

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, JORNALISMO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

KÊNIA PRISCILA DE CARVALHO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA:
CONFIGURAÇÃO ATUAL**

Mariana

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, JORNALISMO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

KÊNIA PRISCILA DE CARVALHO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA:
CONFIGURAÇÃO ATUAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando à disciplina de Seminário de Trabalho de Conclusão de Curso II, como um dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Mariana

2018

C331e Carvalho, Kenia Priscila.
O Conselho Municipal de Saúde de Mariana [manuscrito]: configuração atual
/ Kenia Priscila Carvalho. - 2018.

62f.:

Orientadora: Profª. MScª. Alessandra Ribeiro Souza.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

1. Conselho Municipal de Saúde de Mariana - Teses. 2. Controle social - Teses. 3. Política de Saúde - Mariana (MG) - Teses. I. Souza, Alessandra Ribeiro. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 351(815.1)

Catálogo: ficha@sisbin.ufop.br

“Conselho Municipal de Saúde de Mariana- configuração atual”

DISCENTE: KENIA PRISCILA DE CARVALHO

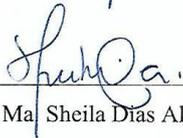
ORIENTADOR (A): ALESSANDRA RIBEIRO DE SOUZA

Trabalho de Conclusão de Curso submetida ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 06/02/2018



(Prof. Ma. Patrícia da Silva Coutinho)



(Prof. Ma. Sheila Dias Almeida)



(Prof. Ma Alessandra Ribeiro de Souza)

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.
(Marcel Proust)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido saúde, inteligência e perseverança para concluir mais uma etapa da minha vida. Aos meus amados e queridos pais, em especial minha mãe Édina que acreditou infinitamente em mim, sem ela não seria possível chegar ao final dessa jornada. Aos meus amigos e colegas que sempre contribuíram de alguma forma, incentivando e acreditando na minha capacidade. Em especial, a minha amiga Isabella que esteve comigo durante todo este tempo de graduação e seu apoio foi fundamental para a finalização desta etapa. Aos meus queridos mestres e professores, por todo o aprendizado, pois sem eles este momento não seria possível. Em especial, a professora Alessandra, minha orientadora, agradeço pela dedicação e toda atenção dispensada durante o período de desenvolvimento da minha monografia. Aos participantes do Conselho Municipal de Saúde de Mariana, que contribuíram diretamente para a elaboração deste trabalho final. E a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para minha formação profissional.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA DENTRO DA ORDEM CAPITALISTA .	13
CAPÍTULO 2: A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	21
CAPÍTULO 3: O DEBATE SOBRE CONTROLE SOCIAL NO BRASIL	28
3.1- O CONTROLE SOCIAL APÓS A CONTRA-REFORMA DO ESTADO.....	35
CAPÍTULO 4: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA-MG	43
4.1- A Lei 2.878 e a concepção de controle social dos conselheiros do CMS.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	60

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar o controle social democrático exercido através do Conselho Municipal de Saúde do Município de Mariana. O modelo de acumulação capitalista implicou diretamente na formação da política de saúde brasileira. Todo o contexto histórico da trajetória dessa política no Brasil traz reflexos para a atual política de saúde do país. Tendo em vista as particularidades sofridas pela política de saúde do Brasil abordaremos como o Controle Social é um importante instrumento que deve ser usado pela sociedade par efetivação dos seus direitos sociais. Afunilando o conteúdo chegaremos a análise sobre o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Mariana, esta análise vai desde a constituição histórica de tal conselho até sua atual configuração. Em suma, este trabalho procura discutir se realmente existe um controle social democrático no Conselho Municipal de Saúde de Mariana.

Palavras Chaves: Política de Saúde; Direitos Sociais; Controle Social Democrático, Conselho Municipal de Saúde de Mariana

ABSTRACT

The current scholarly work aims the objective to analyse the democratic social control exerted through Mariana Health City Council. The model of capitalist accumulation has entailed directly in the formation of Brazilian Health Policy.

The whole historical context of this policy trajectory in Brazil brings reflexes to the current health policy of the country. With a view the particularities suffered by health policy of Brazil, we'll broach how the Social Control is an important instrument that should be used by the society to enenable its social rights.

Narrowing the content, we'll arrive to the analyse about social control exerted by Mariana Health City Control. This analysis begins since the historical constitution of this council until its configuration.

To sum up, this scholarly work searches to discuss if there really is a Social Democratic Control in Mariana Health City Council.

Key words: Health Polity, Social Rights, Democratic Social Control, Mariana Health City Council.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ABRES – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE

AMPASA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE

CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

CMS- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

FHC- FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

FNS – FUNDO NACIONAL DA SAÚDE

IAP'S – INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÃO

INAMP'S – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

MPC – MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

OS'S – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

OSCIP'S - ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO

PIB – PRODUTO INTERNO BRUTO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS'S – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UPA- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

INTRODUÇÃO

A pesquisa realizada trata-se de uma investigação sobre a efetivação do Controle Social dentro do Conselho Municipal de Saúde de Mariana atualmente. O interesse acerca deste tema aconteceu após a minha participação num trabalho de iniciação científica, intitulado: “A CONSTITUIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURO PRETO E MARIANA: PARTICULARIDADES HISTÓRICAS E CONFIGURAÇÃO ATUAL” orientado pela professora Cristiane Nobre.

A importância do estudo sobre esses espaços advém da compreensão de que a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento das políticas de saúde e educação.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde está vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise.

Os Conselhos Municipais são espaços importantes no sentido de possibilitar articulações e debates em defesa de uma política pública de saúde que vai de acordo com os princípios defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária e regulamentados na Constituição Federal de 1988. Neste sentido, entende-se que assim como as demais políticas sociais, a política de saúde deve ser vista como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo.

A pesquisa realizada teve como objetivo investigar a efetividade em relação ao Controle do Social democrático do Conselho Municipal de Mariana após o ano de 2014. Foram objetivos de análise da pesquisa: Verificar se o Conselho Municipal de Saúde tornou-se mais democrático após a Lei 2.878/2014 e analisar o posicionamento dos atuais conselheiros em relação a defesa dos princípios do SUS.

Neste estudo foram usadas como referenciais metodológicos: a leitura de atas, a leitura das leis sobre o Conselho Municipal de Saúde, a participação em

reuniões do Conselho e análise de um questionário aplicado a parte dos Conselheiros.

A leitura de todas as atas referentes as reuniões do Conselho foi realizada durante um ano, o período correspondente a minha participação na iniciação científica. A minha participação em reuniões ordinárias do Conselho foi um outro importante instrumento metodológico, pois através dessas reuniões foi possível compreender como acontecem as deliberações de tal Conselho. Outro instrumento metodológico importantíssimo foi o questionário, aplicado em quatro conselheiros: um representante do governo, um representante das instituições privadas, um representante dos trabalhadores da saúde e um representante da sociedade.

No primeiro capítulo, discute-se o funcionamento de uma política pública de saúde dentro da ordem capitalista. Neste capítulo é explicado como as transformações sofridas pelo modo de produção capitalista afetaram a política de saúde no Brasil. E como a construção de políticas públicas neste tipo de sociedade afeta até os dias de hoje as políticas sociais.

No segundo capítulo, é debatido exclusivamente a política de saúde brasileira, destacando resumidamente aqueles acontecimentos que culminaram na atual política pública de saúde que temos atualmente. O capítulo trata desde o surgimento da política até o momento da Contra- Reforma no país.

O terceiro capítulo foi dividido em duas partes. Na primeira parte é tratado o debate sobre o Controle Social no Brasil, desde o seu surgimento até o conceito de Controle Social antes da Contra- reforma. Na segunda parte, discute-se o conceito de Controle Social após a Contra-Reforma até os dias atuais.

O quarto capítulo também foi dividido em duas partes. Trata-se de um capítulo que já está focado no alvo da pesquisa, o Conselho Municipal de Saúde de Mariana. Na primeira parte, é apresentada uma constituição histórica do Conselho e as mudanças sofridas pelo mecanismo até atualidade. Na segunda parte, o foco central é os Conselheiros que foram alvos de um questionário aplicado, e o resultado da pesquisa.

No decorrer do trabalho apresentaremos elementos para uma melhor compreensão do funcionamento deste Conselho desde o início de seu funcionamento até a atual configuração.

Com este trabalho pretende-se explorar o Controle Social Democrático no Conselho Municipal de Saúde de Mariana, a fim de produzir subsídios e propostas que possam vir a contribuir com a qualidade e fortalecimento desta política no âmbito local em direção ao projeto de reforma sanitária.

CAPÍTULO 1: A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA DENTRO DA ORDEM CAPITALISTA

Há um consenso entre os autores estudados de que o capitalismo contemporâneo iniciou-se na década de setenta e é marcado por crises, pela busca da reestruturação do capital, do sistema produtivo, neoliberalismo e financeirização. Netto e Braz (2012), entende-se que o capitalismo contemporâneo se constitui como terceira fase do imperialismo, mas continua a ter no centro da sua dinâmica o protagonismo dos monopólios.

No início dos anos sessenta o capitalismo monopolista apesar de apresentar um crescimento econômico e taxas de lucros compensadoras, sofria críticas e questionamentos. Nos países capitalistas centrais mesmo com enormes desigualdades sociais prometia-se aos trabalhadores proteção social assegurada pelo Welfare State, já nos países periféricos os projetos industrializantes apareciam como via para superar o subdesenvolvimento. "Nos centros chegou-se a apregoar a integração da classe operária, nas periferias, o desenvolvimentismo era a receita para curar os males do atraso econômico-social." (NETTO e BRAZ, 2012, p.224)

O taylorismo-fordismo e o Keynesianismo consolidaram o "capitalismo democrático"- a produção em larga escala encontraria um mercado em infinita expansão e com intervenção reguladora do Estado.

A idealização da dinâmica capitalista justificava-se verdadeiramente no domínio da economia, era uma onda longa expansiva na qual os períodos cíclicos de prosperidade eram mais longos e intensos, já as crises eram mais superficiais e curtas.

"Os anos dourados expressam exatamente esta onda longa de expansão econômica, durante a qual crescimento econômico e taxas de lucro mantiveram-se ascendentes entre o fim da Segunda Guerra mundial e a segunda metade dos anos sessenta." (NETTO e BRAZ, 2012, p. 225)

Com o fim da longa onda expansiva nenhum país capitalista central conseguiu manter as taxas do período anterior. Entre 1971 e 1973 dois detonadores anunciavam o fim do capitalismo democrático: o colapso do ordenamento financeiro mundial e o choque do petróleo. Porém, subjacentes a esses detonadores,

contavam-se ainda vetores sociopolíticos de importância, dos quais a pressão organizada dos trabalhadores era o mais decisivo.

De acordo com Netto e Braz (2012), a ilusão dos “anos dourados” é enterrada em 1974-1975. A onda longa expansiva é substituída por uma onda longa recessiva, a partir daí e até os dias atuais, inverteu-se o diagrama da dinâmica capitalista: agora, as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas.

Em face dessa inversão, o capital monopolista formulou e implementou um conjunto de respostas que configuram a restauração do capital, que é articulada sobre um tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal.

Conforme Netto e Braz (2012), a recessão generalizada de 1974-1975 acende o sinal vermelho para o capital monopolista que implementa uma estratégia política global para rever a conjuntura que lhe é francamente negativa. Seu primeiro passo foi o ataque ao movimento sindical, um dos suportes do sistema de regulação social encarnado em vários tipos de Welfare State. Nos finais dos anos setenta, esse ataque se dá através de medidas legais restritivas, que reduziram o poder de intervenção do movimento sindical. Nos anos oitenta, o assalto ao patronato toma formas claramente repressivas.

Simultaneamente, são introduzidas alterações nos circuitos produtivos, esgota-se a modalidade de acumulação rígida e é instaurada a acumulação flexível. A acumulação flexível se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo.

“A base dessa flexibilidade- que para muitos assinalaria a fase do pós-fordismo- opera-se a reestruturação produtiva. De uma parte a produção rígida (taylorista-fordista) é substituída por um tipo diferenciado de produção, que da forma anterior mantém a característica de se realizar em grande escala; todavia, ela destina-se a mercados específicos e procura romper com a estandarização, buscando atender variabilidades culturais e regionais e voltando-se para as peculiaridades de nichos particulares de consumo.” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 228)

A partir daí o capital lança-se a um movimento de desconcentração industrial, promove a desterritorialização da produção. Unidades produtivas deslocadas para novos espaços territoriais, facilitando a exploração da força de trabalho.

Segundo Netto e Braz (2012): essencial à reestruturação produtiva é uma intensiva incorporação à produção de tecnologias resultantes de avanços técnico-científicos, determinando um desenvolvimento das forças produtivas que reduz enormemente a demanda de trabalho vivo - “terceira revolução industrial” ou, “revolução informacional”.

De acordo com Netto e Braz (2012): são três implicações imediatas a esse deslocamento. A primeira diz respeito ao trabalhador coletivo, tornam-se cada vez mais amplas e complexas as operações e atividades intelectuais requeridas para produção material. A segunda refere-se às exigências que são postas à força de trabalho envolvida diretamente na produção, é exigido dos trabalhadores uma qualificação mais alta e, ao mesmo tempo, a capacidade para participar de atividades múltiplas- força de trabalho qualificada e polivalente. A terceira relaciona-se à gestão dessa força de trabalho, o capital empenha-se em quebrar a consciência de classe dos trabalhadores: utilizando-se do discurso de que a empresa é a sua casa e que eles devem vincular o seu êxito pessoal ao êxito da empresa; não por acaso, os capitalistas já não se referem a eles como “operários” ou “empregados”, mas como “colaboradores”, “cooperadores”, “associados”, etc.

Todas as transformações implementadas pelo capital tem como objetivo reverter a queda da taxa de lucro e criar condições renovadas para a exploração da força de trabalho. Compreende-se que os ônus de todas elas recaiam fortemente sobre os trabalhadores, da redução salarial à precarização do emprego. Aqui reside um dos aspectos mais expressivos da ofensiva do capital ao trabalho, a defesa de formas precárias de emprego e emprego em tempo parcial. Nessa ofensiva do capital existe a afirmação de que a “flexibilização” ou a “desregulamentação” das relações de trabalho ampliam as oportunidades de emprego.

“Na fase contemporânea do estágio imperialista, a estratégia do capital impactou fortemente os trabalhadores- e tornou-se lugar-comum salientar as transformações do ‘mundo do trabalho’, entre as quais destacam-se a crise do movimento sindical e a redução do contingente de operários industriais.” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 231)

Conforme Netto e Braz (2012) “O mais significativo fato do capitalismo contemporâneo é ter transformado o desemprego maciço em fenômeno permanente e conseqüentemente causar a exponenciação da questão social”.

A indústria cultural foi alargada para campos como: telecomunicações, entretenimento, turismo, lazer, esportes, numa conjugação que envolve atividades estritamente industriais e de serviços e permite a conexão entre vários ramos produtivos, possibilitando entrelaçar atividades produtivas e improdutivas. Verifica-se a presença do capital também na publicidade e prestação de serviços educacionais. Nesses casos o controle cabe ao grande capital, que comanda monopolisticamente essas áreas, constata-se, portanto, a tendência à concentração (acumulam uma massa de capital cada vez maior) e à centralização (centraliza o capital nas mãos de poucos através da fusão entre capitalistas, como cartéis e trustes).

De acordo com Netto e Braz (2012) “As atividades terciárias são controladas pelo grande capital, passam a obedecer a uma lógica industrial. Não há crescimento de atividades de serviços, sem crescimento das atividades industriais”. Assim cabe ressaltar as análises dos autores acerca da expansão da indústria.

“Tirante os serviços, porém, nos novos domínios em que ingressa é que a expansão do capital tem o seu alcance mais extraordinário. Multiplicam-se as indústrias que operam novos materiais, processando componentes vitrocerâmicos e termoplásticos e outro gerados pela engenharia molecular, na sequência ainda, de desenvolvimentos da biotecnologia (que compreende a engenharia genética, que abre a via para a produção de drogas inteligentes e para a terapia genética, e as energias alternativas, que põem, entre outras, a possibilidade de converter, através de placas de plástico piezoelétrico ancoradas no fundo dos mares, o movimento das ondas em eletricidade) e da nanotecnologia (graças a qual podem produzir-se dispositivos inteligentes hiperminiaturizados).” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 235)

Segundo Netto e Braz (2012), é a partir desses domínios que o comando do capital se afirma impetuosamente. A direção monopolista assegura-lhe não só os ganhos extraordinários, mas sobretudo o controle estratégico dos novos recursos necessários à produção de ponta. E em consequência da concentração e centralização, os grupos monopolistas desenvolveram relações novas nas quais a concorrência e a parceria encontram mecanismos de articulação que lhes asseguram um poder decisório especial. No topo dessas articulações, existe um restrito círculo de homens que constituem uma oligarquia, concentradora de um grande poder econômico e político.

A concentração do poder econômico conduziu e ainda está conduzindo a uma enorme concentração do poder político. Portanto, revela-se o caráter

antidemocrático do capitalismo, que se apropria também de poder político, para defender seus interesses de aumentar cada vez mais sua massa de capital.

“O capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras.” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 237)

De acordo com Netto e Braz (2012) a desmontagem do Welfare State exemplifica a estratégia do capital nos dias de hoje, que prioriza a supressão de direitos sociais e a liquidação das garantias ao trabalho em troca da flexibilização, já citada anteriormente. Em escala mundial, a estratégia do grande capital é romper com todas as barreiras sociopolíticas, e não somente com aquelas relacionadas ao trabalho, mas até mesmo com as defesas alfandegárias que os atrapalham a ter a maior liberdade possível. Para legitimar suas estratégias e garantir seus interesses, o grande capital divulgou o conjunto ideológico do neoliberalismo.

“O que se pode denominar como ideologia neoliberal compreende a concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado). Vulgarizando as formulações de Hayek, a ideologia neoliberal, maciçamente generalizada pelos meios de comunicação social a partir dos anos oitenta do século passado, conformou uma espécie de senso comum entre os serviços do capital (entre os quais se contam engenheiros, economistas, administradores, gerentes, jornalistas, etc.) e mesmo entre significativos setores da população dos países centrais e periféricos.” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 238)

A ideologia neoliberal possui a necessidade de “diminuir” o Estado e cortar as suas gorduras, justificativa que o ataque do grande capital faz para mover-se contra as dimensões democráticas da intervenção do Estado na economia. A economia capitalista não poderia funcionar sem intervenção estatal.

Portanto o objetivo do capital monopolista não é a diminuição do Estado, mas a diminuição das funções estatais coesivas, principalmente aquelas que respondem à satisfação dos direitos sociais. Um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

“O ataque do grande capital as dimensões democráticas da intervenção do Estado começou tendo por alvo a regulamentação das relações de trabalho (a ‘flexibilização’ comentada) e avançou no sentido de reduzir, multilar e privatizar o sistemas de seguridade social. Prosseguiu estendendo-se à intervenção do Estado na

economia: o grande capital impôs 'reformas' que retiraram do controle estatal empresas e serviços-trata-se do processo de privatização, mediante o qual o Estado entregou ao grande capital, para exploração privada e lucrativa, complexos industriais inteiros (siderurgia, indústria naval e automotiva, petroquímica) e serviços de primeira importância (distribuição de energia, transportes, telecomunicações, saneamento básico, bancos e seguros)." (NETTO e BRAZ, 2012, p. 240)

O capital caracteriza seu movimento contemporâneo como globalização, o grande capital quer impor uma desregulamentação universal. Seu objetivo é garantir plena liberdade em escala mundial, a fim de que os fluxos de mercadorias e capitais não sejam limitados por quaisquer dispositivos. Ele mantém barreiras e limites que protegem seus mercados nacionais.

Os fluxos econômicos mundiais sempre marcaram o capitalismo, e a fase contemporânea ampliou-os ainda mais. As interações comerciais intensificaram-se especialmente entre os países centrais.

Conforme Netto e Braz (2012), outro elemento diferencial das relações econômicas internacionais, próprio do capitalismo contemporâneo é a estruturação dos blocos supranacionais que constituem espaços geoeconômicos regionais, com normas específicas para suas transações e promovendo a integração, sob comando monopolista, de investimentos e mercados.

A mais importante das transformações pelas quais vem passando a economia do imperialismo, designa-se como financeirização.

"Propiciado pelos recursos informacionais, que garantem comunicações instantâneas entre agentes econômicos situados no mais distantes rincões do planeta, esse processo tem suportes na gigantesca concentração do sistema bancário e financeiro. Esta, ao longo do últimos trinta anos, acompanhou a concentração geral operada na economia capitalista; contudo, teve efeitos específicos, dada a amplitude que as atividades especulativas adquiriram nesse mesmo lapso de tempo: menos de 300 bancos (e corretoras de ações e títulos) globais controlam, em finais do século XX, as finanças internacionais." (NETTO e BRAZ, 2012, p. 242)

De acordo com Netto e Braz (2012), a razão essencial da financeirização é: ela resulta da superacumulação e, ainda, da queda das taxas de lucro dos investimentos industriais registrada entre os anos setenta e meados de oitenta. A existência de uma certa massa de capital sob a forma de capital dinheiro é indispensável à dinâmica do capitalismo e essa massa é remunerada através dos juros. A esse fenômeno se agrega, no capitalismo contemporâneo, o brutal

crescimento do capital fictício. Entende-se por capital fictício “as ações, as obrigações e os outros títulos de valor que não possuem valor em si mesmos. Representam apenas um título de propriedade que dá direito a um rendimento. Assim como o capitalismo não pode funcionar sem uma determinada massa de capital conservada enquanto dinheiro, também não pode funcionar sem capitais fictícios.”

Esses ganhos financeiros, além de fazerem a riqueza rápida dos especuladores, reforçam a percepção falsa e socialmente danosa de que a esfera de circulação gera valores e é autônoma em face esfera produtiva.

As finanças passaram a constituir, nos últimos trinta anos, o sistema nervoso do capitalismo, nelas se espelham, particularmente, a instabilidade e os desequilíbrios da economia dessa fase do estágio imperialista.

“É também no marco da financeirização do capitalismo que se tornam inteligíveis a questão da dívida externa de muitos países periféricos e também as propostas de ‘ajuste’ de suas economias, através das ‘reformas’ recomendadas e monitoradas por agências internacionais, notadamente o Fundo Monetário Internacional, que representam justamente os interesses da oligarquia das finanças.” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 246)

Conforme afirmam Netto e Braz (2012), os gastos estatais quando não são cobertos pelas receitas, resultam no déficit público, desencadeando em processos inflacionários, ou pode lançar papéis no mercado, oferecendo juros atraentes aos investidores. Quando Estados periféricos e dependentes, encontram dificuldades em manter o fluxo de recursos para os detentores de títulos, estes pressionam no sentido de reduzir os gastos estatais, de forma a constituir um superávit que lhes permita continuar succionando valores sob forma monetária.

“Além de haver surgido um ‘mercado mundial de bens simbólicos’, mercadorias absolutamente novas se generalizaram (pense-se nos produtos e subprodutos da eletrônica, dos computadores de uso pessoal aos telefones celulares), mudaram muito as formas da sua circulação (do comércio disperso aos shopping centers e , agora, via internet) e hábitos e padrões de consumo se alteraram radicalmente- o fetiche do automóvel foi deslocado pelos gadgets eletrônicos numa cultura de consumo.”(NETTO e BRAZ, 2012, p.247)

De acordo com Netto e Braz (2012), nos “anos dourados” as cidades se metropolizaram no processo de urbanização geral provando como forças produtivas comandadas pelo capital produzem espaços. No capitalismo contemporâneo elas

passam por “reestruturações” pilotadas pela “reestruturação produtiva”. Urbanização e subordinação, se mesclam e são refuncionalizadas segundo lógicas que caracterizam processos de apartação socioespacial.

“A experiência de um ‘mundo novo é sobretudo impactante na esfera da produção. Se a fábrica fordista nem de longe desapareceu, é fato que em setores de pontas os processos de trabalho sofreram profunda metamorfose: além dos novos materiais, ‘ a robótica, máquinas de comando numérico computadorizado, controladores lógicos-programáveis (CLP’s), sistemas digitais de controle distribuído (SDCD’s) e demais aplicações da microeletrônica, da informática e da teleinformática’, bem como as novas formas de controle e enquadramento da força de trabalho, configuram modalidades e espaços produtivos até então desconhecidos.” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 249)

Essa metamorfose está na base do conjunto de extraordinárias mudanças que sustentam o “mundo novo”, como: alterações no proletariado, no conjunto dos assalariados, na reconfiguração da estrutura de classes, no sistema de poder, em tudo que constitui a sociedade burguesa.

“O saldo da ofensiva do capital, apreciado brevemente, explicita as três questões que aparecem como próprias do ‘mundo novo’: o crescente alargamento da distância entre o mundo rico e pobre; a ascensão do racismo e da xenofobia; e a crise ecológica do globo, que nos afetará. Nenhuma dessas questões pode ser resolvida nos marcos do capitalismo contemporâneo.” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 250)

A partir dessa breve explicação sobre as implicações da ordem do capital em nossa sociedade e compreendendo como as transformações no mundo do trabalho implicaram cada vez mais no adoecimento do trabalhador, no próximo capítulo será apresentado o surgimento da política de Saúde no Brasil e como esta vem sendo executada dentro da ordem capitalista no Brasil.

CAPÍTULO 2: A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A intervenção estatal na saúde no Brasil somente ocorreu efetivamente na década de 30. Anteriormente, em meados do século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. A partir do século XIX, devido as transformações econômicas e políticas, surgiram iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. No final do século XIX a saúde aparece como reivindicação do movimento operário.

A primeira tentativa de expansão da saúde pública pelo país, foi a Reforma Carlos Chagas, em 1923. Segundo Bravo (2007): esta reforma tenta ampliar o atendimento a saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso.

Durante o referido período também foram colocadas questões relacionadas a higiene e saúde do trabalhador, as medidas tomadas durante este período, constituíram o embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a medida mais importante, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Eloi Chaves.

“As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da república e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.” (BRAVO, 2001, p. 3)

Durante a década de 30, a Questão Social emergiu e fez com que o Estado precisasse dar respostas através das políticas sociais.

Segundo Bravo (2001): a política de saúde formulada no período era de caráter nacional, e organizava-se em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para populações urbanas

e, restritamente para a população do campo. O subsetor da medicina previdenciária somente ultrapassou o saúde pública a partir de 1966.

A medicina previdenciária surgiu na década de 30, a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), segundo Bravo: pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

“A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 30, procurou demarcar a diferença entre “previdência” e “assistência social”, que antes não havia. Foram definidos limites orçamentários máximos para despesas com “assistência-médico-hospitalar e farmacêutica”. (BRAVO, 2001, p.5)

Os planos esboçados para a saúde pública desde 1930, foram consolidados durante o período de 1945-1950. Segundo Bravo: a situação da saúde da população no período entre 1945-1964, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

A partir dos anos 50, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada já estava pronta e, resultou na formação das empresas médicas.

“A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964.” (BRAVO, 2001, p. 6)

Durante a ditadura grandes problemas estruturais não foram resolvidos, e sim aprofundados. A Questão Social era respondida pelo Estado através do binômio repressão-assistência.

Com a junção dos IAPs em 1966, se deu a unificação da Previdência Social, com duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

Segundo Bravo (2001): a medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. Houve um declínio da saúde pública e a medicina previdenciária cresceu.

O período entre 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da Questão Social, com a finalidade de canalizar as reivindicações e pressões populares.

“A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.” (BRAVO, 2001, p. 8)

Na década de 80, o Brasil viveu um momento de democratização política e ao mesmo tempo uma profunda e prolongada crise econômica.

Segundo Bravo (2001): a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia.

“As principais propostas debatidas por esses sujeitos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão- os Conselhos de Saúde.” (BRAVO, 2001, p.9)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um fato fundamental para a discussão de saúde no Brasil. A Conferência foi realizada em março de 1986, e teve como temário central: a saúde como direito inerente a personalidade e á cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento setorial.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, significou a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

“A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizavam em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela saúde na constituinte, órgão que passou a congregiar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária da saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades.” (BRAVO, 2001, p. 10)

Segundo Bravo (2001), o texto constitucional, com relação a saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica.

Os principais aspectos aprovados na Constituição de 1988 foram: o direito universal a saúde como dever do Estado; as ações e serviços da saúde são de relevância pública (regulamentação, fiscalização e controle); Sistema Único de Saúde integrado aos serviços públicos em rede hierarquizada e regionalizada, descentralizada e de atendimento integral; participação complementar do setor privado no sistema de saúde; e proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

O resultado da constituinte foi um bom texto para a saúde, que incorporou grande parte das reivindicações do movimento sanitário.

“Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.” (BRAVO, 2001, p.12)

Infelizmente após tantos avanços proporcionados a política de saúde pela Constituição de 1988, logo após, na década 1990 aconteceram diversas perdas para os direitos sociais com a adoção das ideias neoliberais. Nos anos 1990, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes.

“Os conselhos foram propostos numa conjuntura de mobilização da sociedade civil e foram implementados, a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital.” (Bravo, 2001 e Menezes, 2010, p. 274)

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma (Behring 2006), é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

“Na atual conjuntura, constata-se uma fragilização das lutas sociais e as entidades e movimentos sociais não têm conseguido uma defesa da seguridade social e da saúde em particular. Desde os anos 1990, opera-se uma profunda despolitização da “questão social”, ao desqualificá-la como questão pública, política e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção da pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes.” (Menezes, 2010, p.265, apud Yazbek, 2001)

Apesar da Constituição prever que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, ela não restringiu ao Estado a assistência a saúde, ficando esta, livre à iniciativa privada. Portanto, foram instituídos dois regimes jurídicos distintos que regulamentam as atividades da saúde: o regime público e o privado. Esses dois regimes atuam com regras diferenciadas um do outro. Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são aplicados somente no regime público, já o regime privado, não se subordina aos princípios do SUS.

A partir da década de 1990 com o avanço do projeto neoliberal no Brasil os direitos sociais acerca da saúde conquistados na Constituição de 1988 foram atacados. A constituição foi desfigurada através de constantes emendas. A legislação referente a saúde também foi editada para instituir novos modelos de gestão e gradativamente transferir a assistência a saúde da esfera de direitos para a esfera do mercado.

“Os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e insumos, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguro saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancário, entre outros.” (Soares, 2010, p. 88)

Ainda de acordo com Soares (2010),” é necessário precarizar a política de saúde, torná-la cada vez mais uma política pobre para os pobres, deixando um amplo espaço para o mercado.”

A ampliação da saúde suplementar e a proliferação dos seus planos de saúde, resultou na tentativa de inversão do sentido da complementaridade do SUS previsto na Constituição. Em 1998, foi aprovada a Lei 9.637/1998 que significou um grande retrocesso para a política de saúde. Essa lei dispõe sobre a qualificação das organizações sociais para prestarem serviços na área da saúde, educação, cultura, esportes, ciência e tecnologia. Com esse instrumento normativo, as entidades privadas ficaram autorizadas a receber, através de contratos de gestão, recursos orçamentários, bens, equipamentos, prédios e servidores públicos para prestarem os serviços pelo SUS.

Alguns movimentos sociais e partidos na tentativa de frear as OSs (organizações sociais), contestaram a constitucionalidade da Lei, pois a atuação dessas organizações fere os princípios constitucionais e inclusive a complementariedade do serviço privado ao SUS. Essa tentativa ocorreu através da Ação indireta de Inconstitucionalidade (ADI n. 1923- DF), que ainda não foi julgada definitivamente.

Outro meio de desmonte das conquistas na política de saúde foi a proposta de gestão dos hospitais universitários através do modelo privado da Empresa

Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sua criação foi autorizada por meio da Lei 12.550/2011. Essa iniciativa foi seguida pela proposta de criação no âmbito dos municípios as sociedades de economia mista para gerir os hospitais.

A proposta da EBSERH infringe os princípios e regras administrativas do regime jurídico público do SUS. Além disso, fere a autonomia universitária prevista na Constituição e também a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Para finalizar a Contra-reforma do Estado e as privatizações além dos problemas já descritos, culminaram na precárias formas de trabalho. Os profissionais que deveriam entrar no cargo através de concurso público e como consequência possuir estabilidade, na maioria das vezes estão sendo contratados por empresas com vínculos de trabalho muito frágeis e sem garantias de efetivação de seus direitos enquanto classe trabalhadora.

A partir da compreensão de como surgiu a Política de Saúde no Brasil, suas transformações ao longo das décadas e como esta sofreu transformações após a Contra- Reforma do Estado. No próximo capítulo a temática deste trabalho será ainda mais aprofundada trazendo a discussão sobre o Controle Social.

CAPÍTULO 3: O DEBATE SOBRE CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

O tema controle social surgiu no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80, e também com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas previstos na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores. A compreensão sobre controle social pressupõe uma concepção de Estado e sociedade civil.

Segundo Correa (2007), é com base na complexificação das relações entre Estado e sociedade, observada na conjuntura de sua época, que Gramsci formula o conceito de Estado, não rompendo com o marxismo, mas considerando as novas configurações do capitalismo neste novo contexto histórico. O Estado abrange a sociedade política e a sociedade civil, para manter a hegemonia de uma determinada classe sobre a outra. O Estado em Gramsci congrega além da sociedade política a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia que mantêm o consenso.

Segundo Correa (2007), citando por Gramsci:

“E, para manter o consenso, o Estado incorpora demandas das classes subalternas. No Estado essas buscam ganhar espaços na sociedade civil na tentativa de criar uma nova hegemonia através da “guerra de posição”. A história das classes subalternas “está entrelaçada à sociedade civil, é uma função ‘desagregada’ e descontínua da história da sociedade civil e, por este caminho, da história dos Estados ou grupos de Estados.” (2002, p. 139-140)

Atualmente, o debate defendido por Correa (2007) sobre sociedade civil entende que essa categoria é tratada por um viés predominantemente político sem articulação alguma com a base econômica, constituindo-se em um espaço homogêneo sem contradição de classe. Os interesses que nela circulam apresentam-se como universais, abstraindo-lhes o caráter de classe.

“O pensamento de Gramsci tem como eixo de análise da realidade o princípio da totalidade em que subverte os princípios do determinismo econômico, do politicismo, do individualismo e do ideologismo, e estabelece uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura - economia, política e cultura - concebendo a realidade como síntese de múltiplas determinações.”(Correa, 2007, p. 4)

Segundo a perspectiva de Gramsci, não existe neutralidade no Estado. Segundo Correa (2007), a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas

de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da “direção político-ideológica”.

Ainda segundo Correa (2007), a partir da concepção em Gramsci da relação Estado/sociedade civil, pode-se afirmar que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa de poder. É a partir desta concepção de Estado – com a função de manter o consenso além da sua função coercitiva – quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de forças existente entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil.

Tendo em vista a afirmação acima, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

“A partir do referencial teórico de Gramsci em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Assim, o controle social é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – está balizado pela referida correlação de forças. Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido dessas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento “econômico-corporativo” ao “ético-político”, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas. Esta classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que esse incorpore seus interesses, na medida que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante.” (Correa, 2007, p. 7).

A luta pelo Controle Social na Política de Saúde vem de uma longa data. Segundo Correa (2007), na segunda metade da década de 70, com o fim do milagre econômico e o agravamento das crises cíclicas do capitalismo, ressurgem os movimentos populares como o movimento de mulheres, o movimento pela anistia e o movimento contra a carestia, além das greves no ABC, o novo sindicalismo e o fim do bipartidarismo. Estes movimentos tinham uma característica antiestatal, ou seja, uma postura de “autonomismo e independência popular.

Na década de 80, a relação do Estado com os movimentos sociais sofreu modificações. Por um lado, o Estado passou a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas. Por outro lado, os movimentos sociais presentes na sociedade civil começaram a negociar com o Estado, rompendo com a postura “de costa para o Estado”.

“Durante o período da ditadura militar o controle social da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de Decretos Secretos, Atos Institucionais e repressão. Na realidade, durante esse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade, ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu domínio promovendo o fortalecimento do capitalismo na sua forma monopolista. Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças. Este contexto caracterizou uma pseudo dicotomia entre Estado e sociedade civil e uma pseudo homogeneização dessa última como se ela fosse composta unicamente por setores progressistas, ou pelas classes subalternas. A sociedade civil era tratada como a condensação dos setores progressistas contra um Estado autoritário e ditatorial, tornando-se comum falar da necessidade do controle da sociedade civil sobre o Estado.” (Correa, 2007, p.13)

O movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de diversos setores da sociedade sobre a situação da política de saúde no Brasil naquele momento. Suas primeiras movimentações foram realizadas no início da década de 1960 e em 1964 foi bloqueado pela ditadura militar. O movimento foi retomado no fim da década de 1970 com grande mobilização da população brasileira.

No final dos anos 1970 inicia-se uma efervescência dos movimentos sociais frente ao agravamento das desigualdades sociais e pelo fim do regime autoritário. Durante este período, por todo o País, emergiram movimentos sindicais na área da Saúde. Este período é marcado pela crítica ao modelo de saúde vigente por meio de

denúncias sobre as condições de saúde da população e propostas por uma política de saúde democrática.

A aproximação de intelectuais do setor Saúde, com diversas categorias profissionais e movimentos sociais, permitiu a disseminação da agenda reformista do setor Saúde. Essa agenda foi formulada, a partir da década de 70, sob liderança das forças democráticas, tendo como principais diretrizes para a política de saúde: a universalização, a descentralização e a participação social.

O movimento sanitário, iniciado no Brasil nos anos 1970, envolveu vários sujeitos sociais como: movimentos populares, trabalhadores de saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais. Os adeptos deste movimento possuíam uma visão diferenciada da saúde, inspirados na Reforma Sanitária italiana contrapondo-se ao projeto privatista, individualizante e curativo da saúde vigente naquele momento. Ressalta-se que este movimento foi constituído inicialmente por intelectuais do campo da Saúde, entre eles, os profissionais de saúde coletiva.

De acordo com Bravo (2007), na perspectiva gramsciana, os intelectuais têm um papel fundamental na contra hegemonia da saúde na defesa da democracia e da cidadania. Dessa forma, o movimento sanitário foi extremamente importante para orientar as lutas no campo da Saúde a favor das classes trabalhadoras.

O Projeto da Reforma Sanitária teve como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, dessa maneira, pela saúde. Defende um conceito abrangente de saúde, tal como colocado na VIII Conferência Nacional de Saúde, e com os seguintes fundamentos: a democratização do acesso aos serviços; a universalidade das ações e a descentralização com controle social, garantindo como premissa básica a saúde como direito de todos e dever do Estado. Posto isso, uma de suas estratégias é o Sistema Único de Saúde. Ao estimular a participação popular na construção de uma esfera pública democrática, reafirma-se o compromisso com as premissas do Projeto da Reforma Sanitária e busca-se efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento pela Reforma Sanitária consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. A 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu o marco político e conceitual para a orientação do processo de transformação do setor saúde no Brasil, em que foi reconhecido que o direito à saúde se inscreve entre os direitos fundamentais do ser humano e que é dever do Estado a sua garantia. O projeto sanitarista, saiu vitorioso no debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e veio a confrontar-se com o projeto privatista durante toda assembleia constituinte, garantindo avanços significativos na organização do SUS.

A 8ª Conferência Nacional de saúde foi convocada pelo ministro Carlos Santanna (Decreto n. 91.466, de 23/07/85) e realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos, teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. O temário da conferência era composto pelos seguintes itens: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor.

Destaca-se um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. Como resultado dos debates, o relatório da 8ª conferência explicitou as diretrizes para a reorganização do sistema e estabeleceu que a mesma deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária. Os princípios que deveriam orientar a organização e operação do novo sistema também foram de extrema importância para o bom funcionamento do mesmo. Foram colocadas questões como descentralização na gestão dos serviços; integralização das ações, visando a superação da dicotomia preventivo- curativo; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população; fortalecimento do papel do município; universalização da cobertura populacional; equidade nos atendimentos; entre outros.

As proposições incluíram ainda a definição de responsabilidades da União, estados e municípios na gestão do sistema de saúde, que deveriam estar fundamentadas no caráter federativo da nossa República de tal modo a romper com a centralização. Preconizava também a “progressiva estatização do setor” e o rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelos provedores privados contratados. A luta do movimento sanitário resultou em um novo arcabouço jurídico explicitado na Constituição Federal de 1988 e que a define saúde como direito de todos e dever do Estado, além de garantir a participação da população na formulação, elaboração e avaliação das políticas de saúde.

A participação popular na formulação das políticas públicas e no controle das ações do Estado, está garantida na Constituição de 1988 e regulamentado em leis específicas. Na política de saúde está previsto na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/1990. E ainda pela Lei 8142/1990, que dispõe especificamente sobre a participação social no SUS, definindo as instâncias colegiadas nas quais a participação se realizará em todas as esferas de gestão do sistema: Conferências de saúde e conselhos de saúde.

Segundo Correa (2007), somente no período de democratização do país em uma conjuntura de efervescência política, principalmente, na segunda metade da década de 80, que o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado.

A partir das contribuições do Boletim Repente ¹, o Controle social é uma forma de compartilhamento do poder de decisão entre Estado e sociedade sobre as políticas, é um instrumento e uma expressão da democracia e da cidadania. Trata-se da capacidade que a sociedade tem de intervir nas políticas públicas. Esta intervenção ocorre quando a sociedade consegue interagir com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município, do estado ou do governo federal.

As conferências e os conselhos constituem o espaço estabelecido no marco legal para a participação social. Embora já existissem antes da Constituição Federal

¹ É um boletim editado pelo Instituto Pólis para divulgar informações e contribuir na formação de participantes de Conselhos de todo o país e pessoas interessadas em construir e fortalecer espaços participativos e de exercício da cidadania ativa.

de 1988, é somente a partir desta que assumem o caráter de espaço público que hoje apresentam. No período anterior, as conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado.

A conferência de saúde é convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo (ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde), e tem como atribuição avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Os Conselhos de Saúde tornaram-se instâncias permanentes e de caráter deliberativo em todos os níveis de gestão do sistema.

O atual conceito de controle social presente na CF/88 pode ser materializado tanto no momento da definição das políticas a serem implementadas, quanto no momento da fiscalização, do acompanhamento e da avaliação das condições de gestão, execução das ações e aplicação dos recursos financeiros destinados à implementação de uma política pública. A composição dos conselhos é estabelecida na lei: representantes do governo, de prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários, devendo estes últimos ter representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. O Conselho Nacional de Saúde passou a orientar, a partir de 1992 (Resolução n. 33, do CNS, de 23/12/1992), a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS), recomendando, entre outras coisas, que a escolha dos representantes fosse realizada pelos próprios segmentos; e que a composição deveria ser de 50% de usuários; 25% profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores; a eleição do presidente deveria se dar entre os membros do conselho sem que houvesse coincidência de mandatos entre conselho e governantes. Também foi assegurada em lei a presença de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) entre os membros do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a existência de Conselho de Saúde nas esferas subnacionais se converte em exigência para que possam receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). As leis que regulamentam o controle social nas políticas públicas prevêm instâncias de consulta e deliberação cidadãs, especialmente por meio de conselhos de políticas públicas nos três níveis: Federal, Estadual e Municipal. O controle social

ainda pode ser exercido também fora dos canais institucionais de participação, pela população em geral, acompanhando as políticas públicas em todos os níveis da federação.

Aos conselhos gestores de políticas públicas Nacional, Estadual e Municipal compete deliberar políticas e aprovar planos, fiscalizar as ações e a utilização dos recursos, aprovar ou rejeitar a prestação de contas feita pelo poder público e emitir normas. A partir do entendimento das funções desses espaços fica clara sua importância para a sociedade. Os conselhos têm sua existência garantida em lei, portanto não sofrem como outros espaços participativos que dependem do governo para sua implementação ou continuidade do funcionamento. Não estão sujeitos à vontade de uma ou outra gestão para existir.

O controle social não existe sem a participação ativa da sociedade, e pode ser exercido através de outros mecanismos, como: em associações, movimentos, fóruns, ONGs, etc. São nestes espaços autônomos para o debate que são discutidas e formuladas as propostas a serem apresentadas ao governo. Nestes espaços, a sociedade constrói o interesse coletivo e definem propostas que, no diálogo posterior com governos, serão apresentadas e defendidas.

Ainda que nossas discussões até aqui tenham indicado o processo de luta para criação dos espaços de controle social bem como a concepção deve nortear tal espaço, a conjuntura imposta à política de Saúde à partir da década de 1990 vai interferir diretamente no mesmo. A seguir nos dedicaremos a apresentar as determinações da realidade do controle social na atualidade.

3.1- O CONTROLE SOCIAL APÓS A CONTRA-REFORMA DO ESTADO

Após o fim do mandato de Fernando Henrique, presidente que adotou todos os princípios neoliberais no Brasil, acontece a eleição de um presidente que pertence a categoria dos trabalhadores, a expectativa era que o novo governo rompesse com a política neoliberal. Mas o que aconteceu no plano econômico foi a manutenção de todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC (Fernando

Henrique Cardoso). A tese central do governo não era a expansão do gasto social e sim a focalização.

Quando Lula assumiu o poder em 2003, o governo anterior de FHC, já havia adotado no Brasil todas as medidas neoliberais, que culminaram principalmente na redução dos gastos sociais e na desresponsabilização do Estado perante as políticas públicas.

Conforme Souza e Garcia (2016), na campanha do ex presidente Lula, o tema saúde não era valorizado, mas havia no plano de governo algumas propostas a serem implantadas nesse campo como: política de saúde bucal, à questão das urgências e das emergências, e da criação da farmácia popular, que se desdobraria no acesso aos medicamentos por parte da população, ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), o reforço da atenção básica, o aprimoramento das relações intergovernamentais, a ampliação do acesso e a garantia da integralidade da assistência. Como previsto em campanha algumas propostas se materializaram e foram instituídas através de programas e principalmente do fomento à terceirização da gestão de serviços públicos.

Uma das medidas adotadas no governo Lula, foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

”No que se refere aos recursos da EBSERH, o PL 1749, em seu artigo 8º, define, entre outras fontes recursos, os provenientes “dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais”, evidenciando a possibilidade de organismos internacionais incidirem nos hospitais universitários inclusive através do financiamento de pesquisas, o que pode comprometer a autonomia das pesquisas desenvolvidas. Outro ponto utilizado em defesa da aprovação da EBSERH foi o da necessidade de alcançar “eficácia e eficiência” categorias amplamente utilizada no documentos do BM que indicam que o alcance destas se dá através do investimento restrito nas políticas sociais, no fomento às parcerias público/privadas e na responsabilização dos trabalhadores pelos serviços.” (Souza e Garcia, 2016, p. 9)

Outra questão importante sobre o mandato de Lula foi a aprovação da continuidade da Desvinculação das Receitas da União (DRU) que constitui a retirada de 20% dos recursos destinados à Seguridade Social ainda na fonte para pagamento de juros da dívida.

“Em 2011 assume o governo Dilma Rousseff também do partido dos trabalhadores. Ao longo de seu governo Dilma deu continuidade à terceirização no campo da saúde e às medidas que retiram recursos

públicos que deveriam ser destinados à política de saúde. Outra medida contrarreformista imposta à saúde foi a Medida provisória 13.097/2015 posteriormente transformada em Lei que altera parte do texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) para permitir a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência. A liberação irrestrita da entrada de capital estrangeiro na saúde pode ser considerada inconstitucional pela forma como o processo legislativo foi conduzido e pela retirada de parágrafo inteiro da Lei nº 8.080/90, tornando regra uma exceção expressa na Constituição Federal e expressa também a subordinação às orientações do BM.” (Souza e Garcia, 2016, p.9)

O princípio do Controle e participação social também foi atingido pela privatização na saúde, pois o debate público e a deliberação sobre as políticas públicas executadas nos Conselhos, são substituídas pela prática dos conselhos administrativos, consultivos ou fiscais das organizações sociais e das EBSEH, e estas não preveem a participação paritária dos usuários. No tocante à participação, observa-se uma retração dos movimentos sociais, dos movimentos sindicais e demais segmentos representantes da classe trabalhadora o que incide diretamente sobre a constituição dos espaços participativos como os Conselhos de Políticas Públicas e de Direitos. Além disso, a redução dos gastos sociais, privatizações e mercantilização das políticas sociais é outro grande desafio para a efetiva participação social.

Entende-se que apesar dos entraves postos a partir dos anos 1990 para a consolidação de políticas públicas de qualidade, os espaços dos conselhos são fundamentais, uma vez que possibilitam a interlocução de diferentes atores políticos no sentido de discutir e construir uma política pública afinada com os preceitos constitucionais e no âmbito específico da saúde e do SUS.

A contrarreforma da Previdência Social ocorrida no governo Lula, realizou no âmbito do serviço público, ações restritivas de direitos que haviam sido derrotadas durante a gestão de FHC.

Em relação a participação social, houve uma ampliação dos canais de participação, porém na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados quem determina a representação da sociedade é o governo.

Durante o período do governo de Lula, a saúde teve como seu aspecto central a manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma Sanitária e

Privatista. O governo ora privilegiava um projeto Reforma Sanitária, ora privilegiava o projeto Privatista.

”O projeto de saúde articulado ao mercado ou projeto privatista está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção da responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.” (Bravo, 2001 e Menezes, 2010, p. 277)

O que se observa no governo Lula foi a continuidade da política de saúde dos anos noventa, com ênfase na focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Em relação ao Controle Social aconteceram avanços, como a criação da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa que visa fortalecer a participação social e a realização de diversas Conferências articuladas ao Conselho Nacional. Um destaque importante foi a eleição do presidente do Conselho Nacional pela primeira vez em 70 anos. Após o 8º simpósio sobre Política Nacional de Saúde surgiu o Fórum da Reforma Sanitária, formado pelas seguintes entidades: o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa)

“A partir desse momento histórico, podemos afirmar que fundamentalmente existem três grandes projetos em confronto na política de saúde: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da Reforma Sanitária. O projeto SUS possível é defendido pelas lideranças da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Este projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica.” (Soares, 2010, p. 93)

O Plano de Governo do Lula em seu segundo mandato não apresentou compromisso com a Reforma Sanitária, pois não abrangia aspectos centrais como: controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho. Um dos aspectos mais preocupantes do segundo mandato de Lula é a criação das Fundações Estatais. Essas fundações são regidas pelo direito privado e tem seu marco na Contra-Reforma do Estado

realizada por FHC. A implantação dessas fundações resultam em diversos problemas como: contratações de profissionais via CLT, acabando com o Regime Jurídico Único; não ênfase do controle social, uma vez que não prevê os conselhos gestores de unidades e sim os conselhos curadores, entre outros. Outro dado importante é o surgimento da Frente Nacional Contra as Privatizações e pela procedência a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98 em maio de 2010. Essa Frente realizou diversas ações visando a mobilização dos Estados e Municípios para a criação de Fóruns de Saúde.

Em resumo os dois mandatos de Lula são marcados pela continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da seguridade social e a articulação com o mercado.

Já o governo Dilma e suas medidas apontam para um governo mais privatista e comprometido com a manutenção do atual modelo econômico.

O governo Dilma é marcado pela continuidade das ações do presidente anterior com alguns destaques importantes. Uma das questões preocupantes foi a ampliação dos modelos de gestão privatizam a saúde como as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que foi mantida pelo governo.

Outro aspecto preocupante é a falta de referência aos conselhos de saúde, em que o governo não leva em consideração as questões discutidas nos Conselhos e Conferências, realizando manobras voltadas apenas ao mercado. A análise em relação a saúde no governo Dilma sinaliza para a ênfase nas políticas e programas focalizados, parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais.

Os Conselhos de Saúde devem ser considerados como instâncias de fundamental importância para o exercício do Controle Social. Conforme Menezes (2010): “Concebe-se o controle social, não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e criatividade dos usuários na elaboração da política”.

“Na atual conjuntura brasileira, considera-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com as políticas públicas defendendo a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas

na Constituição de 1988. Ressalta-se, como fundamental nesse processo, a efetiva participação social da sociedade civil e mecanismos importantes dessa resistência são os Conselhos e Conferências concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida.”(Menezes, 2010, p.260)

Conforme Bravo (2001) e Menezes (2010), nesta conjuntura de enfraquecimento das lutas sociais, as entidades da sociedade civil não tem conseguido uma defesa da Seguridade Social e da saúde em particular, com destaque para o Movimento Sindical, os Partidos Políticos, o Movimento Popular e o Movimento Sanitário.

Atualmente, após Impeachment da presidente Dilma, o atual presidente Michel Temer já aprovou medidas que afetam negativamente ainda mais todas as políticas públicas. Uma de suas medidas foi a aprovação da PEC 241 que tem como finalidade um teto máximo para os gastos públicos, mas seu real significado é o congelamento dos gastos públicos por vinte anos. Os gastos com programas sociais de políticas como educação e saúde serão diretamente afetados, limitando a qualidade dos serviços públicos oferecidos. Essa emenda constitucional pode sucatear o Sistema Único de Saúde, utilizado principalmente pela população de baixa renda que não dispõe de plano de saúde. Além disso, o reajuste do salário mínimo só poderá ser feito com base na inflação - e não pela fórmula antiga que somava a inflação ao percentual de crescimento do PIB. Isso atingirá diretamente o bolso de quem tem o seu ganho atrelado ao salário mínimo.

De acordo com Menezes (2010), mesmo com o processo de desmonte a partir dos anos 1990, o Conselho Nacional de Saúde, tem assumido uma postura de resistência e garantia do direito à saúde. Porém, não tem sucesso na articulação nas lutas em defesa da Seguridade Social e do Projeto Reforma Sanitária. Seu maior limite é não conseguir ultrapassar a discussão setorial da política de saúde.

“Considera-se fundamental esta agenda de mobilização e construção da consciência sanitária, pois só o aprofundamento da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura e a organização dos movimentos sociais poderão fazer face à crise estrutural do capitalismo. Destaca-se a necessidade de novas ações de articulação e mobilização do CNS com os demais sujeitos sociais e movimentos sociais, reafirmando a lutas pelas transformações políticas, sociais e econômicas.” (Menezes, 2010, p. 269)

Conforme Bravo (2001) e Menezes (2010), p. 278:

“O desafio na atualidade tem por objetivo superar as profundas desigualdades sociais existentes em nosso país e que foram aprofundadas no governo Lula da Silva é um amplo movimento de massas que retome as propostas de superação da crise herdada e avance em propostas concretas.”

Bravo (2001) e Menezes (2010), problematizam sobre as entidades representantes dos três segmentos nos Conselhos, afirmando que é possível identificar algumas distorções na representação de usuários e trabalhadores da saúde, cabendo destacar: entidades prestadoras de serviço representando os usuários, trabalhadores de saúde indicados pelos gestores e com cargo comissionado.

“As questões apresentadas configuram-se como entraves para a efetivação do controle social. A concepção dos conselhos enquanto espaços contraditórios, de disputa de projetos, impõe uma luta pela garantia da representação de usuários e trabalhadores da saúde por membros vinculados a esses segmentos, enquanto uma estratégia fundamental para a real participação e interferência da sociedade nas decisões referentes à política pública de saúde, de forma que as suas demandas sejam de fato contempladas.”(Bravo, 2001 e Menezes, 2010, p. 280)

Outro ponto destacado foi a pouca participação dos conselheiros em partidos políticos e sindicatos. De acordo com Bravo (2001) e Menezes (2010), este é um ponto importante pois demonstra que a perspectiva política dos conselheiros pode estar restrita somente a saúde, e não a um projeto societário mais amplo.

“Parte-se do pressuposto que, muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos, decorre da cultura política presente ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos, como também nas práticas políticas do favor, patrimonialistas (uso privado da coisa pública), de cooptação da população, populistas e clientelistas. Estas características são decorrentes do autoritarismo do Estado brasileiro, da distância da sociedade civil na atual conjuntura provocada pelas alterações na forma de produção e gestão do trabalho frente as novas exigências do mercado oligopolizado.” (Bravo, 2001 e Menezes, 2010, p. 282)

Conforme Bravo (2001) e Menezes (2010): “Os conselhos são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais, entretanto, têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país.

Devemos ressaltar que o controle democrático pela classe trabalhadora está além da atuação dos segmentos sociais nos conselhos. A participação popular

requer uma articulação das forças políticas que representam os interesses dessas classes em torno de um projeto para a sociedade que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital.

Até aqui buscamos indicar os ataques direcionados à política de saúde e ao controle social. A seguir nos dedicaremos ao debate acerca do controle social no Município de Mariana, especificamente no Conselho Municipal de Saúde, cenário de nossa pesquisa.

CAPÍTULO 4: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA-MG²

A cidade de Mariana foi a primeira capital mineira, o município nasceu da busca por ouro no Ribeirão Nossa Senhora do Carmo, formando assim o arraial de Nossa Senhora do Carmo. A cidade de Mariana guarda relíquias e casarões coloniais que contam a história do Brasil. O município faz parte do circuito do ouro e é parte integrante da Trilha dos Inconfidentes e do Circuito Estrada Real. A população estimada 2013 (IBGE) é de 57.639 habitantes, com uma densidade demográfica de 45,40 hab/Km². Atualmente a maior fonte de riqueza e empregos na cidade vem da atividade mineradora que traz peculiaridades para o estudo do conselho de saúde do município. A migração de pessoas de diversas cidades e Estados em busca de emprego, é uma realidade presente no município de Mariana, esta característica remete a uma particularidade no trato do município com as políticas públicas.

O Conselho Municipal de Saúde da cidade de Mariana foi criado pela lei 929/91 no dia trinta de abril de 1991, a referida lei criou o conselho municipal de saúde e o fundo municipal de saúde. A lei 929/91 define o conselho municipal de saúde como órgão de caráter permanente e deliberativo, prevê também que as decisões tomadas pelo conselho deveriam ser homologadas pelo poder executivo municipal em até vinte dias.

Segundo a Lei 929/91 eram competências do conselho: atuar na formulação, acompanhamento e controle da execução da política municipal de saúde; definir diretrizes que vão nortear o Plano Municipal de Saúde a ser executado no ano seguinte; aprovar, acompanhar e controlar a execução do Plano Municipal de Saúde elaborado anualmente e propor, quando se fizer necessário, novas diretrizes municipais de saúde; propor equacionamento de questões de interesses municipais na área da saúde; atuar junto ao departamento de assistência e saúde na decisão de aprovar contratos e convênios com a rede privada no nível municipal e supervisão do funcionamento destes serviços, determinando a intervenção dos

² Este capítulo resulta também dos estudos desenvolvidos a partir da minha inserção em um projeto de iniciação científica intitulado "A CONSTITUIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE OURO PRETO E MARIANA: PARTICULARIDADES HISTÓRICAS E CONFIGURAÇÃO ATUAL", desenvolvido no ano de 2016 e coordenado pela professora Cristiane Nobre.

mesmos no sentido de garantir as diretrizes bases do Sistema Único de Saúde; atuar junto ao departamento de assistência e saúde na administração e controle dos recursos financeiros do SUS; discutir e aprovar a instalação de quaisquer serviços públicos ou privados que mantenham ou venham manter contrato e convênio com órgão público e privado de saúde; cooperar com a fiscalização do departamento de assistência e saúde no controle de endemias e epidemias, diagnosticadas no município, exigindo mensalmente das empresas, hospitais, clínicas e consultórios médicos relatório das doenças de notificação obrigatória; garantir uma divulgação das deliberações e ações a serem desenvolvidas na área da saúde através dos meios de comunicação; articular-se com organismos afins e instituições, buscando acompanhar o desenvolvimento da política de saúde a níveis federal, estadual e regional que possam vir a intervir na política municipal de saúde.

Ainda segundo a lei 929/91: os membros do conselho de saúde eram nomeados pelo prefeito municipal, com requisitos como: pessoas idôneas e indicadas pelas entidades que representariam. A presidência do conselho era obrigatoriamente do diretor do departamento de assistência e saúde. O conselho era composto por quatorze membros mais o presidente, totalizando quinze membros. A composição do conselho era de dois representantes da câmara municipal, cinco representantes escolhidos entre os diversos segmentos da sociedade, três representantes dos sindicatos e quatro representantes da área da saúde.

Ainda no mesmo ano, a lei 978/91 do dia trinta de dezembro, alterou o 6º artigo da lei 929/91, este artigo era referente a composição dos membros do conselho municipal de saúde. A alteração foi o aumento de mais um representante para área da saúde, portanto a nova configuração destina cinco representantes para área da saúde.

Tendo em vista os dados apresentados sobre a primeira Lei que regulamentava o Conselho Municipal de Saúde de Mariana podemos perceber que tal lei era nem um pouco democrática. O presidente do Conselho era obrigatoriamente um representante do governo, na composição haviam dois representantes da Câmara Municipal (se já estão na Câmara por que compor o Conselho?), os cinco representantes da sociedade civil eram indicados pelos segmentos da sociedade, mas escolhidos pelo prefeito; três representantes eram

dos sindicatos; e quatro representantes da área da saúde. Não existe paridade na composição apresentada pela lei 929/91.

Após a leitura das leis que regulamentam sobre o conselho municipal de saúde no período e também das atas, foi possível perceber que mesmo com a lei de criação do conselho, o conselho municipal de mariana não se instaurou com tanta efetividade. A partir da análise das atas o que se percebe é que não aconteceram reuniões mensais como previa a lei, as atas são de datas completamente diferentes e também não há periodicidade. No ano de 1992 aconteceram duas reuniões, no ano de 1993 duas reuniões, no ano de 1994 uma reunião, em 1995 uma reunião, o ano de 1996 não consta em nenhuma ata, e foi somente do final de 1997 em diante que começaram a ocorrer reuniões mensais e ordinárias.

O ano de 2014 deve ser considerado como marcante para o conselho municipal de saúde de Mariana, pois neste ano foi aprovada a lei 2.878/2014. Esta lei após analisada pode ser considerada como um pequeno progresso para a atuação do conselho.

Segundo a lei 2.878 compete ao conselho:

“Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), para o controle social da saúde; elaborar e aprovar regimentos gerais das Conferências Municipais de Saúde e outras normas de funcionamento; elaborar e aprovar o regimento interno do Conselho e outras normas de funcionamento; discutir, elaborar e aprovar o regimento interno do conselho e outras normas de funcionamento; discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das ações aprovadas pelas Conferências Municipais de Saúde; atuar na formulação e execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para sua aplicação; definir diretrizes para a elaboração do Plano Municipal de Saúde e sobre ele deliberar, conforme diversas situações epidemiológicas e capacidade organizacional dos serviços; estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do Sus, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; proceder com a revisão anual do plano municipal de saúde; deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao poder legislativo; propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde; estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos no âmbito do SUS; avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde- SUS municipal; avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes do Plano de Saúde

Nacional, Estadual e Municipal; aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de diretrizes orçamentárias, observando o processo de planejamento e orçamentação ascendentes; Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação de recursos; fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde incluindo o Fundo Municipal de Saúde; analisar, discutir e aprovar ou não o relatório de gestão, com prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.”(MINAS GERAIS. MARIANA. Lei 2.878, de 25 de junho de 2014. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Mariana e dá outras providências.)

A cada quatro meses deverão constar nas pautas e assegurado o pronunciamento do gestor municipal de Saúde para a prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. Segundo a nova legislação cabe ainda ao CMS fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente; examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes as ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias; estabelecer critérios para determinação de periodicidade das Conferências Municipais de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do conselho municipal de saúde, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas Pré-Conferências Municipais de Saúde; estimular a articulação e intercâmbio entre conselho municipal de saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da saúde; estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS); estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do conselho municipal de saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e locais de reuniões; apoiar e promover a educação para o controle social; acompanhar a

implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias do conselho municipal de saúde.

No que tange as novas atribuições do Conselho de acordo com a Lei 2.878, em comparação a lei anterior percebemos um número bem maior de atribuições. Além disso, essas novas e importantes atribuições traz uma maior autonomia ao Conselho. Dentre os avanços observados nessas novas atribuições estão: divulgação/informação dos trabalhos exercidos pelo Conselho para a comunidade; examinar as denúncias e irregularidades, contribuir na organização das Conferências Municipais de Saúde, entre outros.

A lei 2.878 dispõe que a composição do conselho é paritária e composta de representantes dos usuários, de trabalhadores da saúde, do governo e dos prestadores de serviços de saúde. O presidente é eleito pelos membros do conselho em uma reunião Plenária. As vagas são distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades dos usuários, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços privados conveniados com o SUS. Os representantes dos usuários são indicados nas pré-conferências e eleitos nas Conferências Municipais de saúde. Os representantes dos trabalhadores da saúde são indicados e eleitos nas pré-conferências ou reuniões específicas e apresentados nas Conferências Municipais de Saúde. Os representantes do governo são indicados pelo prefeito, e os representantes dos prestadores de serviços privados conveniados com o SUS são indicados pelos mesmos e apresentados nas Conferências Municipais de Saúde.

Os conselheiros tem mandato de dois anos e que não deve coincidir com o mandato do governo municipal. Ainda segundo a lei, a representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõe o conselho, portanto, um profissional com cargo de direção ou confiança no âmbito do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos usuários ou trabalhadores. A referida lei também não permite a participação de membros do poder Legislativo, Judiciário e Ministério Público na composição do conselho municipal de saúde de Mariana.

O conselho municipal de saúde é composto atualmente de doze membros titulares e doze membros suplentes. A seguir consta a descrição da composição de cada segmento:

“Representantes do governo municipal:

Um representante da Secretaria municipal de Desenvolvimento Social e Cidadania; um representante da Secretaria municipal de saúde;

Representantes dos prestadores de serviços privados na área da saúde credenciados com o SUS:

Um representante do hospital Monsenhor Horta e/ou de qualquer prestador privado na área da saúde credenciado com o SUS.

Representantes dos trabalhadores da saúde:

Três representantes de profissional da saúde;

Representantes dos usuários:

Um representante das Associações de Bairros da área urbana; um representante das Entidades de Portadores de Deficiência e Patologia e/ou Instituições Assistenciais; um representante das Associações de Moradores da área rural; um representante das Entidades religiosas; um representante dos Clubes de Serviços e/ou Comércio e Defesa do Consumidor; um representante dos Sindicatos.”

(MINAS GERAIS. MARIANA. Lei 2.878, de 25 de junho de 2014. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Mariana e dá outras providências)

Podemos observar alguns avanços comparando a nova composição a antiga prevista pela Lei 929/91. Devemos salientar a saída dos dois representantes do Poder Legislativo deste espaço. Mas ainda existem muitas questões a se pensar sobre esta nova composição. Por exemplo, os representantes dos usuários listados acima realmente representam a sociedade civil? Não consigo visualizar como um representante das Entidades Religiosas pode ocupar um espaço neste Conselho, vislumbrando o bem da sociedade. E se em alguma reunião, o tema da discussão deste Conselho for sobre aborto? Como este representante com questões religiosas tão tradicionais vai agir dentro deste espaço?

“Um aspecto que chama a atenção é a fragilidade da representação da sociedade civil. Como principais entidades nessa representação destaca-se, na saúde, as Associações de Moradores, os Clubes de Serviço (Lions, Rotary, e Maçonaria) e as Associações de Portadores de Patologias.” (Bravo (2001) e Menezes (2010), p. 281)

Tendo em vista a citação acima, percebe-se problemas também na atual configuração do Conselho Municipal de Mariana. Tal conselho, assim como citado acima por estas autoras, possui como representantes da sociedade civil entidades

como: Associação de Moradores, Clubes de Serviços, Associação de Portadores de Patologia e Sindicatos. Além disso, possui a particularidade do município de Mariana ter como representação da sociedade civil, um representante de entidades religiosas, aspecto decorrente da forte religiosidade histórica do município.

Os conselheiros só perdem a condição de membro titular ou suplente do Conselho nos seguintes casos: ser exonerado do cargo por determinação de dois terços dos membros titulares do conselho municipal de saúde, com fundamentado processo interno, assegurada a ampla defesa do membro processado; quando for impedido judicialmente de exercer o cargo de membro conselheiro; quando deixar de comparecer, injustificadamente, a três reuniões consecutivas do Conselho, seja elas de caráter ordinário ou extraordinário, desde que formalmente notificadas dentro de um ano civil; e quando deixar de comparecer, injustificadamente, a cinco reuniões alternadas do conselho, sejam elas de caráter ordinário ou extraordinário, desde que formalmente notificadas dentro de um ano civil.

O conselho municipal de saúde contém a seguinte organização: plenário, mesa diretora, comissões internas e grupos de trabalho. O plenário do conselho municipal de saúde é o fórum de deliberações plenas e conclusivas, configurado com reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos em seu regimento interno, no caso do conselho municipal de Mariana, o Regimento prevê reuniões ordinárias mensais, ou seja, uma reunião por mês, e quando necessário convocação para reunião extraordinária para tratar de assuntos urgentes e inadiáveis.

A mesa diretora é composta por: presidente, vice-presidente, primeiro secretário e segundo secretário. Todos membros da mesa diretora são escolhidos por votação, incluindo o presidente, o que caracteriza um grande avanço, pois em diversos municípios o presidente deve ser obrigatoriamente um representante do governo ou o secretário municipal de saúde. São atribuições do presidente e na sua ausência do vice-presidente: conduzir as reuniões plenárias e encaminhar para efeito de divulgação pública as resoluções, recomendações e moções emanadas do plenário, nas reuniões por ele presidida. São atribuições do primeiro secretário e na sua ausência do segundo secretário: elaborar as atas, resoluções, recomendações e

moções do conselho municipal de saúde, e acompanhar a manutenção do arquivo do conselho municipal de saúde.

O conselho municipal de saúde instala as comissões internas de caráter permanente com grupos de trabalho para ações transitórias. As comissões previstas na Lei 2878 são: Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Fundo Municipal de Saúde; Comissão de Acompanhamento e Fiscalização dos Programas e Serviços em Saúde desenvolvidos pela Secretária Municipal de Saúde; Comissão de comunicação e divulgação do conselho municipal de saúde; e outras se definir o plenário, em maioria simples de votos. São atribuições das comissões internas: coordenar os trabalhos; promover as condições necessárias para que as Comissões Internas atinjam a sua finalidade; apresentar relatório conclusivo a secretaria executiva, sobre matéria submetida a estudo para encaminhamento ao plenário do Conselho Municipal de Saúde; realizar estudos, apresentar proposições, apreciar e relatar as matérias que lhe forem atribuídas; e requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhorar a apreciação da matéria.

O governo municipal deve garantir: autonomia para o pleno funcionamento do conselho, dotação orçamentária e secretaria executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico. O conselho municipal de saúde terá doze reuniões ordinárias anualmente em dias e horários definidos pelo mesmo, e, extraordinariamente, por convocação do presidente ou em decorrência de requerimento pela maioria absoluta de seus membros. As reuniões para fins de deliberações deverão contar com metade do número de conselheiros mais um. No caso de ausência do membro titular quem tem direito a voz e voto será seu suplente. Qualquer documento para discussão pelo pleno deve preferencialmente ser encaminhado com antecedência mínima de dez dias.

Ainda segundo a lei 2.878, na pauta ordinária deverá constar: discussão e aprovação das pautas anteriormente recebidas; ordem do dia constando os temas previamente definidos e preparados; deliberações; leitura da ata do dia e sua aprovação, podendo ser lida e aprovada na reunião seguinte; e encerramento. As resoluções do conselho municipal de saúde serão homologadas pelo prefeito municipal e publicadas em jornal de circulação do município, no prazo máximo de trinta dias, após sua aprovação no plenário. Na hipótese de não homologação pelo

prefeito, a matéria deverá retornar ao conselho municipal de saúde na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência. Feito isso repete-se os trâmites anteriormente citados. As reuniões do conselho municipal de saúde deverão ser gravadas.

A partir da análise das atas do período entre 1992 a 2016, é possível perceber que as pautas são em torno de demandas pontuais sobre saúde, votação sobre convênios e Consórcios, formação de comissões, preparação para as conferências, denúncias dos usuários, votação do Plano Municipal de Saúde, aprovação do relatório anual de gestão, aprovação de orçamento, entre outras menos recorrentes nas reuniões.

Analisando os documentos existentes no conselho municipal de saúde, tais como atas, leis e regimentos, é possível se chegar a conclusão de que houveram avanços consideráveis no funcionamento deste órgão tão importante para a população. As mudanças vão desde a composição dos segmentos chegando até mesmo a estrutura e organização do conselho. A composição dos segmentos foi um pouco melhorada, mas ainda faltam mudanças para que a sociedade civil seja realmente representada. A nova Lei 2.878/2014 fez uma renovação em relação a forma como se organizava anteriormente que culminou em maior autonomia ao conselho. O fato de toda mesa diretora ser escolhida via votação, em especial o presidente do conselho municipal de saúde, demonstra como este espaço tornou-se ainda um pouco mais democrático.

Durante os acompanhamentos das reuniões foi identificado que há um grande tensionamento, pois são interesses, classes e até mesmo objetivos divergentes. A tensão encontra-se principalmente entre representantes dos usuários e representantes do governo e da área da saúde. Durante o acompanhamento pela pesquisa aconteceu uma outra mudança positiva. A sala do conselho com toda sua documentação era dividida com mais dois profissionais de setores diferentes. Quase no fim do estudo a secretaria disponibilizou uma nova sala, utilizada somente pelo conselho municipal de saúde, isso significou uma melhoria na infraestrutura em que o conselho municipal de saúde se encontra. As reuniões tem acontecido na própria sala do conselho.

A pesquisa desenvolvida indicou que assim como os demais conselhos existe um grande tensionamento nas reuniões, conforme já exposto ainda faltam reais melhorias na composição, principalmente na representação da sociedade civil. Além disso, como problematiza Bravo (2001) e Menezes (2010), ainda falta a participação dos conselheiros em partidos políticos e sindicatos. A perspectiva política dos conselheiros não pode estar restrita somente a saúde, e sim a um projeto societário mais amplo. A participação destes conselheiros em movimentos sociais só irá contribuir para qualificar o debate no conselho e potencializar a participação democrática. Não podemos desconsiderar que a Lei 2.878/2014 propiciou um pequeno avanço, tendo em vista a organização do conselho anteriormente a ela. Mas são necessárias ainda muitas melhorias para que de fato este conselho possa tornar-se mais democrático. A presença dos usuários e cidadãos neste espaço tão importante ainda é muito pequena. Mas a esperança é de que no futuro só aconteçam melhorias, seja nesta composição do conselho, na sua autonomia, em sua infraestrutura e que cada vez mais a população acompanhe e se manifeste nesses espaços.

Com o objetivo de aprofundar nossas análises acerca de como os membros do CMS já eleitos a partir da nova legislação a compreendem, a seguir apresentaremos o resultado da pesquisa desenvolvida junto aos mesmos.

4.1- A Lei 2.878 e a concepção de controle social dos conselheiros do CMS

Conforme explicitado no capítulo quatro deste trabalho, a Lei 2.878 trouxe algumas melhorias no que tange a composição do Conselho Municipal de Saúde e autonomia para as deliberações deste mecanismo. Partindo deste pressuposto, foi elaborado e aplicado um questionário aos conselheiros.

O questionário foi aplicado em quatro membros do Conselho, sendo um membro representante da sociedade civil, um membro representante do governo, um membro representante do prestador de serviço privado e um representante dos trabalhadores da saúde. A ideia da diversificação dos representantes era de colher o máximo de informações e até mesmo a diferença de ideias e conceitos entre esses

membros. A partir da análise das respostas dadas por estes representantes, percebe-se que as respostas foram muito homogêneas e complementares.

Em relação ao questionamento sobre a importância do conselho todos os respondentes enfatizaram seu poder de fiscalização. Conforme afirmamos anteriormente, ainda que o controle social tenha sofrido duros embates desde a década de 1990, este ainda constitui um importante espaço principalmente pela possibilidade de incidir sobre o controle da política de saúde. Acreditamos ser extremamente importante o reconhecimento desse princípio por parte de todos os segmentos que compõe esse espaço.

Em resposta a pergunta sobre sugestões para um melhor funcionamento do Conselho. As questões colocadas pelos conselheiros foram voltadas a infraestrutura, como por exemplo: necessidade de uma secretária para otimizar o serviço e ampliar o acesso da população; e a importância do trabalho das comissões. A partir da análise dessas respostas o que percebemos é que a ausência de investimento da Prefeitura no Conselho Municipal de Saúde, interfere no trabalho exercido pelos conselheiros naquele espaço, o que reitera uma das fragilidades já identificadas no capítulo três deste trabalho.

Buscamos compreender qual a percepção dos conselheiros sobre o SUS e as melhorias necessárias: para o representante do governo “O SUS é o sistema de saúde mais amplo e abrangente que tenho conhecimento. Se concretizado a partir das Políticas Públicas, dentro do contexto da regionalização, descentralização e das redes, poderá sim obter cada vez mais melhores resultados”; para o representante dos trabalhadores da saúde “O SUS precisa de melhor planejamento, gestores com competência técnica, capacitação continuada dos funcionários, valorização do trabalhador com plano de carreira, investimento na infra estrutura das UBSs” ; para o representante do prestador de serviço privado “É preciso colocar em prática os princípios do SUS que estão descritos apenas na lei”; para o representante da sociedade civil “O SUS precisa investir na capacitação técnica e na qualidade do trabalho para os trabalhadores. Investir também no atendimento a população, agilizando o atendimento ao público”. Percebemos que são respostas que se complementam, e que estão de acordo com a posição em que o conselheiro se localiza na sociedade e o que essa posição permita que ele perceba.

Indagados sobre a gratuidade do SUS e da distribuição gratuita de medicamentos, os conselheiros pontuaram que o SUS não é gratuito e que todos nós pagamos para o seu funcionamento, é também um contrato social e um instrumento de promoção da dignidade. Além disso, o SUS é integral e universal e por ser uma legislação deve se operacionalizar.

Em relação ao maior desafio do SUS hoje. As questões colocadas foram: para o representante dos trabalhadores da saúde “Fortalecer a atenção primária”; para o representante da sociedade civil “promover o envelhecimento saudável da população”; para o representante do prestador de serviços privados “otimizar o uso de recursos com gestão qualificada”; e para o representante do governo “subfinanciamento do Estado e a judicialização da saúde”. Percebe-se que as questões colocadas são válidas, mas todas representam a demanda daquele segmento que representam.

No que se refere as mudanças que a Lei 2.878/2014 trouxe para o Conselho Municipal, os conselheiros responderam que a lei que trouxe maior autonomia para o conselho foi baseada no regimento do Conselho Nacional de Saúde. E apresentaram como sugestões um capítulo relativo à conduta ética dos conselheiros e a desvinculação da eleição dos conselheiros a conferência municipal de saúde. Ainda que como indicamos anteriormente a Lei tenha apresentado avanços importantes, cabe aqui também destacar que a mesma ainda precisa avançar no sentido de fortalecer o controle social conforme os conselheiros também ressaltam

Sobre a possibilidade de alteração na atual composição do Conselho, somente uma participante respondeu que incluiria um seguimento da UFOP, o restante respondeu que não alteraria a atual composição do conselho. Tal aspecto pesquisado é importante, e somente um participante conseguiu pensar para além da atual configuração. Além disso, a participação sugerida é muito importante para o espaço. Um representante da UFOP implicaria em um crescimento intelectual nos debates dentro do Conselho. Além disso, a necessidade de uma nova configuração dos representantes no Conselho Municipal de saúde já foi pontuada no tópico anterior, inclusive com uma crítica pelo fato de um representante da sociedade civil ser de uma entidade religiosa. É muito importante a discussão sobre as

representações nos segmentos e que essas indicações possam representar a coletividade e assim fortalecer o controle social.

No que diz respeito aos desafios para a atual gestão do CMS, os representantes citaram: fortalecimento da atenção primária, organização do atendimento na policlínica, garantir o estoque adequado de medicamentos, plano de carreira para os funcionários, e novamente o subfinanciamento do Estado e a judicialização da Saúde. A partir das respostas apresentadas, compreendemos que ainda que essas questões sejam expressão do não investimento no sistema público, cabe ressaltar a necessidade de que os conselheiros façam essa análise de forma mais ampla. A dificuldade do trabalho dentro do conselho encontra-se em questões políticas que vão além de demandas tão pontuais.

Após a análise das respostas obtidas nos questionários percebemos que os membros do Conselho Municipal de Saúde de Mariana possuem um conceito razoável sobre o Controle Social. Ainda existe uma grande necessidade de membros que participem mais ativamente de partidos e ou outros espaços de formação política contínua para que possam fortalecer sua atuação e possuam mais conhecimentos sobre o mecanismo que participam e de como podem transformar esta política pública através dele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou a análise de como os conselhos ainda são importantes espaços que nos resta em meio a tantos desmontes dos nossos direitos pelo o Estado. Todas as leituras sobre o tema e além disso, participações em reuniões e acesso a documentações específicas trouxeram-me o entendimento de que este espaço é muito importante e de como ainda estamos mal informados sobre sua função política.

O Conselho municipal de saúde de Mariana não esteve em pleno funcionamento logo após sua criação, fator descoberto através das atas. A sua composição inicial não favorecia aos usuários, visto que os representantes dos usuários eram indicados pelas entidades, porém escolhidos pelo prefeito. A atual configuração da composição é um pouco mais justa, mas para conquistas importantes dentro desse espaço torna-se muito depende muito do posicionamento político desses representantes.

É importante salientar aspectos positivos como: a escolha do presidente do Conselho ser via eleição e não indicação do prefeito; a nova composição dos membros após a lei 2.878/14 em que conseguimos constatar paridade entre os membros; e também a extinção de participantes do poder legislativo entre os membros do conselho.

Entretanto ainda existem elementos muito preocupantes no Conselho Municipal de Mariana, como: a representação da sociedade civil por “representante das Entidades religiosas e representante dos Clubes de Serviços e/ou Comércio e Defesa do Consumidor”; o despreparo dos conselheiros, que ficou evidente durante os estudos , a maioria daqueles que ali nos representam, não sabem na realidade o poder que detém naquele mecanismo e não utilizam do máximo que poderiam para beneficiar a sociedade. E além disso, é um aspecto negativo a não participação de pessoas ligadas a movimentos sociais no Conselho Municipal, representantes com esse perfil acrescentariam muito mais aos debates que acontecem no respectivo espaço.

Conforme apontada pelos Conselheiros no questionário aplicado é de extrema importância, acrescentar a lei 2.878/14 um capítulo relativo a conduta ética dos conselheiros. Além disso, os membros do Conselho necessitam de criar maneiras e mecanismo para atrair a população para a luta.

A partir de todo o estudo e análise sobre o Conselho Municipal de Saúde de Mariana, constatei que apesar de todos os desafios atuais que a realidade política nos impõe, os Conselhos, Conferências, Fóruns, entre outros, são importantes instrumentos de resistência e luta da população. É preciso ampliar a participação de toda a população nesses espaços para somar forças e tentar transformar ou pelo menos evitar o sucateamento de nossas políticas públicas tão arduamente conquistadas. É de extrema importância a participação da população nas reuniões dos conselhos, nas conferências, para uma boa escolha de seus representantes. A união faz a força e com essa união podemos tornar o conselho um instrumento de mudança e transformações da realidade.

REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria; MENEZES, Juliana. Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: cortez, 2012.

CORREA, M, V, C. Serviço Social e Saúde: Formação Profissional. “Controle Social na Saúde”. São Paulo: Cortez, 2007.

MENEZES, Juliana; BRAVO, Maria. Cadernos de saúde, Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro, 2011.

MENEZES, Juliana; BRAVO, Maria. Cadernos de saúde, A saúde nos governos do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro, 2014.

NETTO, J. P; BRAZ, M. Economia Política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2012, 8.ed.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF.

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

MARIANA. Lei 2.878, de 25 de junho de 2014. Dispõe sobre o conselho municipal de saúde de Mariana e dá outras providências. Mariana- MG.

BRAVO, M. I.S. “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília:

UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde, Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BOLETIM REPENTE, n. 29. Controle Social das políticas públicas, São Paulo. Instituto Pólis, Agosto de 2008. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/1058/1058.pdf>> . Acesso em: 28, ago. 2017

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 21, jun. 2017

Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>. Acesso em: 19, jun. 2017

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600026>.

Acesso em: 10, ago. 2017

TEIXEIRA, A; SOUZA, C; LIMA, P. Articulação entre conselhos e conferências: rumo ao sistema de participação? Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.reformapolitica.org.br/noticias/artigos/711-articulacao-entre-conselhos-e-conferencias-rumo-ao-sistema-de-participacao.html>> Acesso em: 24, ago. 2017

ANEXOS



Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas – ICSA

DECSO- Departamento de Ciência Sociais e Comunicação Social

TEMA: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA: CONFIGURAÇÃO ATUAL.

Questionário:

Qual segmento você representa? _____

Há quanto tempo você compõe o Conselho? _____

Pertence a algum movimento social? Qual? _____

- 1) Qual é a sua opinião sobre a importância do Conselho Municipal de Saúde?
- 2) Você tem sugestões para um melhor funcionamento do Conselho? Quais?
- 3) Qual é a sua opinião sobre o funcionamento do SUS? O que você alteraria para obter melhores resultados?

- 4) O que você acha do Sistema Único de Saúde ser gratuito? E sobre a distribuição gratuita de medicamentos?

- 5) Na sua opinião, qual o maior desafio do SUS hoje?

- 6) Na sua opinião, a Lei 2.878/2014 trouxe mudanças significativas para o Conselho Municipal? O que você mudaria nela?

- 7) Você tem alguma sugestão para alterar a atual composição do Conselho? Qual seria?

- 8) Na sua opinião quais seriam os principais desafios de CMS de Mariana para a gestão atual?