



PAULA BELGO MORAES

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM
ESTUDO DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DEL REI (MG)**

LAVRAS – MG

2016

PAULA BELGO MORAES

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS): UM ESTUDO DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SÃO JOÃO DEL REI (MG)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Administração Pública, área de concentração em Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

Prof. Dr. Gustavo Melo Silva

Orientador

LAVRAS – MG

2016

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca
Universitária da UFLA, com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Moraes, Paula Belgo.

Institucionalização dos princípios do sistema único de saúde
(SUS): um estudo de caso do conselho municipal de saúde de São
João Del Rei (MG) / Paula Belgo Moraes. – Lavras : UFLA, 2016.

161 p. : il.

Dissertação(mestrado profissional)–Universidade Federal de
Lavras, 2016.

Orientador: Gustavo Melo Silva.

Bibliografia.

1. Institucionalização. 2. Conselhos de Saúde. 3. Saúde Pública. I.
Universidade Federal de Lavras. II. Título.

PAULA BELGO MORAES

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS): UM ESTUDO DE CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SÃO JOÃO DEL REI (MG)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Administração Pública, área de concentração em Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 07 de abril de 2016.

Prof. José Roberto Pereira

UFLA

Profa. Dra. Flávia de Paula Duque Brasil

Fundação João Pinheiro

Prof. Dr. Gustavo Melo Silva
Orientador

LAVRAS – MG

2016

**Por Deus, com Deus e em Deus.
Aos meus filhos, Felipe e Jordano, sentido de tudo que sou...
Aos meus pais, Benedito e Helenice e minha irmã Juliana, sustento e
amparo de toda a minha vida.
(DEDICO)**

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Lavras (UFLA); ao programa de Pós-Graduação em administração pública (PPGAP); à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública (PPGA).

Ao Professor Doutor Gustavo Melo Silva, por todo o apoio, disponibilidade, compreensão, dedicação, paciência e, principalmente, motivação durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos demais Professores do programa, pela dedicação incansável na construção do conhecimento.

À Professora Doutora Flávia Duque Brasil pela parceria, colaboração e acreditação no trabalho realizado.

À equipe da Secretaria do PPGAP em suas várias faces.

Ao Conselho Municipal de saúde de São João del-Rei, especialmente aos seus conselheiros. Exemplos de dedicação e amor à saúde, referências de disponibilidade e comprometimento com a saúde e com a sociedade. A todos os seus membros meu agradecimento especial. Sem vocês este trabalho não teria sido possível.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde que participaram direta e indiretamente da construção deste trabalho. Especialmente àqueles que transcenderam ao coleguismo do ambiente profissional para se tornarem fonte de amizade.

À Maria Imaculada, que amorosamente me acolheu em seu lar e fez dos tempos de esforço e cansaço, também, tempos de amizade e companheirismo.

Aos amigos, Guilherme e Riane, que estiveram presentes em mais uma fase de minha vida acadêmica.

Aos colegas de curso pela motivação e pelos exemplos de persistência.

Aos amigos que, mesmo a distancia, incentivaram e contribuíram na conclusão desta etapa.

A todos que participaram desta importante e significativa etapa da minha vida, com seus ouvidos, seus conselhos, seus exemplos e, principalmente, suas orações. O sentimento de profunda gratidão deixo a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar como os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) foram institucionalizados nas assembleias e deliberações do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei no ano de 2015. Por meio de um estudo teórico-empírico de cunho reflexivo, buscou-se descrever, analisar, identificar e explicar como tem se dado a institucionalização desses princípios na esfera desse Conselho de Saúde. Sendo os Conselhos uma esfera de participação e controle social e por contar com a participação de atores de diversos seguimentos de interesse à saúde pública, acredita-se que este espaço é um bom indicador de como os princípios do SUS estão sendo institucionalizados. Na primeira parte deste estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca das políticas públicas de saúde, da participação social e do institucionalismo. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa empírica, por meio de observação ativa não participante, com o acompanhamento das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei durante o ano de 2015. Teve como foco de observação os princípios do SUS e como eles foram institucionalizados neste espaço participativo. Segundo esta observação, foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturadas com os atores assíduos às reuniões e de diversos segmentos no período da pesquisa. Por meio da pesquisa realizada, identificou-se que, apesar de não ser clara a teorização dos princípios do SUS para todos os atores, o uso dos conceitos nas assembleias e deliberações existe. Individualmente, os atores apresentam dificuldade no reconhecimento dos princípios nas ações do CMS, mas são capazes de os reconhecerem e os apontarem nas ações, nas deliberações e nas considerações gerais. Concluímos que, apesar das debilidades identificadas no processo participativo, os princípios do SUS permeiam as assembleias, por meio das pautas levadas à plenária do Conselho, assim como as deliberações e as falas dos conselheiros.

Palavras-chave: Institucionalização. Conselhos de Saúde. Teoria Institucional. Saúde Pública.

ABSTRACT

This study had the objective of verifying how the principals of the Unified Health System (SUS) were institutionalized in the assemblies and deliberations of the Municipal Health Council (MHC) of São João Del-Rei, Minas Gerais, Brazil, in 2015. By means of a reflexive theoretical-empirical study, we sought to describe, analyze, identify and explain how the institutionalization of these principals occurred in the sphere of the Health Council. Being the Councils a sphere of participation and social control, and relying on the participation of actors from many segments of the interest of public health, we believe this space is a good indicator of how the principals of SUS are being institutionalized. In this first part of this study, we conducted a bibliographical review concerning health public policies, social participation and institutionalism. Later, we conducted an empirical research by means of non-participant active observation, accompanying the meetings of MHC of São João Del-Rei during 2015. We focused on the observation of the principals of the SUS and how these were institutionalized in this participative space. With these observations, a semi-structured interview was conducted with the actors assiduous of the meetings and of many segments during the period of the research. By means of this research, we identified that, despite the theorization of the principals not being clear to all actors, the use of the concepts in the assemblies and deliberations exist. Individually, the actors have difficulty in recognizing the principals in the actions performed by the MHC, but are capable of recognizing and pointing them out in the actions, deliberations and general considerations. In conclusion, despite the weaknesses identified in the participative process, the principals of the SUS permeate the assemblies by the agenda taken to the plenary of the Council, as well as the deliberations and speeches of the councilmen.

Keywords: Institutionalization. Health Council. Institutional Theory. Public Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Definição do Problema	13
1.2	Objetivos	14
1.2.1	Objetivo geral	14
1.2.2	Objetivos Específicos	14
1.3	Justificativa e Relevância	15
2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E INSTITUCIONALISMO	19
2.1	Políticas públicas e organização da saúde no Brasil	22
2.2	Princípios constitucionais do SUS	29
2.3	Participação Social e Conselhos de Saúde	35
3	ABORDAGEM INSTITUCIONAL NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS	43
3.1	O novo institucionalismo e a abordagem sociológica do institucionalismo	49
4	METODOLOGIA	55
4.1	A construção do referencial teórico	56
4.2	A pesquisa empírica	57
4.3	Coleta de dados	59
4.3.1	Coleta de dados referentes às bases teóricas	59
4.3.2	Coleta de dados via observação aberta não participante	60
4.3.3	Coleta de dados via entrevistas semiestruturadas	63
5	A SAÚDE EM SÃO JOÃO DEL REI	67
5.1	O cenário do estudo: o município de São João del-Rei	67
5.2	A rede assistencial de saúde do município	68
5.3	O Conselho Municipal de Saúde	70
6	INTITUCIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E CONSELHEIROS	75
6.1	Observações sobre o Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei: Institucionalização dos Princípios do SUS	75
6.2	Os princípios do SUS na fala dos atores do Conselho Municipal de Saúde	89
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	113
	APÊNDICE B – QUADRO DE FREQUÊNCIA ÀS REUNIÕES ...	115
	APÊNDICE C - SISTEMATIZAÇÃO DAS PAUTAS	117
	APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO	121

APÊNDICE E – PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	137
ANEXO A – LISTA DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE EMPOSSADOS	139
ANEXO B – TRANSCRIÇÃO PARCIAL DAS ENTREVISTAS ..	143

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o sistema público de saúde brasileiro passou por diversas transformações. O marco inicial foram as reformas da Medicina Social, ainda, no período colonial, Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), Instituto de Assistência aos Pensionistas (IAP), a Insurreição Tenentista, a Reforma 1930, Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), as Reformas Sanitarista, entre outras fases, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A Lei 8080 de 1990 criou o SUS com a proposta de universalização e integralização do acesso à saúde. Os sistemas anteriores eram restritivos atendendo a grupos específicos da população (BRASIL, 1990a). Menicucci (2003) explica que, no caso da política de saúde, a reforma que levou à criação de um sistema público universal foi possível em um contexto de democratização, que permitiu a constituição de novos atores, portadores de propostas alternativas para a saúde e, também, uma situação de desequilíbrios institucionais, favorável a mudanças.

Silva (1996) descreve o formato da saúde pública brasileira antes do SUS, como modelada, inicialmente, por ações restritas e dirigidas a uma classe claramente definida. Pondera que o formato da política de saúde brasileira, e de outras políticas sociais, tem sido fundamental para a consolidação de uma ordem interna de mercado, atendendo, nesse sentido, à mesma lógica que tem motivado a atuação de outros países que optaram, tardiamente, pelo capitalismo industrial.

Para Mello e Viana (2012), o SUS conferiu visibilidade a conceitos que são próprios da organização de sistemas de saúde. Santos e Merhy (2006) explicam que se estabeleceu, com a maior abrangência e diversidade de serviços ofertados por intermédio do SUS, um modelo de estímulo e expansão do setor privado. Conforme estava sendo conduzido à época do IAP, INPS e INAMPS, a

criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, acelerou o processo em que a assistência médica, prestada pelo Estado, passou a ocorrer pela aquisição de serviços privados. Este processo caracterizou o mais importante mecanismo regulatório praticado pela instituição (SANTOS; MERHY, 2006).

Porém, o SUS trouxe em sua formação princípios e diretrizes sociais que modificaram o caráter e o acesso à saúde pública nacional. Foram os primeiros: a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação e o controle social. A incorporação da participação e do controle social, como princípios do sistema, ampliou a assistência e a regulação da saúde pública pela sociedade civil. E, dando continuidade ao novo estágio da saúde pública nacional, em 1990, dois anos após a criação do SUS, foi instituída a lei 8.142 que regulamentou as Conferências e os Conselhos de Saúde. Essas instâncias participativas estreitaram as distâncias entre a sociedade e as decisões em saúde. A desigualdade é uma marca nas relações sociais de nosso país e se faz presente, também, nos Conselhos de Saúde, muitas vezes, engessando a participação (COTTA et al., 2010). Entretanto, é por meio dos Conselhos que se efetiva o controle social.

De acordo com Rocha (2008), a história política do país é repleta de exemplos de manifestações populares que demonstram a capacidade do povo brasileiro de se organizar e lutar por seus direitos. A autora salienta que a forma e a intensidade de luta variam, de acordo com os usos e costumes de cada época, com a experiência histórica e política de cada um dos movimentos sociais e com a abertura ao diálogo e à negociação com os governantes.

Alguns dos avanços da participação social nas políticas sociais acabaram por resultar em preceitos constitucionais que findaram na aprovação do SUS, e um sistema de cogestão e de controle social tripartite das políticas de saúde composto por governo, profissionais e usuários. Com os avanços inseridos na

Constituição Federal de 1988 (CF), a grande maioria das políticas sociais brasileiras conta com espaços institucionalizados de participação social, que são órgãos administrativos colegiados com representantes da sociedade civil e do poder público (ROCHA, 2008).

Com sua proposta de formação, os Conselhos de Saúde se tornam o principal espaço para o exercício dos princípios da Participação e do Controle Social no setor da saúde. Portanto, torna-se um espaço apropriado para a realização do estudo pretendido sobre a institucionalização dos princípios do SUS.

Rocha (2008) reforça que a inscrição de espaços de participação da sociedade, no arranjo constitucional das políticas sociais brasileiras, apostou no potencial das novas institucionalidades em mudar a cultura política do país, introduzindo novos valores democráticos e maior transparência e controle social na atuação do Estado no tocante às políticas sociais. Cabe especular se esta nova institucionalidade foi capaz de permear os Conselhos de Saúde frente às grandes mudanças culturais advindas com o SUS.

1.1 Definição do Problema

Sendo a institucionalização o processo pelo qual processos sociais e obrigações passam a ter um status de regra no pensamento e na ação social é, portanto, sob a luz da teoria institucional e do processo de institucionalização, que pretendemos, por meio desse estudo, descrever, analisar e demonstrar como esse processo tem se dado na participação social nos Conselhos de Saúde, espaço de grande representatividade na construção da saúde pública nacional.

Nessa análise, surge a preocupação de como o Estado vem incorporando a institucionalização do SUS. Especificamente, nesta dissertação, foi realizada uma pesquisa empírica por meio da observação das reuniões e deliberações do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei (MG) no ano de 2015. Foram

também realizadas entrevistas com Conselheiros de saúde assíduos nas assembleias do Conselho. Os Conselhos Municipais de Saúde são espaços onde encontramos uma diversidade de atores e, por meio de sua observação foi possível ampliar o campo de visão de como tem se dado a institucionalização dos princípios do SUS na participação e controle social em nível municipal.

O município de São João del-Rei foi escolhido para o recorte desta pesquisa por ser o município em que a autora atua, profissionalmente, como um agente público da área de saúde. E refletindo à Luz da Teoria Institucional, o que se pergunta é: como os princípios do SUS estão institucionalizados nas assembleias e deliberações e ações do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei (MG)?

1.2 Objetivos

Objetivo geral

Diante dessa pergunta o objetivo geral desta dissertação é analisar como os princípios do SUS foram institucionalizados nas assembleias e deliberações do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei, no ano de 2015, por meio das ações de seus Conselheiros.

Objetivos Específicos

- a) Descrever como os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei compreendem, praticam e efetivam os princípios constitucionais do SUS nas assembleias e em suas deliberações;
- b) Analisar o processo de institucionalização dos princípios do SUS, nas assembleias e deliberações do Conselho Municipal de saúde de São João del-Rei, no ano de 2015, nas ações dos Conselheiros;

- c) Explicar como os princípios do SUS foram institucionalizados nas assembleias de deliberações Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei no ano de 2015.

1.3 Justificativa e Relevância

A trajetória da saúde pública nacional foi marcada por diferentes momentos sociais, políticos e econômicos. Diante dessas transformações, os Conselhos de Saúde e seus atores podem demonstrar dificuldades em incorporar os traços sociais inovadores do SUS. Dessa forma, observa-se a necessidade de pesquisar se o Conselho de Saúde, na ação de seus atores, é capaz de compreender e praticar os princípios do SUS em seu pretexto ideológico integral.

A relevância deste estudo se amplia frente à crescente demanda social para que o Estado brasileiro supra satisfatoriamente os serviços públicos de saúde. Porém, no contexto social proposto pelo SUS não basta apenas fornecer satisfatoriamente esses serviços, é necessário que eles atendam aos preceitos da universalidade, integridade, equidade, participação e controle social. Portanto, a institucionalização do SUS, na rotina dos Conselhos de Saúde, faz-se imprescindível para garantir a efetiva integralização dos seus princípios e o cumprimento dos objetivos por eles propostos. Dessa forma, estudos direcionados a descrever, analisar e demonstrar como se dá a institucionalização desses princípios podem contribuir para analisar como os agentes e atores públicos municipais de saúde os efetivam nas suas práticas rotineiras e vida cotidiana.

Da mesma forma, ao se tomar como fonte do estudo os Conselhos de Saúde, podem-se evidenciar aspectos particulares ao espaço de participação social, o que engrandece a perspectiva do estudo. Isso, porque esses espaços são ambientes de intensa abertura e participação da sociedade civil nas decisões

sobre saúde. Os Conselhos detêm caráter deliberativo o que confere maior importância e, também, instiga maior interesse e comprometimento dos membros. Avritzer (2008) elucida que um dos seus elementos mais importantes é a associação entre a falta da participação e sanção, expressa na suspensão da transferência de recursos públicos federais para os municípios que não praticarem a participação popular na saúde.

A perspectiva da teoria institucional foi considerada uma lente útil para a realização desta análise. Isso, porque ela nos ajuda a compreender o ambiente institucional relacionado aos Conselhos de Saúde e aos preceitos do SUS imersos na ação dos atores dentro dessas instituições. Considerando que as estruturas organizacionais são mais elaboradas com o crescimento de mitos organizacionais e, em contextos altamente institucionalizados, mas, por outro lado, também, devem atender às atividades práticas, torna-se coerente utilizá-las na intenção de verificar se os atores do Conselho de Saúde institucionalizam o SUS por meio dos seus princípios e como se dá esse processo.

Este estudo justifica-se pela relevância de se tratar pontos de estrangulamento no processo de institucionalização, ainda, não evidenciados. E, assim, sugerir possíveis melhorias neste processo. Sua importância é realçada por não existirem estudos conhecidos, específicos sobre o tema no espaço proposto e por se acreditar que as observações e análises que foram realizadas, conforme a estrutura do município de São João del-Rei podem ter proximidade com a realidade de outros municípios com características semelhantes. Dessa forma, os apontamentos, as sugestões e o estudo, advindos deste trabalho podem ser replicados, beneficiando o processo de institucionalização dos princípios do SUS em mais territórios. Justifica-se, também, por se considerar incabível pensar na reestruturação do sistema público de saúde, sem levar em consideração a efetivação dos princípios do SUS e a sua completa institucionalização, frente ao caráter público e social que representam.

Este estudo é direcionado aos princípios, que são amplamente explorados na literatura acadêmica. São eles universalidade, integralidade, equidade e participação e controle social. Esses, também, são os norteadores temáticos das entrevistas e da observação, buscando evidenciar a efetivação desses princípios. Assim, munidos de bases teóricas consolidadas dos dados da observação e das entrevistas são acumulados elementos suficientes para realizar uma análise crítico-reflexivo sobre o tema.

Tendo como objetivo analisar a institucionalização dos princípios do SUS nas assembleias e deliberações do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei, no ano de 2015, esta dissertação foi dividida em sete capítulos.

O primeiro capítulo destinou-se à introdução do tema de pesquisa, problema, objetivos, além da justificativa e relevância do trabalho. O segundo capítulo é dedicado à construção do referencial teórico. Dedicou-se a traçar o arcabouço teórico utilizado para a presente pesquisa. Nele traçam-se os principais momentos do desenvolvimento da saúde pública no Brasil, da Medicina Social, ainda no período colonial, até a criação do SUS. Na sequência, explorou-se a conceituação e as particularidades do SUS, com ênfase nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social. Foi realizado, também, um resgate teórico das instâncias participativas e deliberativas de saúde. Abordamos temas como a participação social e suas formas de inserção, nas ações e decisões de saúde pública, assim como sua relevância. Nesse intuito, explorou-se, com maior ênfase, os Conselhos de Saúde, sua atuação e entraves no cenário da saúde pública nacional.

O capítulo III traz uma abordagem teórica acerca da teoria utilizada, no caso específico, a explicitação da abordagem institucional nos Estudos Organizacionais com ênfase na abordagem sociológica. Seguindo o estudo, no quarto capítulo descrevemos a metodologia empregada. Nela trazemos as análises das observações com base no diário de campo e nas atas e pautas das

reuniões. Também descrevemos a escolha dos membros para as entrevistas com base na assiduidade às assembleias e na paridade. No capítulo seguinte, tratamos a temática da saúde em São João del-Rei, universo da pesquisa, em que se fez uma contextualização do município, suas particularidades e seu formato de assistência à saúde local e regional. O Conselho de Saúde foi analisado quanto à sua formação, normativas, membros e funcionamento.

O sexto capítulo traz a análise dos resultados das observações e entrevistas, seguido da conclusão do presente estudo, assim como as principais dificuldades encontradas e sugestões para estudos futuros.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E INSTITUCIONALISMO

Andion e Serva (2004) apontam que o ano de 1985 constituiu um marco decisivo na história recente do país, pois, com o fim da ditadura militar, as instituições democráticas voltaram a prevalecer. No período de transição que se seguiu foi elaborada a nova Constituição, restabelecendo as bases legais para o exercício pleno da democracia. A adoção da nova Constituição promoveu uma série de mecanismos no sentido de promover a descentralização da ação governamental e de atualizar as normas jurídicas com o reconhecimento de direitos antes negados. Esse processo desencadeou o processo de municipalização da gestão pública concedendo maiores poderes aos municípios. Dentre estes pode-se observar a criação de Conselhos Municipais, em várias áreas de interesse público, tais como educação, saúde, ambiente, entre outros que promovem a participação da sociedade civil na resolução de questões antes restritas somente à intervenção da burocracia estatal (ANDION; SERVA, 2004). Em 1974, foi criada uma comissão em São Paulo que implementou o Conselho de Saúde, seguido da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988 (CF), cujos Conselhos foram consagrados e em que, segundo Melo et al. (2013, p. 17), “vemos, então, a interpelação ter seu reconhecimento”.

No caso específico da saúde pública, o restabelecimento democrático, também, desencadeou mudanças significativas. O sistema público de saúde nacional passou por diversas transformações ao longo do tempo. Em cada cenário político, econômico e social do país, as ações em saúde foram conduzidas de forma diferente. Com a CF de 88, quando o SUS foi criado, novas diretrizes e princípios passaram a vigorar, remodelando o formato de assistência à saúde pública.

O SUS e sua ambiciosa proposta de acesso integral e universal à saúde ampliou a participação do setor privado na saúde pública. Bravo (2010), ao

analisar a saúde no Brasil e em Portugal, comenta que esses países estão vivenciando os mesmos impasses originários da retração do Estado e das influências do neoliberalismo acentuado pela mundialização do capital. Como exemplos importantes na saúde apontam o desfinanciamento do setor público e a entrega da gestão dos serviços ao setor privado.

Acompanhar a trajetória da construção social das políticas de saúde, ao longo dos anos, serve de base para demonstrar os avanços e as diferenças marcantes que o SUS trouxe. De acordo com Barbosa e Elias (2010), a complexa arquitetura do SUS e as dificuldades de implementação, em contextos diversos, como no Brasil, impõe-se a necessidade de que sejam experimentados novos modelos de gestão de ações e serviços que gerem aprendizagem organizacional e que atendam ao sistema.

A saúde pública nacional transcorreu em diversas fases. Políticas públicas e propostas governamentais diversas modificaram, significativamente, as direções das ações públicas de saúde. Comungando com o pensamento de Nunes (2008), ao se pensar que o entendimento do passado contribui para avaliações futuras, temos, na perspectiva histórica dessas políticas públicas de saúde, uma aliada para explicar os movimentos das políticas contemporâneas de saúde. E, por meio dessas análises, compreender o presente, indicar sentidos, supor direções e revelar possibilidades sobre os caminhos da política (NUNES, 2008).

Quando se pensa na saúde pública, cabem considerar alguns aspectos sociais diferenciadores do SUS em relação às intervenções estatais anteriores, o que torna a análise dessa relação ainda mais relevante. Ao se referir ao SUS, Silva (1996) atenta que, transcendendo aos limites de uma simples reforma administrativa, o SUS introduziu profundas mudanças na concepção das ações de saúde, buscando um modelo de atenção integral, calcado na promoção e

proteção, objetivando a redução dos fatores de risco causadores de doenças e agravos.

Quanto à essa diferenciação, dois pontos em particular chamam a atenção no que cerne ao SUS: o aspecto preventivo presente nos seus objetivos, e os princípios e diretrizes sob os quais foi criado. Com o SUS, as práticas preventivas ganharam prioridade. Quanto ao aspecto preventivo do SUS, Carvalho (2013) considera como lamentável o fato de que todas as vezes que falamos dos objetivos da saúde pensamos em tratar das pessoas doentes e relegamos o fato de que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoçam. Quanto aos princípios constitucionais, as Diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde têm seu fundamento na CF de 88 e na Lei 8.080. Essas categorias serão desenvolvidas em sessão posterior. Carvalho (2013), didaticamente, separa essas diretrizes e princípios quanto aos aspectos técnico assistenciais e os técnicos gerenciais que dizem respeito à organização administrativa do sistema.

Esse novo processo de política e gestão em saúde, proposto pelo SUS, modificou os padrões de atendimento e assistência à saúde pública. Os novos preceitos sociais incorporados nesse processo não tinham como prerrogativa serem executados pelos agentes públicos de saúde, principalmente, nas bases municipais, que estavam mais distantes da configuração dessa política. Trazendo em sua gestão de saúde marcas das políticas anteriores, excludentes e restritivas, os atores envolvidos na participação social precisam, nessa nova estrutura, recompor seus preceitos de assistência adequando-se ao novo processo. Destacam-se, nesse cenário, os princípios constitucionais do SUS, abarcados na universalidade, integralidade, equidade, controle e participação social, que transformam os padrões de assistência à saúde.

Assim, diante das significativas mudanças conceituais e ideológicas advindas com o SUS, detalhar a trajetória das políticas de saúde pública

brasileira auxilia no esclarecimento da proporção das mudanças provocadas por meio da sua criação.

2.1 Políticas públicas e organização da saúde no Brasil

De acordo com Menicucci (2003), o padrão institucional de assistência à saúde vigente hoje no Brasil é dependente das políticas anteriores, onde as diferentes opções ocorridas nas últimas três décadas (1970, 1980 e 1990), estão conectadas. Para essa autora, entender as decisões como limitadas pelas escolhas do passado remete a uma explicação que enfatiza os mecanismos institucionais estabelecidos a partir de desenhos de políticas estabelecidas previamente.

Alguns momentos na trajetória política e social do Brasil foram marcantes no tocante aos formatos de desenvolvimento de saúde pública, tanto na concepção do Estado, quanto da sociedade. De acordo com Melo et al. (2013), não se estuda história pelo simples objetivo de conhecê-la, mas para compreendermos melhor como foi construído nosso presente. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2011) descreveu o desenrolar das políticas públicas de saúde do Brasil, do período colonial até a criação do SUS, estudo que serviu de base para a retrospectiva apresentada a seguir.

Durante o período de administração portuguesa, o Brasil não detinha uma estrutura social que objetivasse a causa das doenças. A atuação do Estado e dos médicos nesse período era reduzida a evitar a morte. Antes do século XIX, não se observava relação explícita entre saúde e sociedade, seja nas instituições médicas ou no aparelho do Estado (BRASIL, 2011).

Já, no século XIX, o Brasil passou por um processo de transformação política e econômica que atingiu, também, o âmbito da medicina. As principais mudanças foram: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano e a medicina como apoio científico indispensável ao exercício do poder

do Estado. Surge, então, o conceito de Medicina Social (MACHADO, 1978).
Reconstruindo a história da Medicina Social brasileira, Nunes (2000, p. 254)
comenta:

Fica claramente demonstrado, no estudo de Machado, que o projeto de medicina social que se implanta nesse momento, “tem sob sua mira a transformação da cidade – e principalmente da Corte – promovendo seus habitantes livres a indivíduos saudáveis e patriotas, perfeitos cidadãos”.

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, condicionou mudanças na administração pública colonial e, também, na área da saúde. O Rio de Janeiro, como sede provisória do império português, foi centro das ações sanitárias. Por ordem real, formaram-se as primeiras escolas de medicina do país, no Rio de Janeiro e na Bahia, para suprir a falta de médicos na colônia. No ano de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, momento em que instâncias médicas assumiram o controle das medidas de higiene pública. A junta não resolveu os problemas de saúde pública e, embora não tenha destruído as epidemias, marcou uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. Já a fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Houve tentativas, mas foram sem efeito (BRASIL, 2011).

Com a Proclamação da República, em 1889 e com o fim de escravidão, começaram a aparecer os primeiros sinais capitalistas. Com isso, há uma redefinição dos trabalhadores como capital humano. Deu-se atenção à capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses. A medicina se comprometeu a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e a corroborar na defesa do projeto de modernização do país. Passou a guiar o Estado nos assuntos sanitários (BRASIL, 2011).

A Constituição de 1891 responsabilizava os Estados pelas ações de saúde, de saneamento e de educação. Mas as políticas de saúde tiveram início efetivo, no fim da década de 1910 e encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil, durante a Primeira República, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, que alcançou importantes resultados. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 (BRASIL, 2011).

A Lei Elói Chaves, de 1923, foi a primeira política pública com reconhecimento legal, com medidas de proteção social e assistência médica. Destaca-se a regulamentação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que foi o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente, da assistência médica. Eram organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas, segundo princípios de seguro social, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições. Ela não se aplicava aos trabalhadores rurais, porque no congresso dominava a oligarquia rural, reafirmando o longo ciclo de políticas restritivas (FERNANDES; SOARES, 2012). A exclusão dos trabalhadores rurais perdurou até a década de 1960 quando foi criado um Fundo de apoio ao trabalhador rural (FUNRURAL). As CAPs contemplavam somente o operariado urbano. Tratava-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um Conselho composto de representantes dos empregados e dos empregadores (BRASIL, 2011).

O governo Vargas marcou as configurações de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais, que ocorreram a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira. Entre 1939 e 1940, foram promulgadas as leis

trabalhistas e criou-se a estrutura sindical do Estado. Quanto à Previdência Social, a política de Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Dessa forma, as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Nela os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não por empresa (BRASIL, 2011).

A assistência médica previdenciária não era importante até o fim dos anos 1950. As políticas de saúde implementadas passaram por alterações em diversos campos. Na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o qual passou por sucessivas reformulações. De acordo com Benchimol (2000), as insurreições tenentistas, os movimentos pela reforma de outras esferas da vida social, as cisões intraoligarquias desaguararam na Revolução de 1930 e na criação do MESP. Esse fato iria, segundo ele, finalmente, transformar a saúde em objeto de políticas de alcance nacional (BENCHIMOL, 2000).

Ao MESP cabiam os assuntos de saúde pública. Tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária voltada aos trabalhadores cabia ao MESP. Este Ministério fazia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos os excluídos pelos serviços previdenciários (BRASIL, 2011).

A Constituição de 1946 iniciou um período de 19 anos de experiência democrática. A política da sociedade brasileira, a partir da década de 1950, permitiu a compreensão de mudanças nas políticas da saúde, promovidas pelos “desenvolvimentistas”, que defendiam a ideia da saúde como questão de superestrutura, a saúde como consequência do desenvolvimento econômico e social. Com o período militar (1964-1984), houve o predomínio financeiro das instituições previdenciárias e a hegemonia de uma burocracia técnica que atuava

no sentido da mercantilização crescente da saúde. Implantaram-se reformas institucionais que afetaram a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos IAPs ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais. Mantiveram-se, ainda, excluídos nesse processo, os trabalhadores rurais e informais (BRASIL, 2011). De acordo com Silva (1996), a política de saúde brasileira foi historicamente caracterizada pela distribuição restrita de benefícios e pela dualidade de comando, com oferecimento simultâneo de serviços pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde.

Na década de 1970, a assistência médica, financiada pela Previdência Social, conheceu seu período de maior expansão, em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, os pagamentos, por meio de Unidade de Serviço (US), foi fonte incontrolável de corrupção. Houve construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público e expansão das faculdades particulares de medicina por todo o País (BRASIL, 2011).

Em 1975, o modelo previdenciário entrou em crise junto com o modelo econômico da ditadura militar. Com a rearticulação dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a saúde pública e os serviços previdenciários de atenção médica. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais. O Movimento Sanitário começava a se organizar e buscava conciliar a produção do conhecimento com a prática política. Delimitou-se, teoricamente, o campo da saúde coletiva e o estudo do processo saúde-doença teria foco na coletividade. Portanto, o movimento

sanitário, entendido como movimento ideológico e como uma prática política, confrontou o movimento preventivista liberal de matriz americana. O pensamento reformista desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas (SANTOS; MERHY, 2006).

O movimento da “Reforma Sanitária” se constituiu como um movimento político, em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Esse movimento possibilitou a construção de um novo ator político, ou de uma nova identidade simbólica. Reuniram-se profissionais e intelectuais da saúde, na luta pela democratização da saúde, em torno de um movimento social organizado (SANTOS; MERHY, 2006, p. 31).

O ano de 1974 marcou o começo de uma importante inflexão política do Regime Militar que iniciou o processo de abertura, destacando-se o ressurgimento do movimento estudantil, o surgimento do movimento pela anistia, do novo sindicalismo, e o início do movimento sanitário. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica. Assim, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e abriu cargos que foram ocupados por lideranças do movimento sanitário. A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo do general Geisel (1974-1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. Atuando sob forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se, gradualmente, como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime (BRASIL, 2011).

A década de 1980 iniciou-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizaram-se pelo apelo à democratização

do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização. Segundo Menicucci (2003), ao movimento sanitário é atribuída a liderança política e intelectual da reforma, no interior do qual foi construída uma proposta alternativa para a política de saúde.

O movimento sanitário procurou ocupar todos os espaços de discussão possíveis e promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área de saúde, mas influenciar na sua adoção. Em 1985, com a queda do regime militar e com a Nova República, lideranças do movimento sanitário assumiram posições chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. O marco maior do período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Lá se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com a separação total da saúde em relação à Previdência (BRASIL, 2011; FERNANDES; SOARES, 2012).

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, controle e participação social. Silva (1996) expõe que a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, legitimando as diretrizes de comando único por esfera de governo; descentralização de ações e serviços; equidade e integralidade no atendimento e participação social consolidaram as aspirações e lutas do Movimento de Reforma Sanitária que se desenvolveu lentamente no país e amadureceu em intensas discussões levadas a efeito nos anos 80.

O cenário político brasileiro perpassou por diversas transformações desde a dominação portuguesa até a criação do SUS. Quanto às políticas

públicas de saúde e à efetiva intervenção e reconhecimento estatal, esse caminhar foi ainda mais lento. Se considerarmos o longo período de relegação Estatal sobre a saúde pública, percebemos que se levou um longo período para que algumas políticas específicas entrassem em pauta e, quando elas, finalmente, começaram a ter início tinham um caráter excludente e marginalizador. Com essa ausência e omissão do Estado, na área da saúde pública, o SUS realça-se e destaca-se como ambiciosa proposta, imperando na relevância à assistência em saúde. Nesse processo, deparamo-nos, também, com intercorrências, pois “para se construir um sistema universal de saúde são necessárias condições históricas muito especiais e o esforço para tanto não é pequeno” (MELO et al., 2013, p. 48).

Traçada a trajetória da saúde pública no Brasil e demonstrado como o SUS alterou o perfil da assistência à saúde, serão tratados os Princípios do SUS na próxima sessão.

2.2 Princípios constitucionais do SUS

Menicucci (2003) explica que o processo de redemocratização do país, no âmbito do qual ocorreu essa reforma sanitária, trouxe no seu bojo a preocupação com os aspectos substantivos da democracia que remetem aos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. De acordo com essa autora, na área da saúde, a discussão da “democratização da saúde” manifestou sua forma mais intensa pelo “movimento sanitário”, que objetivou atingir alto grau de organicidade e grande visibilidade política, vindo a ter papel relevante na reformulação da política de saúde.

A oposição ao regime militar incluía a luta pela ampliação das políticas sociais a partir da crítica ao desempenho do governo autoritário na área social, bem como das políticas econômicas de alta concentração de renda. As propostas políticas dos setores de oposição enfatizavam a redefinição das políticas sociais no sentido da universalização de

benefícios mediante um processo redistributivo (MENICUCCI, 2003, p. 158).

Melo et al. (2013) apontam que, assim como ocorreu em Otawa (1986), Canadá, na Assembleia Mundial de Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorreu, também, no Brasil, a saúde sendo definida como resultante de uma série de direitos como vida, trabalho, lazer, educação, moradia, emprego, entre outros. Menicucci (2003) explica que o projeto de reforma sanitária foi consagrado, formalmente, na Constituição de 1988 e implicou mudanças institucionais e dos princípios que norteavam a política de saúde. Nessa perspectiva, no Brasil, instituíram-se diretrizes para consolidar a visão ampliada de saúde.

(...) a equidade: que todos tenham acesso equânime aos serviços de saúde; a universalidade da atenção para os recantos do país; participação da comunidade na formulação, acompanhamento e avaliação por meio de Conselhos e de outros tipos de controle social; e descentralização: da política e da organização do sistema para criar cada vez mais proximidade com os cidadãos (MELO et al., 2013, p. 70)

O documento aprovado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado pelo CEBES de Brasília Em 1979, teve o papel simbólico de lançar o projeto do SUS e, propositivamente, sugerir os principais componentes da proposta alternativa à política vigente. Entre esses componentes destacam-se:

Saúde como direito de todos e dever do Estado; detenção do empresariamento da medicina, considerando os atos médicos como bem social gratuito; unificação do sistema de saúde, cabendo ao Estado a administração do sistema; participação popular na política de saúde; mecanismos eficazes de financiamento; descentralização; e fim dos convênios com pagamento por unidade de serviço (MENICUCCI, 2003, p. 161).

Silva (1996) esclarece, em seu estudo sobre os dilemas da institucionalização do SUS, que a implantação, por seus princípios e escopo de atividades, exige mudanças de caráter político e social e, nos padrões de interação que, até o momento, sustentaram as ações no setor. As transformações demandadas causaram, segundo ela, expectativas e tensões na sociedade e na burocracia estatal, sentidas distintamente pelos grupos constituídos tanto pelos que se utilizam dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde, quanto pelos que promovem estes serviços.

Os conflitos decorrem, em grande parte, da insegurança provocada pelas alterações nos paradigmas de atendimento, financiamento e gerenciamento, cujo desenvolvimento tem favorecido a persistência de inúmeros problemas, gerando resultados que induzem à propagação de diagnósticos carregados de dilemas do cotidiano, retratando, muitas vezes, quadros assistenciais de natureza reativa e negativa quanto à qualidade dos serviços de saúde atualmente prestados (SILVA, 1996, p. V-VI).

Após um longo período de políticas de saúde de perfil excludente e depois de vários movimentos de reformas e intervenções advindas, principalmente, dos sanitaristas, o Brasil avançou e inovou na proposta audaciosa do Sistema Único de Saúde (SUS). Melo et al. (2013) consideram o INAMPS a imagem perfeita de prática de privilégios do trabalhador sobre a população em geral e sua extinção demonstrou a visão da Universalização dos direitos à saúde nesse sistema. Foi a proposta de um sistema unificado de saúde, descentralizado e com participação popular (AVRITZER, 2008).

Nas considerações de Melo et al. (2013), o SUS possui um efeito distributivo à medida que ele oferece o atendimento universal. Conforme Carvalho (2013), a característica essencial desse sistema de saúde diz respeito à colocação constitucional, artigo 196, de que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado. Foi instituído pela CF de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 de

1990 e 8.142 de 1990. A saúde, ao ser declarada pela CF, torna-se de relevância pública e sujeita ao processo regulador do Estado e da Sociedade Civil.

Para Carvalho (2013), conforme o SUS, essa responsabilidade de monitoramento e participação estende-se, inclusive, aos setores privados. Para ele, os serviços privados de saúde, além de serem de relevância pública, estão subordinados à regulamentação, fiscalização e controle do SUS. Incluem-se nesse controle tanto o sistema privado lucrativo exercido por pessoas físicas ou jurídicas individuais ou coletivas, prestadoras ou proprietárias de planos, seguros, cooperativas e autogestão, quanto o sistema privado não lucrativo, filantrópico ou não (CARVALHO, 2013).

Diversos autores tratam dos princípios constitucionais preconizados pelo SUS. Resta saber se, depois de perpassar por políticas públicas de saúde tão diferentes, os agentes públicos de saúde conseguiram efetivar a institucionalização desses princípios. O papel desses agentes, na efetivação desse processo, é imprescindível, está diretamente relacionado ao acesso, regulação e qualificação dessa assistência.

Quanto ao papel regulador do Estado, Cherchiglia e Dallari (1999) ponderam sobre a necessidade de esse papel regulador ir além do valor econômico e avançar no valor social. Aspecto altamente presente nos princípios constitucionais do SUS e que são passíveis de averiguação quanto a sua efetividade. Para esses autores, na saúde, a construção de capacidade de regulação reclama do Estado mais que simples capacidade de regulação econômica.

Valores e metas finalísticas de justiça social, equidade e promoção de oportunidade e, não apenas o cumprimento de metas de eficiência, colocam-se neste setor como parâmetro definidor inarredável das estratégias regulatórias e orientadoras da reforma institucional (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999, p. 79).

Quanto aos princípios constitucionais do SUS, Carvalho (2013) os divide, didaticamente, em aspectos tecnoassistenciais e tecnogerenciais.

As diretrizes e princípios tecnoassistenciais da CF e Lei 8.080 são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica. (...). As diretrizes e princípios tecnogerenciais da CF e Lei 8.080 são: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade (CARVALHO, 2013, p. 13-15).

Carvalho (2013) faz ressalvas importantes quanto ao entendimento dos princípios da equidade, integralidade e complementariedade, que devem ser mencionadas como instrumentos que norteiam corretamente as análises pretendidas.

No que se refere ao princípio da equidade, Carvalho (2013) explica que é a qualificação da igualdade. O princípio da equidade é, muitas vezes, invocado, mas ele não existe na legislação federal a não ser em algumas legislações, como a do Estado de São Paulo. Equidade, segundo ele, é a igualdade adjetivada pela justiça. Por meio dela, buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal). Entretanto cabe considerar que no SUS só se pode fazer equidade e tratar diferentemente pelas necessidades de saúde. Priorizar atenção e tratamento somente são cabíveis por carências de saúde. Erroneamente se costuma imaginar que o SUS possa fazer diferenças com base no estado de pobreza das pessoas. Nesse sentido, acredita-se, de forma equivocada, que o SUS, além de ser dos pobres, pode priorizar tratamentos e medicamentos para os chamados carentes. Esse raciocínio é incorreto. A diferenciação no SUS se dá por necessidades de

saúde e em nada se respalda nas condições de pobreza ou carência das pessoas (CARVALHO, 2013).

Quando se refere ao princípio da integralidade, Carvalho (2013) argumenta que esse, também, pode ser visto sob dois prismas. A integralidade vertical que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos. E o segundo prisma é o da integralidade horizontal em que se entende que a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde. Ver como um todo e agir nesse todo, integralmente. Melo et al. (2013) colocam que, enquanto o modelo liberal tem por foco a doença, o modelo da saúde pública tem por foco a integralidade do cuidado. Ou seja, as pessoas devem ser tratadas não só quando estão doentes, mas para que as pessoas não adoeçam, trabalhar com promoção e prevenção da saúde. Porém a promoção não é seu foco, mas um dos componentes da integralidade. Autores como Mello e Viana (2012) e Restrepo-Ochoa (2013) fazem uma recuperação histórica dos conceitos de integralidade, descentralização, regionalização e universalidade e da equidade, em saúde pública, como aspecto fundamental da justiça social.

Guimarães e Giovanella (2004) explicam que a transição para o SUS foi marcada por descontinuidades e fragilidades na definição das funções de coordenação, o que acabou por acentuar os processos de competição entre esferas de governo. E, com o avanço da descentralização, predominaram capacidades de gestão local em relação às possibilidades de melhoria de atributos do sistema como um todo. No cenário de implantação do SUS, segundo essas autoras, a prevalência da municipalização acentuou a fragmentação e o isolamento das ações e serviços de saúde, resultando no efeito inesperado de dificultar a integração do sistema e a integralidade da atenção, e as situações de competição entre as esferas de governo prevaleceram sobre as de cooperação.

A descentralização é uma estratégia que reforça a autonomia e responsabilidade de cada ente governamental. Entretanto, o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004, p. 287).

No SUS, a ideia de participação social está associada ao controle social, proposta crucial no modelo de gestão do SUS, diretamente, ligado à perspectiva democrática de atuação. A intenção de gestão desse sistema é de que esta não esteja nas mãos só do Estado, nem só dos governantes, mas também nas mãos da população. Nas palavras de Melo et al. (2013), uma das formas de fazer o SUS acontecer é através da participação popular. Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar, constitucionalmente, a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício por meio de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, como os conselhos e as conferências de saúde.

Ao se compreender o fundamento dos princípios constitucionais do SUS, pode-se perceber a importância e o avanço que representou essa política para a participação social. Esta, por sua vez, tem sua maior representação c junto aos Conselhos de Saúde que, sendo compostos por atores diversificados e relacionados ao setor, são “termômetros sociais” para se analisar a institucionalização dos princípios do SUS.

2.3 Participação Social e Conselhos de Saúde

Mesmo com restrições, o SUS se institucionalizou, à medida que ocorreu de fato uma reorganização da assistência pública no país, inclusive, com o reconhecimento público do direito à saúde. De acordo com Menicucci (2003), nesse processo de institucionalização, outros atores se constituíram e passaram a disputar espaço na arena decisória, particularmente, os gestores municipais e estaduais, fortalecidos em função do processo de descentralização, e os

Conselhos de Saúde formados nos três níveis de governo como exigência da legislação.

Segundo Avritzer (2008), o Brasil, no início do século XX, era um país de baixa propensão associativa e poucas formas de participação da população de baixa renda. Já, no final do século passado, temos um país com práticas participativas. Transformação participativa que atingiu, também, o contexto da saúde pública.

A Constituição Federal brasileira de 1988 é um marco político-institucional que estabelece novos princípios para as políticas sociais. Embora já houvesse algumas formas de participação social, somente por intermédio dela, especialmente a partir dos anos de 1990, é que se observou a proliferação das instâncias de participação dos governos locais, dentre elas os Conselhos Municipais (BRASIL, 2012).

Em síntese, o movimento pela reforma institucional do setor saúde partiu de uma teoria sobre a determinação social da saúde, construiu uma proposta de reforma da política de saúde a partir da crítica ao modelo vigente, estabeleceu estratégias para divulgação das ideias e propostas, e conseguiu articular um conjunto diversificado de atores em torno delas (MENICUCCI, 2003, p. 163).

Em dezembro de 1990, surgiu a lei 8.142 que instituiu os Conselhos na área de saúde (BRASIL, 1990b). Os Conselhos são o resultado da convergência de concepção de dois movimentos importantes, o sanitário e o popular da saúde (AVRITZER, 2008). De acordo com a Resolução 333 de 2003, os Conselhos de Saúde consubstanciam a participação da sociedade organizada na administração da saúde, propiciando seu controle social, instituído nas três esferas do governo. Porém, os Conselhos Municipais de Saúde são espaços de participação popular capazes de demonstrar como esses princípios estão inseridos na dinâmica da saúde pública municipal (BRASIL, 2003).

Essa participação da sociedade organizada, por sua vez, é garantida na Legislação, fatores que permitem que os Conselhos de Saúde se tornem

uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive, em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2003, p. 4).

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), presente em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. De acordo com a Resolução nº 333 de 2003, atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, em seus aspectos econômicos e financeiros. Ainda segundo essa Resolução, a criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

De acordo com Morita et al. (2006 apud SILVA et al., 2012, p. 119), “os Conselhos de Saúde são um dos principais órgãos de controle social do SUS, pois possibilitam a participação da sociedade na construção, operação e gestão das políticas públicas de saúde”. Essa proposta de controle social da área da saúde abre possibilidade para ações mais democráticas e sociais, segundo esses autores.

Para Correa (2000 apud SILVA et al., 2012, p. 125), por representarem um espaço democrático de gestão do que é público, os Conselhos, apesar de suas contradições e fragilidades, têm grande importância, principalmente, em um país como o Brasil, onde “a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população e o que é público é tratado como de posse de alguns privilegiados”.

Para Brasil et al. (2012), a participação, deliberação e representação são consideradas como dimensões complementares para o fortalecimento da democracia. Ainda, de acordo com estes autores, a participação, deliberação e

representação, “vêm sendo considerados como chaves para a qualidade dos processos democráticos em seu funcionamento e no aprimoramento das políticas públicas” (BRASIL et al., 2012, p. 120).

Os Conselhos de Saúde tiveram sua origem em dois movimentos sociais importantes da redemocratização brasileira. O movimento sanitário que envolveu médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e se tornou forte, no final dos anos 70 e o movimento popular da saúde, que teve a sua origem na zona leste da cidade de São Paulo e envolveu mães e outros usuários da saúde com o objetivo principal de controlar a qualidade dos serviços de saúde na região leste da cidade. Cada um dos grupos tinha um tipo de reivindicação em relação à participação social. Um reivindicava o controle e a autonomia da sociedade civil no processo de decisão sobre os serviços de saúde municipal. O outro movimento, o dos médicos sanitários, reivindicava a medicina preventiva na reorganização do papel do Estado no sistema de saúde (AVRITZER, 2008).

A Constituição Federal, de 1988, em seu artigo 198, determina que o SUS seja organizado de acordo com a participação popular.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 2002, p. 133).

Esta participação está sujeita a outras legislações como a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que designa a Conferência de Saúde, com representação dos vários segmentos sociais, a se reunir a cada quatro anos, e o Conselho de Saúde, em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas participantes da gestão do sistema (BRASIL, 1990b).

O Conselho de Saúde, conforme a Lei nº. 8.142/90, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros. Sua composição se dá em todas as esferas do governo, federal, estadual e municipal, e sua formação é indispensável. A composição dos Conselhos, de acordo com a CF de 1988, consiste em representantes do governo, prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos (25%), representantes dos profissionais de saúde (25%) e dos usuários do serviço de saúde pública (50%) (SILVA et al., 2012).

Apesar das ideias de participação, esses espaços enfrentam discordância entre sua formação e a ideologia de existência. De acordo com Labra e Figueiredo (2002), muitas vezes, os Conselhos são formados por pessoas da confiança do gestor e incapazes de exercer corretamente o controle social, a fiscalização, acompanhamento e de denunciar os abusos de poder. Outros autores como Correa (2000 apud SILVA et al., 2012 p. 122), também, exploram as dificuldades de se implantar e efetivar instâncias de poder participativas no nosso cenário político e social.

Segundo Correia (2000), as barreiras do controle social para atingir seus objetivos são inúmeras, incluem desde a ingerência política na escolha dos conselheiros, a falta de informação, despreparo, desarticulação com as bases, a fragilidade de mobilização das entidades representadas, a cooptação de lideranças por troca de favores, a pouca transparência dos gestores no uso dos recursos públicos, a manipulação dos Conselhos para legitimar gestões, a pouca visibilidade social das ações dos Conselhos, o descumprimento de suas deliberações pelos gestores, entre outros (SILVA et al., 2012, p. 122).

Avritzer (2008) faz duas críticas às instituições participativas. A primeira crítica diz respeito ao fato de um conjunto de instituições participativas no Brasil não estarem nem formal nem legalmente constituídas, porém, pautam um conjunto de comportamentos e expectativas importantes dos atores sociais.

A segunda crítica está relacionada à abrangência do conceito de instituição política que não trata das práticas participativas, mas apenas das instituições resultantes do processo de autorização da representação. O envolvimento do poder público e da sociedade civil, para que os arranjos participativos sejam efetivos, são elucidados por Brasil et al. (2012) ao citarem Daniel (1994).

Este autor acrescenta que o funcionamento de tais instâncias e a qualidade dos processos participativos dependem, em via de mão dupla, tanto dos arranjos estabelecidos pelo Poder Público quanto da disposição e capacidade dos atores da sociedade civil em participar (BRASIL, 2012, p. 121-122).

Segundo Brasil et al. (2012), embora as instâncias participativas não sejam o único caminho para a participação social, que dependem da sociedade civil, as características e arranjos institucionais podem propiciar ou dificultar a amplitude e qualidade da participação e da deliberação, assim como aprimorar os mecanismos de representação no interior de tais espaços (BRASIL et al., 2012). Esses mesmos autores definem as dimensões públicas e políticas da participação cidadã, afirmando que as instâncias participativas constituem espaços de publicização de conflitos, de negociação de interesses distintos dos segmentos sociais e de afirmação e (re) construção de identidades coletivas. Dessa forma, segundo eles, a participação configura um ponto de partida para a democratização das políticas públicas e vincula-se à perspectiva da garantia dos direitos sociais e da possibilidade de redução das desigualdades (BRASIL et al., 2012).

Avritzer (2008), ao analisar os arranjos participativos no caso dos Conselhos de políticas públicas, em especial dos Conselhos de Saúde, expõe que é dependente da existência de uma forte organização da sociedade civil na cidade, assim como da vontade política do governante. Para ele, os Conselhos de Saúde, também, diferenciam-se das demais práticas participativas pela existência de sanções no caso de não implementação. Assim como o sucesso dos processos

participativos está relacionado à maneira como se articulam o desenho institucional, organização da sociedade civil e vontade política de implementar desenhos participativos.

Segundo Brasil et al. (2012, p. 127), “embora se identifiquem fragilidades nos arranjos e processos participativos dos Conselhos, não se podem descartar os avanços – ainda que lentos e descontínuos – na democratização das políticas urbanas”. Cabe, então, atenção especial à dinâmica desses espaços. Por meio de sua análise particular, pode-se explorar o estágio de institucionalização da saúde pública local, visto sua importância e representatividade no cenário democrático. Para Silva et al. (2012), os Conselhos possuem uma importância estratégica fundamental no processo de reorganização da atenção à saúde. Esta reorganização não é simplesmente uma questão técnica, ela abrange expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e envolve a reformulação das relações entre esses atores. Com esse entendimento, Silva et al. (2012) esclarece que espera-se que os Conselhos de Saúde não apenas funcionem como instâncias de controle social, para simples prestação de contas, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem.

O caráter inovador relacionado ao controle e participação social são apontados por Silva et al. (2012), em suas análises sobre o Conselho de Saúde de Fortaleza, CE. Esses autores comentam que, considerando o avanço que o SUS traz para uma mudança social, a participação popular significa uma força imprescindível para “fazer sair do papel” o que foi conquistado pelo movimento da reforma sanitária. Apontam que é na ideia de mudança que está presente a necessidade de se ter agentes de transformação participando do controle social.

A opção pelo espaço dos Conselhos se deu pela relevância da proposta dessa instância, assim como exposto nas palavras de Silva et al. (2012)

Informações acerca da organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde são importantes para se traçar estratégias que possam garantir seu pleno funcionamento e a participação de todos no acompanhamento da gestão do sistema de saúde. As mudanças só ocorrerão na medida em que todos reconheçam seus direitos e possam de forma organizada e representativa cobrar e fiscalizar o desenvolvimento das ações de saúde (SILVA et al., 2012, p. 119).

Sua constituição é outro aspecto que confere realce ao estudo, porque tem na sua formação a prerrogativa de ser composto por membros representativos do Governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos usuários do SUS e dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2003). Porém, diante do caráter inovador das propostas do SUS, não é de se estranhar que, talvez, os atores dessa instância, ainda, apresentem dificuldades na institucionalização das prerrogativas inovadoras. Entretanto, para institucionalizar essas prerrogativas, faz-se necessário que os princípios do SUS sejam efetivados. Assim, a análise singular das novas propostas de saúde é pertinente para a construção de um ideal de saúde pública convergente com os princípios do SUS. Nessa perspectiva, cabe elucidar os aspectos relacionados à institucionalização do SUS na participação e deliberação dos conselheiros municipais.

Utilizaremos da base oferecida pela perspectiva do institucionalismo sociológico cujas organizações adotam formas e práticas institucionais particulares, porque elas têm um valor reconhecido num ambiente cultural mais amplo. E, sendo o institucionalismo, o processo pelo qual processos sociais, obrigações ou circunstâncias assumem o status de norma no pensamento e na ação social. Esse conceito guiou a análise da institucionalização dos princípios do SUS, nos relatórios das Conferências nacionais e estaduais e nas assembleias e deliberações do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei, no ano de 2015.

3 ABORDAGEM INSTITUCIONAL NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS

As origens da teoria institucional remontam ao século XIX por meio de uma síntese esclarecedora da emergência e desenvolvimento dessa abordagem, nas ciências sociais, principalmente, em ciência política, economia e sociologia. Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate (2005) descrevem que a popularidade da teoria institucional é um fenômeno relativamente recente nos círculos acadêmicos. Tanto no Brasil como no exterior essa popularidade é, provavelmente, em razão do fato de que poucas teorias têm sido tão produtivas nos estudos organizacionais nos últimos anos como a teoria institucional.

Os estudos organizacionais vêm sendo foco de vários pesquisadores, privilegiando temas diferenciados. Vergara e Peci (2003) levantaram os nomes de diversos autores sobre esse tema e concluíram que o enfoque funcionalista predomina sobre esses estudos, assim como a hegemonia de referências americanas. Também, para Peci (2003), os estudos organizacionais caracterizam-se pela dominância da perspectiva objetivista. Esclarece que prevalecem correntes teóricas, como o contingencialismo e o institucionalismo, que percebem a organização como reflexo das características do ambiente no qual se insere. Dessa forma, o comportamento organizacional consiste em estratégias (adaptativas, reativas, miméticas) que buscam a sobrevivência organizacional, em um contexto de contínua mudança. Para a autora, as organizações, a ação organizacional e a estrutura têm sido vistas como respostas às diversas condições objetivas. Seguindo esse padrão, segundo ela, os processos sociais e culturais, que dão forma à estrutura e ao comportamento organizacional, têm sido deixados de lado ou considerados como variáveis exógenas.

Porém, existem tentativas de introduzir a perspectiva subjetivista nos estudos organizacionais, principalmente, na área da cultura organizacional ou do

processo decisório. Diversas correntes teóricas, tais como o cognitivismo, a fenomenologia e o individualismo metodológico, que partem de premissas diferentes, seguem a perspectiva subjetivista (PECI, 2003).

Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate (2005) consideram que a noção de intersubjetividade possibilita o estabelecimento de pontes com os conceitos da subjetividade e da objetividade, pois se refere ao compartilhamento de significados atribuídos por atores individuais em cada situação específica no espaço e no tempo social, garantindo uma objetividade, temporal e especialmente delimitada. Segundo os autores, a institucionalização é mais bem analisada, sob uma ótica multiparadigmática, em que estrutura e agência estão conectadas de forma recursiva, com base na interpretação como mecanismo cognitivo básico. Isso permite a reciprocidade entre tais elementos e, conseqüentemente, a sua simultaneidade na vida social prática e o desenvolvimento e manutenção do processo ao longo do tempo. Dessa forma, os atores se tornam os portadores de significados institucionais, por inculcar ações nas organizações por meio da interpretação de fatores externos e internos, a serem legitimadas mediante compartilhamento e socialização (MACHADO-DA-SILVA; FONSECA; CRUBELLATE, 2005).

As perspectivas teóricas, baseadas no reconhecimento da subjetividade, sempre tiveram pouco espaço nos estudos organizacionais. O fato de as estruturas organizacionais serem similares, em diferentes países, influenciou, por longos períodos, a objetividade dos estudos organizacionais. Peci (2003) esclarece que, nos anos 1970, os paradigmas existentes enfatizavam a importância de fatores como ambiente e tecnologia e buscavam conexões estruturais, além das escolhas e estratégias humanas. Até que essa perspectiva começou a ser questionada no âmbito dos estudos culturais e a dimensão mais qualitativa das organizações despontou (PECI, 2003).

Peci (2003) pondera que existem diversos trabalhos que fazem uso da abordagem de Bourdieu e Giddens; em Bourdieu, o conceito mais utilizado de sua análise tem sido o de campo. A teoria neoinstitucional, por sua vez, traz essa discussão do conceito de campo ganhando espaço na literatura organizacional.

Carvalho, Vieira e Goulart (2012) consideram que a abordagem institucional, sob as adjetivações de velho ou novo institucionalismo, tem sido explorada em três diferentes vertentes: a política, a econômica e a sociológica e tem oferecido subsídios para o entendimento de fenômenos sociais em seus respectivos âmbitos de conhecimento.

A década de 1970 marcou a retomada dessa Teoria. De acordo com Oliveira et al. (2012), essa retomada ficou conhecida como a Nova Teoria Institucional, principalmente, na sua vertente sociológica. A perspectiva institucional abandona a concepção de um ambiente formado, exclusivamente, por recursos humanos, materiais e econômicos para destacar a presença de elementos culturais, valores, símbolos, mitos, sistema de crenças e programas profissionais. Para Pereira (2012), essa teoria ganha espaço nos estudos organizacionais por fornecer maneiras de compreender padrões implícitos e a diversidade dentro das organizações. Segundo a Teoria Institucional, para que determinada estrutura se institucionalize, faz-se necessário analisá-la, avaliá-la e evidenciar seus impactos (OLIVEIRA et al., 2012).

Nas contribuições teóricas ou empíricas da perspectiva institucional, podem-se identificar as influências de precursores institucionalistas, como os economistas Thorstein Veblen, John Commons e Westley Mitchel, e sociólogos como Emile Durkheim e Max Weber que aprofundam e solidificam as bases da teoria institucional. De acordo com as diversas influências, que fundaram na teoria institucional as marcas deixadas por esses autores, podem ser percebidas até mesmo nos institucionalistas modernos (CARVALHO; VIEIRA; GOULART, 2012).

De acordo com Oliveira et al. (2012), a incorporação de práticas e procedimentos institucionalizados é reconhecida como um indicador de eficiência e modernidade. E esse processo permite que as organizações consigam a legitimidade que contribuirá para a sua perenidade. Para eles, “a questão da institucionalização é se a estrutura é observável e se ela, de fato, ocorre no mundo real, ainda que não seja eficiente ou mesmo eficaz” (OLIVEIRA et al., 2012, p. 7). Complementam, ainda, que, para que se alcance a legitimação pretendida, é necessário que as ações sejam alinhadas com as expectativas sociais. De acordo com Carvalho, Vieira e Lopes (2001 apud PECI, 2006, p. 8-9), as organizações podem passar por um processo de institucionalização em que os valores substituem os fatores técnicos na determinação das tarefas organizativas.

A formação de um ambiente de fomento à institucionalização não se dá de forma instantânea, mas se consolida geralmente por meio de um longo processo de vários estágios conduzidos pelos três mecanismos e apoiado pelos três pilares institucionais. O processo de institucionalização passa por três fases ou estágios, a saber: pré-institucionalização, semi-institucionalização e institucionalização. Esses estágios se dão por meio de três processos: habitualização, objetivação e sedimentação. Essas fases e os processos a elas inerentes não possuem um período predeterminado de maturação, podendo durar décadas. Em toda mudança, em toda escolha há incertezas, e com elas os riscos (OLIVEIRA et al., 2012, p. 8-9)

Descrevendo o processo de institucionalização, esses autores (OLIVEIRA et al., 2012), explicam que, no estágio de semi-institucionalização, os adotantes são heterogêneos e a estrutura segue uma tendência de uniformização. À medida que a teorização se desenvolve e se explicita, vão diminuindo as idiosincrasias e a estrutura vai adquirindo uma uniformidade conceitual. A sedimentação leva à institucionalização total, é quando a estrutura

se encontra completamente propagada, teorizada e adotada (OLIVEIRA et al., 2012).

Meyer e Rowan (1983) explicam que a institucionalização envolve o processo pelo qual processos sociais e obrigações passam a ter um status de regra no pensamento e na ação social. Com base em Berger e Luckmann (1985), Peci (2006) distingue as regras institucionalizadas de comportamentos sociais predominantes levando em conta que as regras institucionalizadas são definidas como classificações construídas pela sociedade ou interpretações compartilhadas.

Para Tolbert e Zucker (1999), a institucionalização é uma tipificação de ações tornadas habituais por tipos específicos de atores. Nesse sentido, ações em hábitos são referentes a comportamentos e esses comportamentos são adotados por indivíduos ou grupos de atores dispostos a resolver conflitos.

Pereira (2012) remete-se a Dimaggio e Powell (1988) para explicar que o institucionalismo aponta a necessidade de se levar em conta as mediações entre estruturas sociais e indivíduos e suas manifestações coletivas ou, ainda, as mediações entre estruturas sociais e comportamentos individuais. De acordo com o autor, o institucionalismo desenvolveu-se em contraposição ao estruturalismo-funcionalismo, escolas que focalizavam temas como poder e interesse dentro da política e que eram predominantes nos anos 1960 e 1970.

Para Baker e Rennie (2012), sistemas cognitivos compartilhados, padrões normativos de conduta e processos reguladores são os pontos centrais das estruturas institucionais. São eles que orientam o comportamento, a forma, e impõe forma e coerência social sobre a atividade humana, através da produção contínua e reprodução de hábitos de pensamento e ação. A replicação repetida de ações institucionalizadas serve para manter essa estrutura e, finalmente, causar exteriorização e objetivação (BAKER; RENNIE, 2012).

Peci (2006) diferencia os ambientes técnicos dos institucionais, o ambiente técnico é definido como o domínio em que um produto ou serviço é trocado no mercado e as organizações são premiadas pelo controle eficiente e eficaz do processo de trabalho. Já, o ambiente institucional se caracteriza pela elaboração de normas e exigências a que as organizações devem se submeter se querem obter apoio e legitimidade no ambiente em que atuam.

A partir dos anos 1970, toma força a teoria cognitiva a qual teoriza que os seres humanos adquirem “mecanismos para subtrair certas ações em curso da avaliação racional contínua: os hábitos” (CARVALHO; VIEIRA; GOULART, 2012, p. 472). Assim, as contribuições teóricas ou empíricas da perspectiva institucional têm como função ajudar a manipular e rotinizar a complexidade da vida cotidiana.

Na concepção de Carvalho, Vieira e Lopes (1999 apud OLIVEIRA et al., 2012, p. 5),

o enfoque institucional pressupõe que as organizações são influenciadas por pressões normativas do Estado e de outros organismos reguladores e procuram adaptar suas estruturas e procedimentos às expectativas do contexto social em que estão inseridas.

Segundo Moll, Burns e Major (2006, apud OLIVEIRA et al., 2012, p. 6),

há alguns bons exemplos sobre estruturas cujas institucionalizações são explicadas pela Teoria Institucional como, por exemplo, políticas formais de contratação, práticas de contabilidade e de orçamento e cargos ou funções associadas à equidade no emprego.

Tolbert e Zucker (1999) comentam que, conforme a adoção dessas estruturas, elas não necessariamente precisam vir acompanhadas de maior eficiência. A questão da institucionalização é se a estrutura é observável e se ela, de fato, ocorre no mundo real, ainda que não seja eficiente ou mesmo eficaz.

Dessa forma, percebe-se que a organização, de maneira geral, não pode buscar apenas a eficiência e a eficácia. É necessário que as práticas adotadas se traduzam, também, em aceitação da organização por parte da sociedade atuante. Dessa forma, a perpetuação da organização não dependerá apenas de seus resultados, mas também de sua legitimidade para operar. Nas palavras de Oliveira et al. (2012, p. 7), “isso ocorre porque, para que haja essa legitimação, é necessário que se conheçam as ações alinhadas com as expectativas sociais”.

Cada vez mais, a teoria institucional tem procurado explicar não apenas as restrições que as instituições exercem sobre o comportamento dos agentes humanos, mas também o papel da agência humana em influenciar a evolução das próprias instituições. Os agentes podem ter um papel mais passivo, agindo dentro das normas e expectativas institucionalizadas aceitas. Ou esses agentes podem se afirmar ativamente sobre as instituições, neste caso, eles agem ativamente para serem guiados pelas instituições. Dessa forma, o empreendedorismo institucional dos agentes envolve romper com os padrões habituais defendidos por instituições e a criação de alterações ou, talvez, novas instituições (BAKER; RENNIER, 2012).

3.1 O novo institucionalismo e a abordagem sociológica do institucionalismo

De acordo com Scott (2008 apud Oliveira et al., 2012 p. 4), várias áreas do conhecimento, como, por exemplo, “a política, a economia e a administração”, interessaram-se pelos estudos da Teoria Institucional. Em decorrência disso, a abordagem institucional, adjetivadas de velho ou novo institucionalismo, tem sido explorada em três diferentes vertentes – a política, a econômica e a sociológica (CARVALHO; VIEIRA; GOULART, 2012). Isso, segundo Oliveira et al. (2012), tem oferecido subsídios para o entendimento de fenômenos sociais em cada âmbito de conhecimento.

Para Peci (2006), o novo institucionalismo pretende ser diferente, trazendo novas contribuições para o campo dos estudos organizacionais. Aponta como a provável principal diferença entre as duas escolas, a influência do construtivismo social, adotado como perspectiva oficial do novo institucionalismo. Baseados em conceitos como a institucionalização, as normas, os mitos e a legitimidade, a teoria institucional desenvolveu-se nessas três vertentes com orientações distintas.

A teoria institucional tem despertado bastante atenção no campo dos estudos organizacionais. Para Machado-da-Silva, Fonseca e Cambellate (2005), se por um lado sua popularidade pode ser encarada como produto do seu elevado potencial explicativo, por outro, ela parece haver contribuído para o surgimento de críticas intensas, nem sempre orientadas por articulações conceituais consistentes o suficiente para garantir o alcance de adequada compreensão e ampliação dos seus pressupostos. No centro dessas críticas, encontra-se o neoinstitucionalismo, com permanência, homogeneidade, conformidade e determinismo, sobretudo quando o foco recai na investigação da mudança organizacional ou do processo de institucionalização, segundo esses autores.

A década de 1970, como já comentado na introdução, marcou a retomada da Teoria Institucional, que ficou conhecida, de acordo com Oliveira et al. (2012), como a Nova Teoria Institucional, principalmente, na sua vertente sociológica. Nessa nova fase, segundo Oliveira et al. (2012), destacaram-se os estudos de DiMaggio e Powell (1991), March e Olsen (1993) e Scott (2008).

Para Carvalho, Vieira e Goulart (2012), a institucionalização é definida como um processo que ocorre numa organização ao longo do tempo, refletindo suas peculiaridades históricas, construídas pelas pessoas, pelos grupos, pelos interesses criados e pela maneira pela qual mantêm relacionamento com o ambiente. Porém, com o surgimento da nova versão do institucionalismo sociológico, a institucionalização passou a ser definida por essa corrente como o

processo pelo qual processos sociais, obrigações ou circunstâncias assumem o status de norma no pensamento e na ação social. As organizações respondem a influências do ambiente, além das variáveis concretas, como tecnologia e tamanho, mas também valores, crenças e mitos compartilhados. Nessa perspectiva institucional, o ambiente representa, também, fonte e destino de recursos simbólicos (CARVALHO; VIEIRA; GOULART, 2012).

Entretanto, para Hall e Taylor (2003), uma grande parte da confusão que cerca o neoinstitucionalismo desaparece quando se admite que ele não constitui uma corrente de pensamento unificada. Segundo esses autores, representa pelo menos três métodos de análise diferentes sendo eles: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico. Quanto ao institucionalismo sociológico, esse movimento surgiu ao fim dos anos 70, em que sociólogos puseram-se a contestar a distinção tradicional entre a esfera do mundo social, vista como o reflexo de uma racionalidade abstrata de fins e meios do tipo burocrático, e as esferas influenciadas por um conjunto variado de práticas associadas à cultura. Para essa corrente, as formas e procedimentos deveriam ser considerados como práticas culturais, comparáveis aos mitos e às cerimônias elaborados por numerosas sociedades. Nessa perspectiva, essas práticas seriam incorporadas às organizações, não para aumentar sua eficácia, mas em consequência do mesmo tipo de processo de transmissão que dá origem às práticas culturais em geral. Assim, mesmo a prática aparentemente mais burocrática deveria ser explicada nesses termos culturalistas. Em decorrência de sua ótica própria, os sociólogos institucionalistas escolhem uma problemática que envolve a explicação de por que as organizações adotam um específico conjunto de formas, procedimentos ou símbolos institucionais, com particular atenção à difusão dessas práticas (HALL; TAYLOR, 2003).

Dessa forma, para os autores Hall e Taylor (2003), o institucionalismo sociológico possui características que lhe conferem originalidade. Essa corrente define as instituições de maneira mais global incluindo não só as regras, procedimentos ou normas formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem “padrões de significação” que guiam a ação humana. Assim, rompem a dicotomia conceitual que opõe instituições e cultura, levando-as à interpenetração. Também inova, quando tende a redefinir a cultura como sinônimo de instituições, afastando-se de concepções que associam a cultura às normas, às atitudes afetivas e aos valores, para aproximar-se de uma concepção que considera a cultura como uma rede de hábitos, de símbolos e de cenários que fornecem modelos de comportamento (HALL; TAYLOR, 2003).

Concentrando-se no modo como as instituições influenciam o comportamento ao fornecer esquemas, categorias e modelos cognitivos, que são indispensáveis à ação, possibilitam interpretar o mundo e o comportamento dos outros atores. Influenciam o comportamento ao especificarem o que se deve fazer e também ao imaginar o que se pode fazer num contexto existente. Influenciam os cálculos e, também, as preferências mais fundamentais dos indivíduos. Os institucionalistas sociológicos sustentam que, diante de uma situação, o indivíduo deve encontrar um meio de identificá-la e de reagir a ela e que os cenários ou modelos inerentes às instituições oferecem meios de resolver algumas dessas tarefas. Também sustentam que as organizações adotam, com frequência, uma nova prática institucional não por razões de eficiência, mas pelo reforço que oferece à sua legitimidade social de seus adeptos. Ou seja, as organizações adotam formas e práticas institucionais particulares porque elas têm um valor reconhecido num ambiente cultural mais amplo (HALL; TAYLOR, 2003).

Partilhando da ideia de Oliveira et al. (2012, p. 10) que, “segundo a Teoria Institucional, para que determinada estrutura se institucionalize, faz-se necessário analisá-la, avaliá-la e evidenciar seus impactos.” E, de acordo com Hall e Taylor (2003), mais especificamente o institucionalismo sociológico, que considera a cultura como uma rede de hábitos, de símbolos e de cenários que fornecem modelos de comportamento.

4 METODOLOGIA

Na presente dissertação, realizou-se um estudo de caso no Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei, com o objetivo de analisar como os princípios constitucionais do SUS foram institucionalizados nas assembleias e deliberações desse Conselho, no ano de 2015, pela ação dos seus conselheiros. Este trabalho é um estudo teórico-empírico de caráter crítico e reflexivo.

Para Yin (2005), o uso do estudo de caso é adequado, quando se pretende investigar o como e o porquê de um conjunto de eventos contemporâneos. O autor explica que o estudo de caso é uma investigação empírica que permite o estudo de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real. Yin (2005) destaca, ainda, que o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que requer múltiplos métodos e fontes para explorar, descrever e explicar um fenômeno em seu contexto.

Lima et al. (2012) tomaram por base a análise das definições da expressão ‘estudo de caso’ formuladas por Einsenhardt (1989), Gil (2009), Miles e Huberman (1994), Martins (2008b), Meredith (1998) e Yin (2005) e extraíram um conjunto de suas características sendo elas:

- a) é uma estratégia de pesquisa apropriada para as ciências sociais e, particularmente, para as ciências sociais aplicadas;
- b) é uma estratégia utilizada para as pesquisas de acontecimentos contemporâneos em condições contextuais;
- c) deve ser precedido pela elaboração de um protocolo que defina os procedimentos e as regras gerais, possibilitando ao pesquisador conduzir o seu trabalho com êxito;
- d) está embasado em uma lógica de planejamento, evitando a sua condução por comprometimentos ideológicos;
- e) há uma convergência de informações e troca de experiências sobre o fenômeno;
- f) as inferências são sempre feitas tendo-se por base um teste empírico;
- g) o estudo sobre o fenômeno deve ser profundo e deve exaurir as possibilidades do que foi delimitado;

h) abrange a lógica de planejamento, as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas para a análise dos achados (LIMA et al., 2012, p. 133).

Esses autores consideram o estudo de caso como estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo, da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à sua análise, sendo assim uma estratégia de pesquisa abrangente (YIN, 2005).

Utilizando dessa metodologia, no intuito de se alcançar o objetivo proposto, foram realizadas uma revisão bibliográfica na construção do referencial teórico e uma pesquisa empírica, por meio de observação não participante nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei. Agregada a estas pesquisas, também, foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturadas com Conselheiros de Saúde em exercício no ano vigente. Ambas tendo o intuito de demonstrar como os princípios dos SUS foram institucionalizados nas assembleias e deliberações.

4.1 A construção do referencial teórico

Os dados referentes às transformações, no sistema público brasileiro e suas peculiaridades, foram investigados, por meio de revisão bibliográfica em periódicos, livros e revisões, realizadas pelo Ministério da Saúde e órgãos correlatos. Foram levantados dados apontando as principais políticas públicas de saúde e seus instrumentos. O intuito dessa revisão histórica da construção da saúde pública nacional foi demonstrar como as políticas anteriores eram restritivas e excludentes. Fator que foi transformado com a criação do SUS.

Quanto à teoria institucional, foi realizada uma pesquisa em bases nacionais e internacionais com o objetivo de explicitar seu conceito, o processo de institucionalização e as vertentes dessa teoria. A abordagem institucional foi a sociológica por convergir com os propósitos sociais e culturais da investigação.

O referencial teórico dos Conselhos de Saúde foi construído, visando esboçar questões como o surgimento, a inserção e sua regulamentação. Foram desenvolvidos os aspectos deliberativos e participativos desses espaços. A definição do papel e importância dos Conselhos de Saúde, como espaços participativos e deliberativos em saúde pública, foram apontados e analisados.

4.2 A pesquisa empírica

O estudo empírico permitiu coletar dados mais efetivos possibilitando relatar com mais propriedade as perspectivas do objeto em estudo. Da mesma forma, o caráter descritivo que foi adotado permitiu que os fatos fossem observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador. Nesse processo, o método de coleta de dados se deu por meio de observação aberta não participante e entrevistas semiestruturadas que serão detalhados na seção posterior.

A observação aberta não participante foi realizada no acompanhamento das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei durante o ano de 2015.

Tomando como base os temas das pautas propostas, analisaram-se a reação que cada tema exigia dos conselheiros e a deliberação de cada tema. Analisou-se, também, o perfil de cada deliberação, se unânime ou não pelos conselheiros. A frequência com que os temas foram levados à plenária e sua relação com os princípios do SUS em estudo, descritos na seção 2.2, foram exploradas. Esses dados foram sistematizados, no Quadro 2, que será apresentado na seção de análise e discussão dos resultados.

A pesquisa se deu nesse espaço, por ser um importante instrumento de participação da Sociedade Civil, nas questões de saúde, além de aglomerar atores diferenciados. Pode ser considerado um espaço projetor dos princípios do SUS ao representar a sociedade civil. Sendo assim, ao analisá-lo, pudemos

demonstrar como se tem dado à institucionalização dos princípios do SUS nas ações e no entendimento de uma maior diversidade de atores.

Nas reuniões, observaram -se, principalmente, as formas e a frequência com que esses temas foram levantados, como foram encaminhados e sua finalidade (deliberar, informar, nomear ou propor ações). Os demais dados não diretamente referentes às formas de institucionalização dos princípios, também, foram levados em consideração e ponderados nas discussões e análises dos resultados. Em relação às entrevistas, foi analisado o perfil do entrevistado, a sua compreensão quanto aos princípios do SUS e as formas como os atores reconhecem a efetivação desses princípios nas assembleias e nas deliberações de forma conjunta e individual.

Conjuntamente com a observação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas tendo como selecionados os Conselheiros em exercício no período da pesquisa do Conselho Municipal de Saúde. Para a análise dos dados de natureza qualitativa, os conteúdos foram gravados, transcritos integralmente e tratados com a técnica de análise de conteúdo, conforme Bardin (2002). Assim, buscou-se, de forma aprofundada, investigar como os princípios do SUS foram institucionalizados nas assembleias e deliberações do Conselho por meio de seus atores. Por meio dessa investigação foi possível descrever e analisar como se tem dado esse processo. A forma de seleção dos entrevistados será explicitada na seção 3.3.3.

A escolha dos métodos empíricos se deu, especialmente, pelo caráter qualitativo da pesquisa. Apresenta-se, também, coerente com o objetivo proposto, o qual requer a interpretação dos fenômenos e a atribuição dos significados, condição básica do processo de pesquisa qualitativa.

Orientado pelas ideias de Santos, Lopes e Añez (2007) de que os valores, normas comportamentais, crenças e pressupostos que instituem a cultura refletem a racionalidade subjacente ao processo de gestão, este estudo nos

permitiu analisar como se tem dado à institucionalização dos princípios do SUS por intermédio do Conselho Municipal de Saúde e seus atores no ano de 2015.

O universo da pesquisa foi delimitado pelo município de São João del-Rei. Na escolha do município, foi considerada a viabilidade de realização e, por se tratar de município polo da microrregião do Campo das Vertentes, ele é referência na assistência à saúde para 18 municípios menores em seu entorno. Acredita-se que os desafios enfrentados por esse município podem ser os mesmos enfrentados pelos diversos municípios mineiros que, por sua vez, seguem o mesmo padrão de Gestão Plena em Saúde (BRASIL, 1996). As viabilidades pessoais do pesquisador, também, foram levadas em consideração, visto ser este o município de residência e, também, de atuação profissional como agente público de saúde no município.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de fontes primárias e secundárias. As primárias foram aquelas coletadas pelo pesquisador diretamente por meio das observações e entrevistas. As fontes secundárias foram as atas e as pautas das respectivas reuniões que serviram de apoio para as observações e entrevistas. Foram considerados, também, as leis Nacionais, Estaduais e Municipais e Regimento Interno, pertinentes ao Conselho de Saúde do município.

Coleta de dados referentes às bases teóricas

As bases teóricas deste estudo se deram por pesquisa bibliográfica, em livros, revistas e artigos acadêmicos, privilegiando os periódicos da CAPES, relacionados ao assunto explorado nos últimos cinco anos. As bases de busca utilizadas foram: Scielo, Spell, Scopus, entre outras similares. As principais palavras-chave utilizadas nesse processo de busca foram: Saúde Pública, Teoria Institucional, Institucionalismo, Conselhos de Saúde, Princípios do SUS, Estudos Organizacionais e Participação Social. Foram utilizadas, como fonte de

dados secundários, as atas das reuniões e as pautas propostas, assim como o Regimento Interno e legislações pertinentes à formação dos Conselhos de Saúde. Foram consultados manuais governamentais relacionados ao Ministério da Saúde, as legislações pertinentes à participação social e as considerações de pesquisadores do assunto, regimentos e regulamentos de todas as esferas de governo, Federal, Estadual e municipal. Por esse meio, foram explorados manifestações e indícios que indiquem o processo de institucionalização dos princípios do SUS.

Como pela revisão de literatura realizada encontramos autores que trabalham diferenciadamente com a nomenclatura relacionada aos princípios do SUS, didaticamente, restringiremos a análise de forma mais detalhada aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle e participação social, por caracterizarem grandes mudanças no contexto do SUS quando comparado aos modelos anteriores. Usamos a nomenclatura de princípios ou princípios constitucionais, por essa discussão não interferir na análise proposta.

Coleta de dados via observação aberta não participante

Quanto à coleta de dados referentes à observação aberta não participante, foi realizada com base no acompanhamento das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei (MG) no ano de 2015. Foram realizadas, no ano de 2015, um total de 14 assembleias válidas para deliberação, das quais 13 foram acompanhadas pelo pesquisador e registradas no diário de campo anexo. No que se refere às reuniões ordinárias, a reunião do mês de Julho não foi realizada por motivo de recesso, a reunião do mês de setembro foi cancelada por falta de quórum mínimo e a reunião do mês de outubro foi apenas informativa.

A observação, para Gil (2008), é o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano, podendo ser utilizada

como procedimento científico, à medida que: serve a um objetivo formulado de pesquisa; é sistematicamente planejada; é submetida à verificação e controles de validade e precisão. Na observação os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação, assim, a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida (GIL, 2008).

Dessa forma, durante todo o ano de 2015, estas reuniões foram acompanhadas gerando um diário de campo. O centro de atenção foi remetido a todos os aspectos que se relacionam aos princípios constitucionais do SUS em estudo. A cada reunião, os dados observados pelo pesquisador foram registrados descrevendo os assuntos, o envolvimento dos membros, a resolutividade e o caráter dos temas em pauta. As reuniões tiveram, em média, a duração de 2 horas e meia. Essas observações serviram de base juntamente com a análise das pautas e dos resultados das deliberações para demonstrar como os princípios do SUS foram institucionalizados nas assembleias.

A escolha do método de observação ativa não participante se deu pelas características da pesquisa e das possibilidades de coleta de dados que este permite. É um tipo de pesquisa que permite perceber e estudar as relações estabelecidas. A forma aberta foi escolhida por ser esta, visível aos observados que, por sua vez, têm ciência de que são objetos de pesquisa. A forma oculta, nesse caso, não pareceu recomendável por se tratar de um período de acompanhamento longo, o qual chamaria a atenção do pesquisador pelos pesquisados podendo gerar formas de desconfiança e mudança de comportamento. A opção por observação não participante foi escolhida por também convergir com as intenções da pesquisa. Nela o observador não se torna membro do grupo, sendo, dessa forma, possível coletar dados mais fidedignos dos membros participantes sem sugestionamentos na condução das reuniões. Todos os pormenores que permearam a pesquisa foram apontados e descritos no diário de campo (APÊNDICE D).

Quanto ao registro no diário de campo, na tabela de frequência e na identificação dos entrevistados, foram adotadas as siglas referentes à paridade a que cada conselheiro representa e o número correspondente à vaga ocupada. Assim, a sigla CT refere-se a conselheiro representante do segmento dos trabalhadores de saúde; CG conselheiros do segmento do governo e prestadores de saúde e CU conselheiro do segmento dos usuários. A numeração acompanhou a listagem oficial dos conselheiros empossados nesse ano. Essa sequência numérica serviu, também, de base para numerar a vaga pertinente ao segmento e sua representação.

Foram analisadas a assiduidade às assembleias e as porcentagens de presenças em relação ao quórum mínimo necessário para a realização das assembleias.

Os itens de pauta também foram explorados. Os itens levados à plenária, durante o ano de 2015, foram tabulados e categorizados em: deliberação, nomeação, informação e ação. A categorização deliberação foi utilizada quando o item levado à plenária exigiu dos conselheiros deliberar favorável ou não sobre ele. A categoria nomeação foi adotada no item onde houve nomeação dos novos conselheiros. Informação, quando o item tinha como intenção informar sobre algo e a categorização ação foi utilizada, quando o item propunha alguma ação dos conselheiros.

Dessa forma, analisou-se o perfil dos itens levados à plenária. Nessa perspectiva, foi possível analisar as deliberações, se favoráveis ou não e, se favorável, se foi por unanimidade. A frequência com que os itens foram inseridos nas pautas foi sistematizada e analisada relacionando os temas mais frequentes levados às assembleias e os princípios do SUS a que eles estavam diretamente vinculados, a fim de analisar a presença ou não dos princípios, nas assembleias por meio dos temas de pauta. Como base teórica na relação dos

temas de pauta com os princípios do SUS, utilizou-se o referencial teórico da seção 2.2 e 2.3.

Coleta de dados via entrevistas semiestruturadas

A entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É uma forma de interação social, de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. “É bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, além das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes” (GIL, 2008, p. 109).

Frente a essas características, o método de coleta de dados, por meio de entrevistas, apresenta-se convergente na complementariedade dos dados colhidos por meio do método observacional. É possível, pela análise conjunta destes métodos, analisar e comparar o que os pesquisados sabem, creem, esperam do que eles, efetivamente, pretendem fazer, fazem ou fizeram, além das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Com a intenção de realizar uma análise qualitativa e considerando fundamental verificar como deve ocorrer a coleta de dados, adotou-se o formato de entrevistas definidas como semiestruturadas, que pedem uma composição de roteiro com tópicos gerais selecionados e elaborados de tal forma a serem abordados com todos os entrevistados (ALVES; SILVA, 1992). Os núcleos de interesse foram os princípios constitucionais do SUS com a descrição e a avaliação de como os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei (MG) compreendem e efetivam a institucionalização destes princípios nas assembleias e nas suas deliberações.

Trata-se de definir núcleos de interesse do pesquisador, que têm vinculação direta aos seus pressupostos teóricos (abordagem conceitual) e contatos prévios com a realidade sob estudo; ou seja, existe uma direção, ainda que não de forma totalmente declarada, para o conteúdo que vai ser obtido nas entrevistas (Queiroz, 1987), ao mesmo tempo em que a garantia de adequação do roteiro ao universo de vida dos sujeitos (ALVES; SILVA, 1992, p. 63).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com Conselheiros de Saúde, escolhidos com base em dois critérios a saber: assiduidade da representação do segmento nas reuniões e a paridade prevista na legislação na escolha dos entrevistados. Na determinação da assiduidade, foram consideradas as listas de presenças das reuniões válidas de 19 de março a 25 novembro de 2015. Observou-se a assiduidade nas reuniões da vaga de cada segmento com representação levando em consideração a paridade. Consideraram -se as representações mais assíduas de cada paridade, dentro da porcentagem de referência a cada uma delas, conforme previsto em Regimento Interno do Conselho.

Os dados das listas de presenças das reuniões ordinárias e extraordinárias do período foram tabulados com o objetivo de selecionar os entrevistados. Esses dados estão apresentados no Apêndice B deste trabalho. Para tanto, considerou-se o segmento de representação, preservando-se o nome dos participantes, utilizando-se as siglas explicitadas na seção anterior.

Conforme Regimento Interno, o Conselho de Saúde conta com 24 membros dos quais, necessariamente, 50% são representantes dos usuários (CU), 25% de trabalhadores de saúde (CT) e 25% representantes do governo e prestadores de serviços (CG). Assim foram selecionados 4 Conselheiros representantes dos usuários, 2 Conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde e 2 Conselheiros representantes do governo ou prestadores de serviços. Dentre eles, foram entrevistados os conselheiros titulares ou suplentes desde que pertencentes à representação e fossem assíduos às reuniões. A disponibilidade

do Conselheiro para a entrevista, também, foi considerada. Na impossibilidade de realização da entrevista com algum Conselheiro, passou-se para o próximo Conselheiro mais assíduo subsequente (SÃO JOÃO DEL REI, 2005).

Em relação ao Conselho de Saúde quando a Lei definiu que deve haver paridade entre o segmento dos usuários em relação aos demais, fez aí uma regra explícita para que um lado não se confundisse com o outro, para que não se quebrasse a paridade, colocada como imprescindível e essencial, deslocando a maior representatividade para os usuários. A paridade colocada como essência foi destacada no Artigo 1º §4: “paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos”, portanto não pode ser quebrada, logo quem tem assento próprio não pode ocupar assento comum de usuário sob pena de quebra do equilíbrio entre as partes (BRASIL [19-?], p. 18).

Na proposta inicial, a intenção era entrevistar oito conselheiros, porém foram encontradas muitas dificuldades, na realização das entrevistas, visto a disponibilidade e acesso aos conselheiros a priori selecionados. No andamento, foi possível a realização de sete entrevistas sendo três conselheiros representantes dos usuários, dois dos trabalhadores da saúde e dois do governo.

Seguindo o quadro do Apêndice B, foram selecionados os Conselheiros: CU1, CU3, CU12, CT2, CT3, CG2 e CG3 para as entrevistas. Eles estiveram presentes em dez ou mais reuniões, sendo assim considerados assíduos. Todos os participantes das entrevistas assinaram o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE) apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (COEP/UFLA). As entrevistas tiveram uma duração aproximada de 25 minutos cada. Os temas norteadores da entrevista foram os princípios do SUS, delimitados em universalidade, integralidade, equidade, controle e participação social. O roteiro de entrevistas (APÊNDICE A) foi seguido e as entrevistas gravadas em mídia. Para avaliar os dados de natureza qualitativa, foram feitas transcrições, na íntegra, de todo o conteúdo com aplicação de análise de conteúdo, conforme Bardin (2002).

Primeiramente, analisou-se o perfil dos entrevistados de acordo com as categorias propostas no roteiro de entrevistas. As análises das demais categorias propostas, diretamente relacionadas aos princípios do SUS, sua prática e o entendimento dos atores, foram desenvolvidas com base nas declarações das entrevistas e relacionadas aos princípios do SUS em estudo, conforme seção 2.2 e 2.3. Na identificação do discurso, utilizamos a mesma codificação para os entrevistados apresentada na sessão anterior, que indica o segmento e a vaga que representa.

Finalizado todo o processo de investigação, realizou-se uma análise crítico - reflexiva, demonstrando como os princípios do SUS foram institucionalizados, no Conselho de Saúde de São João del-Rei (MG), por meio de seus atores e de como se deu esse processo. As diversas políticas públicas de saúde que vigoraram anteriormente não traziam, no âmago de seus propostos, princípios sociais tão ambiciosos e audaciosos como os encontrados, após a CF de 1988, com a criação do SUS, cabendo, assim, analisar a sua institucionalização na gestão e assistência em saúde.

5 A SAÚDE EM SÃO JOÃO DEL REI

De acordo com Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate (2005), é necessário verificar os padrões estruturais atuais, as ações que eles possibilitam e limitam, que são significados construídos, modificados e reproduzidos pelos atores para responder às circunstâncias ambientais. Seguindo esse pensamento, esse capítulo traceja sobre o cenário de estudo no contexto do município da assistência à saúde e sobre as particularidades do Conselho de Saúde em estudo.

5.1 O cenário do estudo: o município de São João del-Rei

São João del-Rei é um município brasileiro, do Estado de Minas Gerais, com mais de 300 anos. Fundado em fins do século XVII por taubateanos liderados por Tomé Portes del Rei considerado seu fundador. A região já era ocupada desde pelo menos o ano 1701: O Arraial Novo do Rio das Mortes, que deu origem à cidade. Em 8 de dezembro de 1713, o arraial alcançou foros de Vila com o nome de São João del-Rei, clara homenagem a D. João V, passando a ser a sede da recém-criada Comarca do Rio das Mortes. O ouro, a pecuária e a agricultura permitiram o desenvolvimento e progresso da vila, elevada à categoria de Cidade em 8 de dezembro de 1838 (SÃO JOÃO DEL REI, 2015).

De acordo com o plano municipal de saúde 2014/2017, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) está em evolução e alcançou o índice de 0,758 em 2010, classificado como elevado, sendo o 28º do estado de Minas Gerais, que possui média de 0,731, conforme PNUD 2010. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, fator que impacta diretamente na assistência à saúde, com índice de 0,860, seguida de Renda, com índice de 0,733, e de Educação, com índice de 0,690. Entre 2000 e 2010, o crescimento da população de São João del-Rei desacelerou, crescendo a uma taxa média anual de 0,72%, a taxa de urbanização do município passou de 93,85% para 94,54% (SÃO JOÃO DEL REI, 2015).

O município, no senso demográfico 2010, possuía 84.469 habitantes [79.857 pessoas na área urbana (41.875 mulheres e 37.982 homens) e 4.612 na área rural (2.045 mulheres e 2.567 homens)], em uma área de 1.464.327 Km², configurando uma densidade demográfica de 57,68 habitantes por Km², com população crescente, conforme estimativa para 2014 de 88.902 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2011).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR, o município pertence à região ampliada Centro Sul e constitui município polo da região de São João del-Rei. Essa região, por sua vez, abrange os seguintes municípios: São Tiago, Bom Sucesso, Ibituruna, Nazareno, Conceição da Barra de Minas, Ritópolis, Resende Costa, Coronel Xavier Chaves, Lagoa Dourada, Prados, Dolores de Campos, Tiradentes, Barroso, Piedade do Rio Grande, Madre de Deus de Minas e São Vicente de Minas, Santa Cruz de Minas (MINAS GERAIS, 2003).

No perímetro urbano, o município possui, oficialmente, 07 bairros - Centro, Fábricas, Colônia do Marçal, Bonfim, Tijuco, Matosinhos e Senhor dos Montes. Conta, ainda, com os distritos de Emboabas, Rio das Mortes, São Gonçalo do Amarante, São Miguel do Cajuru e São Sebastião da Vitória. Dessa forma, tanto os instrumentos de gestão da União como o do Estado de Minas Gerais norteiam as dimensões e os vazios assistenciais da saúde do município (SÃO JOÃO DEL REI, 2015).

5.2 A rede assistencial de saúde do município

Conforme a Norma Operacional Primária de Saúde – NOB/96, Portaria n.º 2203 de 5 de novembro de 1996, o município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, desde o ano de 2006 (BRASIL, 1996).

No caso brasileiro, as responsabilidades sanitárias podem ser assumidas pelos municípios em dois níveis de autonomia: gestão plena do sistema de saúde (assumindo a responsabilidade pelos diversos níveis de complexidade da assistência) ou gestão da atenção básica. Cerca de 90% dos municípios responsabilizaram-se apenas pela atenção básica, o que leva à necessidade de organizar um sistema de referência compartilhado entre entes governamentais, que é uma função estadual (GUIMARAES; GIOVANELLA, 2004, p. 285).

Segundo essas autoras, essa escolha de gestão foi motivada pela mudança de critério para alocação de recursos, de um sistema baseado em serviços prestados para transferências diretas *per capita*, a partir de 1997, contribuindo para reduzir as desigualdades regionais na distribuição dos recursos federais e, desde 1998, mais de 5000 municípios brasileiros recebem recursos financeiros federais diretamente para seus fundos municipais de saúde.

De acordo com o Plano Municipal de saúde (SÃO JOÃO DEL REI, 2015), a rede oferece razoável grau de diversificação, visto o porte do município, porém, ainda, demanda um aprimoramento importante no tangente operacional, com melhor definição do fluxo entre esses serviços. Pelo diagnóstico municipal realizado no plano municipal, é desejável e planejado um aumento na capilaridade do atendimento com a expansão da atenção primária, sobretudo baseada na Estratégia de Saúde da Família.

Quanto ao panorama geral dos estabelecimentos de saúde, existem, em São João del-Rei, 271 estabelecimentos de saúde, oficialmente, cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (SCNES), dos quais 32 prestam serviços aos SUS (BRASIL, 2015). Esses estabelecimentos se dividem na assistência ambulatorial e hospitalar. Os estabelecimentos que fornecem a cobertura assistencial se dividem entre o caráter público e privado. E a assistência hospitalar é composta por entidades sem fins lucrativos.

Seguindo a proposta do SUS, todos os estabelecimentos e ações de saúde desenvolvidas no município estão sujeitas ao controle social exercido, principalmente, pelo Conselho Municipal de Saúde.

5.3 O Conselho Municipal de Saúde

Como prerrogativas da Lei 8080 e Lei 8142 de 1990, os Conselhos de Saúde são os principais instrumentos de controle social no âmbito do SUS e obrigatórios, também, no âmbito municipal. O Conselho Municipal de saúde de São João del-Rei possui Regimento Interno que disciplina o funcionamento e regula as atividades do Conselho baseado em Leis Federais, Estaduais e Municipais.

Segundo o Regimento Interno, o Conselho Municipal de Saúde é constituído em caráter permanente, deliberativo, consultivo, formulativo e de fiscalização. Tem como objetivo estabelecer e acompanhar a política municipal de saúde sendo a instância máxima do município quanto à avaliação e controle dessa política, inclusive, no aspecto econômico e financeiro, sendo as suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Disciplina que o órgão observará, no exercício de suas atribuições, as diretrizes básicas da Lei nº 8080 de 1990 e do Plano Municipal de saúde (SÃO JOÃO DEL-REI, 2005).

São diretrizes básicas previstas em Regimento:

- a) Efetivar uma política de saúde que garanta a universalização e o acesso igualitário a ambiente sadio aos serviços de saúde, com qualidade e humanização para toda a população do município;
- b) Efetivar o desenvolvimento da integridade e das ações de saúde entre os aspectos preventivos assistenciais, garantindo políticas de melhoria da qualidade ambiental e dos cuidados com a saúde pública nos âmbitos coletivos e individuais;
- c) Garantir a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde com um sistema de referência e contra referência com qualidade e eficiência, de acordo com as

características epidemiológicas de cada região sanitária do município;

d)Garantir a regionalização efetiva das ações de saúde através do Projeto a Voz do Povo, delega responsabilidades técnicas e administrativas aos níveis locais;

e)Garantir a constituição e pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde (Conselhos locais e distritais de saúde), com ampla participação das representações populares e da democratização das decisões;

f) Implantar efetivamente o Sistema Único de saúde (SUS), organizar, dinamizar a estrutura operacional da Secretaria Municipal de saúde, garantir a atenção especial a grupos populacionais e a problemas de saúde ainda não alcançados ou mal cobertos pela atuação tradicional dos órgãos de saúde;

g)Efetivar as prioridades e as propostas de intervenção constantes no Plano Municipal de saúde;

h)Estabelecer uma política de formação e reciclagem de recursos humanos para a saúde a nível municipal, definindo diretrizes quantitativas, qualitativas e de regionalização de cursos, conferencias, convenções, congressos, fóruns e etc. que aqui forem implantados ou realizados (SÃO JOÃO DEL REI, 2005, art. 3º, f. 1-2).

Em seu Regimento Interno (SÃO JOÃO DEL REI, 2005) está previsto que o Conselho de Saúde será eleito a cada dois anos em Conferência Municipal de saúde, sendo ela a instância máxima deliberativa do município quanto à formulação da Política Municipal de saúde. Quanto à sua composição, o regimento preconiza que o Conselho deverá ser composto por vinte e quatro membros, respeitando a paridade de 50% de representação de usuários, 25% de entidades governamentais e prestadores de serviços e 25% de trabalhadores do SUS. Para esses segmentos, também, há uma redivisão específica. Os doze membros representantes dos usuários do Sistema se dividem em: quatro representantes de associação de moradores, dois representantes de sindicatos dos trabalhadores urbanos, um representante dos sindicatos patronais ou das associações dos profissionais liberais, um representante da Associação São Joanense dos portadores de deficiência (ASPD), um representante da Associação

São Vicente de Paula, um representante dos estudantes (União Municipais dos Estudantes Secundaristas – UMES/ Diretório Central dos Estudantes - DCE), um representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas (ASAP) e um representante dos demais movimentos populares e organizações não governamentais.

Os representantes das entidades governamentais e prestadores de serviços têm seis membros representantes divididos em: dois representantes da Secretaria Municipal de saúde, um representante de hospitais privados e conveniados ao SUS, um representante de laboratórios conveniados do SUS, um representante da Secretaria Estadual de saúde (diretor da DADS ou representante legal), um representante das demais entidades privadas que prestam serviços ao SUS (Associação de pais e amigos dos excepcionais – APAE/Associação dos parentes e amigos dos dependentes químicos - APADEQ).

Os trabalhadores do SUS são representados e indicados por seus pares, seguindo a distribuição: um representante dos trabalhadores federais da saúde (SIND-PREV), um dos trabalhadores estaduais de saúde (SIND-SAUDE), um dos trabalhadores municipais de saúde (SIND-SERV), dois representantes dos trabalhadores em hospitais, consultórios, Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (SINTRAS) e um representante dos trabalhadores da esfera federal, estadual ou municipal indicado pelos mesmos.

O Regimento Interno (SÃO JOÃO DEL REI, 2005), também, prevê que cada titular terá um suplente, que o número de representantes dos usuários não será inferior a 50 %, e que o Secretário Municipal de Saúde será membro nato do Conselho Municipal de Saúde. Sugere que a duração do mandato dos Conselheiros seja de dois anos, não coincidindo com os mandatos dos governos federais, estaduais e municipais, podendo os Conselheiros serem reconduzidos a critério das suas respectivas representações. Traz como prerrogativa que os representantes dos usuários, trabalhadores do SUS, entidades governamentais e

prestadores de serviços deverão obrigatoriamente estar presentes na Conferência Municipal de saúde.

As atribuições e as competências do Conselho Municipal de saúde, também, estão previstas no regimento, permeando todos os processos de políticas de saúde. A administração do Conselho é prevista em seu regimento e fica a cargo do seu presidente, vice-presidente e da secretaria do Conselho. Que o presidente e o vice serão eleitos na primeira reunião do ano seguinte à realização da Conferência de Saúde. A normativa prevê a formação da comissão executiva, formada por seis membros, respeitando-se a paridade dos segmentos, esta é eleita na primeira reunião e presidida pelo Presidente do Conselho. A esta comissão cabe supervisionar, elaborar pautas das reuniões, analisar a contabilidade entre outros assuntos (SÃO JOÃO DEL-REI, 2005).

Sua estrutura se dá em: plenária (fórum máximo, normativo e deliberativo); comissão executiva, secretaria-executiva e comissões. As reuniões ordinárias ocorrerão pelo menos uma vez ao mês podendo ocorrer, extraordinariamente, quando necessário por convocação de seus membros. O Artigo 18 do Regimento Interno estabelece que o Conselho Municipal de Saúde tomará suas decisões em reuniões plenárias mediante votação. Sendo o quórum mínimo para a realização das reuniões de metade mais um de seus membros. O presidente terá voto de qualidade quando houver empate. O Artigo 27 rege que as deliberações do Conselho serão formalizadas por meio de Resoluções conjuntas de seus membros presentes na reunião que os deliberou devendo ser acatada por todos os Conselheiros. Regulamenta que os assuntos tratados e as deliberações tomadas, em cada reunião, serão registrados em Ata, a qual será lida e aprovada em reunião subsequente devendo registrar o resultado das votações. O regimento, também, prevê que as Resoluções e temas tratados no Conselho sejam amplamente divulgados. Providenciar espaço físico, instalações

e funcionário para auxiliar na administração são responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SÃO JOÃO DEL-REI, 2005).

O capítulo 8 do Artigo 33 prevê que seus membros exercerão seus mandatos sem receber nenhum tipo de remuneração e devendo ser considerado um serviço de relevância pública, recebendo o Conselheiro, ao final de dois anos, o “Certificado de Serviço de Relevância Pública” regulamentado pela Secretaria Municipal de Saúde. No Artigo 37, traz a prerrogativa de que o Conselho Municipal de saúde deverá sugerir medidas que visem racionalizar a aplicação dos recursos públicos e privados na área da saúde no município de São João del-Rei. E, assim, apesar de ser reconhecida a necessidade por vários Conselheiros de reformulação e revisão do Regimento Interno do Conselho de Saúde, este é o vigente e suas prerrogativas são seguidas. Os conselheiros em exercício foram eleitos em Conferencia Municipal de saúde realizada em 2014 e distribuídos conforme a paridade prevista (SÃO JOÃO DEL REI, 2005).

A pesquisa foi realizada, durante o ano de 2015, primeiro ano de mandato das eleições ocorridas no ano anterior para governos Federal e Estaduais. Considerado ano de crise financeira com cortes em recursos de ambas as esferas, inclusive, para os municípios.

No caso específico de Minas Gerais, Estado do município da pesquisa, o processo de endividamento da saúde se arrastou de um governo para o outro. Ponto que pode ser observado pelas diversas pautas e discussões levantadas ao longo do ano das Assembleias referente à manutenção, suspensão e precarização dos serviços prestados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal. A tematização desse cenário será importante para o entendimento das principais discussões tratadas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do ano pesquisado, já que, inevitavelmente, repercutiu nas políticas de financiamento da saúde, afetando o acesso e assistência aos usuários, temas tratados como princípios do SUS.

6 INTITUCIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E CONSELHEIROS

Considerando-se os dados coletados e os objetivos propostos, neste estudo, neste capítulo serão apresentadas a descrição, análise e demonstração dos resultados da observação e das entrevistas.

6.1 Observações sobre o Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei: Institucionalização dos Princípios do SUS

O período de observação das assembleias do CMS foi o ano de 2015. Ano de posse de novos Conselheiros, com novo presidente, nova mesa diretiva e executiva. As pautas das quatorze reuniões do ano de 2015 foram sistematizadas no Apêndice D. Nele foram categorizados os itens de pauta em: nomeação, informação, deliberação e ação. Quando a reação era deliberar, pontuamos se esta foi favorável ou não e, se favorável, se houve unanimidade ou não na deliberação do tema em pauta. Na última coluna do quadro, consideramos a principal relação do tema levado à plenária, em que: CMS refere-se ao Conselho Municipal de Saúde, PMS a Plano Municipal de saúde, UPA à unidade de pronto atendimento, serviços, dengue e afins, medicamentos e afins e outros. Por fim, a sigla N/A significa “não se aplica”. E, baseadas em cada item, ou assembleia foram descritas as observações da pesquisa.

Considerando as quatorze reuniões, ocorridas ao longo do ano de 2015, foram levadas à plenária desse Conselho trinta e nove itens de pauta. Desse número, excluímos os temas tratados como assuntos gerais e informes por não acrescentarem nessa primeira análise. Porém foram considerados nas observações das reuniões e registrados no diário de campo. No que se refere à categorização de cada item proposto, foram divididos em: ação, deliberação, nomeação e informação. A frequência, em que os itens foram levados à plenária,

de acordo com a categorização de cada um deles, foi tabulada e analisada de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 1 - Categorização dos itens de pauta

Deliberação	8	20,51%
Informação	23	58,97%
Ação	7	17,95%
Nomeação	1	2,56%

Fonte: Da autora (2016)

Assim, percebeu-se que, dos trinta e nove itens levados à plenária, apenas oito exigiram dos Conselheiros a reação de deliberar. A grande maioria dos itens teve como principal objetivo informar, ao todo vinte e três itens, o que corresponde a 58,97% das pautas propostas. Os temas que exigiram uma ação ou nomeação somaram oito itens que representaram 20,51% dos temas.

Os itens de pautas que demandaram dos Conselheiros o ato de deliberar sobre eles representaram 20,51% dos temas propostos dos quais todos foram aprovados, favoravelmente, por unanimidade. Como não existe uma análise anterior dessa mesma perspectiva referente a outros períodos, não se consegue determinar se esse perfil foi exclusivo do ano de 2015 ou se ocorre regularmente. Assim, no que se refere ao período de 2015, o controle social exercido por meio das deliberações não foi a categoria mais evidente.

A pouca participação da maior parte dos Conselheiros, também, foi notória. A falta de quórum mínimo foi motivo de cancelamento da reunião ordinária do mês de setembro, e a reunião ordinária do mês de outubro pelo mesmo motivo foi apenas informativa. A porcentagem média geral de presença dos conselheiros nas assembleias foi de 66,03% (APÊNDICE B). E a média de presença de conselheiros nas assembleias foi de 16,42 conselheiros por reunião. Ao se considerar que, para a realização, é necessária a presença de metade mais

um dos conselheiros, ou seja, de no mínimo treze conselheiros, essa média pouco excedeu o número mínimo para a formação de quórum.

Das assembleias realizadas, nove foram ordinárias e cinco extraordinárias. As reuniões ordinárias estão previstas no Regimento Interno como sendo no mínimo uma ao mês. No decorrer do ano de 2015, as reuniões ordinárias dos meses de setembro e outubro não obtiveram quórum mínimo para realização como já relatado acima. A primeira reunião do ano de 2015 (10/02/2015) foi destinada à posse dos novos conselheiros. A segunda reunião (19/03/2015) teve como pauta a eleição e composição da mesa diretiva e a eleição do Presidente e Vice-presidente do Conselho Municipal de saúde. Houve o lançamento de chapas, como determina o regimento interno, porém não houve concorrência. Somente uma chapa foi composta e, rapidamente, escolhida com unanimidade dos votos.

Tomando como base a quinta coluna do APÊNDICE D, em que foi considerada a principal relação com os itens de pauta, sistematizou-se a frequência em que os itens de pauta foram levados à plenária do Conselho, e os princípios dos SUS considerados mais presentes em cada um deles. Esses dados foram apresentados no quadro abaixo.

Quadro 2 – Frequência dos temas de pauta

TEMA	FREQUÊNCIA	%	PRINCÍPIOS
UPA SÃO JOÃO DEL REI	3	7,7%	Equidade
TEMAS RELACIONADOS AO CMS	11	28,2%	Participação
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE E OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO	6	15,4%	Controle social
DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA	2	5,1%	Integralidade
MEDICAMENTOS, ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E AFINS	4	10,3%	Universalidade
OUTROS	4	10,3%	n/a
SERVIÇOS	9	23,1%	Equidade, universalidade e integralidade
Fonte: Da autora (2016)			

Assim, evidenciamos que os itens mais frequentes em discussão são os itens diretamente relacionados ao próprio Conselho Municipal de saúde (28,2%), os itens relacionados a serviços de saúde (23,1%) e os itens referentes ao Plano Municipal de saúde e outros instrumentos de gestão (15,4%). Diante da sua prevalência sobre os demais itens, concentramos nossa análise nos mais representativos considerando que, se são repetidamente levados à discussão nas assembleias, são itens que detêm a atenção do Conselho de Saúde.

Os itens relacionados ao próprio Conselho de Saúde predominaram as pautas propostas. Representaram 28,2% das discussões levadas à plenária. Seja na formação de comissões, funcionamento do CMS, planejamento financeiro ou a própria organização. A preocupação com a participação social, seu incentivo por meio de ações de mobilização e sua manutenção com a regulamentação e estruturação apontam que o princípio da participação permeou os itens de pauta que foram tratados nas assembleias. De acordo com publicação do Ministério da Saúde sobre a Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal é necessário existir uma rotina mínima para os Conselhos, que é sua importante

participação na elaboração dos planos e em seu acompanhamento, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Esta publicação aponta que o grande impasse dos Conselhos é justamente quando desconhecem sua dupla missão de ajudar a fazer e aprovar o plano, assim como acompanhar e controlar econômica e financeiramente este plano, objeto principal do controle social (BRASIL, [19-?]).

Seguidamente aos itens relacionados ao Conselho, os serviços foi o segundo item que teve maior frequência nas pautas com 23,1%. Nesses incluímos os itens que se referiram a discussões ou propostas relacionados a serviços de saúde, seja de ampliação, projeto, implantação, questionamentos e outros. Essa incidência dos itens tratados nas pautas sinalizam a presença e preocupação com os princípios da equidade, universalidade e integralidade dos serviços de saúde. A conceituação, utilizada por Motta e Batista (2015), na definição desses princípios, demonstra sua relação próxima com os serviços de saúde.

Universalidade – Pressupõe o direito à saúde para todos e o acesso às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade da assistência; a saúde é um direito e não a prestação de um serviço ao qual se tem acesso por uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. **Equidade** – Implica a adoção da igualdade não como *ponto de partida* dos debates sobre a justiça, mas, sim, como *ponto de chegada*; propõe tratar desigualmente os desiguais – como na fórmula aristotélica –, para alcançar uma sociedade mais justa e atentar para as suas necessidades individuais e coletivas; **Integralidade** – Talvez o princípio mais complexo do SUS, costuma ser concebido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (MOTTA; BATISTA, 2015, p. 199).

A presença dos princípios do SUS foi evidente na proposta de federalização de instituição hospitalar em que a universalidade do acesso

prevaleceu, na implantação da fitoterapia municipal, visando à integralidade à saúde. E, também, presente nas pautas, onde o ponto central foram os PSFs na melhoria, ampliação ou reclamações. Os PSFs são um dos programas mais importantes do SUS. “A implementação da ESF (Estratégia de Saúde da Família) incorpora e reafirma os princípios do SUS, trabalhando a lógica de equipes multiprofissionais, com território definido e população adscrita” (MOTTA; BATISTA, 2015, p. 204). É parte fundamental da estruturação da Atenção Básica em saúde e, também, principal instrumento de aproximação da sociedade, da assistência e prevenção à saúde. De acordo com Motta e Batista (2015), a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada principal dos indivíduos e de suas famílias para o sistema de saúde, conhecida no Brasil como Atenção Básica. Esse tipo de atenção à saúde da família, como modo prioritário para organização do sistema, surgiu em consonância com os preceitos do SUS em meados de 1994. Propôs-se, inicialmente, o Programa Saúde da Família (PSF) como domínio estruturante da Atenção Primária à Saúde, com base em ações de promoção da saúde, de prevenção de eventos mórbidos, de assistência e de recuperação com qualidade, o que favoreceu maior aproximação entre os serviços e a população (MOTTA; BATISTA, 2015). Atualmente, o PSF tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Apesar da mudança de PFS para EFS, mantivemos a nomenclatura como PSF por ter sido esta a utilizada pelo Conselho e seus conselheiros. Dessa forma, a preocupação ou importância dada aos serviços de saúde em suas várias faces, levados às assembleias, consolidam a presença dos princípios da equidade, universalidade e integralidade nessa instância.

O terceiro item mais frequente, com 15,4% da frequência, foi o relacionado ao Plano Municipal de saúde e outros instrumentos de gestão. Nessas discussões, incluem-se as apresentações, apreciações e aprovação, principalmente, as relacionadas ao Plano Municipal de saúde. Mas, também,

discutiu-se o Relatório de Gestão e o Pacto pela Saúde. Esses são instrumentos que norteiam as ações de saúde do município e que, obrigatoriamente, precisam da apreciação e validação do controle social. Indicam o controle social como orientador das políticas públicas de saúde. O CMS deve discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão Anual, as prestações de contas, discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações em saúde que serão implementadas no município. Nessa proposta, o plano de saúde é a principal ferramenta de informações das ações e serviços de saúde nos municípios, do qual a sociedade deve ser coautora. E, além de acompanhá-lo, avaliá-lo e monitorá-lo, constantemente, deve exigir sua eficiência e eficácia. (BRASIL, [19-?]).

No acompanhamento das assembleias, observou-se que grande parte das participações, questionamentos e reivindicações nas assembleias partiu dos conselheiros que já estão na segunda ou mais gestões como conselheiros de saúde. Principalmente nas questões em que os princípios do SUS estavam envolvidos como na defesa da Universalidade do acesso aos usuários e na equidade ao atendimento, como, por exemplo, na defesa das causas do grupo Gay (reunião 21/10/15). Nesse caso, houve, também, a participação ativa de integrantes do movimento e o presidente do movimento defendeu o tema na plenária. Alguns conselheiros novos, embora assíduos às reuniões, pouco se posicionaram nas pautas e nas deliberações. Em diversos momentos, a falta de questionamentos pelos conselheiros, antes das deliberações, gerou incômodo, inclusive, em membros da gestão que, sabendo da importância de algumas pautas, estranharam a ausência de questionamento, como na reunião em 24 de junho, quando se tratou do Pacto pela Saúde.

Durante o ano, foi proposta a formação de diversas comissões. Essas comissões são compostas por alguns conselheiros, respeitando-se a paridade dos segmentos e as afinidades dos participantes com os principais temas. O objetivo

dessas comissões é aprofundar e dar seguimento a estudos ou execução de atividades. São algumas comissões: a comissão de instrumentos de gestão, a de fiscalização de obras, a de análise da federalização do Hospital Nossa Senhora das Mercês, a de análise do caso da UPA, entre outras. Nelas foram eleitos membros que tinham afinidades e interesse na participação em temas específicos. A princípio, parecia uma proposta promissora. Porém, com o andamento das atividades, o que ocorreu foi que, no decorrer do período, elas foram pouco efetivas e pouco produtivas. Especificamente, no ano de 2015, a Comissão que trouxe resolutividade e contribuição foi a referente a Instrumentos de Gestão a qual atuou na formulação do Plano Municipal de Saúde 2014/2017. Apesar de ter aparecido, logo nos primeiros itens de pauta do ano, o Plano Municipal de saúde só foi levado à apreciação e aprovação nas últimas reuniões do ano e, por diversas vezes, foi item de pauta e discussões na plenária.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foi item de três pautas e, por diversas vezes, foi discutida na plenária pelos conselheiros nos assuntos gerais. No que se referiu à UPA e seus sérios problemas de financiamento, pode-se perceber o interesse e a necessidade da Gestão na aprovação do Conselho. Nesse caso, destaca-se o poder do Conselho na aprovação das “manobras” contábeis e na fiscalização dessas ações referentes à unidade por meio da comissão. A gestão, também, utilizou o poder dessa instância, quando solicitou uma deliberação, na busca de solucionar o problema. Nesse tema, a busca pelo apoio, participação e interferência do Conselho, por parte da SMS, foi notória e imprescindível. Especificamente no caso referente à UPA, pode-se vislumbrar as considerações de Guimarães e Giovanella (2004) cuja concepção de sistema de saúde, implantada em situação de estado federado, indica que a cooperação é elemento fundamental da relação intergovernamental, pois, ao mesmo tempo em que reforça a autonomia e as iniciativas locais, impõe a necessidade da solidariedade entre governos para a integralidade e a equidade. Esses autores

ponderam, ainda, que, se por um lado, a responsabilidade pela saúde é municipal, por outra essa responsabilidade deve ser compartilhada com os âmbitos estadual e federal. Para alcançar os princípios do SUS, é necessária uma definição clara de competências próprias e comuns que ponderem a competição entre sistemas e orientem processos de cooperação (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Aspecto vastamente percebido nas observações foi o uso de termos técnicos e, por vezes, a necessidade de entendimento de funções e temáticas técnicas específicas, principalmente, da Saúde Pública e da área contábil. Fator levado em consideração pelos conselheiros à hora de aprovar as contas do governo atual e do governo anterior, que estão em atraso. Relataram e solicitaram o apoio técnico de um profissional da área contábil para auxiliar na aprovação ou não das contas públicas. Outras demandas de caráter técnico foram levantadas, na mesma assembleia, porém a questão contábil foi a única em que a busca por assessoria foi levantada. Aos conselheiros antigos parecem mais transparentes os problemas causados pela falta de esclarecimento e a ingenuidade dos conselheiros na deliberação de assuntos técnicos. Foi muito bem colocada a fala do vice-presidente, quanto ao critério crítico dos conselheiros, de se deixarem levar pelo impulso e pelas falas dos gestores. Ele chamou a atenção para o pensamento crítico dos conselheiros antes de deliberarem temas.

O distanciamento e o não reconhecimento do poder legislativo local da importância das instâncias participativas foram observados e questionados pelos conselheiros em mais de uma assembleia. Por meio da lista de presença, confirmou-se que apenas um representante do legislativo, esporadicamente, participava das reuniões ou se fazia representar por alguém. Essa ausência foi observada e questionada pelos Conselheiros. Em várias pautas, os Conselheiros trouxeram à tona o reconhecimento da instância pelos governantes locais,

especialmente, o legislativo. Fato esse que procede visto que dos treze vereadores municipais, apenas um membro ou representante se fez presente, em algumas reuniões do Conselho de Saúde, durante o ano de 2015. A cada ação política do legislativo em relação à saúde, o CMS, por meio de representantes de segmentos diferentes, questionava o reconhecimento e a relação deste órgão com controle social.

Quando o item tratado nas reuniões envolvia Programa de Saúde da Família (PSF's), médicos e acesso a serviços e exames entre outras demandas que tinham um caráter de representatividade do bairro ou região de residência dos conselheiros, percebeu-se maior interação dos Conselheiros. Nestas pautas, houve grande participação dos presentes com a interação de membros do Conselho que, usualmente, são apáticos nas discussões. Demonstraram que se sentiram à vontade para debater e falar sobre esse assunto. Fato este que pode ter relação com o teor pouco técnico e mais próximo da realidade deles. Demonstram, também, responsabilidade social (combate à dengue, acesso a médicos ou exames) ao defenderem temas diretamente ligados à comunidade que representam. Essas observações levam a entender que, quando as questões técnicas são mais distantes, a participação e as deliberações são mais conscientes, visto as discussões desenvolvidas. Quando a técnica é maior as discussões são menores.

Quando se tratou da judicialização da saúde e seus impactos, foi levantada a questão do aumento dos processos judiciais que oneram os cofres públicos. Com isso, foi levantado o entrave causado pela judicialização e seu impacto na SMS. Nesses termos, foi considerado que, por meio dessas ações, muitos usuários querem ter seu atendimento diferenciado, individualizado pelo SUS em relação ao restante da população. As pautas sobre judicialização da saúde, apesar de ser um dos grandes aspectos questionados em relação à saúde pública nos momentos atuais, não gerou envolvimento por parte dos

Conselheiros. Apesar dos representantes da SMS tentarem retratar como esse processo tem afetado a gestão, este tema foi mais debatido pelos envolvidos com gestão e representantes do governo.

Em todas as assembleias, após as discussões e deliberações da pauta, são dados os informes. Destacam-se os temas relacionados ao atendimento de seu bairro ou de serviços de saúde utilizados por eles ou conhecidos. Trazem elogios, questionamentos e reclamações da saúde pública municipal para a plenária. Os temas técnicos se concentram mais nos discursos dos conselheiros representantes do governo e dos trabalhadores da saúde.

Os conselheiros, também, foram chamados à sua responsabilidade social em algumas pautas como o combate à dengue e na busca de médicos especialistas para o município. Viu-se a atuação de conselheiros quando um estabelecimento de saúde foi denunciado por tratar diferentemente usuários do SUS de outros sistemas privados. A atuação, também foi presente, quando eles julgaram que as instalações de um estabelecimento da saúde não atendiam bem aos usuários exercendo o controle social. O controle social e a gestão participativa são parte integrante da participação da comunidade no SUS e seu enfoque não é só pelo controle, mas também pela ação e proposição como exposto na publicação do Ministério da Saúde.

Embora o termo controle social seja o mais utilizado consideramos que se trata de um reducionismo, uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela Constituição Federal, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Esta também se manifesta através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões, orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas que atendam interesses públicos legítimos. Manifesta-se também através da ação, ou seja, cada um de nós, seres humanos, cidadãos e políticos, têm um papel na sociedade que desempenhamos através da execução de nossas funções (BRASIL, [19-?], p. 6).

A exclusão do CMS, em ações de saúde realizadas pela SMS, foi insistentemente levantada. Parecem unânime aos conselheiros as questões de informação para o controle social do órgão. Mais do que a interferência parece que cobram a informação. A questão da parceria entre SMS e CMS, também, foi levantada diversas vezes. Existe um tom de apelo dos Conselheiros mais antigos para que haja proximidade e informação ao CMS, assim como a desburocratização do processo de disponibilizar as informações ao CMS quando solicitadas. Porém, observou-se que, em aspectos polêmicos, a SMS recorre à interferência do CMS como na cobrança ao prestador, ao poder legislativo, na mobilização social entre outros.

Quando a questão foi o acesso à UPA e a restrição do atendimento, pode-se perceber a postura bairrista dos conselheiros, no sentido de defender os interesses de seu bairro, cidade ou região. Os conselheiros consideraram que, se não havia solução, que não fossem os munícipes os prejudicados no atendimento da UPA e, sim, os residentes das cidades ao entorno, na defesa do território em detrimento do regional. A preocupação com a restrição do acesso foi evidente, ainda que o CMS tenha deliberado apoiar a SMS na restrição do acesso. Essa questão mostrou que os conselheiros pensam na população SUS, porém defendem o município.

Quando o tema tratado foi relacionado ao CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas) e o tratamento de dependentes químicos de álcool e drogas, ficou evidente a preocupação de vários segmentos quanto ao atendimento às minorias, quanto à universalidade e equidade ao acesso aos serviços de saúde, tanto dos dependentes químicos quanto dos pacientes portadores de transtornos mentais.

A intenção de ampliação da participação popular, no sentido de incorporar os Conselhos de Saúde da microrregião em algumas decisões e, ainda, da criação de um colegiado regional de Conselhos de Saúde, também,

esteve presente demonstrando o reconhecimento da participação e controle social no território ampliado.

Apesar do tema central deste estudo ter se direcionado a descrever, analisar, identificar e explicar como os princípios do SUS foram institucionalizados nas assembleias e deliberações do Conselho de Saúde, no desenrolar do processo não foi possível abster-se de analisar o próprio Conselho de Saúde e sua dinamização.

O Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), desenvolveu, junto ao CMS de São João del-Rei, entre os anos de 2008 e 2011, processos de observação, capacitação e diálogo aberto.

A propósito, este curso de capacitação de conselheiros municipais de saúde é uma forma de empoderamento, visando aumentar o poder dos conselheiros e, por sua vez, o do Conselho para que ele possa agir melhor e cumprir as suas funções atendendo assim o bem comum (MELO et al., 2013, p. 22).

Na conclusão deste trabalho, o NEPIS chegou à conclusão de que este Conselho era bastante atuante, mas estava pautado na ideia de fiscalização e o caráter consultivo e deliberativo era relegado. Este estudo constatou uma não elucidação acerca do envolvimento político do CMS na luta pela legitimidade de um espaço público que traduza os anseios do meio social que representa. Levando-se em consideração os dados deste estudo e as observações pontuados por esta pesquisa, observa-se que a capacitação realizada por esse Núcleo pode ter sido a responsável pela maior observância dos princípios do controle e participação social nas assembleias.

Apesar do estudo de Melo et al.(2013) ter- se dado em outro período de tempo constatamos que, se no período do seu estudo foi detectada a característica fiscalizadora dos membros, no período de 2015, percebeu-se como

mais evidente o caráter informativo. Constatou-se que o ato de deliberar não foi imperativo nas assembleias.

Diante dos itens de pauta levados à plenária, ficou demonstrada sua relação com os princípios do SUS. Quanto ao caráter deliberativo e à ponderação do estudo anterior à sua rejeição, o que se observa é que, ainda nessa gestão, identifica-se a necessidade de aprimoramento do caráter deliberativo.

Em detrimento às debilidades encontradas, concordamos com as palavras de Melo et al. (2013) de que numa sociedade igual à nossa cuja maioria tem dificuldade à educação, apesar dessa dificuldade, a sociedade brasileira vem se organizando e a experiência dos Conselhos de Saúde reflete como na sociedade há pessoas demonstrando participação no contexto político. Esses mesmos autores, em seu estudo, refletem sobre a necessidade do Conselho se comunicar com a sociedade e este é um sério problema. E, neste estudo, percebemos que este ponto, ainda, não sofreu avanços visto a baixa participação e a falta de diálogo com a população local. Nenhuma ação nesse sentido foi observada no período deste estudo. Melo et al. (2013) explicam que o Conselho Municipal de Saúde exige um gasto muito grande de energia, tempo e esforço das pessoas, onde elas discutem e debatem várias questões que a sociedade deve ter ciência. Informar às pessoas que representam, os trabalhadores, população, os próprios setores da gestão, é um esforço necessário, porém, não visualizado no processo.

Como considerações pertinentes em relação às deliberações, em nenhuma pauta colocada pelo Conselho em votação houve abstenção ou rejeição. Todas as pautas foram aprovadas por unanimidade. Os questionamentos acerca dos pontos das pautas são poucos, diante da responsabilidade das deliberações. Apesar de existirem questionamentos, raramente, modificaram as opiniões e o resultado das deliberações. Cabe, então,

a pergunta se as pautas estão sendo bem explicitadas e compreendidas pelos membros, ou se o consenso realmente prevalece. Melo et al. (2013), quando se referem às aprovações desse Conselho pondera, “há casos em que aprovam por não entender, por postura de humildade, por não saber argumentar. Aqui não temos uma comunicação e, sim, uma imposição, pois comunicação implica troca” (MELO et al., 2013, p. 24).

6.2 Os princípios do SUS na fala dos atores do Conselho Municipal de Saúde

Foram entrevistados sete conselheiros de saúde atuantes, no ano de 2015, selecionados conforme proposto na metodologia. A entrevista foi realizada de acordo com o roteiro de entrevistas semiestruturado. Os participantes foram tratados por siglas que indicam o segmento e a vaga que representam.

Os dados referentes ao perfil dos entrevistados foram sistematizados no quadro do Apêndice D. No que se refere à idade, os entrevistados tinham entre 26 a 75 anos, maioria do sexo masculino, com ensino superior completo e de atividades diversas. Grande parte dos entrevistados está na primeira gestão como conselheiros de saúde, não vinculados a cargo público. Dos selecionados para a entrevista, apenas um atua na mesa diretora na gestão atual. Os atores que passaram por algum treinamento ou capacitação se dividiram entre sim e não. Com exceção dos conselheiros que são indicados pelo segmento governamental, os que representam os demais segmentos se envolveram com o Conselho por movimentos sociais, associações de moradores, sindicatos ou associações relacionadas à saúde.

Quando os conselheiros foram questionados sobre qual a sua motivação em participar de instâncias participativas, nas expressões, notamos que a

motivação dos conselheiros passa pelos princípios do SUS, principalmente, o da participação social.

É dar voz ao povo, essa que é tá participando e, é, de fato, ativamente na construção de uma do direito à saúde (CU1).

Como eu posso está fazendo uma discussão e vendo situações da Saúde na cidade eu não participando (CT3).

A principal motivação é que dizem que, aproximadamente, 6% da população brasileira é diabética. Então tem que representar isso (CU12).

Eu acho importante a população tá presente (CG2).

A escolha específica pelo Conselho de Saúde em detrimento de outras instancias não foi um ponto em que se pode relacionar, precisamente, sua relação com os princípios do SUS, exceto na fala do CU1 cuja escolha pela saúde foi justificada na defesa pela equidade: “é exatamente, é a área que ao meu ver é mais, é que tem mais impacto na vida daqueles que é daquelas classes, né, que têm mais dificuldade”. E, na fala do CU3, sua motivação por participar do Conselho de Saúde, “é ajudar os outros. A gente sabe das dificuldades que, às vezes, tem pessoas que tem dificuldade de expressar o que precisa” (CU3).

O princípio da participação e do controle social, para a gestão pública, foi considerado como importante. Reconhecida como base social, para a formação do SUS, como componente da gestão e de aproximação da sociedade com a política pública proposta e como proposta do SUS (BRASIL, [19-?]).

A participação e o controle social historicamente, a própria questão do SUS, ela vem de luta popular. O SUS tem a base social do SUS, né. Esse controle social ele vem de uma construção já histórica, então é fundamental. Principais? As principais conquistas e nós temos, em todos os aspectos, elas são elas são fruto da luta social, e o controle social, ele tem participação fundamental (CU1).

É porque o caso do Conselho não é brigar contra administração, é participar junto com ela, fiscalizar o município. E também mostrar onde está errado as coisas dentro do município (CT2).

Eu acho que... é de suma importância né, a participação do Controle Social, na saúde principalmente. Porque a gente tem tanto gargalo, tanta lacuna né? Eu acho que o Conselho ele serve, não só para fiscalizar né, o que está sendo feito na saúde, mas também é uma forma de aproximar mais a população, de saber o que é que realmente eles estão carentes, o que eles estão precisando (CG3).

Eu acho que a proposta do SUS é uma melhoria no acesso da população à saúde uma maior qualidade de saúde. Entretanto a gente vê alguns problemas que impedem um pouco esse acesso (CG2).

O reconhecimento do princípio da universalidade, da equidade e do controle social foi apontado pelos conselheiros como diferencial do SUS para os sistemas de saúde anteriores a ele. Reconhecem que o SUS conseguiu avançar na proposta de transformar o perfil restritivo e excludente dos sistemas de saúde que o antecederam.

E a principal diferenciação é que é um programa para todos. Onde o acesso é universal, e com princípios, né, de equidade e universalização da saúde pública. É uma saúde pública para todos (CU1).

Porque o SUS é universal a pessoa não precisa ter carteira assinada, não precisa ter documento ela é atendida, igualitária no atendimento (CU3).

É uma mudança, como diz o ditado, “de uma água para o vinho”, né. Lembro da época em que o pessoal que não tinha nem INAMPS, não tinha nada, eles eram NP os “não pagantes” eles tinham direito, mas praticamente era como se estivesse prestando um favor para o indivíduo. Hoje não! (CT3).

Apesar de ter caído um pouco, o tratamento é mais igualitário (CT2).

O próprio Controle Social né, que antes não tinha. Acredito que o próprio Controle Social é um grande avanço. Porque antes do SUS não existia isso. As... as decisões eram muito centralizadas (CU12).

O principal avanço é esse acesso uma melhor qualidade. Esse SUS pra todos que a gente vê que a saúde tá aí! Realmente disponível pra maior parte da população (CG2)

Quando questionados se identificavam avanços com a criação do SUS para a saúde, os princípios foram utilizados como base de referência aos avanços observados por eles. Principalmente nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

É a universalização né, da saúde, e os avanços na garantia do acesso a todos. Um acesso “de fato”, né (CU1).

(...)ah, o que se evita de morte hoje de crianças, de gestante, porque foi tudo através do SUS que se conseguiu isso. Porque até então não existia muito interesse por parte do Governo está investindo em saúde (CU3).

Hoje praticamente os direitos são iguais, né. A equidade, todo os direitos são universalizados (CT3).

Por exemplo, aqui em São João nós não tínhamos o serviço de ecocardiograma levávamos pra fora. Olha pra você ver! Já teve um ecocardiograma, exame que não tinha aqui no município hoje tem, consegue atender, né. Tem o PSF que ajudou muito (CT2).

O avanço mesmo, quando o atendimento tem ambulância pra buscar as pessoas em casa. Aqui no caso, são atendidos em todos os hospitais, em Santa Casa, todos atendem pelo SUS. Então acho que houve um avanço muito grande do SUS para o atendimento médico corporativo. Porque as ações INSS, INPS, era só pra aqueles que tinham garantido seu atendimento (...) a questão do atendimento ficou uma coisa melhor hoje (CU12).

Os participantes não reconhecem retrocesso na saúde pública com a criação do SUS. Apontam críticas, problemas e dificuldades do sistema como o

subfinanciamento, os profissionais médicos, os grandes planos de saúde e a organização e capacitação da gestão. O subfinanciamento já era uma preocupação, na análise de implantação da Reforma sanitária, como aponta Menicucci (2003, p. 156):

Na análise da implantação da reforma, é dada ênfase à questão do financiamento, que tem sido considerado um ponto de estrangulamento para a sua efetivação pois o subfinanciamento do sistema de saúde não garantiu a implantação dos princípios constitucionais, para permitir tanto a universalização do acesso quanto a ampliação da rede prestadora.

Nessa análise, foi interessante perceber que, apesar de questionados sobre retrocesso, além de não o reconhecerem, usaram como justificativa para refutar o retrocesso à criação dos PSFs como grandes conquistas. Aspecto importante, visto que um dos principais pontos de atenção, quando da criação do SUS, foi exatamente a expansão da área preventiva e a atenção básica. O modelo de atenção à saúde no Brasil foi, historicamente, pautado na assistência médica, de tessitura curativa e individual em que a saúde era reconhecida como a simples ausência de doença. A tentativa de ultrapassagem desse paradigma convergiu para a criação e a implantação SUS (MOTTA; BATISTA, 2015).

Aqui em São João Del Rei, sobretudo não vejo retrocesso eu vejo um caminho. Inclusive, os postos de saúde do município têm melhorado, não só nesse governo atual, mas desde o prefeito anterior vem havendo uma atenção grande aos postos saúde, esse programa PSF, programa da família, né. Então não vejo retrocesso eu vejo a melhoria gradativa (CT3)

O SUS a gente vê que precisa melhorar muito, mas assim, avançou também muito, né. Eu não vejo assim um retrocesso não, no meu caso assim, eu já tive oportunidade de trabalhar na área curativa e na área preventiva. Já trabalhei também na Santa Casa na área curativa e na área preventiva. Aí que a gente vê mesmo o ponto do acontecimento do avanço (CU12)

Ao serem diretamente perguntados sobre o conhecimento dos princípios do SUS, alguns entrevistados não souberam teorizar sobre o tema. Outros se intitularam não conhecedores dos princípios. Na descrição teorizada dos princípios, o que incorreu em maior dificuldade de teorização e de conciliação do conceito, apresentado pelos entrevistados com o conceito trabalhado, neste estudo, foi o princípio da equidade. Usualmente reduzido ao princípio da igualdade, nas expressões dos entrevistados, essa confusão conceitual, também, pode ser observada.

(...) é o princípio que você dá o tratamento correto sem distinção em que todos tenham acesso igualitário (CU1).

São todos iguais, não é isso? (CU3)

A equidade onde os direitos são iguais, né (CU3).

Onde continuar atendimento igualitário (CT2).

Na teorização do princípio da integralidade, a divergência conceitual e a dificuldade de expressão foram observadas. Argumentada como conceito de universalidade e acesso amplo “Uma saúde ‘de Fato’, né, para todos com acesso, é um acesso amplo” (CU1), como princípio da equidade, “tanto LGBT, negro, branco, azul, todos têm que ser tratados da mesma forma. Todo mundo tem direito à saúde” (CT2). E como conceito moral de integridade, “é o princípio das pessoas íntegras (...) no atendimento seriam honestas. A questão do integral é questão do trabalho social” (CU12). Motta e Batista (2015) explicam que, dentre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade é o menos visível na trajetória das práticas do SUS, tendo em vista que as mudanças, no sistema em relação à integralidade, não têm sido tão evidentes e acontecem de forma sutil, considerados por eles um nó crítico a equacionar.

Em contrapartida, o entrevistado do segmento do governo CG3 e CG2 assim se referiram ao princípio da integralidade no SUS, conseguindo expressar amplamente a intenção desse princípio.

A Integralidade é um pouco difícil né? (risos) A Integralidade seria é... também passa pelo acesso né? É... ter acesso à saúde de forma integral, não só é.. não só a cura de doenças, mas também um saneamento básico, é... vigilância dos produtos né, que a gente utiliza no dia a dia. Então seria isso, a saúde integral mesmo. Lazer, cultura... tudo isso(CG3)

A integralidade é você olhar cada usuário como um todo e não só vendo o problema dele individualmente, você olha o indivíduo como um todo a necessidade dele. E o que demanda da necessidade dele (CG2).

Convergindo com as ideias de Motta e Batista (2015) os quais reafirmam que a proposta, para sobrepujar os desafios para efetivar a atenção e o cuidado integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede primária e vai se somando a outras ações de atenção à saúde. Para esses autores, a construção da integralidade do cuidado supõe a redefinição das práticas, no sentido de criar vínculos, acolhimento e autonomia que valorizem a singularidade dos sujeitos como pontos de partida para qualquer intervenção. A compreensão e o exercício da integralidade como articulação entre as diferentes dimensões do cuidado (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em saúde devem ter como referência a prática de um cuidado integrado em saúde (MOTTA; BATISTA, 2015).

O princípio da universalidade pareceu mais palpável para teorização pelos entrevistados. Os conceitos se revezaram entre, “saúde pública de qualidade para todos” (CU1); “qualquer pessoa tem direito pelo SUS. Independente de ter plano de saúde ou não” (CU3); “é universal de todos” (CT3). Menicucci (2003, p. 323) coloca que “mesmo que, em um nível formal, a

concepção de saúde como direito universal já foi incorporada, embora não se traduza em preferências e demandas dos cidadãos por uma assistência pública.”

Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. A teorização do princípio do Controle social, também, não foi acessível aos entrevistados, ativeram-se a apontar que reconhecem como importante, exceto para o entrevistado CG2, para ele, “controle social é a população ter direito a participar do SUS, a se envolver com o SUS e ter um certo...não sei se posso dizer esta palavra... poder de se envolver e decidir”. No que se refere à Participação Social, os entrevistados não foram capazes de teorizá-la, mas utilizaram do espaço para pontuar as principais dificuldades que eles percebem na prática efetiva desse princípio.

Um desafio. Mas fundamental para todos nós, e uma grande, um grande desafio a ser construído e mantido (CU1).

A participação social, acho que deveria ser mais incentivada. Tem que haver um trabalho mais sucinto. Pesado. Ensinamentos para esclarecer as pessoas da importância do SUS na nossa vida (CU3).

É importante, né. É importante a participação social, sem a participação social não acontece. E, às vezes, essa participação é tão difícil! Quando você vê que dentro do Conselho há 50% usuário e, às vezes, a participação do próprio usuário é difícil. Tanto a participação, também do trabalhador, e tanto dos outros segmentos. É tão difícil, é tão complicado! (CT2).

A participação social seria a população integrada. Se integrarem (CU12).

Questionados se, na sua participação individual nas assembleias e nas deliberações do Conselho de Saúde, levam-se os princípios do SUS em

consideração, todos os entrevistados disseram que sim. E alguns foram capazes de exemplificar esse reconhecimento como no Controle social da implantação da UPA, na estruturação dos PSFs e no financiamento de unidades hospitalares. E, também, na integralidade e equidade implicadas na implantação da fitoterapia¹ municipal.

Quando a gente participa, quando a gente vai fazer as Resoluções do Conselho, a gente analisa tudo, o custo-benefício daquilo ali para o momento. A gente tem um exemplo claro de quando foi trazer a UPA para São João. Porque a gente, tinha uma parte de nós, de alguns conselheiros, que tinha mais conhecimento, que a gente era contra. Pela localização, entendeu? A dificuldade, o local. A gente sabia o que ia acontecer porque São João não está preparada para atender essa demanda (...) Então a gente sempre se preocupou com isso, então quando a gente vai deliberar sobre alguma coisa a gente analisa tudo, o que vai ter de positivo naquilo e o que vai ter de negativo (...) A questão de quando foi criado um plano. Igual quando foi aquele da medicina antroposófica. Nossa! Eu achei! Achei excelente aquilo ali! Sabe porquê? Porque a gente vê pessoal dos laboratórios, eles ficam dopando as pessoas, eles ficam enchendo as pessoas, os médicos ganham dinheiro com isso aí. Quando surgiu isso, a gente pensou nos nossos princípios. Porque quantas vezes foi curado com chazinho? (CU3)

Com certeza (...) Olha a gente teve por esses momentos, igual hoje. Vai ter uma reunião hoje, é o assunto da pauta de criação de novos PSF. Praticamente na criação, quando iniciou a criação dos PSF eu estava no Conselho, e a gente estava discutindo sobre a melhor forma de contratação dos trabalhadores que iriam trabalhar no programa PSF (CT3).

Eu levo esses conceitos, que quando a gente no Conselho é muito importante. (...) uma coisa muito importante, uma das funções, você é praticamente responsável pela saúde da

¹ A fitoterapia ou terapia pelas plantas é uma das mais antigas práticas terapêuticas da humanidade. Para maiores detalhes consultar: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Programa de plantas medicinais e terapias não convencionais.** Disponível em: <<http://www.ufjf.br/proplamed/atividades/fitoterapia/>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

população. Porque o conselho tem que se envolver (...)o conselho tem que intervir pra saber o que tava acontecendo. (...) Então o Conselho é responsável pela saúde, ele é entidade maior, está acima da Secretaria de Saúde. Então tem que procurar para que todos os órgãos de saúde funcionem bem (CU12).

eu trabalho (...) na área de Assistência Farmacêutica que é uma das coisas mais discutidas, é a falta de medicamento, o acesso, horário de funcionamento das farmácias dos municípios... Então assim, isso daí eu consigo é...passa um pouco pela Integralidade, pela Equidade, pela Universalidade, então assim...eu consigo. (...) Então assim, eu consigo ver esses princípios sim, discutidos no Conselho (CG3).

Quando eu falo de alguma decisão que é tomada no conselho eu tento tratar principalmente da universalidade da Equidade quando eu falo de alguns problemas ou de algumas pautas que a gente tem que tomar alguma decisão eu penso muito no usuário e de que tudo a gente tem que olhar das necessidades do usuário do que o usuário precisa de que todos têm que ser tratados da mesma forma então eu utilizo dos princípios do SUS. Uma pauta que a gente tratou das necessidades de ampliação das equipes de saúde da família que a gente tem uma pequena cobertura de Saúde da Família então eu tento tratar que se a gente pensa nos princípios do SUS a população inteira do SUS deveria ser coberta então eu pensei dessa forma Então eu acho que deveria sim ter a expansão para 100% da população Ou pelo menos ampliar um pouco mais a cobertura (CG2).

Os princípios, como sendo motivadores das discussões nas assembleias, foram pontuados em casos específicos como os PSFs e os medicamentos. Os demais não conseguiram apontar exemplos que reconheceram que os princípios foram motivadores das discussões.

Eu acredito que quando foi da implantação do PSF quando a gente delibera a respeito dos PSFs. Que a gente reivindica muito esse modelo então a gente fica triste, igual, vendo a Colônia, aquele tamanho de bairro e até hoje... e das fábricas. Então nossa mãe! A gente vê o sofrimento deles (CU3).

(...) esse ano por exemplo, tem havido muito problema com relação à perda de medicamento, foi uma coisa que foi muito debatida no Conselho nesse ano. É... aí inclusive, é...o município aqui de São João, ele criou a Remuneração, a Relação Municipal de Medicamentos, que foi aprovada pelo Conselho. Então nós tivemos várias discussões em relação a isso e em relação a Assistência Saúde também, principalmente em relação à UPA. Então nós tivemos essas discussões e eu consigo é... identificar essas questões que foram discutidas esse ano sim (CG3).

Como exemplos reconhecidos de temas discutidos nas assembleias, no ano de 2015, cujos princípios do SUS foram determinantes, encontramos ponderações pelos participantes da pesquisa reconhecendo os princípios nas discussões, as quais podemos relacionar ao princípio da equidade e universalidade.

Aquelas unidades das fábricas e da COHAB eu não gostei muito não, achei que seria PSF. Eu acho que é a questão (...) que a gente aprovou agora? O CAPS ad. Eu acho que foi uma coisa que demorou muito (CU3).

Então, tem tratamento desse pessoal dos transexuais (CT2).

Eu acho que sim, porque por exemplo, no caso do acesso a medicamentos, é... tem... Aí passa pela... igual eu falei, passa pela Universalidade, é... acesso à assistência à saúde, a cirurgia... tudo isso passa pela Universalidade, pela Integralidade. Porque eu acho que não tem uma discussão que não tivesse um... não só uma coisa que deu errado, que não tá acontecendo, mas uma coisa também que... lá a gente não discute só coisas que estão dando errado, a gente também é...pontua as ações que tiveram sucesso durante esse tempo também (CG3).

Sobre a federalização do hospital foi uma que eu acho que os princípios do SUS foram determinantes. Todo mundo foi a favor porque queria federalizar o hospital, tornar ele público, seria usar totalmente os princípios do SUS a favor da população (CG2),

E relacionar ao princípio do Controle social no tema abaixo.

Bom o que na verdade é o que pesa é exatamente mais a questão da fiscalização porque você quer é o melhor atendimento, mas às vezes você não tem aquele controle de onde está sendo gasto, pra onde e de que forma está sendo pensado (CT3).

O principal determinante foi à falta de medicamentos no recebimento dos medicamentos perto da validade e também acima da necessidade (CU12).

Os princípios do SUS, considerados como mais evidentes pela maior parte dos entrevistados foram a participação e o controle social. Quanto ao considerado menos evidentes nas assembleias e deliberações, os que foram capazes de apontar, consideraram a participação, a equidade e a integralidade como os menos evidentes. Quando questionados se os princípios do SUS são levados em consideração nas assembleias e nas deliberações do Conselho, cinco entrevistados responderam positivamente e dois dos entrevistados acreditam que não são considerados, ou, nem sempre. “Pior que não” (CT3). “Nem sempre” (CG2).

E, por fim, após todos os questionamentos realizados sobre o SUS e seus princípios, finalizamos perguntando aos entrevistados se eles acreditavam que levar os princípios do SUS em consideração nas assembleias e deliberações do Conselho de Saúde faria diferença na melhoria da saúde pública municipal, os entrevistados acreditam que sim e ponderam.

Com certeza isso aí é primordial se tirar os interesses pessoais e políticos (CU3).

Com certeza porque tem a participação de todo mundo. Todo mundo tem que participar tem que ta junto (CT2).

Se todos tivessem essa consciência, seria porque o SUS para ser tratado pelo país todo. Então as pessoas que trabalham pelo SUS tem que ter consciência dessas divergências (...) não há um padrão (CU12).

Com certeza! Vai fortalecer, né (CG3).

Faria bastante (CG2).

Assim, na análise das entrevistas, constatamos que a teorização dos princípios do SUS não é palpável pelos conselheiros em sua maioria, porém, por meio das falas e exemplos por eles colocados, foi possível constatar a presença dos princípios do SUS nas considerações desses atores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde no Brasil passaram ao longo do tempo, por diversos sistemas até conseguir evoluir e romper com um legado de políticas públicas de saúde restritivas e excludentes. A proposta desse rompimento culminou com a criação do SUS, em que princípios como a universalidade, integralidade, equidade, controle e participação social seriam os norteadores desse novo sistema.

Nessas mudanças, os Conselhos Municipais de Saúde são o principal espaço formal de exercício e de efetivação da participação e do controle social. Para Melo et al. (2013), o controle público só é possível na sociedade democrática e só é viável se esta for consciente e organizada. Dessa forma, analisar a organização desse espaço participativo e o entendimento dos seus atores, no que condiz com os princípios constitucionais do SUS demonstram a efetividade das instâncias participativas na construção da saúde pública.

Para Tolbert e Zucker (1999), a institucionalização é uma tipificação de ações tornadas habituais por tipos específicos de atores; ações em hábitos são referentes a comportamentos e esses comportamentos são adotados por indivíduos ou grupos de atores dispostos a resolver conflitos. Assim, com base na teoria institucional e, por meio da análise dos dados colhidos, demonstrou-se que os princípios do SUS permearam as deliberações e assembleias do Conselho Municipal de saúde de São João del-Rei (MG), no ano de 2015, nas pautas e nas ações dos seus atores. Pode-se identificar que o conceito dos princípios é confuso e pouco definido para os atores, mas pode ser evidenciado nas falas, nas ações e nos temas de pauta no ano de 2015.

Individualmente, os atores apresentam dificuldade no reconhecimento dos princípios nas ações do CMS, mas são capazes de os reconhecerem e os apontarem nas ações e nas considerações gerais. Identificou-se, também, que o

ato de deliberar, principal instrumento de exercício do controle social, não foi a ação que prevaleceu no ano de 2015 nas pautas e assembleias.

Como proposta de colaboração à Instancia Participativa estudada e tendo identificado o vazio, no âmbito das capacitações e treinamentos, ofereceremos com base neste estudo, um workshop aos conselheiros e servidores da gestão pública municipal da saúde tendo como principal objetivo desenhar a proposta do SUS para a saúde pública com base em seus princípios.

A principal debilidade do trabalho pode ser apontada no fator tempo. Como o processo de institucionalização se dá em longo prazo, o período estudado não foi capaz de sinalizar como está esse processo. Como sugestão de estudos futuros, consideramos pertinente o estudo por um maior período de tempo e, se possível, em mais de uma gestão de conselheiros. Dessa forma, poder-se-ia vislumbrar se a institucionalização dos princípios do SUS está na ação dos atores ou está institucionalizado na própria organização do CMS, o que acarretaria a continuidade do processo. Outra sugestão seria o estudo concomitante, em mais de uma instancia, ou seja, em diversos Conselhos de saúde, a fim de se comparar e evidenciar se há diferenciação no processo de institucionalização das instâncias participativas.

Se considerarmos o SUS um sistema, ainda, em formação e de caráter dinâmico, a participação social é indispensável assim como seu aprimoramento. Apesar de reconhecermos que há muito, ainda, a evoluir no reconhecimento, entendimento e prática efetiva dos princípios na condução da dinâmica do CMS, concluímos que, apesar de não serem conscientes, os princípios do SUS estão presentes nas assembleias e deliberações do CMS.

Considerando o pressuposto de que a institucionalização desses princípios é parte essencial, na busca pela humanização de desmercantilização da saúde pública, reconhecemos, por meio deste estudo, que os princípios do SUS indicaram estar institucionalizados nas assembleias e deliberações do

Conselho Municipal de saúde de São João del-Rei, no ano de 2105, tanto nas pautas propostas como nas falas dos conselheiros.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, fev./jul. 1992.
- ANDION, C.; SERVA, M. Por uma visão positiva da sociedade civil: uma análise histórica da sociedade civil organizada no Brasil. **Cayapa Revista Venezuelana de Economía Social**, Mérida, v. 4, n. 7, p. 7-24, dic. 2004.
- AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, jun. 2008.
- BAKER, R.; RENNIE, M. D. An institutional perspective on the development of Canada's first public accounts. **Accounting History**, Niagara Falls, v. 18, n. 1, p. 31-50, Dec. 2012.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, ago. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002. 226 p.
- BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1985. 248 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, 1).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Participação social no SUS**: o olhar da gestão municipal. Brasília, [19-?]. 28 p. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 29. ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2002. 349 p.

BRASIL, F. et al. Gestão democrática das cidades e instituições participativas: tendências no contexto brasileiro recente. **Economia Global e Gestão**, Lisboa, v. 17, n. 1, p. 117-134, abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 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. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 nov. 1990a. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 25697. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 30 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefina o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-GM-2203_051196.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003. n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em 30 maio 2015.

BRAVO, M. I. S. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 205-221, abr./jun. 2010.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. F. V.; GOULART, S. A trajetória conservadora da teoria institucional. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, Recife, v. 10, p. 469-496, dez. 2012. Número especial.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. C. A reforma do estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 5-84, set./out. 1999.

COTTA, R. M. M. et al. Conselho municipal de saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, ago. 2010.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288, out. 2004.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. The three versions of neo-institutionalism. **Lua Nova**, São Paulo, v. 58, p. 193-223, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

LABRA, M. E.; FIQUEIREDO, J. St. A. de. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 537-547, ago. 2002.

LIMA, J. P. C. et al. Estudos de caso e sua aplicação: proposta de um esquema teórico para pesquisas no campo da contabilidade. **Revista de Contabilidade e Organizações**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 14, p. 128-144, jan./abr. 2012.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V. S.; CRUBELLATE, J. M. Unlocking the institutionalization process: insights for an institutionalizing approach. **Brazilian Administration Review**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 1-20, Jan./June 2005.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. 559 p.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1219-1239, out./dez. 2012.

MELO, W. et al. (Org.). **Universidade e sistema de saúde**: a democratização do conhecimento. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2013. 68 p.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à Saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. 402 p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 83, n. 2, p. 340-63, Sept. 1983.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Plano diretor de regionalização**: PDR Minas Gerais 2003-2006. Belo Horizonte, 2003. 164 p. Disponível em: <<http://www.marcuspestanda.com.br/upload/publicacao/2650085f8580af7bde2f01da06010cea.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2015.

MOTTA, L. C. de; BATISTA, R. S. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, abr./jun. 2015.
NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

NUNES, T. C. M. A história, a saúde pública e a cooperação técnica: antigos nexos e novos desafios do mundo globalizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 830-839, jan./jun. 2008.

OLIVEIRA, M. C. et al. Disclosure social de empresas brasileiras e britânicas à luz da teoria institucional. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 2-26, 2012.

PECI, A. A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1-12, mar. 2006.

PECI, A. Estrutura e ação nas organizações: algumas perspectivas sociológicas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 24-35, jan./mar. 2003.

PEREIRA, F. A. de M. A evolução da teoria institucional nos estudos organizacionais: um campo de pesquisa a ser explorado. **Organizações em Contexto**, São Bernardo do Campo, v. 8, n. 16, p. 275-295, jul./dez. 2012.

RESTREPO-OCHOA, D. A. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para El razonamiento ético em salud pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2371-2382, Dec. 2013.

ROCHA, E. A constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: VAZ, F. T.; MUSSE, J. S.; SANTOS, R. F. dos. (Coord.). **20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social**. Brasília: Anfip, 2008. p. 131-148. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras_pesquisas/a%20constituio%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, L. M. A.; LOPES, F. D.; AÑEZ, M. E. M. Análise crítica em organizações sociais: apropriando teoria e prática de seus componentes estruturais e culturais. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-16, jun. 2007.

SÃO JOÃO DEL REI. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento interno do conselho municipal de saúde de São João del-Rei**. São João del Rei, MG, 2005. 10 f.

SÃO JOÃO DEL REI. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde: 2014-2017**. São João del Rei, MG, 2015. 98 p.

SILVA, H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. 1996. 132 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, L. M. S. et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 117-125, maio 2012. Suplemento 1.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. A institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, S. **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análises e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999. v. 1, cap. 6, p. 196-219.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Programa de plantas medicinais e terapias não convencionais**. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/proplamed/atividades/fitoterapia/>>. Acesso em: 7 abr. 2016.

VERGARA, S. C.; PECI, A. Escolhas metodológicas em estudos organizacionais. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 10 n. 27, p. 13-26, maio/ago. 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 205 p.

APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Roteiro de Entrevista Semiestruturada utilizado nas entrevistas dos Conselheiros Municipais de Saúde, do município de São João del-Rei, ativos no ano de 2015.

I - PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Qual o nome do conselheiro?
2. Qual sexo?
3. Qual a idade?
4. Qual escolaridade?
5. Qual sua ocupação profissional?
6. É sua primeira gestão como conselheiro? Caso não: Há quantas gestões atua como conselheiro?
7. Como se envolveu no Conselho de Saúde?
8. Qual segmento representa?
9. Tem ou já teve algum cargo público? Se sim, em qual instância?
10. Você é, ou já foi membro da mesa diretora, ou executiva do Conselho?

II - CAPACITAÇÃO DO ENTREVISTADO

11. Quando assumiu como conselheiro pela primeira vez, você passou por algum tipo de treinamento?
12. Qual a principal motivação em participar de instâncias participativas?
13. Por que a escolha pelo Conselho de Saúde especificamente?
14. Que importância você atribui à Participação e Controle Social na gestão pública?

III – O SUS

21. Que você reconhece como diferencial na saúde pública com a criação do SUS?

22. Você poderia apontar algum avanço quando da criação do SUS?
23. Você poderia apontar algum problema/retrocesso quando da criação do SUS?
24. Para você, qual a principal dificuldade enfrentada pelo SUS?

IV – OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO SUS

15. Você conhece os princípios do SUS?
16. O que você entende como princípio da equidade?
17. O que você entende como princípio da integralidade?
18. O que você entende como princípio da universalidade?
19. O que você entende como princípio do Controle Social?
20. O que você entende como princípio da Participação Social?

IV- PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

25. Na sua participação individual nas assembleias e decisões do Conselho, você considera algum desses princípios? Poderia citar algum exemplo?
26. Poderia apontar algum exemplo ou momento das assembleias ou deliberações que você identificou que os princípios do SUS motivaram as discussões?
27. Poderia apontar algum exemplo ou momento das assembleias ou deliberações que você identificou que os princípios do SUS foram determinantes para as decisões?
28. Qual dos princípios você acha que é mais evidente nas assembleias e deliberações do Conselho?
29. Qual dos princípios você acha que é menos evidente nas assembleias e deliberações do Conselho?
30. Você acha que os princípios são levados em consideração nas assembleias e deliberações do Conselho?
31. Levar em consideração os princípios do SUS faria diferença para melhorias na saúde pública municipal?

APÊNDICE B – QUADRO DE FREQUÊNCIA ÀS REUNIÕES

Quadro 1 – Sistematização das listas de presença														Total de presenças no período	Média de presença por Conselheiro
Data das reuniões/ Conselheiro e segmento	19-03	25-03	08-04	29-04	13-05	27-05	24-06	26-08	07-10	21-10	04-11	25-11			
CU1	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	12	100,00%
CU2	p	p	p	a	a	p	p	a	a	a	a	a	a	5	41,67%
CU3	p	p	p	p	p	p	p	a	p	p	p	p	p	11	91,67%
CU4	p	p	p	p	p	a	p	p	p	p	p	a	a	10	83,33%
CU5	a	p	p	a	p	p	p	p	p	p	p	p	p	10	83,33%
CU6	p	p	a	p	a	a	a	p	a	a	a	a	a	4	33,33%
CU7	a	a	a	a	p	p	p	p	p	p	a	p	a	7	58,33%
CU8	p	a	a	a	a	a	a	a	a	p	p	a	a	3	25,00%
CU9	p	a	p	p	a	p	p	p	p	p	p	p	p	10	83,33%
CU10	p	p	p	p	p	p	p	a	a	a	p	p	a	9	75,00%
CU11	p	p	p	a	p	p	p	p	p	p	p	p	p	11	91,67%
CU12	a	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	11	91,67%
CT1	p	a	p	p	a	a	a	a	p	a	a	a	a	4	33,33%
CT2	p	p	p	p	p	p	a	p	p	p	p	p	p	11	91,67%
CT3	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	12	100,00%
CT4	p	p	p	p	a	a	a	p	p	a	p	a	a	7	58,33%
CT5	p	a	p	a	a	p	p	a	a	a	a	p	a	5	41,67%
CT6	p	p	p	p	a	p	p	p	a	a	a	p	a	8	66,67%
CG1	p	p	a	p	p	p	p	a	p	p	a	p	a	9	75,00%
CG2	p	p	p	p	p	p	p	a	p	p	a	p	a	10	83,33%
CG3	p	p	p	a	p	p	p	p	p	p	p	a	a	10	83,33%
CG4	p	p	a	p	p	p	p	a	a	a	a	a	a	6	50,00%
CG5	p	p	p	p	a	a	a	p	p	p	a	a	a	7	58,33%
CG6	p	p	a	a	a	a	a	p	a	a	p	a	a	4	33,33%
Quantidade de Conselheiros por assembleia	21	20	18	16	14	17	17	15	16	15	14	14		Média de conselheiros presentes por assembleia	% Média de presença dos conselheiros
														16,42	66,03%
PARTICIPANTES	4	15	14	14	13	17	10	14	5	17	5	6			

Fonte: Da autora (2016)

APÊNDICE C - SISTEMATIZAÇÃO DAS PAUTAS

Data	Pauta	Categorização	Deliberação favorável	Unanimidade	Principal relação
10/02/15	Posse dos conselheiros para o mandato 2015/2018	Nomeação	N/A	N/A	CMS
19/03/15	Eleição e composição da mesa diretora	Deliberação	Sim	Sim	CMS
	Eleição do presidente e vice-presidente do Conselho	Deliberação	Sim	Sim	CMS
25/03/15	Plano de contingência da dengue	Informação	N/A	N/A	Dengue e afins
	Remume	Informação	N/A	N/A	Medicamentos e afins
	Plano municipal de saúde	Informação	N/A	N/A	PMS
08/04/15	Credenciamento do serviço de gravidez de alto risco	Deliberação	Sim	Sim	Serviços
	Eleger a comissão do plano municipal de saúde e rever as demais comissões	Ação	N/A	N/A	CMS
29/04/15	Financiamento da UPA	Informação	N/A	N/A	UPA
	Esclarecimentos sobre a audiência pública realizada na câmara dos vereadores	Informação	N/A	N/A	Outros
	Informes da secretaria municipal de saúde sobre os PSF's Cohab e Fábricas	Informação	N/A	N/A	Serviços
08/05/15	Remume	Informação	N/A	N/A	Medicamentos

					e afins
	Plano municipal de saúde	Informação	N/A	N/A	PMS
	Relatório de gestão	Informação	N/A	N/A	PMS
27/05/15	Viabilidade de implantação do CEO	Informação	N/A	N/A	Serviços
	Ortopedia	Informação	N/A	N/A	Serviços
	Composição da comissão de revisão do regimento interno do CMS	Ação	Sim	Sim	CMS
	Esclarecimentos sobre a incineração de medicamentos	Informação	N/A	N/A	Medicamentos e afins
24/06/15	Diretrizes, objetivos, metas e indicadores do pacto pela saúde 2015	Informação	N/A	N/A	PMS
	Composição da comissão SMS/CMS para diagnóstico e avaliação do serviço da UPA de São João del Rei	Ação	N/A	N/A	UPA
26/08/15	Apresentação do novo secretário de saúde	Informação	N/A	N/A	Outros
	Grupo de trabalho: estudo da rede de saúde mental	Informação	N/A	N/A	Outros
	Curso de atenção psicossocial em álcool e droga do CRR/UFSJ	Informação	N/A	N/A	Serviços
	UPA São João del Rei	Informação	N/A	N/A	UPA
	Organização do Conselho: representatividade no Conselho,	Ação	N/A	N/A	CMS

	assiduidade nas reuniões e comissões, produção das comissões, pontualidade nas reuniões, comprometimento dos conselheiros				
	Planejamento financeiro: propostas para o uso dos recursos disponíveis para 2015	Deliberação	Sim	Sim	CMS
07/10/15	Apresentação final do plano municipal de saúde	Informação	N/A	N/A	PMS
21/10/15	Repasse e execução do incentivo às ações de prevenção DST/HIV/AIDS	Ação	N/A	N/A	Serviços
	Orçamento do CMS	Deliberação	Sim	Sim	CMS
04/11/15	Apresentação, apreciação e aprovação do plano municipal de saúde	Deliberação	Sim	Sim	PMS
	Pactuação da assistência farmacêutica do município de São João del Rei	Deliberação	Sim	Sim	Medicamentos e afins
	Comissão de estudo para viabilidade da federalização do Hospital Nossa Senhora das Mercês	Ação	N/A	N/A	CMS
	Comissão de representatividade do comitê gestor	Ação	N/A	N/A	CMS

	da região ampliada de saúde centro sul				
25/11/15	Plano municipal de contingência da dengue, chikungunya e zika	Deliberação	Sim	Sim	Dengue e afins
	Projeto de implantação da fitoterapia no município	Informação	N/A	N/A	Serviços
	Ampliação dos PSF's do município	Informação	N/A	N/A	Serviços
	Análise de federalização do Hospital Nossa Senhora das Mercês	Informação	N/A	N/A	Serviços
16/12/15	Lançamento do livro referente ao trabalho realizado pela UFSJ e o CMS entre os anos 2009 e 2011	Informação	N/A	N/A	Outros
	Encerramento das atividades do CMS	Informação	N/A	N/A	CMS

Fonte: Da autora (2016)

APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO

REUNIÃO ORDINÁRIA

DIA:10/02/15

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

Reunião realizada no Salão Nobre da prefeitura municipal, convocada pelo executivo, para dar posse ao novo Conselho Municipal de Saúde (CMS), eleito na Conferência Municipal de Saúde, realizada em 14 de setembro de 2014. Os novos Conselheiros empossados exercerão o mandato no período de 2015/2018. Nas palavras do ex-presidente do Conselho (de 2005 a 2014), e atual vice-presidente do novo Conselho, reforça-se a aliança necessária entre CMS e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Considera o governo atual como parceiro do CMS e possibilitador de avanços nos Conselhos populares do município, que vivem momentos mais tranquilos de acordo com ele. A Secretária Municipal de Saúde em exercício, na posse, reforçou na fala o trabalho voluntário dos Conselheiros de saúde como “amor” à saúde. Considera o CMS como parceiro da SMS e participante. Ponderou que as atribuições do Conselho não são somente críticas, mas também parceiros da SMS. Considerou a universalidade e a integralidade como busca do SUS.

REUNIÃO ORDINÁRIA

DIA:19/03/15

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

Também realizada no salão nobre da Prefeitura Municipal. Presidida pela Secretária Municipal de Saúde interina tendo como principal foco a eleição do Presidente do Conselho, Mesas Diretivas e Executivas, além de algumas comissões. Presença de diversos partidários políticos do governo da situação. Demonstra o reconhecimento do poder local pelo CMS. O antigo presidente assumiu a condução da reunião. A antiga Secretária-Executiva do Conselho é que deu o tom mais formal e explicou o funcionamento e sobre o regimento. Talvez pelo despreparo ou desconhecimento dos novos Conselheiros sobre Regimento Interno e funcionamento básico do órgão. Na posse houve troca de Conselheiros eleitos na Conferência em um determinado segmento e por estar no momento da posse em outro segmento teve a abrir mão da sua participação a fim de garantir a paridade. O atual diretor da Gerência Regional de Saúde (órgão Estadual e regional de saúde) solicitou aos novos membros do Conselho paciência, visto o cenário de escassez de recursos financeiros no Estado de Minas Gerais. As representações, em alguns casos, são além de segmentos também de cunho político. Foi apresentada denúncia de cidadão contra a eleição

dos Conselheiros o qual recorreu ao Ministério Público alegando que a ocupação de cargos comissionados no Conselho e influencia a política na sua eleição em Conferência. Foi concedido o tempo de 10 minutos para a formação das chapas candidatas à Presidência. Como o tempo foi curto e insuficiente para tal, supõe-se que esta articulação foi realizada anteriormente pelos interessados. A presença política nessa reunião foi notória e reforçada pela apatia dos conselheiros (sem falas ou inserções), principalmente, quando comparados frente às inserções dos partidários políticos presentes e dos Conselheiros antigos reeleitos. Apesar de com a última conferência terem se renovado os conselheiros em porcentagem adequada, conforme sugere o Conselho Nacional de Saúde e os antigos membros, reforçarem isso como uma conquista, percebe-se que, como em outros Conselhos, não há um revezamento, tende a ter manutenção dos atores. Foi observado que havia Conselheiros de um mesmo núcleo familiar exercendo mandado juntos no CMS. Pode-se perguntar se é pertinente, correto, coerente, familiares de grau tão próximo exercerem cargos de Conselheiros no mesmo mandato, visto que a imparcialidade deles pode ser questionada. Porém, com a substituição de membros em respeito à paridade, essa situação foi eliminada. Houve somente uma chapa candidata à eleição da Presidência do Conselho, eleita unanimemente pelo restante. Trouxe como inovação o primeiro Presidente do segmento dos usuários. Fato significativo no conceito de participatividade social. Os antigos Conselheiros expuseram que houve uma renovação no CMS e, também, na mesa executiva. Porém a mesa manteve 2 conselheiros antigos e já dirigentes, ou seja, 50% foram efetivamente renovados e o antigo presidente em exercício desde 2005 assume como vice-presidente novamente.

REUNIÃO ORDINÁRIA

DIA:25/03/2015

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

Não participei da reunião por falta de conhecimento da data. Apesar de ter solicitado a secretaria do CMS que me notificasse.

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA

DIA:08/04/15

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

Realizada no auditório da UFSJ, porque o prédio regular do CMS estava em reforma. Definiu-se que as reuniões ordinárias seriam todas nas últimas quartas-feiras do mês. Essa definição permite, em partes, a publicidade das reuniões e permite o acesso às datas de forma prévia. Principal discussão foi em torno do credenciamento da instituição Santa Casa da Misericórdia como

referência para gestante de alto risco. O administrador da instituição esclareceu a solicitação. Colocado como uma ação complementar da instituição e seu credenciamento trariam recursos para serviços já realizados. Nas falas do administrador, foram pontuados apenas questões de custos, eficiência na alocação dos leitos. O diretor técnico da instituição, também, defendeu o credenciamento como possibilidade de atender maior número de usuários e de mais municípios. Diz que o serviço UTI NEONATAL é de excelência e não recebe pelo serviço que oferta. Presta serviços que não recebe. A secretária da instituição pontuou o conforto à gestante que poderia ser ofertado com o credenciamento. E sobre o resgate do teto financeiro para a região.

A reunião contou com a presença de uma funcionária da instituição que foi ao Conselho reivindicar melhorias para os plantonistas. Conselheira dos Trabalhadores da saúde questiona a garantia do atendimento para o qual a instituição está pleiteando credenciamento para os usuários da cidade e região, e cobra garantia das casas.

Conselheiro Usuário reivindica que a população municipal é maior que a estabelecida pelo IBGE, padrão utilizado pelo Ministério da Saúde, o que prejudica nos repasses a região. Diretor da GRS trouxe falas técnicas ao tema. Usando do interesse da instituição pelo recurso cobrou “algo a mais” desse prestador. Propôs grupos de trabalho para melhorar o serviço, reforçou o apoio entre CMS e SMS, e elogiou.

O Administrador da instituição apontou a questão das instituições filantrópicas e suas dificuldades financeiras. Diretor técnico colocou que funcionários trabalham há 3 meses sem receber por apreço ao SUS e que o fluxo de atendimento desse serviço já está definido, que irá ser cumprido. Pleiteou a verba já prevista para o atendimento.

Conselheiro do Governo questionou a instituição sobre o plantão presencial de médicos que, segundo ele, não ocorre. Cobrou da casa estrutura para o profissional não somente para o usuário. Profissional bem atendido como forma de beneficiar o usuário. Sugeriu correlacionar o credenciamento com garantia de melhores condições.

Gestora Municipal questionou sobre as negativas de atendimento dadas pela instituição a pacientes, e a dificuldade do usuário em compreender a referência.

Médica presente reclama da presença dos Bolivianos e dos estudantes na instituição. Representante da Vigilância Sanitária presente aponta que indicadores normativos podem ser entraves ao credenciamento. O diretor técnico reclama que o fato dos índices serem privados e públicos acarretam prejuízos aos indicadores. Atribui ao repasse e ao credenciamento meios de melhorias para os usuários, funcionários e demais.

O administrador cobrou dos conselheiros uma postura proativa no processo educativo dos postos de saúde. Chama atenção a necessidade dos

municípios da microrregião cooperarem com o financiamento das instituições e disse que essa participação resolveria muitos problemas.

Diretor da GRS sugeriu documentar os novos Conselheiros com o Regimento Interno e Legislações do CMS. Lembrou a força dos Conselhos de Saúde na cassação de prefeitos anteriores, como exemplo de sua importância. Sugeriu cursos de capacitação dos novos Conselheiros. Sugeriu explicação sobre os Instrumentos de gestão. Propôs a criação de comissões.

Nessa mesma plenária, foram retiradas comissões, em acordo com a afinidade dos Conselheiros, buscando respeitar a paridade na formação. Os Conselheiros novos se manifestaram cobrando uma capacitação e esclarecimento sobre as prerrogativas de onde agir e como agir. Cobraram a presença de membros com conhecimento técnico. Demonstraram responsabilidade das ações e da participação.

As propostas de encaminhamento dessa plenária foram: a capacitação dos Conselheiros, retomar a discussão das legislações que limitam o acesso aos exames e reclamações de usuários com a falta de ortopedista e leitos de UTI. Conselheiro usuário convidou para ato educacional da Associação dos Diabéticos. Fizeram questionamentos sobre laboratório prestador do SUS que quer/ ou vem diferenciando o atendimento aos usuários do SUS, foi cobrada da secretária uma postura contra esse prestador.

A igualdade no atendimento entre usuários do SUS e particulares foi levantada e cobrada por conselheiros antigos. Os novos não se manifestaram.

REUNIÃO ORDINÁRIA

DIA:29/04/15

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

Realizada no local de costume, auditório do Núcleo materno Infantil, onde o CMS ocupa uma sala.

Sugestão de alteração na redação da ata para memorial descritivo na intenção de facilitar o entendimento. Essa é uma questão que afeta o ambiente de pesquisa, pois a descrição fiel da ata possibilita maiores detalhes.

Participante questionou de suas propostas não terem sido incluídas no relatório da última conferência de saúde realizada.

A Secretária de saúde levanta tema quanto à falta de financiamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e à falta de repasse do governo Estadual. Colocou sobre mudanças e entraves documentais que levariam o Estado a não financiar mais a UPA. O Estado até então financiava a UPA do município sob contrato, fugindo ao modelo padrão de financiamento e com a crise financeira não está realizando mais repasses. Os formatos de participação do Estado nesse financiamento foram tortuosos segundo a Secretária e isso fez o Estado cancelar o financiamento. A nova gestão do estado não quer negociar. O município

custeou com recursos próprios parte dos recursos e ficou com “rombo” no orçamento.

O Conselho de Saúde anterior aprovou e emitiu resolução favorável para fazer trocas contábeis no Fundo Municipal de Saúde para resolver a questão da UPA. Essa aprovação demonstra o tamanho da competência e da responsabilidade dos Conselhos para temas financeiros em saúde.

A secretária alegou que isso poderia causar problemas legais e por isso veio em plenária para tentar resolver a questão. Pediu ao Conselho uma resolução solicitando ao Estado a mudança do termo aditivo da UPA como última tentativa. Apelando, assim, para o poder deliberativo do Conselho.

Conselheiro, representante de Prestador, colocou que o Conselho tem obrigação de ajudar e que a SMS deve achar uma saída. Propôs a busca de soluções definitivas. A SMS deu uma visão técnica, jurídica e burocrática do problema acerca desse financiamento. Reforçou o peso político do Conselho e apontou, também, seus débitos por causa do Estado.

Muitas questões técnicas, financeiras e jurídicas foram apontadas na reunião. Questões pouco acessíveis aos membros do Conselho que não são ligados à área.

Os problemas de repasse já estão atingindo o atendimento à população, essa questão fez com que a pauta fosse aprovada por unanimidade pelo Conselho.

Quanto à pauta sobre a reunião da câmara dos vereadores sobre as visitas as unidades de saúde realizada pelos parlamentares de forma arbitrária. Foi colocado que o órgão agiu de má fé sem aviso ou comunicação oficial. Os Conselheiros questionaram a parceria com o legislativo. Foi repassada a visão de apoio com a SMS. A SMS se manifestou rechaçando os ataques políticos e exacerbando os avanços da gestão atual. Foi levantada por vários participantes a ausência das reuniões do Conselho de membros do legislativo. Sugestão de envio de moção de repúdio à câmara dos vereadores pela não participação do legislativo e não parceria com o Conselho. Vários Conselheiros cobraram o reconhecimento do Conselho de Saúde pelo legislativo. A conduta dos vereadores em relação aos trabalhadores da saúde, também, foi questionada.

Nessa pauta, foram levantadas mais considerações políticas do que considerações relevantes aos princípios do SUS. Saíram propostas de moção de repúdio tanto para a Câmara, como a Imprensa. Aprovada com unanimidade.

Informes da SMS sobre novo PSF. Conselheira dos usuários questiona a reivindicação antiga feita por ela de que fosse implantado PSF em seu bairro de representação. O próprio segmento de usuário levantou que usa de influência política para conseguir coisas para o seu bairro. Quando a fala foi de PSF, médicos, acesso aos serviços e a exames houve grande participação dos presentes, com a interação de membros do Conselho que sempre estão apáticos nas discussões. Parece que se sentiram à vontade para debater e falar sobre esse

assunto. Fato este que pode ter relação com o teor pouco técnico e mais próximo da realidade deles.

Conselheira de usuários reclama do atendimento da UPA no atendimento de parentes. Cobrou humanização no atendimento pela UPA e postura do Conselho. Conselheira fez uma fala emocionada e forte, convém comparar essa observação com a Ata do dia para ver se houve essa expressão de revolta na transcrição. Outros participantes colocaram que essas reclamações devem ser nominais para não denegrir a imagem dos demais trabalhadores de saúde do local.

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA

DIA:13/05/15

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

Falou-se sobre o REMUME (relação municipal de medicamentos) como instrumento técnico para melhorar a judicialização de medicamentos. Foi solicitado pelos técnicos da SMS rapidez nessa aprovação pelo Conselho, visto que a aprovação do REMUME faz com que vários medicamentos caiam na ordem do Estado e não do município o seu fornecimento. Essa pauta é bem técnica para uma deliberação consciente dos conselheiros.

Foi feita uma leitura de carta enviada por um vereador questionando sobre medicamentos e mandados judiciais ao CMS demonstrando o desconhecimento desse vereador das competências do CMS. Com isso foi levantado o entrave causado pela judicialização e seu impacto na SMS. A secretária de saúde expôs que muitos desses Mandados são de usuários que querem ter seu atendimento diferenciado, individualizado pelo SUS em relação ao restante da população.

A GRS, também, manifestou-se contrariada pelo processo de judicialização que a saúde vem sofrendo. Muitas questões técnicas sobre o REMUME e medicamentos foram colocadas, porém são temas distantes do conhecimento da maioria dos conselheiros.

Na Pauta do Plano Municipal de Saúde foi colocada para a comissão a necessidade de se organizar e aprazar o estudo do plano para os trabalhos avançarem.

Relatório de Gestão: colocado para a comissão do Conselho. A SMS coloca que desde 2010 a SMS não tem seus instrumentos de gestão regulares e isso pode chamar a atenção dos demais órgãos para as irregularidades. Coloca que o CMS não aceitar, nem rejeitar o Plano Municipal de Saúde é uma situação ruim, que precisa se posicionar.

A GRS coloca que o município já teve problemas com prestação de contas no TCU (tribunal de contas da união) e na Câmara dos Vereadores e, para

que o CMS tenha certeza das aprovações realizadas no passado, é necessária uma assessoria técnica melhor na explicação e acompanhamento das contas.

Essa fala foi boa pois provocou que o CMS tem que ter decisão consciente para votar, mesmo que o CMS seja autônomo para votar essas contas da forma que achar. Assessoria jurídica e técnica dessas contas são necessárias para votar essas contas com consciência.

Informes: nos informes os usuários são os que mais trazem temas. Elogios, questionamentos, solicitações e reclamações.

Em relação ao combate à dengue, foi colocado sobre a consciência social no controle e foi pedido ajuda dos conselheiros e do CMS na mobilização social contra a dengue, cobrou-se ação individual e coletiva desse órgão e seus participantes. GRS trouxe o problema da criminalidade dificultando o combate à dengue. Que nos locais mais violentos o acesso dos agentes é mais difícil e há maior número de focos. O critério social de segurança afetando a saúde pública: crime, drogas e tráfico. Colocou a importância dos líderes locais como parceiros na solução desse problema.

GRS levantou a falta de vacina gripe e outras por causa de matéria prima importada em falta no país. Foi colocado que por esse motivo serão retirados da lista de vacinados os trabalhadores em saúde para priorizar e atender crianças e idosos.

Conselheiro representante do governo trouxe à tona o atendimento de um laboratório da rede no atendimento diferenciado aos usuários do SUS frente aos convênios e particulares. Cobrou providências. Esse mesmo conselheiro vice-presidente cobrou da SMS exigir que os laboratórios do atendimento igual aos usuários do SUS.

Foi solicitada por conselheiros, atenção à farmácia básica com cadeira e computadores.

REUNIAO ORDINARIA

DIA : 27/05/2015

PRINCIPAIS COMENTARIOS:

Esclarecimentos sobre a polêmica sobre medicamentos incinerados com a defesa da gestão e o parecer do CMS sobre a questão. Questão com muita repercussão política.

Ao CMS parece que houve um esclarecimento. Quando se abriu o questionamento de Conselheiro usuário que questionou o fato de ter se levado ao CMS antes, para se evitar o desgaste, ele cobrou do CMS o controle social e a falta de reconhecimento do CMS. Levantou o respeito e relevância pública da instância e que o papel dos políticos devia ter sido levar ao Conselho antes da ação. Cobrou a SMS respeito ao CMS.

Raramente se vê a presença do legislativo, quando muito por um representante, sempre de um só membro do legislativo. Nessa reunião, havia um representante que se posicionou nessa questão somente em referência à posição do legislativo na questão.

Fala do conselheiro representante do prestador Hospital Nossa Senhora das Mercês retoma o problema da SMS não ter chamado o CMS como meio de respaldo aos ataques políticos que vem sofrendo por essa ação. “o CMS devia ter sido notificado”. O CMS exercendo o papel fiscalizador.

Técnica da regional de saúde apontou questões técnicas do caso e cobrou a ciência desse momento ao CMS. Na fala do vice-presidente, a SMS não confiou no CMS. Frisou que são parceiros. Apontou que até o Ministério público sabia da ação menos o CMS. Ressaltou que o CMS é parceiro, não punitivo. Foi colocado que, apesar da legalidade e da não obrigatoriedade do informe ao CMS dessa ação, esse órgão deveria ter sido considerado pela SMS nas questões da saúde.

A secretária municipal de saúde apontou alguns avanços ao longo dos anos nas relações com o CMS. Acusação de membros antigos de que sempre foram sonegadas informações ao CMS. A exclusão do CMS nessa e em outras ações de saúde foi insistentemente levantado. Parecem unânime aos conselheiros as questões de informação para o controle social do órgão. O presidente do Conselho cobrou interlocução entre CMS e SMS. O vice - presidente fecha a discussão fazendo um apelo para que haja proximidade e informação ao CMS, pede para desburocratizar esse processo.

2º pauta: implantação do CEO (centro de especialidades odontológicas)

Explicações técnicas sobre o processo que se arrasta desde 2008 sem andamento. Foram colocadas pela SMS as dificuldades e empecilhos na sua implantação indicando como inviável. Estrutura física, infraestrutura e alto custo do centro. Explica que existem materiais caros guardados sem uso e dinheiro em conta para sua implantação, porém coloca como inviável por não ser possível sua manutenção em médio e longo prazo. Nas palavras da SMS, a cidade não banca a saúde bucal básica, “como vai arcar com a especializada?” Outro agravante apontado é que o CEO atenderia a microrregião de 17 municípios visto que estes não ajudariam a custear. Com essas explicações a SMS trouxe para o Conselho a pergunta se seria ou não viável sua implantação dentro da realidade atual do município e região.

Gestora pergunta ao CMS se ele quer ou não a implantação do CEO, mesmo com as impossibilidades apontadas. Apontou a cobrança recorrente em CIR (comissão Intergestores regionais)

Conselheira do governo sugeriu devolver o recurso e não implementar o CEO. Vice-presidente explicou que, em outro momento, o CMS foi favorável e aprovou o CEO por falta de esclarecimentos sobre o Ônus, mas agora eles já sabem. Ressaltou a falta de esclarecimento sobre o tema e a ingenuidade dos

conselheiros antigos que foram favoráveis à implantação. Foi muito bem colocada a fala do vice-presidente quanto ao critério crítico dos conselheiros de se deixarem levar pelo impulso e pelas falas dos gestores anteriores

3º pauta: ortopedia

Vice-presidente colocou a cobrança de paciente do SUS pelos problemas no fluxo de atendimento e de abusos de alguns médicos. Denúncia de profissional médico com cobrança indevida a usuários do SUS. Foi cobrado da SMS posicionamento em relação ao prestador. Aprovou-se, também, que o CMS cobre do prestador um posicionamento contra o denunciado. CMS defendendo o controle social, acesso e assistência ao usuário. CMS atuando na cobrança ao prestador. Conselheiro usuário coloca que o CMS deve cobrar dos prestadores e fiscalizá-los. E que há cobrança da população na atuação dos conselheiros. Propôs também maior esclarecimento dos conselheiros via estudo de portarias, financiamento e outros desse processo para cobrar o prestador.

Interessante a postura da gestora em cutucar a criticidade dos conselheiros nas decisões, resta saber a receptividade deles pelo esclarecimento.

Indicações: Foram propostas reuniões entre SMS, CMS e os prestadores. Indicação do CMS nas reuniões do CISRU. Criação de grupo de estudo sobre o tema para melhorar a discussão com os prestadores, visto que a mesa executiva ficou responsável pelo estudo. O presidente propôs o ideal de aproximação entre os Conselhos das outras cidades, ampliando o discurso entre os outros Conselhos de Saúde da região.

REUNIAO ORDINÁRIA

DIA: 24/06/2015

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS

1º pauta: Falando sobre metas e objetivos do pacto pela saúde. Não houve manifestações ou dúvidas apesar da complexidade de 70 pactuações. Precisava da aprovação urgente do Conselho em razão do prazo. Incomodada com a falta de questionamentos, a gestora insistiu em explicar a importância desses indicadores para o Plano diretor.

2º pauta: Formação de comissão para análise da situação da UPA. Foi proposta formação de comissão entre CMS, SMS, para esclarecer o fluxo da UPA e definir o que fazer com a falta de recurso. Essa comissão fará o diagnóstico físico, fluxo e financeiro. A gestora traz a proposta de se chamar os presidentes dos Conselhos de Saúde dos municípios da microrregião. Parece uma boa iniciativa de ampliar a participação social nas decisões.

O problema financeiro da UPA está comprometendo o atendimento aos usuários. Foi esclarecido que o município de São Joao del-Rei tem repassado dos cofres municipais um valor de R\$120.000,00 para a entidade. Os demais municípios da região não contribuem, então, esse atendimento vai ser somente

aos munícipes. Retirando-se o acesso ao atendimento de casos verdes e azuis (de acordo com o protocolo de Manchester) dos municípios da região. O vice-presidente colocou que o CMS deve apoiar a SMS no veto do atendimento da população aos municípios vizinhos

Conselheiro usuário sugeriu a inclusão da câmara dos vereadores nessa comissão. Muitos foram contra alegando que a situação se tornaria política. Presidente, vice e a única vereadora presente na reunião se colocaram contra a participação dos vereadores na comissão do diagnóstico da UPA. A vereadora presente questionou o problema de essa população ficar desassistida no período da noite. Fala importante já que, sendo representante do legislativo municipal, preocupou-se com o acesso à população vizinha, mesmo sendo essa não pertencente ao seu eleitorado. A questão de restringir os atendimentos aos municípios da microrregião foi bastante debatida. Demonstrou a preocupação dos participantes com o atendimento à população total independente do município ser outro. Conselheiro usuário sugeriu que, se aprovada a pauta, que o CMS faça uma resolução de apoio a SMS nessa restrição. Vice-presidente levanta que a comissão saísse dessa reunião empoderada para atuar no caso da UPA. O CMS apoiou a suspensão desses atendimentos para viabilizar o atendimento aos munícipes.

Essa questão mostrou que os conselheiros pensam na população SUS, porém defendem o município.

Informes:

Convocação para a plenária estadual e nacional de saúde. O vice-presidente fez a fala apontando que São João del-Rei, historicamente, consegue levar suas demandas para as demais instâncias, para as outras esferas.

Conselheira trabalhadora na saúde solicitou, em nome da sua comunidade, informação da gestora quanto à falta de materiais básicos, aparelhos de pressão, papel higiênico, café entre outros. Trouxe também denúncia de preferência a algumas reformas de PSFs e cobrou a fala do prefeito de atender aos distritos com o programa mais médicos. Trouxe que a população do distrito se comprometeu a dar a mão de obra para a reforma e que a SMS entraria com o material.

Conselheiro representante dos trabalhadores, questionou se as outras comissões estão operando. E sobre o descredenciamento do atendimento ao SUS de laboratórios prestadores. Conselheiro usuário questionou sobre agentes da dengue nos distritos. O que chamou a atenção é que essa foi a primeira inserção desse conselheiro nas reuniões. Conselheiro de usuário questiona sobre aparelhos da fisioterapia.

REUNIAO ORDINÁRIA

DIA: julho/2015

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS

No mês de julho não houve reunião ordinária do CMS.

REUNIAO ORDINÁRIA

DIA: 26/08/2015

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS

Nessa reunião foi discutida a dificuldade de acesso a uma das instituições hospitalares da cidade mesmo esta sendo referência em ortopedia no SUS.

Conselheiro do Governo afirma que estando o Estado em dia com o pagamento é possível se cobrar da instituição. Conselheiro dos Usuários colocou que recebeu denúncia de usuários que não conseguiram acesso à instituição sendo estes transferidos para outro município.

1º PAUTA: apresentação do novo Secretário de saúde do município. Este colocou que a palavra de ordem de sua gestão é o acesso aos serviços de saúde. E que conta com o CMS como parceiro e realçou o exercício da cidadania dos conselheiros e participantes.

O diretor da GRS falou sobre a dificuldade do CMS e da SMS na elaboração dos Instrumentos de Gestão.

2º PAUTA: estudo da rede de saúde mental. Representante da SMS explicou que o problema é a falta de planejamento financeiro adequado e o conhecimento da rede, além de problemas de cobertura da atenção básica e esgotamento dos profissionais. Apontou os custos como entraves e a necessidade de construção da rede com a implantação do CAPS AD (centro de atenção psicossocial álcool e drogas). Nesse tema houve bastante mobilização entre Conselheiro do Governo, GRS, prestadores e profissionais da área presentes.

Conselheiro do Governo fala que é grande a demanda em relação a álcool e drogas nos fóruns sociais de saúde. Participante da UPA coloca a dificuldade de referenciar pacientes psiquiátricos. Conselheiro representante de prestador que desenvolve atividades relacionadas a tratamento de usuários de álcool e drogas (APADEQ) falou dos problemas ocasionados pela mistura entre o conceito de saúde mental e a dependência química.

Nessa discussão ficou evidente a preocupação de vários segmentos quanto ao atendimento às minorias, quanto à universalidade no acesso.

3º PAUTA: foi a apresentação do Centro Regional de referência. É uma ideia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) com o Ministério da Justiça para formação e capacitação de profissionais de saúde, assistência social, justiça, sociedade civil organizada entre outros setores com o objetivo de promover políticas públicas em conformidade com a realidade local.

REUNIAO ORDINÁRIA

DIA: 30/09/2015

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS

Reunião não realizada por falta de quórum mínimo para realização. Foram dados avisos e foi colocado o descomprometimento dos conselheiros. A necessidade de rever o regimento interno e de se cobrar a presença dos conselheiros ou ausência justificada com o encaminhamento de ofício ou o chamamento pelo titular do suplente quando de sua ausência.

REUNIAO EXTRAORDINÁRIA

DIA: 21/10/2015

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS

1º PAUTA: Repasse e execução do Incentivo às ações de prevenção DST/HIV/AIDS. A reunião girou em torno da reivindicação do Movimento Gay do município. O movimento requereu ao Conselho a cobrança a SMS quanto ao uso dos recursos para as ações de prevenção de AIDS/DST, entre outros. O movimento requer parte do recurso para manter a organização funcionando. Utiliza o argumento de que a ONG tem direito a receber o repasse do Ministério da saúde destinado ao município para esse fim. O tema do Movimento Gay Região das Vertentes (MGRV) fez com que comparecessem à reunião do CMS vários participantes simpáticos à causa. Vários participantes não Conselheiros tiveram as falas garantidas, demonstrando a liberdade de participação nessa instância.

Conselheiro dos Usuários reivindicou a divisão do recurso entre as três ONGs do município que desenvolvem essas ações.

Conselheiro dos Usurários representante da Associação dos diabéticos questionou que se há existência de verba para outras associações já que há verba para o movimento gay.

O presidente do Conselho LGBT apresentou a ideia do recurso previsto na Portaria 3276. Explicou a proposta de educação em saúde dos projetos da ONG e como o recurso vai impactar no avanço das propostas.

O vice-presidente do Conselho de Saúde apontou que a SMS não “anda” com as ações. Colocou também a necessidade de defesa das minorias. Colocou que a SMS deve ser humilde em pedir ajuda ao CMS sobre informações quanto aos repasses. Alegou que a SMS não sabe realizar algumas coisas e que o CMS é um espaço oficial e que ao levar ao CMS qualquer assunto fica registrado. Também cobrou que o CMS tem que agir em favor de uma política. Considerou um retrocesso o cancelamento e o adiamento da Parada Gay e da Semana da Diversidade Sexual no município por falta dos recursos.

Conselheira representante dos Trabalhadores fez considerações sobre as profissionais do sexo. Apontou a distância dessas profissionais das ações da

SMS e convidou os outros Conselhos presentes na reunião para ajudar nessa questão.

A defesa e a preocupação com as minorias são bem presentes nas discussões.

Conselheiro do Governo levantou a questão da legalidade para a transferência dos repasses ao movimento. Conselheiro dos Usuários cobrou da ONG o exercício da cidadania e a cobrança dos seus direitos. Cobrou o motivo da ONG ter deixado para a última hora a cobrança à SMS. Essa postura aponta a relação de deveres e direitos. Participantes pontuaram o fechamento da ONG HIVITA pela falta de repasses.

O presidente do CMS colocou a falta de diálogo. Que a SMS apresentou a dificuldade jurídica para resolver a questão. Pontuou que a ONG precisa ser ouvida e que o CMS deve apoiar. Colocou-se a favor de deliberar sobre essa questão e discutir prazos.

Advogado da Associação MGVT informou que é preciso uma resposta oficial da SMS para que se dê andamento no processo jurídico do repasse.

Conselheiro dos Usuários sugeriu levar a ação para o Ministério Público. A intenção de levar a questão para instâncias maiores pode apontar que o conselheiro em questão não reconhece o poder do Conselho, ou que talvez não conheça o empoderamento da instância a que pertence.

Conselheiro dos Usuários apontou que parece ser uma questão puramente burocrática. E cobrou que os participantes devem ser mais respeitosos uns com os outros nas reuniões do Conselho.

Presidente do MGRV solicitou que fosse feita uma Resolução do CMS onde a SMS apresente ao CMS um plano de ação para AIDS. E também uma Resolução garantindo o transporte de transexuais para tratamento no estado de São Paulo pela SMS.

A pauta, apesar de ser a utilização dos recursos públicos destinados às questões de AIDS/HIV e afins, a discussão ateu-se ao não repasse para o movimento específico. Não se atentaram à busca e fiscalização pelo recurso, mas na defesa ao movimento que estava reivindicando.

2º PAUTA – Orçamento do CMS

Plano para adquirir equipamentos e prestação de serviços de um contador para o CMS. Foi proposta uma assessoria contábil e uma parceria com a Universidade federal para um estagiário de comunicação social com bolsa para o Conselho de Saúde. O presidente colocou a necessidade de se cobrar da SMS que aprove e compre os materiais solicitados.

Essa reivindicação e busca de alocação com assessorias técnicas demonstra a busca dos conselheiros por aperfeiçoamento e busca de decisões mais conscientes assim como de ampliação da divulgação das ações do Conselho e do próprio espaço participativo.

ASSUNTOS GERAIS: Reivindicação do distrito de emboabas por meio da associação comunitária requerendo posto de saúde, água tratada e ambulância visto a distância do distrito da área urbana.

Como assuntos gerais surgiram a proposta de federalização de uma das entidades hospitalares do município. O Conselho de Saúde alega que não foi formalizada nenhuma informação sobre o assunto apesar de se saber da existência de reuniões e comissões para essa análise. Cobrou do poder executivo local a participação do CMS numa questão tão importante quanto à federalização da instituição. Considerou que o CMS foi ignorado e que o CMS iria se impor diante dessa questão.

REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA

DIA:25/11/15

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

1ºpauta: plano de contingência de dengue, chikungunya e zika a referência técnica da SMS apresentou o plano de contingência emergencial sem a leitura previa pelos conselheiros. Nessa questão, além de informações sobre as ações da SMS contra as doenças, a referência técnica cobrou dos Conselheiros de saúde a participação na sensibilização da sociedade no combate à proliferação do mosquito transmissor da doença.

Diante da apresentação desse plano para deliberação à Plenária colocado na pauta, presente na reunião questionou o que foi apresentado na pauta e o que se está procedendo na reunião. Quanto ao plano foi colocado em pauta como apresentação, mas na verdade era para apreciação e deliberação do CMS.

2º pauta: federalização do Hospital Nossa senhora das Mercês

Como o município possui duas instituições hospitalares, a proposta de federalização foi apresentada para as duas e uma delas se posicionou desfavorável. Diante disso foi apresentada a solicitação formal do executivo para a indicação de 2 membros do Conselho para compor a comissão de avaliação do impacto da federalização da instituição para a saúde municipal. Com o diagnóstico desfavorável à construção de um terceiro hospital, a sugestão é que uma das instituições se torne um hospital de ensino. O processo de transição foi explicado.

Conselheira representante dos trabalhadores da saúde, trabalhadora da referida instituição colocou que a instituição está em crise e que a comunidade médica está contra informando errado sobre o processo, assim como a mídia local. Vice- presidente do Conselho explicou sobre o perigo dessas informações erradas.

Todos os conselheiros se posicionaram a favor de um hospital 100% SUS e que o CMS deve defender o SUS.

Conselheiro dos usuários questionou se o CMS foi o último a ser convidado para compor a comissão e que o CMS não deve aceitar posicionamento de cima para baixo. Conselheiros também demonstraram preocupação com os funcionários atuais das instituições e as prováveis demissões.

Essa pauta foi polêmica e com várias participações.

Conselheiro dos usuários cobrou um posicionamento oficial da comissão de federalização ao CMS.

Conselheiro do governo sugeriu que o CMS faça informativos que tratem da questão esclarecendo. Sugeriu que o CMS exercite a comunicação sobre as ações.

Presidente colocou que o CMS como Conselho social deve se posicionar na questão e partir para o enfrentamento.

Com essas considerações demonstra que alguns conselheiros sentem necessidade e reconhecem a importância do Conselho como órgão de informação.

3º pauta: pauta não discutida pela ausência do profissional responsável

4º pauta: expansão de PSF a pauta trouxe questionamento somente de conselheiro do governo já engajada no tema discutido. Ela sugeriu que fosse divulgado na mídia como está sendo o processo de expansão. Conselheiro dos usuários defendeu seu bairro requerendo implantação. A responsável técnica respondeu que a expansão vai levar em consideração a vulnerabilidade social da área.

A participação nessa pauta reafirmou a participação dos conselheiros na defesa e na busca de melhorias para seus bairros e territórios. Assim como na participação em assuntos pelos quais se sentem mais confortáveis para discutir com menos questões técnicas e mais próximas da sua realidade.

REUNIÃO ORDINÁRIA

DIA:16/12/15

PRINCIPAIS COMENTÁRIOS:

Última reunião do ano e o presidente chamou os presentes a uma reflexão sobre a atuação do controle social e as várias atividades transcorridas durante o ano. Chamou atenção para a grande conquista social que é o SUS e pediu a ajuda de todos na contribuição na luta por esse avanço. Exaltou que o CMS de São João del-Rei um histórico de lutas históricas pela saúde do município.

Conselheiro dos trabalhadores elogiou o controle social mineiro e realçou o comprometimento. Que Minas Gerais está bem no controle social, mas que São João del-Rei precisa melhorar, “vestir a camisa”.

Conselheira do governo cobrou a atuação do CMS na prestação de contas do Consórcio Intermunicipal de saúde das vertentes com sede no município, apesar desse não pertencer ao consórcio. Que no seu entendimento por estar lotado na saúde do município este deveria acompanhar seu andamento. Chamou também para que em janeiro, mês seguinte, seja realizado o Plano Anual de saúde. Que os conselheiros se mobilizem nessa ação.

O gestor municipal convidou ao CMS entrar na discussão da participação em consórcios. Convidou o Conselho a manter a luta pelo hospital público, pela federalização. Apontou as metas para 2016 e que CMS somado a SMS vão fortalecer a saúde pública.

Conselheiro de usuários apontou que a população é omissa e tem medo de denunciar.

No que diz respeito à federalização um participante da reunião membro do Conselho deliberativo do Hospital Nossa Senhora das Mercês colocou que o Conselho da instituição e pela Arquiconfraria são favoráveis à federalização. Que os problemas estão na mobilização da classe médica que é desfavorável. Que as negociações estão caminhando e que o CMS deveria montar uma comissão para fortalecer a posição do Conselho. Conselheiros dos trabalhadores falaram que no Hospital referido ao clima, está ruim e que os trabalhadores estão temerosos. Colocou também que os leitos estão cada vez mais vazios.

O gestor municipal pediu que o Conselho cobrasse celeridade no processo antes que haja maiores perdas. Finalizando houve o lançamento de livro com relação ao referido Conselho de Saúde.

APENDICE E – PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Perfil dos entrevistados							
PERFIL	CU1	CU3	CT3	CT2	CU12	CG3	CG2
Sexo	masculino	masculino	masculino	masculino	masculino	feminino	feminino
Idade	28	58	64	59	75	43	26
Escolaridade	superior completo	ensino médio	ensino médio	não declarou	superior completo	superior completo	superior completo
Ocupação profissional	servidor publico	contabilista aposentado	técnico de enfermagem	motorista aposentado	contador aposentado	coordenadora do núcleo de assistência farmacêutica da gerencia regional de saúde	diretora de redes da secretaria municipal de saúde
Primeira gestão como conselheiro	sim	não	não	não	sim	sim	Sim
Gestões como conselheiro	n/a	3º	3º	4º	n/a	n/a	n/a
Origem de envolvimento com o Conselho	movimentos sociais e movimentos comunitários	associação dos moradores de bairro	sindicato e associações	sindicato dos trabalhadores da saúde	Associação dos portadores de diabetes	indicação do segmento governamental	indicação do segmento governamental
Qual seguimento representa?	usuários	usuário	trabalhadores da saúde	trabalhadores da saúde	usuários	governo	governo

Cargo público?	não	não	não	não	não	não	Sim
Instancia do cargo público (federal, estadual ou municipal)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	municipal
Já foi membro da mesa diretora, ou executiva do conselho?	sim	sim	sim	sim	não	não	Não
Treinamento	sim	sim	sim	não	não	não	Não

Fonte: Da autora (2016)

**ANEXO A – LISTA DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE
EMPOSSADOS**

Entidade	Categoria	Nome Completo	Endereço
USUÁRIOS	Titular	Francisco Eduardo César de Paula	R. José Neves nº 211 Cohab
	Suplente	Alírio Antônio Alves	R. Edmundo Loures nº 78 Fábricas
	Titular	Quelisson Ferreira Silva	
	Suplente		
	Titular	Vera Lúcia Frates	R. Américo Vicentini nº 30 Solar da Serra
	Suplente	Jose Eustáquio Amorim	R. das Violetas nº 451 PIO XII
	Titular	Geraldo Wainer de Carvalho	
		Adriana Aparecida Rodrigues	
	Titular	Gilmar Geraldo de Assis	R. Carlos Alves nº 57 Matosinhos
	Suplente	Sidney Carlos da Silva	R. Dr. Antônio de Freitas Carvalho nº 7 Matozinhos
	Titular	Rodrigo Aduari da Silva Trindade	R. Carlos Magno do Nascimento nº 26 Tijuco (Perto Fábrica de Queijo)
	Suplente	Roque Bráz de Souza	R. Getúlio Vargas nº 171 Santa Cruz de Minas
	Titular	Luiz Gonzaga Cardoso	Av. Leite de Castro nº 493 Fábricas
	Suplente		
	Titular	Yan Teixeira	
	Suplente	Ângela Maria da Trindade Santos	R. Sete de Setembro nº 980 Matozinhos
	Titular	Sergio Geraldo Ramos	
	Suplente		
	Titular	José Galli d'assunção	
	Suplente	Vicente Maciel de Andrade	
	Titular	Tiago Moreira O. C.	R. Alberto dos Reis

		Souza	Costa nº 315 Dom Bosco
	Suplente		
	Titular	Mário César Andrade	R. Agostinho Azevedo nº 48 Bonfim
	Suplente	José de Ribamar Lopes	R. Joaquim Eugênio Mesquita nº 84 São Dimas
TRABALHADORES DO SUS	Titular	Maria Heloísa dos Reis Silva	R. São João nº 133 Tijuco
	Suplente	Heloísa Helena da Silveira	Praça Carlos Gomes s/n Centro/ GRS
	Titular	Leonila Policário	R. Padre Miguel Afonso Andrade nº 584 Guarda Mor
		Jorge Ferreira Soares	R. Vereador Vicente Cantelmo nº 281 Guarda Mor
	Titular	Dario Higino da Silva	R. João Henrique nº 109 Senhor dos Montes
	Suplente	Cléa Aparecida dos Santos Silva	R. José Francisco da Silva nº 12 Rio das Mortes
	Titular	Vania Nunes Dias	
	Suplente	Marcio Ribeiro do Carmo	
	Titular	Sonimara de Carvalho	R. das Gameleiras nº 193 Tijuco
	Suplente	Cleide Solange Gonçalves	R. José Resende Campos nº 513 Jardim Paulo Campos
	Titular	Gisele Bianca Tófoli	Praça Carlos Gomes s/n Centro/ GRS
	Suplente		
ENTIDADES GOVERNAMENTAIS E PRESTADORES DE SERVIÇOS	Titular	Rodrigo Chavez Penha	Secretaria Municipal de Saúde
	Suplente	Vivian da Silva de Oliveira Silva	
	Titular	Pierre Wagner dos Santos da Silva	R. Vereador José Moreira de Aquino nº 121 Santa Cruz Minas

Suplente	Bianca Barbosa santos Souza	
Titular	Willimar Borges de Deus	Praça Carlos Gomes s/n Centro/ GRS
Suplente	Patrícia Cristina de Oliveira Figueiredo	Praça Carlos Gomes s/n Centro/ GRS
Titular	Ancil de Souza Filho)	R. Agostinho Azevedo nº 05 Bonfim
Suplente	Carlos Guilherme de Abreu	R. Frei Estevão nº 44 Bonfim
Titular	Adriano José Tomas Teixeira	Av. Tiradentes nº 389 Centro/ Santa Casa da Misericórdia
Suplente	Pollyane Rodrigues Silveira	Av. Tiradentes nº 389 Centro/ Santa Casa da Misericórdia
Titular	Adriana Fátima dos Santos	R. João Geraldo Braga nº 99 Tijuco/ Lenheiros
Suplente	Regina Aparecida Figueiredo Nery	Av. Leite de Castro nº 1380 Fábricas- Apae

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de São João del-Rei.

ANEXO B – TRANSCRIÇÃO PARCIAL DAS ENTREVISTAS**ENTREVISTADO CG3**

- 11 Não, nenhum. Só tenho mesmo o conhecimento do setor público, né... do que...eu sou especialista em Gestão Pública de Saúde, então eu só tenho esse conhecimento meu, particular, não foi treinamento não.
- 12 Teve a motivação que eu recebi dos próprios funcionários aqui do regional, do próprio diretor, de alguns coordenadores que já fizeram parte do Conselho, que conversaram comigo, me explicaram geral né, em linhas gerais o que é que era o Conselho, o que eu poderia estar contribuindo e eu achei interessante e resolvi participar.
- 13 Porque eu já estou na área de saúde né? Então ficaria mais fácil para mim (risos). É uma coisa que está diretamente ligada ao que eu faço, na verdade.
- 14 Eu acho que... é de suma importância né, a participação do Controle Social, na saúde principalmente. Porque a gente tem tanto gargalo, tanta lacuna né? Eu acho que o Conselho ele serve, não só para fiscalizar né, o que está sendo feito na saúde, mas também é uma forma de aproximar mais a população, de saber o que é que realmente eles estão carentes, o que eles estão precisando.
- 15 O próprio Controle Social né, que antes não tinha. Acredito que o próprio Controle Social é um grande avanço. Porque antes do SUS não existia isso. As... as decisões eram muito centralizadas. E, não só o Controle Social, mas a descentralização né, das ações, que eu acho que deu mais autonomia para os municípios e... justamente por isso, pra ter mais assim, é... pra ter mais... pra ser cada vez mais efetiva. Porque realmente é... resolver realmente os problemas que estavam acontecendo. Porque eu acho que quando as ações vem de cima, às vezes a pessoa ela não tem, é... igual, antes era muito centralizado, não tem uma visão da realidade da ponta, né? Então eu acho que isso daí foi uma... um grande avanço também, o Controle Social e a Descentralização das Ações..
- 17 Eu acho assim, que ainda está em construção. Então assim, a gente vê que muitas coisas precisam ser melhoradas, mas eu acho que já foi um grande avanço. Não vejo nenhum retrocesso. No meu ponto de vista não teve retrocesso não.
- 18 Eu acho que é a gestão. (risos). Eu acho que é a gestão, assim... eu acho que deveria organizar... está faltando uma organização na gestão, né? Das pessoas que estão na coordena... no cargo né, de coordenação, de chefia... de terem mais é... mais capacidade pra gerir. Eu acho que o sistema daria certo... tem grande chance de dar certo. Igual eu falei,

ainda está em construção, mas eu acho que uma das grandes falhas é a gestão, em todos os setores. (risos) Igual no meu caso que eu trabalho na Assistência Farmacêutica é muito (...), sempre tem algum (...)

- 19 Conheço.
- 20 Então, a Equidade é... tem até aquele (...) né? Tratar desigualmente os desiguais, não é isso? Então, o princípio da equidade é realmente você ofertar a todos né, os serviços do SUS, independente de onde que a pessoa esteja... ele é um pouco ligado ao acesso também, né? Eles estão meio que interligados, o acesso com a equidade né? É... o usuário ter acesso aos serviços de saúde. Não só aqueles que estão nos grandes centros, mas todos... todos os locais.
- 21 A Integralidade é um pouco difícil né? (risos) A Integralidade seria é... também passa pelo acesso né? É... ter acesso a saúde de forma integral, não só é... não só a cura de doenças, mas também um saneamento básico, é... vigilância dos produtos né, que a gente utiliza no dia a dia. Então seria isso, a saúde integral mesmo. Lazer, cultura... tudo isso.
- 22 Universalidade e Integralidade estão juntos também, (risos) Então seria o acesso universal né, ao serviço de saúde, no caso a Universalidade.
- 23 Controle Social é... é um órgão, não sei se seria fiscalizador né, mas assim... também né? É o... que tem a participação de todos, é... igual do governo, dos usuários, de vários... de movimentos sociais; que estão ali pra discutir o que é melhor para a saúde e realmente ver o que é proposto pelo SUS, todos os princípios tem que estar sendo cumpridos, pelos gestores né, no caso, municipal, ortodoxos...
- 24 Então, a Participação é porque no Conselho tem disparidade de cada segmento né, da sociedade. Igual, do usuário, de (...) governo, do trabalhador, de entidade filantrópica...
- 25 Consigo. Principalmente porque assim, é... a minha área de formação, é a área de Farmácia, eu estou lá representando o Regional, mas assim; eu trabalho no Regional na área de Assistência Farmacêutica que é uma das coisas mas discutidas, é a falta de medicamento, o acesso, horário de funcionamento das farmácias dos municípios... Então assim, isso daí eu consigo é...passa um pouco pela Integralidade, pela Equidade, pela Universalidade, então assim...eu consigo. E também eu tenho aprendido muito em relação às outras áreas, entendeu? Com relação a atenção à saúde, a assistência à saúde também é muito cobrado. Então assim, eu consigo ver esses princípios sim, discutidos no Conselho.
- 26 Nesse período, esse ano por exemplo, tem havido muito problema com relação à perda de medicamento, foi uma coisa que foi muito debatida no Conselho nesse ano. É... aí inclusive, é...o município aqui de São João, ele criou a Remume né, a Relação Municipal de Medicamentos,

que foi aprovada pelo Conselho. Então nós tivemos várias discussões em relação a isso e em relação a Assistência Saúde também, principalmente em relação à UPA. Então nós tivemos essas discussões e eu consigo é... identificar essas questões que foram discutidas esse ano sim.

- 27 Eu acho que sim, porque por exemplo, no caso do acesso a medicamentos, é... tem... Aí passa pela... igual eu falei, passa pela Universalidade, é... acesso à assistência à saúde, a cirurgia... tudo isso passa pela Universalidade, pela Integralidade. Porque eu acho que não tem uma discussão que não tivesse um... não só uma coisa que deu errado, que não tá acontecendo, mas uma coisa também que... lá a gente não discute só coisas que estão dando errado, a gente também é... pontua as ações que tiveram sucesso durante esse tempo também.
- 28 Eu acho que esses dois. Eu acho que em todas as discussões que pelo menos aqui no Conselho nesse ano que eu participei, foi realmente o Acesso à Medicamento e Acesso à Média e Alta Complexidade, com certeza. Foi acesso à cirurgia, dificuldade da... igual eu te falei, da UPA, dificuldade (...). Então, Integralidade, Universalidade e Equidade também.
- 29 Talvez a Equidade. Eu acho que a Universalidade a Integralidade é mais recorrente, a Equidade...ele é um pouco esquecido, nessas discussões, né? Porque se discutiu muito acesso né, até questão de... de construção, de (...), de hospitais regionais.. mas que não tem... porque isso daí eu acho que dentro do princípio da Equidade, acho que não é o... não é o mais correto.
- 30 Com certeza são.
- 31 Com certeza! Vai fortalecer né (...).

ENTEVISTADO CUI

- 11 Eu passei por capacitação, é, relacionada ao conselho estadual. Mas a conferência de saúde ela não deixa, na minha opinião, ela não deixa de ser uma capacitação, porque você tem várias palestras, tem vários debates isso acaba de certa forma...
- 12 Exatamente.
- 13 É dar voz ao povo, essa que é ta participando e, é, de fato ativamente na construção de uma do direito à saúde NE, na construção da saúde em defesa de uma saúde pública efetiva e de qualidade, e de fato, que de fato funcione buscar que funcione para o povo principalmente aqueles mais carentes que não tem informação e não tem é às vezes tem muita dificuldade com acesso então a motivação é representar o povo mais carente

- 14 é exatamente a área que ao meu ver é mais que tem mais impacto na vida daqueles que é daquelas classes né, que têm mais dificuldade
- 15 Ela é fundamental né. A participação e o controle social historicamente, a própria questão do SUS, ela vem de luta popular. O SUS tem a base social do SUS, né. Esse controle social ele vem de uma construção já histórica, então é fundamental. Principais? As principais conquistas e nós temos, em todos os aspectos, elas são, elas são fruto da luta social, e o controle social, ele tem participação fundamental, porque ao longo do tempo a gente, é, vem sofrendo, não só tentativas, mas assim ações, né. Várias ações em relação à questão da, da, perda de direitos do Povo e o controle social, ele acompanha isso, é quem ta, é quem ta, na frente da garantia desses direitos.
- 16 A preservação desse direito principalmente em épocas de crise.
- 17 Sim. E a principal diferenciação é que, é um programa para todos. Onde o acesso é universal, e com princípios, né, de equidade e universalização da saúde pública. É uma saúde pública para todos.
- 18 É a universalização né, da saúde, e os avanços na garantia do acesso a todos. Um acesso “de fato”, né.
- 19 Global, para todos.
- 20 Sim. Acho que o problema do retrocesso é que, é a questão que a gente enfrenta, que é o sub financiamento, e a questão dos ataques constantes sobre que nós estamos vivendo. Inclusive um, que é, que é realidade hoje, Porque hoje, hoje dia 25 de Fevereiro, ontem dia 24 de fevereiro de 2016, nós tivemos uma votação no senado que é, retira é, retira a prioridade da Petrobras, né. De exploração do pré sal. Então abre, dá um leque, abre uma brecha para futuramente essa exploração do pré sal não ser feita só pela Petrobras, mas ser aberta ao capital externo. E o que isso implica na saúde, é que a questão do pré sal, ela está extremamente ligada ,né. Nós tivemos uma garantia, é, uma votação no Congresso também, que a questão do pré-sal seria destinado à saúde e à educação. Então aí nós já temos aí uma...
- 21 Uma ameaça de aquilo que a gente construiu, daquilo que a gente salvou, de ter aí um financiamento para melhorar a saúde a educação. Nós já temos isso, é, ameaçados por setores conservadores e ligados ao capital.
- 22 Nós temos muitas, além da questão do subfinanciamento, nós temos problemas de uma relação público-privada. E o SUS, que é uma questão também muito complexa, e , o país diante da proporção que o país tem, você tem muitos problemas de gestão também, né. Não só gestão, mas qualificação. Então você enfrenta muitos problemas, questão de desvios, a própria questão da corrupção. Então muitas vezes na saúde, o dinheiro, ele chega aos municípios, mas de alguma forma ele é, ele é, usado para

outros fins, e muitas vezes até para fins pessoais. E é fruto também de desvios e de corrupção. Então pra mim, temos problemas em relação à questão de gestão. A gestão, né, que esse dinheiro muitas vezes chega, ou até muitas vezes chega e até mesmo parado, e você tem o recurso disponível, mas você não tem gestões capacitadas para executar aquele orçamento.

- 23 Sim
- 24 É um princípio fundamental, né, é o princípio que você dá o tratamento correto sem distinção em que todos tenham acesso igualitário.
- 25 A integralidade também é fundamental, né. Uma saúde “de Fato”, né, para todos com acesso, é um acesso amplo.
- 26 É o SUS para a saúde pública de qualidade para todos.
- 27 Fundamental. Eixo Fundamental e a nossa esperança.
- 28 Um desafio. Mas fundamental para todos nós, e uma grande, um grande desafio a ser construído e mantido.
- 29 Sim
- 30 Individualmente?
- 31 Recentemente nós tivemos uma discussão (...).

ENTREVISTADO CU2

- 11 Teve capacitação foi através do Conselho Estadual, o conselho estadual sempre zelou por isso, então a gente tinha capacitação constante. A Universidade também ela fez capacitação com a gente.
- 12 É ajudar os outros. A gente sabe das dificuldades que as vezes tem pessoas que tem dificuldade de expressar o que precisa, e às vezes a pessoa que atende não tem interesse nenhum em estar ajudando. então eu sempre tive essa facilidade de entender os dois lados.
- 13 (...) o conselho de saúde porque foi quando teve conferencia, nós participamos. Mas já participo do CODEMA.
- 14 Da educação, por causa do conselho, porque sempre fui atuante no conselho escolar na escola das minhas meninas
- 15 É para que a gente entenda como funciona as coisas. O que a gente escuta hoje é que o SUS “não vale nada”, mas qualquer pessoa ela é tratada pelo SUS, até o rico, ele precisa do SUS e o pessoal não valoriza isso. Então é o que motiva a gente sempre, é estar discutindo saúde, entendeu?
- 16 Porque o SUS é universal a pessoa não precisa ter carteira assinada, não precisa ter documento ela é atendida, igualitária no atendimento
- 17 A deixa eu ver o que mais (...) ah, o que se evita de morte hoje de crianças, de gestante, porque foi tudo através do SUS que se conseguiu

isso. Porque até então não existia muito interesse por parte do Governo está investindo em saúde. Porque a gente sabe cobrar muito porque o governo não investe, mas o pessoal não tem noção do tanto de dinheiro que vem. O problema é quando desvia, nunca chega.

- 18 O SUS eu acho que o retrocesso é o profissional médico. Porque eu não sei porque “cargas d’água” deve ter algum interesse por detrás que eles não têm interesse, que eles preferem falar que o SUS vai demorar pra ir pra eles particular. Isso é uma forma de ganhar dinheiro então. Eu acho que o profissional médico ele está sendo mais beneficiado do que nunca através do SUS. Só que ele não valoriza.
- 19 Eu acho que a principal dificuldade são os médicos é a figura médica. É ele que trava tudo.
- 20 integralidade, é agora eu tenho que lembrar, a universalidade são cinco, né?
- 21 São todos iguais, não é isso? é isso? O que é Equidade mesmo?
- 22 Ih agora você me pegou agora não tô lembrando e que é equidade.
- 23 Integralidade é que o SUS é integral tudo que você, tudo que pode se oferecer em matéria de saúde o SUS oferece é integral.
- 24 ele é universal, ele não discrimina ninguém qualquer pessoa tem direito pelo SUS. Independente de ter plano de saúde ou não.
- 25 A participação social, acho que deveria ser mais incentivada. Tem que haver um trabalho mais sucinto. Pesado. Ensinamentos para esclarecer as pessoas da importância do SUS na nossa vida.
- 26 O controle social é um problema sério porque hoje não se cria mais liderança. O pessoal perdeu as esperanças. Porque o pessoal vai muito no que os outros falam, o pessoal fala ah “não vale nada” aí a pessoa não procura saber não. Ela vai naquilo que a pessoa falou mas não participa de nada, ele fica reclamando. Pega o telefone liga pra reclamar, mas se tiver uma conferência, um seminário, não participa de nada, mais reclamar gosta. Agora me explica o que é equidade?
- 27 Porque equipara, né? só que eu não gravei de tantas coisas do SUS e esqueci da equidade.tive dificuldade de falar.
- 28 Muito! Quando a gente participa, quando a gente vai fazer as Resoluções do Conselho, a gente analisa tudo, o custo-benefício daquilo ali para o momento. A gente tem um exemplo claro de quando foi trazer a UPA para São João. Porque a gente, tinha uma parte de nós, de alguns conselheiros, que tinha mais conhecimento que a gente era contra. Pela localização, entendeu? A dificuldade, o local. A gente sabia o que ia acontecer porque São João não está preparada para atender essa demanda a gente já tinha problema com os médicos, com as duas Casas (refere-se às instituições hospitalares do município), na questão da retaguarda que não funciona. Então a gente sempre se preocupou com

isso, então quando a gente vai deliberar sobre alguma coisa a gente analisa tudo, o que vai ter de positivo naquilo e o que vai ter de negativo.

- 29 A questão de quando foi criado um plano. Igual quando foi aquele da medicina antroposófica. Nossa! Eu achei! Achei excelente aquilo ali! Sabe porquê? Porque a gente vê pessoal dos laboratórios, eles ficam dopando as pessoas, eles ficam enchendo as pessoas, os médicos ganham dinheiro com isso aí. Quando surgiu isso. a gente pensou nos nossos princípios. Porque quantas vezes foi curado com chazinho? Uma coisa simples, mas eles gostam de colocar o remédio. Então, quando foi a medicina antroposófica, eu adorei aquilo lá! Com a farmácia, nossa mãe! muito legal! Dou o maior valor aquilo lá.
- 30 A questão do PSF também a importância dele. Nós que aqui a gente era acostumados com a unidade básica tinha todas as dificuldades com a questão de exames. Aquela quantidade de exames sem necessidade nenhuma. Assim chegou àquela questão pratica como a diabetes. A pessoa todo dia vai lá furar o dedo, passa um tempo, vai lá de novo, ninguém orientou: você não precisa ficar fazendo isso vai continuar diabético e daqui a pouco você vai ficar anêmico também (risos).
- 31 Deixa eu ver quando que foi isso aí? Eu acredito que quando foi da implantação do PSF quando a gente delibera a respeito dos PSFs. Que a gente reivindica muito esse modelo então a gente fica triste, igual, vendo a Colônia, aquele tamanho de bairro e até hoje... e das fábricas. Então nossa mãe! A gente vê o sofrimento deles. Eu acho assim, que a gente e o PSF têm que ser mais, o pessoal da ponta tem que ser mais capacitado para está passando as informações. Para acabar com essa mania que o pessoal tem que a saúde “não ta valendo nada”, entendeu?
- 32 O exemplo? É! deixa eu ver! Aquelas unidades das fábricas e da COHAB eu não gostei muito não, achei que seria PSF. Eu acho que é a questão (...) que a gente aprovou agora? O CAPS ad. Eu acho que foi uma coisa que demorou muito. A gente ta sabendo das dificuldades que esta tendo agora, né. Porque, não sei por que cargas d'água o que esta acontecendo que a gente não sabe o que esta acontecendo, porque eles não passam, e a gente fica sem saber o que está acontecendo na verdade.
- 33 Assim! Apesar de nós não ta muito assim, a atuação não estar muito igual deveria ser, eu acho que a participação social, ela deixa a desejar. Porque são sempre as mesmas pessoas, mas quem vai veste a camisa mesmo. Quem vai é porque está ali, está interessado em discutir saúde mesmo.
- 34 Deixa eu ver o que é que tem menos evidente! Eu acho ainda que a participação social que é complicada. Eu acredito que é a participação porque o pessoal ainda não tem muita confiança. Acho que é por

questão política, que é o problema da participação social. É porque são sempre as mesmas pessoas por causa de questões políticas (...) igual eu, passei agora porque eu sou da situação e antes eu ia porque eu era da oposição e continuo fazendo, então eu to lá.

- 35 Não, agora assim. Quando das votações do Conselho são todos conscientes do que estão fazendo, a gente não faz as coisas a “toque de caixa” não, a gente realmente discute os prós e os contras, a gente só prova se for pro bem de todos.
- 36 Com certeza isso aí é primordial se tirar os interesses pessoais e políticos.

ENTREVISTADO CT3

- 11 Nesse período meu de conselho a gente já fez algumas vezes treinamento já passou por alguns.
- 12 As anteriores
- 13 Muito produtiva
- 14 Na verdade é que conselhos, se a gente não participa ... como agente trabalhador da Saúde a gente fala assim, “não é importante participar de conselhos”. Como eu posso está fazendo uma discussão e vendo situações da Saúde na cidade eu não participando, ou de algum movimento sindical, ou outra coisa, para ficar assim bem mais integrado na hora das questões de saúde.
- 15 Não, eu já participei de outros conselhos.
- 16 A maior importância? Você participar do controle social, é, como eu vou te explicar! como eu vou estar achando uma forma de estar te explicando a importância da participação e controle social
- 17 Ela agrega muito, ela agrega muita aqui, se tem de uma forma contribuindo para o andamento da saúde do município no todo
- 18 Para o SUS? A Com certeza é uma mudança, como diz o ditado, “de uma água para o vinho”, né. Lembro da época em que o pessoal que não tinha nem INAMPS, não tinha nada, eles eram NP os “não pagantes” eles tinham direito, mas praticamente era como se estivesse prestando um favor para o individuo. Hoje não! Hoje o SUS praticamente é novo, mas é um modelo de atuação na saúde.
- 19 Hoje praticamente os direitos são iguais, né. A equidade, todo os direitos são universalizados.
- 20 O SUS a gente vê que precisa melhorar muito, mas assim, avançou também muito, né. Eu não vejo assim um retrocesso não, no meu caso assim, eu já tive oportunidade de trabalhar na área curativa e na área preventiva. Já trabalhei também na Santa Casa na área curativa

- e na área preventiva. Aí que a gente vê mesmo o ponto do acontecimento do avanço.
- 21 A gente vê hoje a maior dificuldade ainda é os grandes planos que tentam derrubar o trabalho e a formação do SUS. Os planos de saúde.
 - 22 Que tem a equidade é três, integralidade e universalidade
 - 23 A equidade onde os direitos são iguais, né.
 - 24 Integral por mais que a gente não consiga ver isso de verdade na prática
 - 25 é universal de todos
 - 26 O que você quer saber do controle social
 - 27 É importante, né. É importante a participação social, sem a participação social não acontece. E às vezes essa participação é tão difícil! Quando você vê que dentro do Conselho há 50% usuário e às vezes a participação do próprio usuário é difícil. Tanto a participação, também do trabalhador, e tanto dos outros segmentos. É tão difícil, e tão complicado.
 - 28 Ele é de suma importância.
 - 29 Com certeza.
 - 30 Olha a gente teve por esses momentos, igual hoje. Vai ter uma reunião hoje, é o assunto da pauta de criação de novos PSF. Praticamente na criação, quando iniciou a criação dos PSF eu estava no Conselho, e a gente estava discutindo sobre a melhor forma de contratação dos trabalhadores que iriam trabalhar no programa PSF.
 - 31 sim a universalidade está abrangendo mais gente
 - 32 eu fiquei meio enrolado.
 - 33 É a importância do funcionamento da saúde no município. É a gente ver que às vezes alguma questão está sendo bem direcionada.
 - 34 Sim. Seria mais o controle.
 - 35 Bom o que na verdade é o que pesa é exatamente mais a questão da fiscalização porque você quer é o melhor atendimento, mas às vezes voce não tem aquele controle de onde esta sendo gasto, pra onde e de que forma esta sendo pensado.
 - 36 Então você acha que é o controle hoje em dia...
 - 37 Todos eles são importantes.
 - 38 Sempre ta puxando todos não tirar nada agora.
 - 39 Pior que não.
 - 40 Com certeza, com certeza (...). Engraçado quando a gente vai, eu sei porque já como Conselheiro já participei de 3 conferências e quando a gente vai a gente volta cheio de imaginação, cheio de gás, motivação, só quando você chega na realidade local a realidade é outra. De repente você ta ali e pensa que está tão ruim, ai, você vê

outro Estado, à luta, e eles continuam lutando também. Não pode desistir. Se a gente achar que está ruim e cruzar o braço também, aí que vai continuar ruim mesmo. Mas no conselho de saúde acho que o pessoal tenta. É mais atuante. (...) mas acredito (...) pela experiência que eu tenho hoje, dá pra acreditar.

ENTREVISTADO CT2

- 11 Não, mas a gente ia pegando de acordo com que eles passavam pra gente lá dentro das próprias reuniões, no andamento.
- 12 Não
- 13 Eu comecei a participar (...) quando nós entramos nessa do plano do trabalhador de saúde. Aí, como eu gostaria de participar, eu entrei. Porque eu já fazia parte do sindicato, então entrei nessa.
- 14 Não. Poderia ter sido outro. Igual hoje eu participo do conselho do IMP.
- 15 É porque o caso do Conselho não é brigar contra administração, é participar junto com ela, fiscalizar o município. E também mostrar onde está errado as coisas dentro do município. O que falta, que falta funcionário. É que tem muito tempo que acontece o seguinte, o pessoal ia fazer exames no laboratório de um prestador de serviço aí eles cobravam seringa do pessoal, do usuário, aí a gente começou a fiscalizar isso aí. Não! Você não tem que pagar nada! Fizemos colocar papel lá direitinho por exemplo. A Casa lá! Tem a quantidade de leitos, muitas das vezes as pessoas vão lá para internar e não tem, mas estão sendo usado particular se a gente não tiver lá, fica por isso mesmo. Hoje não! Hoje o conselho nosso tá meio devagar. Então a gente, tipo, do plano de saúde do trabalhador a gente participava junto. E no final do ano tem a prestação de contas do município que a gente tem que aprovar. Porque muitas pessoas não sabem que o conselho é muito forte. O conselho já tirou um prefeito! Já aconteceu! Chegaram lá as contas não bateu então, (...) não assinarmos. Ninguém assina. (...) muitas vezes acontece pessoa leva as coisas prontas e ele não assina entendeu. (...) Então vai passar pra próxima reunião e vai empurrando até as coisas certas, ou seja, uma coisa bem consciente.
- 16 eu comecei em 82.
- 17 é isso mesmo! ainda é pelo INSS.
- 18 Ah não! Com certeza alguma coisa teve, porque existe ainda aquela coisa do tratamento. Apesar de ter caído um pouco, o tratamento é mais igualitário.
- 19 Por exemplo, aqui em São João nós não tínhamos o serviço de eco cardiograma levávamos pra fora. Olha pra você ver! Vê! Já teve um eco

cardiograma, exame que não tinha aqui no município hoje tem, consegue atender, né. Tem o PSF que ajudou muito. Hoje não tá sim, eu acho que não tá funcionando como deveria funcionar. Quando começou era um espetáculo. Medicamentos nos postos, o pessoal não precisa ir lá cadastrar, já ia lá. Então, algumas coisas vem recaindo (...) pessoas de 74, 80 e tantos anos pra pegar remédio se você já tem o pessoal cadastrado, que tem o que é de uso contínuo (...)

- 20 Eu acho que os médicos. Os médicos tinham mais, eu acho, que dava mais atenção aos pacientes hoje eles querem tudo rápido. Eles têm que apresentar uma quantidade de atendimento, então acho que saiu muito a desejar o atendimento.
- 21 Eu ainda acho são os atendimentos nos bairros. Não tem material, uma mão de obra qualificada, a pessoa tem que ter mais consciência, tem que gostar do que faz (...) muitas pessoas, eu trabalhei na saúde, eu trabalho há muitos anos e tudo o que cê vai fazer tem que gostar. Tem motorista que trabalha, mas não é por causa que gosta, é mais interessado de ganhar diária. Mas muitas pessoas reclamavam pra mim. Você pergunta as pessoas que eu já viajei com elas, eu parava no caminho. A maioria quer ir rápido e voltar rápido, a gente dava mais atenção. Tem muitas pessoas reclamando disso daí, do transporte, do tratamento fora. Chega lá, o médico atende, parece que a pessoa da família dele, um carinho e aqui no município mesmo não tá isso. Eles tem um tempo, tem que atender, mas não é a mesma coisa. E hoje o paciente precisa de carinho. Hoje a maioria das doenças, pessoa tem um sofrimento danado. (...). Igual vendo os distritos aí, as pessoas saem de madrugada para ser atendido aqui e você é mal atendido com certeza um carinho, respeito é fundamental.
- 22 Não! Disso aí, sinceramente não. Aí eu fui pegando assim com o tempo. Eu fui pegando, é o tratamento igualitário para todos, é a saúde para todos, que não escolhe, mas mesmo assim ainda existe algum tratamento diferente existe, se existe!
- 23 onde continuar atendimento igualitário
- 24 Também! Eu, pra mim, assim, é tanto LGBT, negro, branco, azul, todos têm que ser tratados da mesma forma. Todo mundo tem direito à saúde.
- 25 Ah, é a saúde no governo federal. Aí aprova Universidade de medicina que vem essas ajudas.
- 26 Aí o usuário! O direito que cada um tem a saúde, aquela lei que eu te falei. O controle social tá na (...) social, onde não desvia da raça, do credo, do seguimento.
- 27 Também. Quase o mesmo princípio é bem próximo.
- 28 Eu acho que sim. Por exemplo, nossa última conferência, que a gente teve outros que participam que não tinha, tem ONGs. Estão participando

mais, com associação de bairros que antes eram poucas e tem sido mais participativa.

- 29 Sim. Assim, sempre que precisa que tem algum problema em relação a esse tema à gente, sempre leva pra gente. Então tem que levar o que se passa pra gente fazer uma votação, o que pode ser feito a gente emprega o seu princípio.
- 30 Então, tem tratamento desse pessoal dos transexuais.
- 31 Eu acho que o controle social. No controle social é o mais evidente é o mais considerado.
- 32 O social.
- 33 É o que eu te falei, o social é uma oscilação ainda vacila muito (...) oscilação mais difícil.
- 34 sim
- 35 Com certeza porque tem a participação de todo mundo. Todo mundo tem que participar tem que ta junto.

ENTREVISTADO CU12

- 11 Não
- 12 A principal motivação, é que dizem que aproximadamente 6% da população brasileira é diabética. Então tem que representar isso. Dessa secretaria de saúde, perante secretaria de saúde do Estado. E aí, a secretaria de Estado tem um representante no Conselho, e a secretaria de saúde do município também. Inclusive o secretário é, faz parte como conselheiro. Também isso é bom, porque eu relaciono bem com eles (...) informação pra ele da Associação, (se refere a associação dos portadores de diabetes) dos postos de saúde para atendimento ao diabético.
- 13 Não sei! Depende das circunstâncias. Vamos dizer assim, quando eu vim de para queda para a ASPD eu gostei do ambiente. Também aprende coisas para o meu procedimento diário. Como diabético, uma das coisas é não cruzar as pernas. Porque todo diabético tem problema na circulação, então, quando a gente cruza os pés a gente aprende a circulação aqui então prejudica circulação dos pés. Tem muita coisa que a gente aprende aqui, se quiser saber outras coisas, só freqüentando aqui.
- 14 Olha muito importante, sobretudo no Conselho Municipal de Saúde. É então, participo lá e quando alguém tem alguma reclamação do posto de saúde, ou que não foi bem atendido, eu lá na reunião, eu falo direto com o secretário de saúde. Quando o diabético tem dificuldade de obter aqueles medidores que é obrigação do Estado e não consegue, a gente chega lá, e fala com representante.
- 15 Quando eu buscava atendimento INSS o que é que eu vi, a pessoa ia lá, aconteceu comigo. Aí, a moça falou comigo dia 15, ta bom? Aí

atendente perguntou: “se o senhor não está satisfeito o senhor pode procurar o departamento social”. Aí eu respondi: “demora um bocadinho as 14 horas, mas não tem problema, eu compreendo, é muita gente então, mas se não jeito ta bom. Não tem problema pra mim ta ótimo dia 15 às 14h00 horas”. Aí ela disse, não dia 15 do mês que vem. Eu disse, olha, dia 15 do mês que vem, não vou precisar de médico, eu vou precisar de um coveiro. Então melhorou, quando funciona bem. Eu acho que aqui em São João Del Rei funciona razoavelmente bem.

- 16 O grande avanço do SUS, relativamente grande. Mas as pessoas e as dificuldades existem, mas as pessoas ainda têm interesses pessoais. Todo esse “Brasilsão” tem que isso aperfeiçoando. (...) Porque minha filha é médica, e ela atende pelo SUS também, então fala das dificuldades no atendimento pelo SUS, mas vem gradativamente melhorando, mas vem melhorando.
- 17 O avanço mesmo, quando o atendimento tem ambulância pra buscar as pessoas em casa. Aqui no caso, são atendidos em todos os hospitais, em Santa Casa, todos atendem pelo SUS. Então acho que houve um avanço muito grande do SUS para o atendimento médico corporativo. Porque as ações INSS, INPS, era só pra aqueles que tinham garantido seu atendimento (...) a questão do atendimento ficou uma coisa melhor hoje (...)
- 18 Eu acho que talvez seja o profissional de saúde para atender pelo SUS. Porque não tem como ele atender um paciente receber R\$ 10 pela consulta então o atendimento. Então financiamento do SUS aqui é grave, nem todos querem trabalhar, atender do SUS. Porque depois de anos de estudo, anos de experiência, uma consulta a R\$5,00 ou R\$6,00 é uma coisa (...) Eu acho que seu principal problema e precisa melhorar, tem que remunerar o profissional de maneira adequada.
- 19 Aqui em São João Del Rei, sobretudo não vejo retrocesso eu vejo um caminho. Inclusive os postos de saúde do município tem melhorado, não só nesse governo atual, mas desde o prefeito anterior vem havendo uma atenção grande aos postos saúde, esse programa PSF, programa da família, né. Então não vejo retrocesso eu vejo a melhoria gradativa.
- 20 Não
- 21 O atendimento das pessoas, é um atendimento independente, que seja independente das pessoas. Se for a branco, preto, rico, pobre, ele sempre mantém o mesmo atendimento.
- 22 Integralidade é o princípio das pessoas íntegras (...) no atendimento seriam honestas. A questão do integral é questão do trabalho social. Que eu não sei se todos que trabalham pelo SUS têm essa noção da importância social que é o SUS. Que todos que trabalham pelo SUS tem que ter essa noção da importância para a sociedade.

- 23 O princípio da universalidade é para abranger toda a população, o atendimento geral. Abastecer toda a população pelo menos um percentual, o percentual da população mais carente.
- 24 Bem, o SUS trabalhando com controle social ele pode fazer pesquisa sobre as doenças que afetam mais a população, que dá mais velocidade uma determinada cidade. São João del-rei tem um tipo de doença, já se você for a Juiz de Fora é outro tipo, porque devido à urbanização da cidade, o perfil das pessoas que são atendidas.
- 25 A participação social seria a população integrada. Se integrarem. E aqueles que procuram o SUS, os atendentes orientar em um atendimento de fato, e aqueles que não precisam que procura o SUS daqueles que têm plano de saúde.
- 26 Eu levo esses conceitos, que quando a gente no Conselho é muito importante. (...)uma coisa muito importante, uma das funções, você é praticamente responsável pela saúde da população. Porque o conselho tem que se envolver (...)o conselho tem que intervir pra saber o que tava acontecendo pelos problemas financeiros vamos lá saber sobre o problema financeiro do Hospital das Mercês. Teve dificuldade fazer pagamento do pessoal aí o Conselho junto com a Secretaria de Saúde foi lá. Arranja um dinheirinho para fazer o pagamento. Então o Conselho é responsável pela saúde, ele é entidade maior, está acima da Secretaria de Saúde. Então tem que procurar para que todos os órgãos de saúde funcionem bem. Temos que fiscalizar, a gente peca um bocadinho, né! Pelas funções do Conselho, porque somos responsáveis. Tem pessoas de certo nível cultural, mas nem todas as pessoas do Conselho têm uma compreensão, mas aí a pessoa quando aumenta seu nível cultural, estuda, se forma (...) Quantas coisas que a pessoa aprende, quando a gente conhece sobre aquele assunto, eu conheço bastante sobre isso, mas desconheço muita coisa. A pessoa passa relatar o tanto que ela desconhece, então assim sociedade se beneficiar. A sociedade requer que a pessoa tenha uma compreensão, e algumas pessoas levam problemas pessoais. (...) Se tivesse aquele problema, assim problema ia lá, aí a gente por obrigação depois de solucionado o problema dela, aquela conselheira não aparece mais no conselho. Ela foi lá por causa de um problema de uma vizinha, de um parente dela, resolveu o problema começa faltar. Então tem que ver a sua compreensão, que nós trabalhamos para a sociedade. Agora questão financeira também, né! Os conselheiros não recebem nada, o que eles recebem é um diploma. Ainda não sei o que eu como é, não recebi o meu ainda, não sei se ele é bonito ou não. Participação efetiva, nem todos têm a possibilidade financeira de deslocar. (...)Então tem que ter uma compreensão maior. Então tem que ter uma compreensão da sociedade. Eu na minha

formação de contador, de gerente administrativo, a gente pensa o seguinte, que é melhor para empresa? Se determinado funcionário trabalha bem, mas o modo de trabalhar de não é benéfico para empresa que tem que trocar, o importante é o que é benéfico para empresa. Então aqui cabe referir o que é melhor para a sociedade, agora sua compreensão (...) tem o caso da federalização do hospital alguns acham que é bom, eu particularmente acho que não, mas tem que entender que é uma necessidade da faculdade de medicina porque a faculdade de medicina os alunos já estão no terceiro ano, no quarto ano, eles têm que ir pro hospital fazer estagio, e não tem, então é uma necessidade da universidade. Tem o lado diz que é bom, eu acho uma coisa complexa, porque o governo federal tem dificuldade, está querendo lançar um novo imposto aí imposto sobre movimentação Econômica. Então você tem que pagar imposto, aí você recebe seu salário, você tirou do banco para cobrir as suas necessidades, então o governo federal tem dificuldade pagamento. Isso se refletiu aqui em São João Del Rei que atrasou repasse para UPA. Então a UPA ta em crise porque não pagou o repasse do governo agora você vai fazer o hospital? Aí o Hospital Universitário do Rio de Janeiro um dos mais tradicionais do país, mais antigo, é um hospital de referência, aí o governo não repassou o dinheiro pra pagar o salário do funcionário é um momento de crise.

- 27 Lá no conselho não a discussão sobre atendimento do SUS em uma reunião do conselho que seja efetivamente eficiente não se fala disso lá no conselho. Porque pouco se fala. (...)
- 28 Universalidade. Eu acho que (...) é difícil para um país como o Brasil ter um sistema de saúde para a população toda. Exemplo aqui na farmácia popular, não estava tendo medicamento. Ouvi uma reclamação que foi procurar medicamentos e não tinha, então não sei por que não tem o medicamento. Dificuldade da farmácia que ajuda pela prefeitura. Então nós nos deparamos com problemas de medicamentos fornecidos por Belo Horizonte pela secretaria do estado. Então a secretaria compra os medicamentos, vai tudo para Belo Horizonte, e Belo Horizonte distribui para todos os municípios de Minas Gerais. Minas Gerais, o Estado é quase um país e na hora de distribuir a todos alguns medicamentos chegavam perto da validade.(...) Outra coisa também é que uma das coisas às vezes recebe uma remessa que esse mês vence, uma das coisas que melhorou na secretaria é que são o problema da superpopulação. Igual pessoas São João del Rei não é o mesmo de Lavras, existem características locais, o perfil da doença parece que muda de acordo com a cidade, então sugere uma dificuldade de remessa (...)
- 29 O principal determinante foi à falta de medicamentos no recebimento dos medicamentos perto da validade e também acima da necessidade

(...) foi outro problema sendo que a gente tinha necessidade de 100 unidades do medicamento à gente recebe 560 perto do prazo de validade. Então isso é uma garantia muito grande de melhorias para população, porque a farmácia medicamento fora do prazo de validade. Eu acho que isso melhorou bastante.

- 30 Controle social eu acho que a nossa farmácia em um perfil da doença pelos medicamentos que tem.
- 31 Eu acho que a participação social. Pouco se fala no Conselho sobre o SUS, mas eu acho que são assim, às vezes secretário de saúde, os pronunciamentos do secretário de saúde, pronunciamento das representantes da Secretaria Estadual, mas vereadores também vai lá cobrar nós percebemos a cobrança dos vereadores têm uma vereadora que frequenta a nossa entidade e fica cobrando as coisas. Essa cobrança que nós fazemos sobre isso, pressionados pela câmara de vereadores, pelas pessoas que vão procurar (...) usuários de diversas entidades não só da nossa, mas também outras entidades da cidade então têm certa pressão o que faz com que haja união de interesses buscando a melhoria.
- 32 O menos evidente talvez seja a integralidade, porque quando nós tivemos uma reclamação que o hospital estava cobrando consultas das pessoas que iam lá. (...) então uma reclamação nesse sentido, isso chegou ao nosso conhecimento então não houve integralidade das pessoas do Hospital do setor de Ortopedia, reclamação da cobrança de consulta. Mas não é pra cobrar isso é atendimento pelo SUS, aí o conselho vai intervindo nisso daí.
- 33 Eu pelo menos, eu conhecia os princípios que as pessoas levam em consideração, é o sentido de a pessoa ser íntegra e fazer o seu trabalho de maneira íntegra, de fazer o trabalho com boa vontade (...) então à pessoa deve levar em consideração, a compreensão, a gente trabalha pra comunidade que é importante para a comunidade colaborar. Porque qualquer sistema, qualquer que seja, lidar com o ser humano, a gente vê muito (...) também tem pessoas que não têm esse sentido de coletividade, ela tem que trabalhar para o sistema melhor, mas em qualquer atividade (...) o médico que trabalha pelo SUS pode deixar seu filho doente em casa a pessoa tem aquela preocupação aí ela trata mal, mas aquela que lhe atender mal, mas ela estava trabalhando e o filho dela está doente em casa.
- 34 Se todos tivessem essa consciência, seria porque o SUS para ser tratado pelo país todo. Então as pessoas que trabalham pelo SUS tem que ter consciência dessas divergências (...) não há um padrão.

ENTREVISTADO CG2

- 11 Não.
- 12 eu acho importante a população tá presente.
- 13 Eu acho que a proposta do SUS é uma melhoria no acesso da população à saúde uma maior quantidade de saúde Entretanto a gente ve alguns problemas que impedem um pouco esse acesso.
- 14 O principal avanço é esse acesso.
- 15 Uma melhor qualidade e um SUS pra todos que a gente vê que a saúde tá aí realmente disponível pra maior parte da população.
- 16 Eu vejo um problema grande que é a falta de verba que é o maior problema que impede a população de ter acesso.
- 17 Conheço.
- 18 Equidade o princípio da Equidade é você tratar todo mundo igual dentro da necessidade de cada um.
- 19 A integralidade e você olhar cada usuário como um todo e não só vendo o problema dele individualmente você olha o indivíduo como um todo a necessidade dele e o que demanda a necessidade dele.
- 20 Da universalidade todos têm direito à saúde então saúde é um direito de todos, todos têm direito à saúde.
- 21 O controle social é a população tem que ter direito a participar do SUS assim vou ver com SUS ele é um certo não sei se posso dizer Esta palavra poder de decidir.
- 22 É o que eu acabei de falar é a população é a população se envolver e participar das decisões do que acontece consulta.
- 23 Eu considero.
- 24 Quando eu falo de alguma decisão que é tomada no conselho eu tento tratar principalmente da universalidade e da Equidade. Quando eu falo de alguns problemas ou de algumas pautas que a gente tem que tomar alguma decisão eu penso muito no usuário e de tudo a gente tem que olhar necessidades do usuário do que o usuário precisa de que todos têm que ser tratados da mesma forma então eu utilizo os princípios do SUS.
- 25 Tem a pauta que a gente tratou das necessidades de ampliação das áreas de saúde da família que a gente tem uma pequena cobertura de Saúde da Família então eu tento tanto que se a gente pensa nos princípios do SUS, a população inteira do SUS deveria ser coberta. Então eu pensei dessa forma. Então eu acho que deveria assim que a expansão para 100% da população, ou pelo menos não criaram um pouco mais a cobertura.

- 26 Que os princípios motivaram as discussões? Não, não consigo me lembrar assim de cabeça.
- 27 Sobre a federalização do hospital foi uma que eu acho que os princípios do SUS foram determinados todo mundo foi a favor porque federalizar o hospital tornar ele público seria usar totalmente os princípios do SUS a favor da população.
- 28 Eu acho que a participação social e o controle social ele é bem Evidente porque a maioria dos conselheiros são usuários né.
- 29 E acho que a universalidade é uma que é bem presente.
- 30 Menos evidente é equidade.
- 31 Nem sempre.
- 32 Faria bastante.