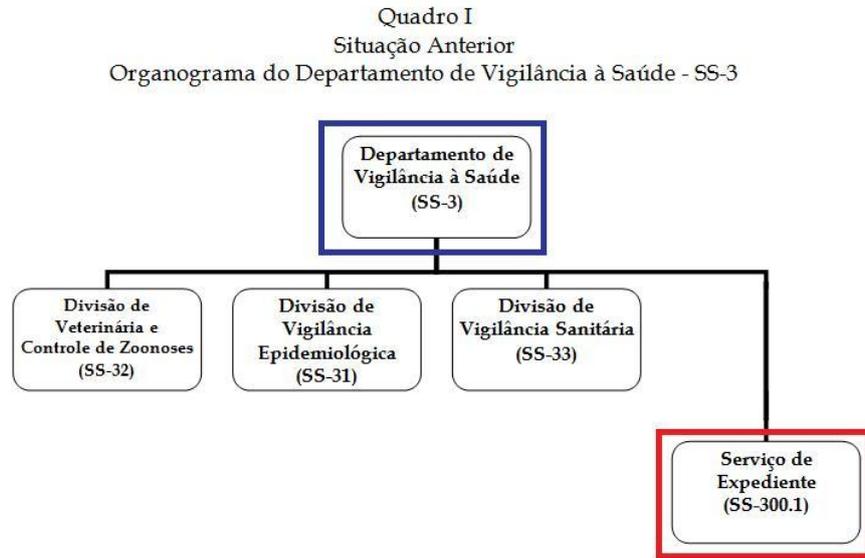


Figura 12 - Organograma da Divisão de Administração da SMS/SBC anterior a 2009

QUADRO I
SITUAÇÃO ANTERIOR
1.09.5 - ORGANOGAMA DA DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO - SS-01

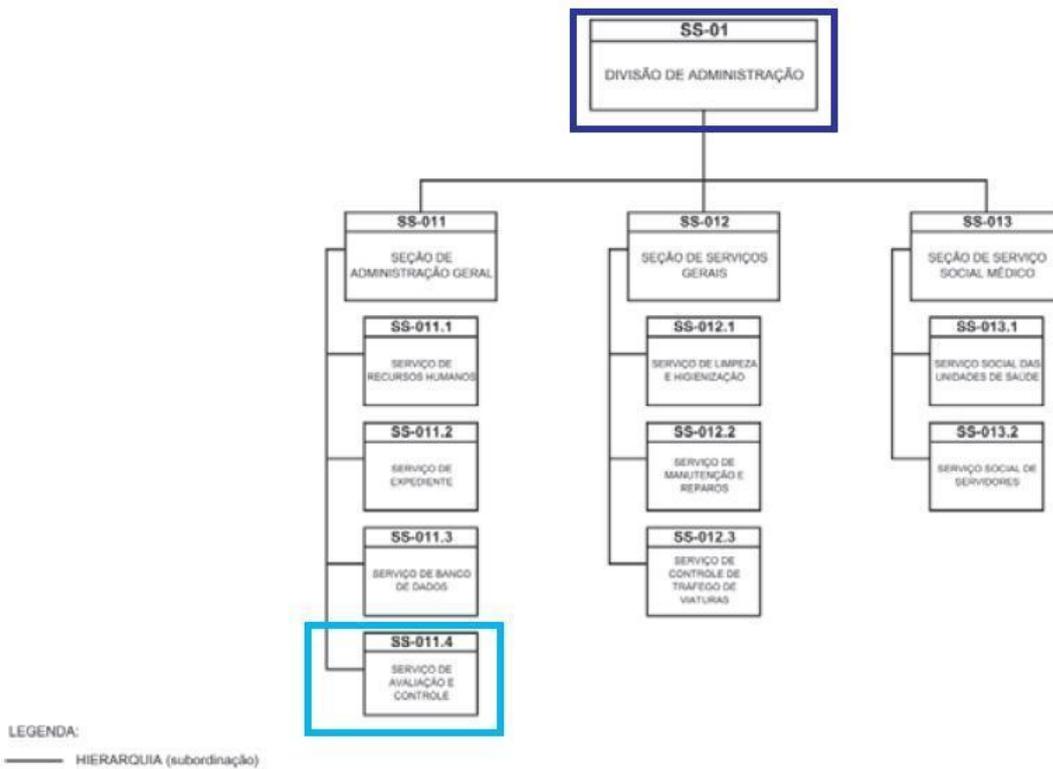


Figura 13 - Organograma da SMS/SBC em 2011

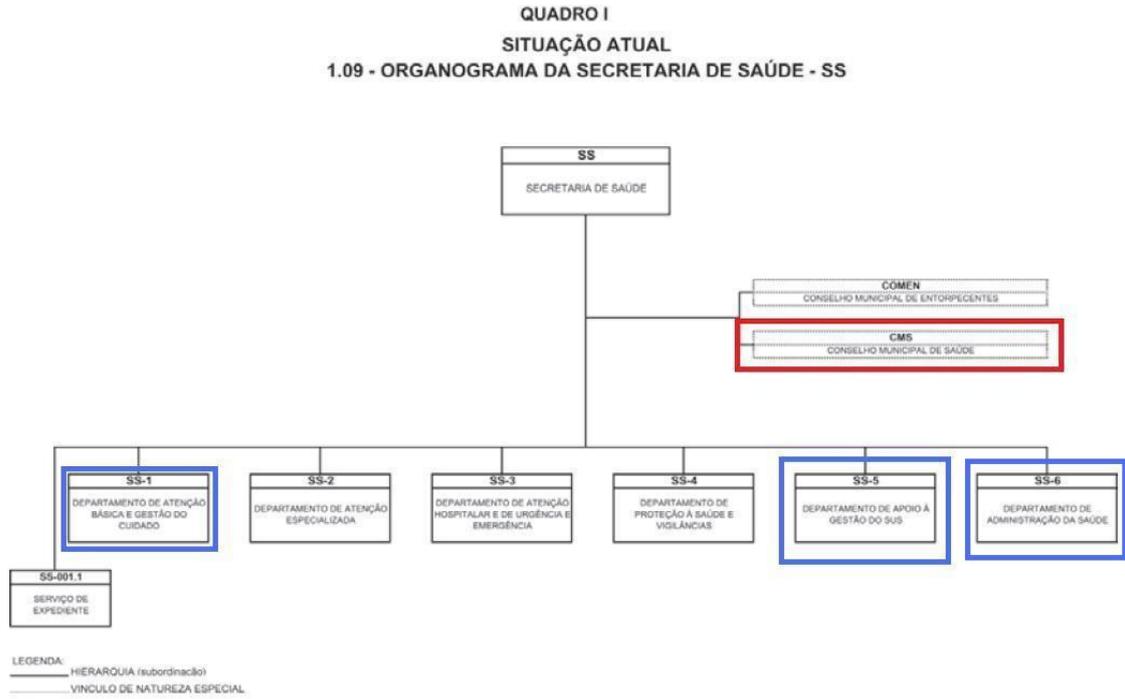


Figura 14 - Organograma do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado da SMS/SBC em 2011

QUADRO I
SITUAÇÃO ATUAL
1.09.1 - ORGANOGRAMA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO - SS-1

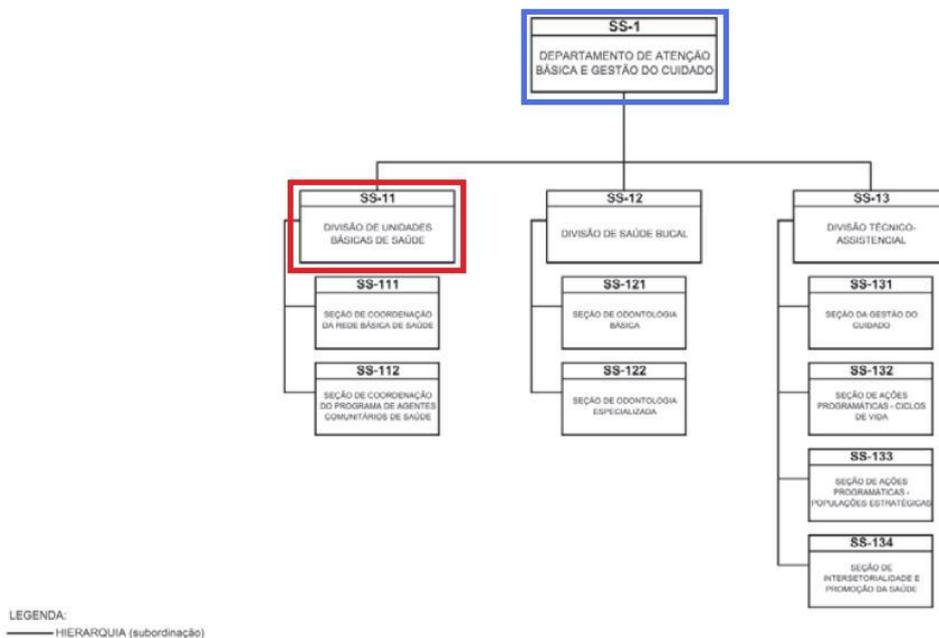
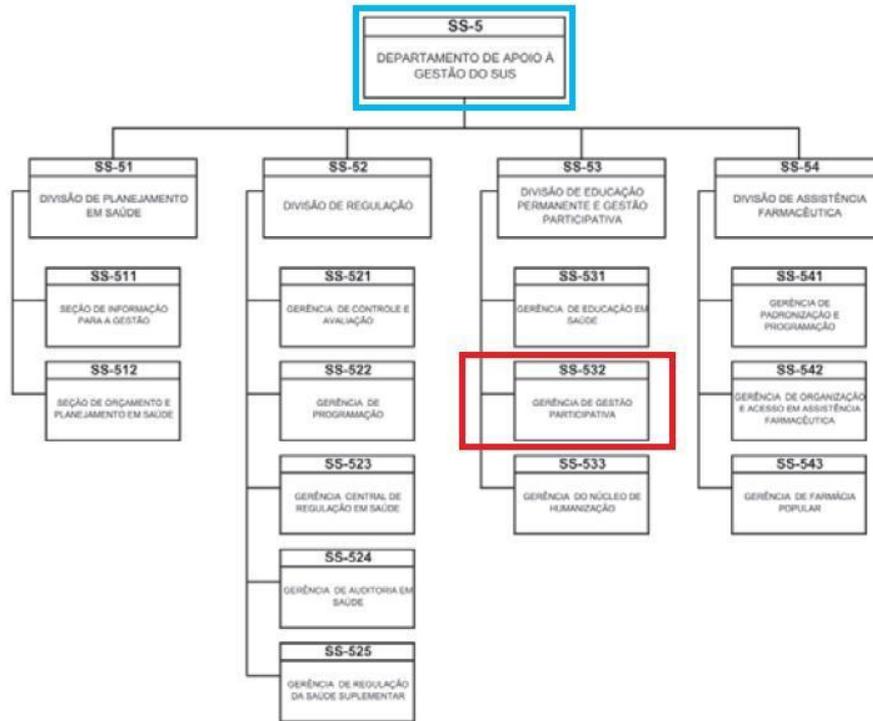


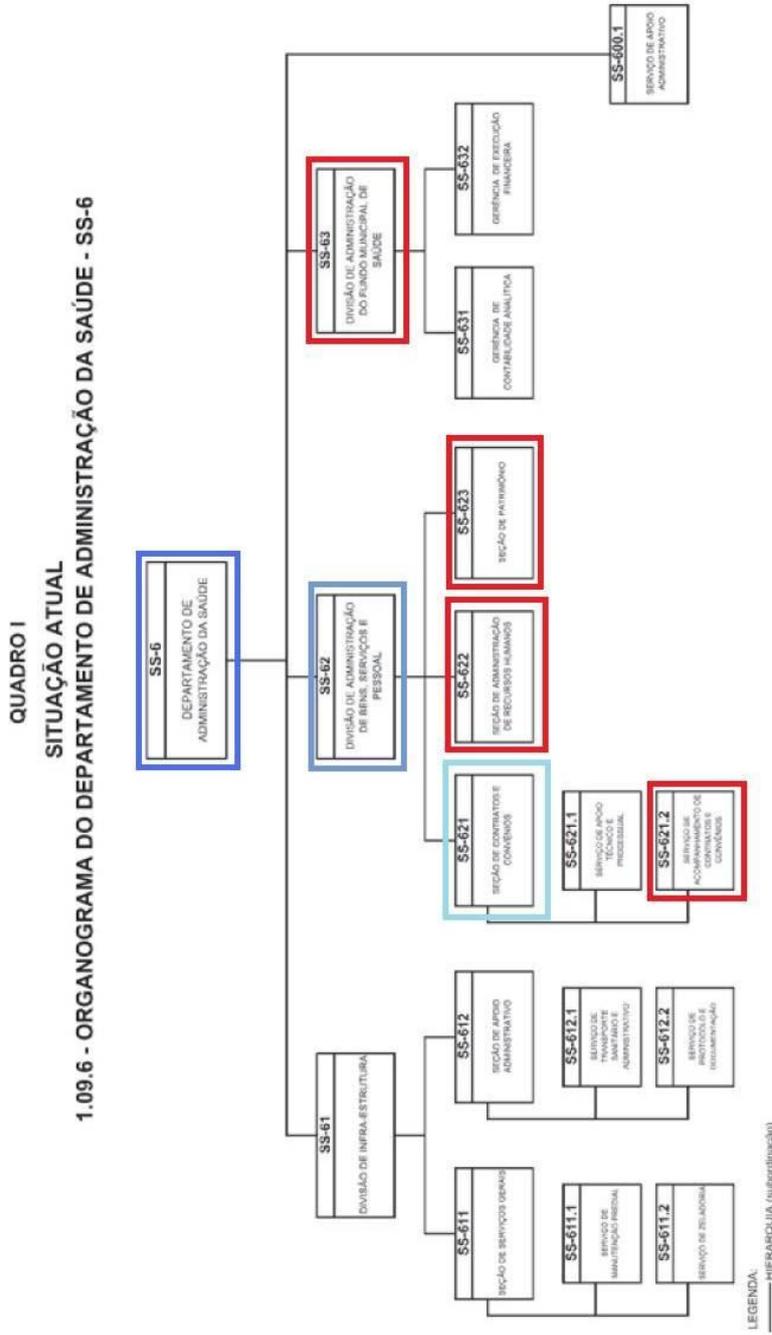
Figura 15 - Organograma do Departamento de Apoio à Gestão do SUS da SMS/SBC em 2011

QUADRO I
SITUAÇÃO ATUAL
1.09.5 - ORGANOGRAMA DO DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO DO SUS- SS-5



LEGENDA:
 — HIERARQUIA (subordinação)

Figura 16 - Organograma do Departamento de Administração da Saúde da SMS/SBC em 2011



ANEXO V: currículo lattes do autor



Dorival Pereira dos Santos Junior

Formado em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos e mestrando em Saúde Pública, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Atuo nas áreas de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social e Psicanálise, com ênfase nos seguintes temas: Saúde da Família e Atenção Psicossocial em Saúde Mental; e Saúde Coletiva, com pesquisa sobre participação da comunidade, gestão participativa e conselhos de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 25/07/2011
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/3709828074362207>



Dados pessoais	
Nome	Dorival Pereira dos Santos Junior
Nome em citações bibliográficas	SANTOS JUNIOR, D. P.
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo. Avenida Dr Arnaldo Cerq. César 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil

Formação acadêmica/Titulação	
2009	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) . Universidade de São Paulo, USP, Brasil. <i>Título:</i> Gestão participativa e a reestruturação da rede municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011, <i>Orientador:</i> Paulo Capel Narvai. <i>Bolsista do(a):</i> Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ,CNPq ,Brasil . <i>Palavras-chave:</i> Gestão Participativa; Controle Social; Políticas de Saúde; Participação da comunidade. <i>Grande área:</i> Ciências da Saúde / <i>Área:</i> Saúde Coletiva / <i>Subárea:</i> Saúde Pública. <i>Grande área:</i> Ciências da Saúde / <i>Área:</i> Saúde Coletiva. <i>Setores de atividade:</i> Saúde e Serviços Sociais; Administração Pública, Defesa e Seguridade Social.
2010	Especialização em andamento em Psicopatologia e Saúde Pública . (Carga Horária: 725h). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. <i>Título:</i> .. <i>Orientador:</i> ..
2005 - 2009	Graduação em Formação de Psicólogos . Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil.
2005 - 2008	Graduação em Bacharelado em Psicologia . Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil. <i>Título:</i> Controle social e participação popular na gestão da política de saúde no município de São Carlos-SP. <i>Orientador:</i> Rosemeire Aparecida Scopinho. <i>Bolsista do(a):</i> Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo ,FAPESP ,Brasil .

ANEXO VI: currículo lattes do orientador

**Paulo Capel Narvai****Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2**

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978). Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001. Publicou 4 livros, 19 capítulos de livros, 71 artigos em periódicos especializados e 34 trabalhos em anais de eventos. Proferiu 46 conferências e palestras em eventos técnico-científicos e participou como apresentador em 85 seminários, simpósios e comunicações. Ministrou 49 cursos e participou de 206 eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colômbia) e Cayetano Herédia (Peru). Integrou 128 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, trabalhos de conclusão de curso e concursos públicos). Orientou 17 dissertações de mestrado e 9 teses de doutorado nas áreas de Saúde Pública/Coletiva e Odontologia. Colabora com 17 revistas científicas, sendo membro do conselho editorial de 8 e revisor de 9 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 339 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Ensino, Pesquisa, Saúde Bucal, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da água, Vigilância da Saúde Bucal e Política, Planejamento e Gestão em Saúde. É consultor da Fapesp, da Capes, do CNPq e da Agencia Nacional de Investigación e Innovación, do Uruguai.

(Texto informado pelo autor)**Última atualização do currículo em 18/07/2011**Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/8531108709147659>**Certificado
pelo autor em
18/07/11**

Rede de Colaboração



Diretório de grupos de pes



SciELO - artigos em texto completo

Dados pessoais

Nome	Paulo Capel Narvai
Nome em citações bibliográficas	NARVAI, P. C.; Narvai, Paulo Capel
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Av. Dr. Arnaldo, 715, Pinheiros, 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617782 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: www.usp.br/fsp

Formação acadêmica/Titulação

- 2001** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de São Paulo, Brasil, no período 1990-1999, *Ano de obtenção:* 2001.
Palavras-chave: Flúor; Vigilância sanitária; Fluoretação da água; Heterocontrole; Vigilância da fluoretação; Saúde bucal coletiva.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana; Captação, Tratamento e Distribuição de Água, Limpeza Urbana, Esgoto e Atividades Conexas.
- 1994 - 1997** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Produção científica na área de odontologia preventiva e social. Brasil, 1986-1993, *Ano de Obtenção:* 1997.
Orientador: Eurivaldo Sampaio de Almeida.
Palavras-chave: Pesquisa Científica; Saúde bucal coletiva; Odontologia preventiva; Odontologia social.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Saúde Bucal Coletiva.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1990 - 1993** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Prática odontológica no Brasil: propostas e ações no período 1952-92, *Ano de Obtenção:* 1993.
Orientador: Roberto Augusto Castellanos Fernandez.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil .
Palavras-chave: Políticas de Saúde Bucal; Odontologia preventiva; Odontologia sanitária; Prática Odontológica; Odontologia social; Saúde bucal coletiva.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1974 - 1978** Graduação em Odontologia .
Universidade Federal do Paraná, UFPR, Brasil.