

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA – UNIARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO/DOCTORADO EM
DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E MEIO AMBIENTE

ALEXANDRE JOSÉ PIERINI

**O Conselho Municipal e os destinos da política de saúde na cidade de Araraquara:
rompimentos e novos caminhos**

ARARAQUARA – SP

2019

ALEXANDRE JOSÉ PIERINI

**O Conselho Municipal e os destinos da política de saúde na cidade de Araraquara:
rompimentos e novos caminhos**

Tese de Doutorado, apresentada ao Conselho do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente

Orientador: Prof. Dr. Zildo Gallo

ARARAQUARA –SP

2019

P674c Pierini, Alexandre José

O Conselho Municipal e os destinos da política de saúde na cidade de Araraquara: rompimentos e novos caminhos/Alexandre José Pierini. – Araraquara: Universidade de Araraquara, 2019.

118f.

Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente- Universidade de Araraquara-UNIARA

Orientador: Prof. Dr. Zildo Gallo

1. Saúde pública. 2. Conselho municipal de saúde. 3. Política de saúde. I. Título.

CDU 577.4



UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA

Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP
CEP 14801-320 | (16) 3301-7100 | www.uniara.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do Aluno: *Alexandre José Pierini*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, curso de Doutorado, da Universidade de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Zildo Gallo

Profa. Dra. Andrea Correa Carrascosa

Prof. Dr. Edmundo Alves de Oliveira

Profa. Dra. Vera Lucia Silveira Botta Ferrante

Profa. Dra. Flavia Cristina Sossae

Araraquara – SP, 16 de agosto de 2019

AGRADECIMENTOS

Participar de programa de Pós-graduação seja ele qual for, nunca foi objetivo de vida traçado e perseguido de forma sistemática e persistente. Foi um processo desencadeado de forma lenta e gradual que virou desejo após residir com vários acadêmicos na moradia estudantil da Unesp, no Campus de Marília, já nos longínquos anos 90, quando então entrávamos em discussões acalouradas sobre regimes políticos, democracia e partidos políticos.

De lá para cá, percebeu-se a necessidade de dar uma contribuição social mais efetiva à sociedade, não que a profissão que escolhi não pudesse me proporcionar tal intento, mas compreendi através dos anos que a prática da docência pudesse ser capaz de exprimir de forma mais intensa o que realmente estava sentindo.

Foi diante desse cenário que recorri aos cursos de pós-graduação. Em primeiro lugar, a especialização em Ciência Política, depois o mestrado em Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de Ponta Grossa e agora o Doutorado em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente na Uniara - Universidade de Araraquara.

O caminho acadêmico trilhado até aqui, não seria possível sem a contribuição de algumas pessoas muito especiais:

Entre elas, os meus pais, João e Orávia, que nem em sonho imaginavam que eu pudesse chegar até aqui, tal as dificuldades e intercorrências da vida.

Ao Magnífico Reitor Professor Doutor Luiz Felipe Cabral Mauro por ter proporcionado a oportunidade de chegar tão longe nessa caminhada na construção do conhecimento.

À minha esposa Cassandra pelo amor, pela cumplicidade e pela ajuda nos momentos mais difíceis.

Aos meus filhos, João e Afonso pela simples razão de existirem e por permitirem que a palavra amor renasça a cada momento.

Ao amigo Daltro Cella pelas discussões e pelo apoio durante toda a caminhada.

Ao professor Zildo Gallo pela ajuda na construção do trabalho.

À professora Vera Botta pelas observações pertinentes e apoio incondicional ao desenvolvimento do trabalho.

RESUMO

A presente tese trata da análise da política pública da saúde de Araraquara na perspectiva do Conselho Municipal de Saúde entre os anos de 2005 e 2012. Como metodologia foram utilizados: a leitura das atas do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara do referido período, a comparação da LOA da saúde das duas gestões e entrevistas com os respectivos Secretários da Saúde. O objetivo central do trabalho foi perceber a organização dos investimentos em saúde e as questões políticas existentes a partir da ótica do Conselho Municipal de Saúde. Percebeu-se que os investimentos da saúde tanto na gestão de 2005 a 2008, quanto na gestão de 2009 a 2012 apontam para a destinação dos recursos para dois programas: saúde coletiva e aquisição de maquinário e tecnologia. O Conselho Municipal de Saúde da cidade de Araraquara embora possua a prerrogativa da deliberação, pouco ou quase nunca a exerce, devido a ações do Poder Executivo Municipal, mas exerce de forma significativa a sua capacidade de controle social. No período entre 2005 e 2008 ocorreu a tutela do Conselho Municipal, onde a secretária de saúde da cidade de Araraquara também era a presidente do Conselho Municipal de Saúde, tal prerrogativa pode ser considerada legal, mas não se caracteriza como uma postura ética da Prefeitura Municipal de Araraquara. Nesse período, identificou-se problemas com o Hospital Beneficência Portuguesa devido ao Hospital negar-se a fazer atendimento SUS, o que desencadeou posteriormente o fechamento do Hospital e também a mudança dos atendimentos SUS para a Santa Casa de Misericórdia. No período entre 2009 e 2012, ocorreram vários fatos políticos importantes para o desenvolvimento da política de saúde na cidade de Araraquara: a contratação de OSCIP para a gestão da saúde, a reabertura da Maternidade Gota de Leite, a forma de pagamento dos médicos do município. Esses fatos foram significativos para o entendimento da atual política de saúde do município.

Palavras-chave: Saúde pública; Conselho municipal de saúde; Política de saúde

ABSTRACT

This thesis discusses the analysis of the public health policy of Araraquara from the perspective of the Municipal Health Council between 2005 and 2012. It was used as methodology: The reading of the ATA of the Municipal Health Council of Araraquara of this period, the comparison of the LOA of health of the two administrations and the interviews with the respective health secretaries. The main objective of this work was to understand the organization of health investments and the political issues existing in the perspective of the Municipal Health Council. It was perceived that the investments in the management of 2005 to 2008 and in the management of 2009 to 2012 point to the allocation of resources for two programs: collective Health and acquisition of machinery and technology. Although the Municipal Health Council of the City of Araraquara has the prerogative of deliberation, it does little or almost never exercise it, due to the actions of the municipal executive power, but exerts significantly its capacity for social control. In the period between 2005 and 2008, there was the guardianship of the Municipal Council, where the health secretary of the City of Araraquara was also president of the Municipal Health Council. of Araraquara. In this period, problems were identified with the Portuguese beneficence hospital due to the hospital refusing to provide SUS care, which subsequently triggered the hospital closure and also the change of SUS care to the Santa Casa de Mercy. Between 2009 and 2012, there were several important political facts for the development of health policy in the city of Araraquara: the hiring of OSCIP for health management, the reopening of the maternity drop of milk, the method of payment of physicians in the municipality. These facts were significant for the understanding of the current health policy of the municipality.

Keywords: public health; municipal health council; health policy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 – REVISÕES DE LITERATURA: CONSELHO MUNICIPAL E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA.....	20
2 – POLÍTICAS PÚBLICAS: O PODER DO ESTADO?.....	39
3 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	58
4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	69
4.1 - Números da Saúde de Araraquara.....	69
4.2 - Conjuntura da saúde pública de Araraquara entre o período (2005 e 2012).....	82
Considerações finais.....	117
Referências.....	122
Anexos	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Entrevistas com ex-Secretários da Saúde da cidade de Araraquara e membro do Conselho Municipal da Saúde.....	16
Quadro 2 - Tipologia da Participação Política de Alessandro Pizzorno.....	30
Quadro 3 - Variáveis e tipologias de participação em Verba e Nie (1972) apud Borba (2012).....	31
Quadro 4 - As dimensões das atividades políticas e modos de atividade.....	32
Quadro 5 - Tipologia do repertório da ação política.....	33
Quadro 6 - Os atributos das atividades políticas.....	34
Quadro 7 - População do DRS por sexo – IBGE/SEADE/2015.....	70
Quadro 8 - Características do território e contingentes populacionais dos municípios do DRS III.....	72
Quadro 9 - Distribuição das Regiões de Saúde do DRS III segundo porte populacional - 2015(< 10 mil, de 10 a 49 mil, de 50 a 99 mil, > 100 mil a 499 mil e acima de 500 mil).....	73
Quadro 10– Índice de envelhecimento do DRS III Araraquara	75
Quadro 11 – Indicadores demográficos dos municípios do DRS III	75

Araraquara.....	
Quadro 12 – IPRS dos municípios do DRS III (2008 – 2012).....	77
Quadro 13 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2015) por município do DRS III- Araraquara.....	78
Quadro 14 - Percentual de urbanização dos municípios do DRS III Araraquara.....	80
Quadro 15 - População coberta pela Saúde Suplementar.....	81
Quadro 16- Programas e Valores dos Programas da Saúde do Governo de Edinho Silva (2005 a 2008).....	88
Quadro 17 - Valores da LOA da Saúde do Governo de Edinho Silva (2005 a 2008).....	90
Quadro 18 – Programas e valores dos programas de Saúde do Governo de Marcelo Barbieri (2009-2012).....	90
Quadro 19 – Valores da LOA do governo de Marcelo Barbieri (2008-2012).....	92
Quadro 20 – Ata e identificação dos problemas da saúde do governo de Edinho Silva (2005-2008).....	97
Quadro 21 – Ata e identificação dos problemas do governo de Marcelo Barbieri (2009-2012).....	98
Quadro 22 – Demandas (2005).....	109
Quadro 23 – Demandas (2006).....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Programas de Saúde – Governo do Edinho.....	93
Tabela 2 – Programas de Saúde – Governo do Edinho.....	93
Tabela 3 – Programas de Saúde – Governo Marcelo Barbieri (2009-2012).....	95
Tabela 4 – Valores da LOA (Lei Orçamentária Anual) – Governo de Edinho Silva (2005-2008).....	96
Tabela 5 – Valores da LOA (Lei Orçamentária Anual) – Governo de Marcelo	

Barbieri (2009-2012).....	96
---------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 13 e respectiva Região de Saúde e Município.....	67
Figura 2- Mapa do DRS III e suas Regiões de Saúde.....	68
Figura 3- Pirâmide Populacional do DRS III.....	72

INTRODUÇÃO

A atual crise política que assola o país está centralizada nas ideias que se tem sobre o sistema democrático, mais precisamente sobre o modelo de representação política. Na verdade, a democracia brasileira foi capaz de criar um hiato entre aqueles, que detêm o poder político e a população como um todo.

O espaço no qual esse hiato se estabeleceu não foi preenchido, causando assim um vácuo de poder, abrindo as portas cada vez mais para o desenvolvimento da corrupção – sendo assim, foi necessário pensar a aproximação entre o poder político e a população.

É sobre esse contexto que se desenvolveu o processo de descentralização das tomadas de decisão no Brasil e desencadeou o fenômeno da municipalização. Na visão de Silva (2000) “a descentralização pode ser definida como a transferência de poder do nível nacional para instâncias subnacionais, para planejar, gerir, executar e tomar decisões”.

Segundo Sposato (2007), municipalização é:

(...) uma modalidade de descentralização político administrativa, correspondendo, portanto, a um conceito da Administração Pública. Como instrumento de gestão pública e ação política, confere ao Município o protagonismo da gestão em seu território, em consideração às necessidades locais e características da população.

O fenômeno da municipalização estabelece ao município diretrizes e apontamentos para o gerenciamento das políticas públicas. A forma de gestão descentralizada busca respeitar as características das cidades e das regiões. A principal característica da municipalização está ancorada em sua capacidade de atendimento mais direto da população. Em linhas gerais, a população se encontra mais próxima das decisões tomadas pelo Estado e retoma a força da sociedade civil na construção das políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988, art. 30, atribuiu competências exclusivas aos municípios:

- Legislar sobre assuntos de interesse local;
- Suplementar a legislação federal e estadual no que lhe couber;

- Instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade da prestação de contas e da publicação de balancetes;
- Criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;
- Organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluindo o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;
- Manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e ensino fundamental;

Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

- Promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;
- Promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual.

No bojo do processo de municipalização, foram desenvolvidos os Conselhos Municipais de políticas públicas para contribuir na organização e na fiscalização dos recursos. A criação dos conselhos municipais devido ao foco no processo de participação política vai se transformar na palavra-chave da política contemporânea.

Os Conselhos Municipais se disseminaram pelo país e organizaram foco nas mais diferentes áreas sociais: educação, saúde, habitação, as políticas para crianças e adolescentes, e etc.

O fenômeno da participação política institucionalizada é recente no cenário político brasileiro. É claro que as lutas políticas no Brasil sempre existiram em maior ou menor grau dependendo do período da história, mas foi através da Constituição de 1988, que foi organizada legalmente, uma vez que havia a necessidade de se contrapor à questão da representação política e viabilizar no país uma discussão sobre a ampliação da participação política sobre as ações do Estado.

As primeiras experiências de participação “direta” da população nas tomadas de decisão do Estado surgiram com a criação dos Orçamentos Participativos (OP) na Administração do Partido dos Trabalhadores na grande Porto Alegre, onde a população de uma forma geral pontuou os investimentos que eram necessários para o município.

Essa experiência serviu de base para a propagação dos Conselhos Municipais no país com a intenção clara de propor políticas e também de exercer o controle social das políticas organizadas pelo Estado em geral.

Se, de forma clássica o planejamento era missão para quem possuía a prerrogativa da representação política, hoje tende a ser direcionado para a sociedade civil, e a utilização dos Conselhos Municipais para se discutir os problemas relacionados às políticas públicas se torna mais factível e legítima, já que carrega em seu bojo os interesses da população como um todo.

Embora seja missão do Poder Executivo organizar o planejamento dos investimentos locais, não se pode jogar para segundo plano as diretrizes estabelecidas sobre os Conselhos Municipais, uma vez que também fazem parte do contexto político e possuem a prerrogativa de controlar socialmente o orçamento, os investimentos e até mesmo apontar diretrizes de investimentos.

Nesse contexto, o presente trabalho pretendeu discutir a política pública de saúde do município de Araraquara através da perspectiva dos apontamentos realizados pelo Conselho Municipal de Saúde e isso pode ser considerado um caminho inovador na proposta de trabalho, uma vez que seu objeto de pesquisa está centralizado num órgão de representação política popular e que possui uma prerrogativa significativa de deliberação e fiscalização das políticas de saúde.

Portanto, ver os problemas da Saúde sob a sua ótica é de extrema relevância para o entendimento da construção das políticas e dos eventuais problemas que o município enfrentou no período proposto pelo estudo, até porque os eventuais problemas existentes na época podem servir de base para entender o contexto em que a saúde pública da cidade de Araraquara se encontra nos dias atuais.

É necessário ressaltar que a proposta de trabalho não era exatamente essa, ela precisou ser modificada devido à dificuldade de se conseguir a documentação necessária para o desenvolvimento das atividades, que até então tinha sido proposto.

A proposta inicial de trabalho era confrontar as demandas organizadas pelo Conselho Municipal de Saúde com aquelas que estavam contidas no orçamento da Saúde no respectivo período estudado, uma vez que a hipótese inicial era de que através das demandas do Conselho Municipal de Saúde era possível organizar o orçamento da Saúde do município da cidade de Araraquara. A ideia era dar um caráter inovador para a construção do orçamento público da saúde, e isso seria atingir o objetivo principal de uma tese de doutorado que é a originalidade, uma vez que um trabalho com essa dimensão pede esse tipo de ação. Todavia, ficou pelo caminho pela ausência de transparência por quem atualmente conduz a política local, e por essa razão, os objetivos do trabalho precisaram ser revistos, uma vez que não havia como propor uma nova linha de trabalho.

Portanto, se as atas haviam sido lidas e através da leitura foram retiradas as demandas do Conselho, com a modificação do objeto de pesquisa precisou ser organizada a releitura das atas e um novo foco de atenção precisou ser mapeado, foi nesse contexto que chegou-se às diretrizes que estão sendo propostas nesse trabalho.

Por conseguinte, a presente tese teve a missão de discutir a Política Pública da Saúde da cidade de Araraquara a partir da análise das atas do Conselho Municipal de Saúde. Como metodologia para a consecução do trabalho foi organizada a leitura das atas e a detecção de problemas recorrentes enfrentados pelas administrações no período entre os anos de 2005 e 2012, as entrevistas com as ex-secretárias da Saúde dos respectivos governos, além do comparativo da LOA (Lei Orçamentária Anual) da Saúde.

De forma prática, as atas do Conselho Municipal da Saúde foram lidas e delas retiradas as principais questões existentes e através das entrevistas foram checadas as informações coletadas com as respectivas ex-secretárias da pasta da saúde. A análise da LOA foi significativa tendo em vista que ela traz consigo as dimensões dos investimentos realizados por cada governo, além de apontar em quais áreas existiram mais recursos investidos.

A proposta inicial do trabalho era a de analisar o período entre 2001 e 2015. No entanto, as atas do período entre 2001 e 2004 “sumiram” do Conselho Municipal de Saúde e ninguém sabe de seu paradeiro, o que inviabilizou a proposta inicial de trabalho, portanto, o recorte da presente pesquisa foi reorganizado e pensou-se, então, em trabalhar o período entre 2005 e 2012.

Utilizou-se também de entrevistas semi-estruturadas com pessoas que fizeram parte da diretoria do Conselho Municipal e ex Secretários de Saúde do município de Araraquara durante o período estudado:

Quadro 1 – Entrevistas com ex-secretários da saúde da cidade de Araraquara

Ex-Secretária da Saúde Período 2005 a 2008	Prof. Eliane Honain
Ex-Secretária da Saúde Período 2009 a 2012	Dra. Regina Barbieri

Fonte: Organização própria

A proposta de trabalho encontra uma caixa de ressonância quando se pensa a crise do atual modelo de representação política: o descrédito da população, as crises de corrupção e a distância entre o voto e a efetividade das ações políticas.

A falência do atual modelo de representação apresenta a necessidade de novas soluções, novas propostas de melhoramento no sentido de ventilar o sistema e de criar esperanças de que a política ainda seja o instrumento de resolução dos problemas da sociedade e de que não haja setas apontando para fora do sistema democrático.

A crise proporcionada pelo atual modelo de representação apresenta um ambiente de sofrimento e incapacidade do sistema político em atender aos anseios da população, gerando um discurso de intolerância e descrédito, abrindo brechas para um discurso autoritário e apontando caminhos para políticos aventureiros.

Tal crise será superada com modificações no sistema político vigente, e uma das ideias prementes é apontar o caminho na direção do que Robert Dahl chama de Poliarquia, ou seja, para a intensa participação da população nas tomadas de decisão do Estado.

Há de se considerar que na história, o Estado brasileiro possui uma tradição da verticalização das relações políticas, o que sempre dificultou a inserção das massas nos processos de decisão, seja porque o histórico nos remete a um contexto de autoritarismo, seja porque também as massas foram controladas pelo sistema educacional vagante e amorfo, fazendo com que a população por si mesmo se excluísse e fosse excluída das decisões políticas.

Nesse contexto, é mister dizer que a organização dos Conselhos Municipais e suas diretrizes impostas pela Constituição Federal de 1988 foi um dos caminhos apresentados no

sentido de construir uma democracia mais efetiva, onde o Município se tornou protagonista na construção de políticas, levando em conta os interesses da população.

Os Conselhos Municipais são instrumentos que os municípios puderam utilizar para dar voz e vez ao cidadão comum, saindo um pouco da verticalização da política tradicional.

Nesse contexto, o processo de investigação em curso tem como objetivo principal discutir os rumos e os problemas políticos enfrentados pela política pública da saúde da cidade de Araraquara entre os anos de 2005 e 2012 através da análise das atas do Conselho Municipal de Saúde.

Os objetivos específicos da pesquisa, foram:

- a) Identificar os programas com mais investimentos no referido período.
- b) Mapear a relação política existente entre o Poder Executivo Municipal e o Conselho Municipal de Saúde da cidade de Araraquara.
- c) Verificar se o Conselho Municipal de saúde da cidade de Araraquara possui a capacidade de ser deliberativo na condução das políticas do setor.
- d) Verificar a capacidade do Conselho Municipal organizar o processo de controle social da saúde da cidade de Araraquara.

O presente trabalho foi estruturado da seguinte forma:

O primeiro capítulo trata de uma revisão de literatura sobre o tema Conselho Municipal e Participação Política. O Conselho municipal de saúde no desenvolvimento do trabalho é visto como um órgão vital na construção do desenvolvimento democrático brasileiro, uma vez que prevê a participação popular na tomada de decisão do Estado.

A análise da literatura em geral aponta como um ponto muito positivo a ampliação e desenvolvimento dos Conselhos Municipais pelo país afora, no entanto, muitos fazem a ressalva de que nem sempre conseguem cumprir o seu papel a contento, posto que as forças políticas locais e regionais de forma específica e peculiar acabam agindo no sentido de buscar fragilizá-lo ou até mesmo causar um processo de estancamento e imobilidade, mas simplesmente pela razão de existir, já demonstra a sua influência e importância.

No que diz respeito à participação política discute não só os conceitos pertinentes, mas um certo amadurecimento relacionado ao conteúdo devido ao processo de desenvolvimento

da sociedade contemporânea, como a ampliação da população, o aumento do consumo e a intromissão de novos conceitos, como voluntariado e ativismo que hoje fazem parte do vocabulário político oficial.

De qualquer forma, Conselho Municipal e participação política são duas faces da mesma moeda e não podem ser considerados excludentes, uma vez que sem participação política, não há como existir Conselhos Municipais, por isso, a discussão se torna pertinente dentro do contexto do trabalho.

No segundo capítulo, procurou conceituar e relacionar políticas públicas e processo de descentralização política. Como conceito, buscou-se em Kauchakje (2002) onde políticas públicas é uma forma de intervenção na vida social, estruturada a partir de processos da articulação de consenso e de embate entre agentes sociais com interesses decorrentes de suas posições diferenciadas nas relações econômicas, políticas, culturais e sociais.

As políticas públicas como função do Estado e a descentralização política organizada no sentido de aproximar o poder do Estado, do cidadão comum. Os municípios, através da Constituição Federal de 1988 se tornaram responsáveis pela organização das políticas públicas, por isso, as discussões pertinentes à temática.

No terceiro capítulo, buscou-se organizar as ideias sobre o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil. O papel fundamental da Reforma Sanitária, o desenvolvimento da Constituição Federal e a ampliação da participação política nas tomadas de decisão do Estado.

O controle social como instrumento de fortalecimento na saúde e os Conselhos Municipais como agentes fundamentais para o desenvolvimento das políticas de saúde.

No quarto capítulo, é apresentado os resultados e as discussões do trabalho. Em primeiro lugar, uma análise de como está estruturada a saúde no município de Araraquara e região. Os dados foram coletados na Fundação Seade e também no IBGE, através de tabelas e gráficos que apontam as diretrizes.

A cidade de Araraquara composta por 24 municípios, com uma população de aproximadamente 303.000 habitantes e que pertence à DRS III, o IDH 2015 de 0,815 e o sistema de saúde de Araraquara precisa dar conta de atender 18 municípios da região.

Posteriormente, a análise das entrevistas com as Secretárias da Saúde e os problemas identificados nas leituras das atas bem como a descrição do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara, as suas funções, as suas divisões e também algumas considerações sobre os problemas identificados.

Nesse contexto, identificou-se que o Conselho Municipal de Saúde da cidade de Araraquara embora possua a prerrogativa de deliberação, pouco ou quase nunca a exerce. O controle social é exercido de forma significativa por parte do Conselho.

Por último, a análise da LOA, os programas de saúde, os respectivos gastos, as diferenças entre os investimentos e as considerações finais. A percepção de que os investimentos na saúde estão relacionados com a saúde coletiva e a compra de tecnologia e maquinários. Que houve um acréscimo significativo de recursos entre as diferentes gestões do período. Os gastos entre 2009 e 2012 estão relacionados com o pagamento de multas por parte da prefeitura com o Governo Federal

1 - REVISÃO DE LITERATURA: CONSELHO MUNICIPAL E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

Os Conselhos Municipais no Brasil começaram a se desenvolver posteriormente à Constituição Federal de 1988. Os primeiros indícios que apontavam na solidificação da política proposta pela Constituição Federal foi o sucesso obtido pela implantação do Orçamento Participativo na Prefeitura da cidade de Porto Alegre RS ainda no final dos anos de 1980.

A disseminação dos Conselhos Municipais pelo Brasil se deve em grande parte à regulamentação do processo da Lei Federal que ao instituir os Conselhos e as Conferências de saúde os vinculou ao repasse de recursos federais, fazendo com que se transformassem em peças centrais da descentralização e democratização das políticas sociais. (OLIVEIRA, IANNI E DALLARI, 2013).

Dos anos 80 para cá, os Conselhos Municipais criaram vida e se disseminaram pelo país tendo em vista a crescente participação da população nas tomadas de decisão do Estado. Atualmente, quase a totalidade das cidades do país possuem os seus próprios Conselhos Municipais, cada um com as características que lhe são peculiares, alguns são mais deliberativos, outros menos, mas todos carregam em seu bojo a importância da participação política.

Nesse contexto, todas as áreas governamentais possuem os seus próprios Conselhos: a educação, a saúde, a habitação e assim por diante. Dentre todos os Conselhos existentes, os Conselhos Municipais da Saúde se destacam nos cenários políticos municipais, tendo em vista que carregam em seu interior uma quantia considerável em recursos de investimentos, aproximadamente trinta por cento do que é arrecadado e o que ainda lhe torna mais peculiar, a capacidade deliberativa que possuem frente aos outros Conselhos Municipais, por isso a sua relevância no contexto político das cidades brasileiras.

Nos últimos anos, inúmeros estudos sobre os Conselhos Municipais foram organizados pelas Universidades brasileiras. O estudo organizado por Cayres e Tatagiba (2015), traz em seu bojo os detalhes sobre os números de estudos relevantes dentro de cada especificidade dos Conselhos. O artigo dos autores aponta que cerca de 48% dos trabalhos produzidos sobre os Conselhos Municipais estão interligados com a área da saúde – as

publicações estão relacionadas tanto com os atores dos Conselhos, quanto com os usuários e profissionais da saúde ou com a agenda de investimentos e também com a construção da relação política entre o Conselho Municipal, a Prefeitura e os grupos de interesses, como é o caso do artigo de Fucks (2005) que trabalha sobre a influência dos gestores na organização das pautas discutidas pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade de Curitiba PR.

No artigo de Fleury et al (2010) “Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil” os autores analisaram as mudanças decorrentes do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde na governança do setor de saúde no âmbito do poder local entre 1996 e 2006 e apontam que ocorreu nesse período um progresso das discussões no interior dos Conselhos Municipais de Saúde, ampliando a governança local, mas as práticas continuaram conservadoras no que se refere à tomada de decisão.

Já Silva e Passador (2018) fizeram um estudo sobre a gestão da saúde pública em Minas Gerais sob a ótica dos Conselhos Municipais e observaram que os espaços institucionais de participação e controle social vem se expandindo nos três níveis da administração pública brasileira e de maneira formal vem se institucionalizando na vida social dos municípios brasileiros e contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento da participação cidadã.

No artigo de Ventura *et al* (2017) sobre cultura participativa, os autores apontam que os Conselhos Municipais da Saúde possuem

(...) uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde e na reformulação das relações entre gestores, profissionais e usuários. Nesse sentido, espera-se que os CMS funcionem como instâncias de participação social, como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem.

Para que os Conselhos Municipais de Saúde sejam de fato uma instância efetiva de participação política é necessário seguir as 4 (quatro) diretrizes da Organização Mundial de Saúde:

(...) a) estruturas e espaços que permitam que a participação ocorra, o que inclui estruturas políticas, físicas e institucionais, por exemplo, no caso da participação em saúde, é importante que haja instituições apropriadas para a manifestação e apresentação de demandas das comunidades. Além disso, é importante que esses locais apresentem infraestrutura adequada para receber os segmentos sociais, como: espaço

físico adequado, horários de atendimento e reuniões acessíveis à população;

b) recursos: as partes necessitam de tempo, dinheiro e capacidade institucional para promoverem sua participação e defenderem seus interesses. A disponibilidade de recursos não depende apenas do governo, a própria sociedade civil pode oferecer incentivos para a participação e “ajudar as comunidades a identificar as questões que deveriam priorizar”;

c) conhecimento: as informações devem estar disponíveis ao público e os participantes devem possuir conhecimento suficiente para participarem e entenderem os processos burocráticos. A oferta de cursos de capacitação e treinamento, tanto para representantes dos diferentes segmentos sociais (gestores, profissionais e representantes dos usuários) como para a própria comunidade, contribui para a construção do conhecimento e fortalecimento da cultura participativa;

d) o impacto de políticas e práticas anteriores na participação e sua relação com o governo: as experiências que os grupos sociais possuem sobre sua relação com os governos e instituições de participação podem influenciar as percepções e formulações políticas. “Grupos que sofrem discriminação serão muito refratários a integrarem mecanismos de participação”. A crise na representatividade, isto é, os segmentos sociais não se sentirem representados, também desestimula o cultivo de uma cultura participativa.

O artigo de Miwa, Serapioni e Ventura (2019) traz uma visão pessimista sobre o papel dos Conselhos Municipais de Saúde. Os autores apontam que existe um caminho muito longo a ser percorrido para que seja efetiva a participação dos conselheiros na condução das políticas públicas.

Na visão de Miwa, Serapioni e Ventura (2019) “apenas a existência formal dos espaços de controle social não assegura a participação política da sociedade”. Os Conselhos de Saúde se deparam com inúmeros desafios: problemas de representação, com desconsideração do princípio de paridade ou escolha de membros por vias pouco claras e falta de divulgação das atividades e iniciativas dos conselhos para a comunidade, o que resulta em baixa adesão popular nos processos decisórios locais.

Morita, Guimarães e Muzio (2006) apontam para a dificuldade do exercício do controle social pelo Conselho Municipal de Saúde no artigo intitulado: A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?

Existe a dificuldade de concretizar o controle social por meio do Conselho Municipal de Saúde, pois existem mudanças na estrutura assistencial de saúde, nas conjunturas políticas, na organização sindical e dos movimentos sociais; o relacionamento entre trabalhadores da saúde e as lideranças populares e destes com autoridade constituída; as próprias reuniões do conselho e o envolvimento da comunidade na criação do conselho. Em uma sociedade de classes, questões relacionadas ao poder e o conhecimento continuam presentes dificultando o processo da participação política. (MORITA, GUIMARÃES E MUZIO, 2017).

Nesse sentido, como afirmam Morita, Guimarães e Muzio (2017) é necessário desenvolver um sistema de aprendizagem junto aos Conselheiros para que haja um processo de participação mais ativa – na verdade é preciso ensinar aos Conselheiros a organizar a leitura da nova realidade política existente e para que os mesmos tenham a capacidade de entender a nova conjuntura do tecido social.

A leitura da conjuntura social é necessária ser organizada pelos Conselheiros, tendo em vista a as palavras organizadas por Santos et al (2011) de que

Mesmo no SUS e na Saúde Coletiva predominam as políticas elitistas. Vive-se um círculo vicioso em que a população organizada não desenvolve experiência de participação política (ou pouco o faz), sendo muito manipulável por isso, deixando a tradição elitista e também a privatista incólume no poder. Mesmo quando se têm gestores mais comprometidos, suas iniciativas ficam isoladas e com pouco poder de crescimento e consolidação.

Como aponta Lazarini, Sodre E Dallbello-Araujo (2019)

(...) o esforço de tornar a educação em saúde uma prática central para o processo de produção de saúde, entendida como estratégia mediante o processo de saúde, entendida como estratégia mediante o processo de construção da autonomia dos sujeitos e coletividades, passa pela necessidade de politização da sociedade brasileira, sobretudo no que tange ao debate acerca da importância da participação social na saúde.

Os Conselhos de Saúde são espaços deliberativos que compõem o arcabouço da máquina político-institucional do SUS, e configuram uma importante inovação no processo de democratização das decisões setoriais. Todavia, sua prática concreta é marcada por um

processo paradoxal, que mescla conquista e imposição. Tal situação ocorre, pois, embora tenha sido legalmente estabelecidos a partir de um processo de luta política, muitos conselhos municipais de saúde são instituídos meramente como obrigação legal ou iniciativas isoladas de alguns gestores. (LAZARINI, SODRÉ E DALBELLO-ARAÚJO, 2019).

O processo de gestão que reveste os Conselhos Municipais de Saúde nem sempre levam em consideração as determinações dos movimentos sociais, das ONGS e até mesmo das reuniões das comunidades.

Segundo Lazarini, Sodré e Dalbello-Araujo (2019)

Essa postura contradiz o que está posto na estratégia de gestão, uma vez que as formas não-institucionalizadas de participação, como os movimentos populares, as organizações não-governamentais e as reuniões com a comunidade são pouco valorizadas ou, até mesmo, desqualificadas pela maneira como ocorrem. Um olhar atento e uma escuta aguçada vão apontar que a população participa da construção do sistema de saúde, mesmo que nem sempre de forma organizada, isto é, em espaços instituídos.

Nesse sentido, a materialização da liberdade relacionada à participação da população no sistema de saúde por parte dos Conselhos está diretamente ligada à estrutura hierárquica das secretarias municipais. A relação entre Conselho e Prefeitura se estabelece entre a liberdade de participar e a segurança apresentada – uma vez que é passível de controle pelo governo que a reconhece, mas os outros espaços de manifestações não são valorizadas como deveriam. (LAZARINI, SODRE E DALBELLO-ARAÚJO, 2019)

Por conseguinte, como afirmam Oliveira, Ianni e Dallari (2019)

(...) o desconhecimento é uma das faces do conhecimento. Dessa maneira, os conselheiros de saúde possuiriam um conhecimento especializado sobre os significados do controle social que ainda não se transformou na prática social esperada, em função do desconhecimento intrínseco e constitutivo do próprio conhecimento. Nesse sentido, esse desconhecimento é resultado de um conflito entre o conhecimento e as múltiplas racionalidades, sendo traduzido em suas consequências indesejáveis.

Tendo em vista as diretrizes apontadas nos textos e que levam a considerar os Conselhos Municipais como apêndice das Secretarias de Saúde Municipais e com um papel muito reduzido dentro do processo de gestão da saúde, mesmo possuindo uma legislação avançada no sentido de ampliação da participação popular.

E é sobre a tomada de decisão dos Conselhos Municipais que o tema “sofre” um processo depreciativo dentro das universidades e pode até ser considerado um tema habitual para ser estudado no âmbito da pós-graduação, mestrado ou doutorado tendo em vista o número de publicações existentes sobre a temática, já que de forma sistemática é de conhecimento de todos a incapacidade dos Conselhos de forma geral tomarem decisões – muitas análises foram feitas de forma positiva apenas por considerar factível a simples existência, tendo em vista a capacidade de discussão e a ampliação da participação política – uma série de artigos aborda esse processo, entre eles o artigo de Landerdhal et al (2010) Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático, onde os autores apontam que:

No caso estudado, sinaliza-se que o mero funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social. Sugere-se que outros estudos sejam realizados, como forma de levantar e divulgar as questões relativas ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, buscando o fortalecimento do controle social no país.

Na visão de Duarte e Machado (2012) “controle social é definido como o processo no qual a população participa, através de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas, as políticas de governo”.

A sociedade civil no Brasil foi oficialmente incluída na gestão de políticas públicas a partir dos anos 90, embora não possa ser jogado pelo ralo as lutas sociais ocorridas no país nos anos anteriores, as lutas sociais sempre existiram e possuem seu lugar no contexto histórico e social, no entanto foi por intermédio da Constituição Federal de 1988 que foi oficializado os mecanismos de ampliação da participação política. Foi por intermédio da Constituição Federal que os Conselhos deliberativos tanto no governo Federal, quanto no Estadual e Municipal se configuraram como espaços de articulação e também de participação entre o governo e a sociedade no sentido de construir conjuntamente um processo de responsabilidade compartilhada para um desenvolvimento político e social. (KLEBA, ZAMPIRON E COMERLATTO, 2010).

Por conseguinte, a participação da comunidade é uma diretriz do SUS e está estabelecida pela Lei 8.142/1990, tendo como instâncias colegiadas os conselhos de saúde, que são compostos por: prestadores de serviços, usuários, representantes do governo e são responsáveis por estratégias e pelo controle de execução da política de saúde. (FERNANDES, SPAGNUOLO E NASCIMENTO, 2017).

No entanto, na referida lei, a participação da comunidade adquire um sentido de participação política, como tomada de decisões sobre a política de saúde, ao conferir o caráter deliberativo aos conselhos. No entanto, sua prática concreta está envolvida num processo contraditório de conquista e outorga, pois embora tenha sido estabelecida legalmente, a partir de processo de luta, ao mesmo tempo, em muitas realidades locais, os conselhos surgem apenas por imposição legal e iniciativa dos gestores. (OLIVEIRA E PINHEIRO, 2010).

Na visão de Ditterich e Baldani (2015)

O controle/participação social é entendido como um espaço de representação da sociedade, em que se articulam diferentes sujeitos e atores sociais. Entende-se por sujeitos ou atores sociais os indivíduos (usuários, profissionais, gestores etc) ou coletivos (instituições, órgãos, comunidades, equipes de trabalho etc.) que participam, de forma organizada, dos processos de gestão, interferindo técnica, política ou eticamente no planejamento e/ou monitoramento da saúde pública. A participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebida na perspectiva do controle social, visando os setores organizados na sociedade participarem das políticas de saúde, desde as suas formulações – planos programas e projetos -, o acompanhamento de suas execuções até a definição de alocação de recursos para que estas atendas aos interesses da coletividade.

De acordo com Cotta, Casal e Rodrigues (2009)

(...) o controle social conquistado pela sociedade civil deve ser entendido como instrumento e expressão da democracia. Busca-se, portanto, com a democratização, eliminar as formas tradicionais e autoritárias de gestão das políticas sociais, bem como a adoção de práticas que favoreçam a maior transparência das informações e da participação da sociedade no processo decisório.

A questão da participação e do controle social sofre processos de divergências pela literatura da área. De forma geral, o conceito de controle social aparece ligado de forma empírica ao conceito de fiscalização.

Na verdade, o conceito é muito mais amplo do que apenas e tão somente fiscalizar a aplicação de recursos. É necessário estar ligado à construção do orçamento de forma geral.

Mas, como aponta Saliba et al (2019), é

(...) insuficiente participação dos conselheiros na discussão sobre o orçamento. Correia (2000) afirma que o controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros, já que são inúmeras as dificuldades para efetivá-lo. Primeiro, porque é uma prática recente que vem substituir toda uma postura de submissão que trata os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à esfera de técnicos e administradores. Em seguida, porque os instrumentos de prestação de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a compreensão para fins de avaliação. Ademais, as informações sobre as receitas são um domínio do gestor, de cujo critério depende conhecer ou não o conselho de saúde. O controle social do representantes dos usuários sobre as contas do gestor tem sido a meta mais difícil de ser alcançada em quase todos os conselhos de saúde do país.

É mister salientar que os Conselhos Municipais possuem a prerrogativa do controle social e de fiscalizar a implementação do orçamento nas várias vertentes políticas e principalmente, de abrir caminho rumo às discussões e organizações das políticas públicas municipais. A função de controle social e de organizar políticas públicas está condicionada à cultura política em geral e ao funcionamento das instituições políticas.

Segundo Cortês (2007, p. 132)

(...) embora os Conselhos possam colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros.

Nesse contexto, pensar a participação política no contexto da democracia contemporânea é deveras complexo tendo em vista as dimensões das ideologias que o cercam. Dimensões porque não existem limites para a discussão do tema e ideológicas porque tanto a

direita quanto a esquerda determinam aquilo que pode ser considerado certo e errado em suas propostas.

No âmbito do pensamento mais conservador, a participação política se resume no ato de votar e ser votado – nesse sentido, o conceito se apequena, tendo em vista que o ponto central da participação política está na capacidade do indivíduo interferir nas políticas propostas pelo Estado. Na medida em que a proposta conservadora limita a participação nas questões relacionadas à eleição, condiciona o cidadão a confiar no processo de “terceirização da cidadania”, onde o eleitor delega a sua liberdade política a outrem e espera que esse faça jus à confiança política depositada.

Na visão de Teixeira (1997, p. 183) “considera-se participação política desde fazer parte em reuniões de Partidos, comícios, difusão de informações até a inscrição em associações culturais, recreativas, religiosas, ou ainda protestos, marchas, ocupações de prédios”.

Na concepção de Borba (2012, p. 265) por participação política pode ser entender “atividades realizadas por cidadãos privados que buscam, de modo mais ou menos direto, influenciar a seleção dos funcionários governamentais e/ou as ações que eles tomam”.

Chirinos (1991, p. 13-17) define seis tipos de participação política: eleitoral, envolvendo também atividades partidárias; participação dos movimentos sociais, tendo em vista efetivação de direitos; ação comunitária, de caráter autogestionário, auto-ajuda e cooperação voluntária; participação manipulada por governos, visando ao controle e antecipação de demandas populares; participação como controle dos recursos e instituições estatais por parte das organizações populares; participação nas estruturas governamentais de decisão.

Na visão de Norris (2005) a participação política “pode ser considerada como atividades legais de cidadãos privados que são mais ou menos diretamente direcionados a influenciar a seleção de pessoal governamental e ou ações que eles tomam”.

Nesse contexto, compete salientar que não basta apenas o sujeito participar de reuniões com características políticas – é necessário ter voz e direito a voto nas várias instâncias para que o conceito possa ser devidamente colocado em seu lugar, para ser mais objetivo, o conceito de participação política por ora proposto está relacionado com a capacidade do cidadão interferir nas políticas organizadas pelo Estado.

Segundo Teorell (2006) não devemos ficar presos apenas ao conceito conservador de participação política. Aquele que nos concede a participação apenas nos momentos de votação. É necessário pensar a participação a partir de um modelo mais rico em conteúdo empírico.

Teorell (2006) apresenta a participação política em três dimensões:

- A participação como tentativa de influência;
- A participação como tomada de decisão direta;
- A participação como discussão política;

A participação como tentativa de influência

(...) refere-se a atividades desenvolvidas por cidadãos particulares que...visam influenciar o governo, quer afetando a escolha pessoal do governo ou afetando as escolhas feitas pelo pessoal do governo”(TEORELL, 2006)

A participação como tomada de decisão direta

(...) caracteriza-se por envolvimento direto e imediato no processo de tomada de decisão pelos indivíduos envolvidos. Nesse processo, a autoridade dos indivíduos não é delegada a alguns representantes, mas é exercida diretamente por eles.

A participação como discussão política apresenta uma diferenciação em relação às demais propostas na medida em que ela é capaz de unir o conceito de participação e de deliberação. Nesse contexto, o conceito de participação não é tão significativo e sim o conceito de deliberação, na medida em que o mesmo está relacionado com a discussão política. A discussão política para Teorell (2006) se caracteriza como fundamental no âmbito da participação, porque embora ela possa não levar a uma decisão coletiva, contribuiu de forma significativa para a formação de opinião.

Na visão de Teorell (2006)

A discussão é mais adequada como um conceito de participação. Além disso, definimos a deliberação como uma discussão política (ou seja, como um processo de formação de opinião e não como procedimento para a tomada de decisões).

Por conseguinte, o conceito de participação política colocado por Boot e Seligson apud Borba (2012, p. 265) carrega em seu bojo aspectos ligados à contemporaneidade do sistema democrático quando aponta que trata-se de “um comportamento que influencia ou tenta influenciar a distribuição dos bens públicos”.

Estabelecendo uma tipologia dos modelos de participação Milbraith (1965) apud Borba (2012) aponta que os comportamentos participativos poderiam ocorrer da seguinte forma:

- 1) Expor-se a solicitações políticas;
- 2) Votar;
- 3) Participar de uma discussão política;
- 4) Tentar convencer alguém a votar de determinado modo;
- 5) Usar um distintivo político;
- 6) Fazer contato com funcionários públicos;
- 7) Contribuir com dinheiro a um partido ou candidato;
- 8) Assistir a um comício ou assembleia;
- 9) Dedicar-se a uma campanha política;
- 10) Ser membro ativo de um partido político;
- 11) Participar de reuniões onde se tomam decisões políticas;
- 12) Solicitar contribuições em dinheiro para causas políticas;
- 13) Candidatar-se a um cargo eletivo;
- 14) Ocupar cargos públicos

No modelo proposto, os cidadãos se dividem em 3 (três) grupos: passivos (que não participam), os espectadores (envolvimento mínimo) e os “gladiadores” (ativistas).

Já Pizzorno apud Borba (2012) aponta que o modelo proposto por Milbrath não pode ser considerado como suficiente e propôs o modelo da “consciência de classe onde a participação seria fruto da identidade política compartilhada pelos atores”.

Quadro 2 – Tipologia da Participação Política de Alessandro Pizzorno

	A solidariedade política é prevalente	A solidariedade privada é prevalente
Ação inserida no sistema estatal	Profissionalismo político	Participação civil na política
Ação extraestatal	Movimento Social	Subcultura

Fonte: Pizzorno (1966, p. 125)

Na visão de Verba, Nie e Kim apud Borba (2012) existem quatro modalidades de participação: voto, atividade de campanha, contato político e atividade cooperativa.

Quadro 3 – Variáveis e tipologias de participação

Variáveis	Modalidades de participação
Persuadir outros para votar	Atividades de campanha
Trabalhar ativamente para partido ou candidato	Atividades de campanha
Participar de reuniões políticas ou comícios	Atividades de campanha
Contribuir com dinheiro para partido ou candidato	Atividades em campanha
Membro de clubes políticos	Voto
Votou nas eleições presidenciais de 1964	Voto
Votou nas eleições presidenciais de 1960	Voto
Frequencia de votos nas eleições locais	Voto
Trabalhou com outros para resolver problemas locais	Atividade cooperativa e contato social
Formou um grupo de trabalho sobre problemas locais	Atividade cooperativa e contato social
Participou ativamente em organizações comunitárias para resolução de problemas	Atividade cooperativa e contato social
Manteve contato com lideranças nacionais – referência social	Atividade cooperativa e contato social
Manteve contato com lideranças nacionais – referência social	Atividade cooperativa e contato social
Manteve contato com lideranças locais – referência personalizada	Contato personalizado
Manteve contato com lideranças nacionais –	Contato personalizado

referência personalizada	
--------------------------	--

Fonte: Verba e Nie (1972)

Quadro 4 - As dimensões das atividades políticas e modos de atividade

Modo de atividade	Tipo de Influência	Alcance dos resultados	Conflito	Iniciativa requerida	Cooperação com outros
Voto	Alta pressão/baixa informação	Coletivos	Conflitual	Pequena	Pequena
Atividade de campanha	Alta pressão/baixa a alta pressão	Coletivos	Conflitual	Alguma	Alguma ou muita
Atividade comunitária	Alta pressão/alta informação	Coletivos	Talvez sim/ Talvez não	Alguma ou muita	Algum ou muito
Contato personalizado	Alta pressão/ Alta informação	Coletivos	Não conflitual	Muita	Pequena

Fonte: Verba, Nie e Kin (1978, p. 55)

É necessário mencionar que o conceito de participação política vai se modificando à medida em que a sociedade se apresenta de forma mais complexa, criando novas formas de organização e trilhando novos caminhos para o desenvolvimento do sistema democrático.

No Brasil, é mister salientar que o processo de urbanização ocorreu de forma violenta. Em 1940, os moradores das cidades somavam 12.900.000 habitantes, cerca de 30% do total da população do país, esse percentual cresceu aceleradamente: em 1970, mais da metade da população vivia nas cidades (55,9%). O censo do IBGE (2015) apontou que 84,72% dos habitantes vivem nas cidades.

Esse fenômeno para o entendimento da participação política é significativo, pois estabelece novos parâmetros para a compreensão do fenômeno, dado que novas formas de associações foram propostas, formas de pressão da população por novos serviços do Estado, organização de sindicatos, legislação para dar conta da demanda de novas situações e etc

Compete salientar que esse processo de urbanização não ocorreu somente no Brasil, mas outros países que também são considerados como “em desenvolvimento” sofreram processos semelhantes e contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da teoria da participação política.

A teoria da participação política se moderniza e se adequa às transformações da sociedade quando um grupo de cientistas desenvolveu o Political Action nos anos 1970 – o qual pensa a participação política de forma diferente das modalidades convencionais e desenvolve um modelo incluindo as relações de protesto, que passam a ser mais incisivos na medida em que o processo de urbanização avança e para isso, estabeleceram uma escala de complexidade (e custos) que são: assinar um abaixo assinado, participar de manifestações legais, participar de boicotes, recusar-se a pagar aluguel ou impostos, ocupar edifícios ou fábricas, bloquear o tráfego com demonstrações de rua, participar de greves. (BORBA, 2012)

A teoria do Political Action apresenta uma tipologia do repertório da ação política, a qual classifica os indivíduos entre, inativos, conformistas, reformistas, ativistas e protesters. A escala está apresentada no quadro abaixo: (BORBA, 2012)

Quadro 5 – Tipologia do repertório da ação política

Escala de Participação Política Convencional (PC)								
Escala potencial de protesto (PNC)	Nenhum a das atividades (0)	Ler sobre política nos jornais (1)	Discutir política com os amigos (2)	Trabalhar com outras pessoas na comunidade (3)	Trabalhar para partidos políticos ou candidaturas (4)	Convencer outros a votar da mesma forma que você (5)	Participar de campanhas políticas ou comícios (6)	Contato com funcionários públicos (7)
Nenhuma das atividades (0)	INATIVOS (PC = 0 a 1 / PNC = 0 a 1) CONFORMISTAS (PC = 2 a 7 / PNC = 0 e 1) REFORMISTAS (PC = 2 a 7 / PNC = 2 a 3) ATIVISTAS (PC = 2 a 7 / PNC = 3 a 7) PROTESTERS (PC = 0 a 1 / PNC = 2 a 7)							
Abaixo-Assinados (1)								
Manifestações legais (2)								

Juntar-se a boicotes (3)
Recusar-se a pagar taxas ou aluguéis (4)
Ocupar prédios ou fábricas (5)
Bloquear o tráfego com demonstrações (6)
Participar de greves (7)

Fonte: adaptado de Barnes e Kaase (1979, p. 154)

A teoria do *Political Action* embora tenha proporcionado a evolução do conceito de participação política não conseguiu atender a todas as nuances apresentadas pelos anos 2000, tendo em vista as alterações significativas ocorridas na sociedade. Para estabelecer uma relação mais profícua com o desenvolvimento da sociedade Van Deth (2001) apud Borba (2012) inclui uma temática política que vai ser de veras frequente: “o voluntariado”.

Verba, Schlozman e Brady (1995) apud Borba (2012) vai estabelecer diretrizes para a criação do modelo “voluntarismo cívico”

(...) onde o processo de engajamento político é visto como mediado pela relação entre custos e recursos, sendo a participação resultante das motivações e das capacidades dos indivíduos para participar, as quais são mediadas pelas “redes de recrutamento” (BORBA, 2012, p.272).

A tipologia do voluntarismo cívico aponta seis elementos proporcionando a multidimensionalidade do tema: votar, trabalhar em campanhas políticas, contribuição para campanhas, contato com oficiais, protesto, trabalho informal.

Na tabela abaixo encontra-se esquema de classificação com as informações e as variações do volume.

Quadro 6 – Os atributos das atividades políticas

Atividade	Capacidade para transmitir informação	Variação no volume	Requerimentos
-----------	---------------------------------------	--------------------	---------------

Voto	Baixo	Baixo	Tempo
Trabalho de campanha	Misto	Alto	Tempo e dinheiro
Contribuição para campanha	Misto	Alto	Dinheiro
Protesto	Alto	Médio	Dinheiro
Contatos com agentes públicos	Alto	Médio	Tempo, Habilidades
Trabalho informal na comunidade	Alto	Alto	Tempo
Membro de um clube político local	Alto	Alto	Tempo, Habilidades
Filiação a uma organização partidária	Misto	Alto	Tempo, Habilidades, Dinheiro
Contribuição a uma causa política	Misto	Muito alto	Dinheiro

Fonte: Verba, Scholozman & Brady (1995a, p. 48)

Em consonância com Verba, Scholozman & Brady, Leighley (1995, p. 183) aponta que

(...) a participação é principalmente impulsionada pelos recursos dos indivíduos (ou seja, tempo, dinheiro, habilidades) e orientações cívicas - atitudes que os indivíduos sustentam em si mesmos ou o sistema político que os predispõe a uma ação política. Como os indivíduos de alto status estão localizados em ambientes sociais que incentivam e aplicam normas atitudinais e participativas, bem como habilidades cívicas, eles são mais propensos a participar na política do que indivíduos de baixo status.

Na visão de Leighley (1995) os indivíduos que possuem maiores recursos pessoais estão mais propensos a terem oportunidades através de mobilização formal (festas, campanhas, grupos políticos) ou mobilização social informal (discussão política) e de certa forma, acabam usando seus recursos para se envolverem nessas situações. É nesse contexto que se desenvolve o processo de mobilização que é uma alternativa às orientações cívicas e que medeia a relação entre o status socioeconômico e participação política.

Nessa perspectiva, Teorell (2006) aponta que para que a participação política se efetive é necessário levar em consideração a oportunidade e a realização. A “realização real” e a “liberdade de alcançar”.

Segundo Teorell (2006) “a realização está preocupada com o que conseguimos realizar, e a liberdade com a oportunidade real que temos de realizar o que valorizamos”.

Existem duas explicações rivais para a participação política (TEORELL, 2006), os recursos e os incentivos.

Teorell (2006) aponta os recursos de três formas (capital físico, humano e social). Sendo que o “capital físico cobre todos os recursos materiais disponíveis para um indivíduo”, o capital humano “é normalmente usado para significar habilidades e capacidades humanas que permitem a ação”, o capital social, Teorell (2006) define como “redes sociais, como um recurso social, não um bem econômico ou uma disposição cognitiva”.

Sobre os incentivos, Teorell (2006) aponta que “além de ter um amplo acesso ao capital físico, humano e social, as pessoas devem ter o desejo de participar. Eles devem estar dispostos e capazes”.

Em suma, para que haja o envolvimento das pessoas nas questões políticas é necessário ter os recursos e os incentivos para a participação. Ter somente os recursos não significa necessariamente que vai haver a participação de caráter efetivo, pois nem sempre o indivíduo que possui mais recursos está disposto a contribuir para o bem coletivo – a ambição faz parte do contexto, na medida em que ter recursos propicia maior participação, gerando a vontade de contribuir de forma mais significativa e renitente.

Os atos de voluntarismo que permeiam a sociedade contemporânea podem ser considerados como um processo endógeno de cada indivíduo e da capacidade e de recursos financeiros, se caracterizando como uma modalidade não convencional da participação política pois, não estão diretamente ligados com a conquista de benesses no interior do Estado, mas amplamente ligado com as questões do ativismo político, onde o epicentro é a luta por uma causa ou de simplesmente estabelecer uma relação de solidariedade e ampliar assim os vínculos afetivos, contribuindo de forma perene para influenciar indivíduos no sentido de estimular a participação.

Na visão de Norris (1995)

O ativismo é pensado para ter múltiplas virtudes, fazer melhores pessoas, fortalecendo a conscientização dos cidadãos, incentivando o interesse em assuntos públicos e promovendo a tolerância social, reciprocidade generalizada e confiança interpessoal, além de promover um governo mais responsivo e eficaz, gerando melhores decisões e mais resultados legítimos

Por conseguinte, a democracia participativa se caracteriza como mais relevante que a democracia ativa. Por democracia ativa, entende-se a capacidade de influenciar as decisões do Estado de forma direta, através dos modelos de participação convencional.

Nesse contexto, compete salientar que a democracia participativa torna-se mais extensa, pois, possui um leque maior de influência, promove ações descentralizadas e contribui de forma significativa para o fortalecimento dos laços sociais.

O grande desafio da participação política ampliada é desenvolver novas perspectivas para a deliberação pública e como tornar viável a tomada de decisões comunitárias. Os Conselhos Municipais entram por esse caminho alternativo de mesclar a representação política que organiza a democracia liberal e a participação efetiva do cidadão.

É notório o declínio das Instituições Políticas tradicionais e que promovem o elo entre os cidadãos e o Estado. Do ponto de vista do direito, a democracia formal não está sendo capaz de atingir os anseios da sociedade, por isso, novas frentes de atuação da população que possam influenciar as decisões do Estado estão sendo pensados e testados mundo afora.

Os partidos políticos não estão sendo os catalisadores que a sociedade anseia para a defesa de seus interesses, por isso, o pensamento de teorias e novas formas de participação política.

Na visão de Norris (2005)

Muitos estudos sugerem que a acumulação de indícios de decadência partidária está se tornando clara nos níveis organizacional e eleitoral. Em todas as democracias estabelecidas, há evidências substanciais dos levantamentos nacionais de que ocorreu uma erosão glacial na força da identificação partidária no eleitorado.

Na sociedade democrática contemporânea as atenções estão voltadas para a ação política, não necessariamente para as Instituições Políticas – elas estão voltadas para a tentativa de gerar na população de uma forma geral, meios de mobilização política que é onde se desenvolve as organizações voluntárias e que na visão de Norris (2005) está ancorada no conceito de capital social.

Segundo a autora

(...) o capital social tem consequências políticas significativas. A teoria pode ser entendida como um modelo de como a sociedade cívica promove diretamente o capital social e como, por sua vez, o

capital social (as redes sociais e as normas culturais que surgem da sociedade civil) é acreditado para facilitar a participação política e a boa governança.(NORRIS, 2005)

A desconexão social e o desengate cívico são as principais causas da erosão do sistema democrático contemporâneo. As causas dessa erosão estão localizadas na visão de Norris (2005) na relação tempo e dinheiro. É sobre essa relação que novas formas de participação se descortinam na medida em que as suas diretrizes não estão voltadas diretamente para a influência sobre o Estado de forma mais acirrada.

Os novos modos de participação política agem através da construção de novas comunidades, alterando estilos de vida e identidades sociais. É dessa forma que tentam interferir nas políticas de Estado – ou seja, procuram uma interferência de forma indireta, atingindo um modelo de cultura e proporcionando ações no sentido de modificá-la.

Dessa forma, sinalizam com o desenvolvimento de uma sociedade cívica global (NORRIS, 2005) que consegue aglutinar questões como a globalização, os direitos humanos e o comércio mundial.

Essas agências modernas de participação não possuem uma estrutura rígida, de caráter vertical como as que dominam as Instituições Políticas tradicionais, mas uma forma descentralizada, em redes de coalizões soltas, estruturas horizontais e de caráter mais informal, mas ao mesmo tempo preocupadas com várias questões e políticas de identidade.

Segundo Norris (2005)

Os novos movimentos sociais se tornaram um importante caminho alternativo para a mobilização, o protesto e a expressão informal da geração mais jovem, como muitos autores sugerem, esse desenvolvimento tem implicações para a interpretação e mensuração das tendências da vida associativa.

As discussões sobre o ativismo apontam para um processo de mudança cultural, não sobre a política em si, porém as discussões vão além da fronteira naturalista das lutas políticas. O ativismo não se preocupa apenas com empregos, salários e aposentadorias, mas incluem questões relevantes, como a globalização, o ambientalismo, o multiculturalismo e a igualdade de gêneros.

O ativismo político vem se desenvolvendo na sociedade contemporânea com mais vigor a partir dos anos 90 com a aceleração do desmantelamento do Estado e com a implementação das políticas neoliberais.

Na visão de Fagundes (2006)

(...) O neoliberalismo fundamenta-se numa crítica ao Estado interventor, propondo desmantelamento do Estado de Bem-Estar, com cortes dos gastos na área social, focalização das políticas públicas e a sua privatização, constituindo a proposta do Estado mínimo.

2 – POLÍTICAS PÚBLICAS: O PODER DO ESTADO?

A passagem para o século XX, com a transição do capitalismo concorrencial para o monopolista fez o Estado organizar de certa forma, uma estrutura que fosse capaz de lhe permitir a atuação como empresário da classe capitalista.

Nesse contexto, o Estado desenvolveu a organização de políticas públicas com recursos públicos, oriundos da extensiva cobrança de impostos, que de forma objetiva, o Estado com os recursos extraídos dos impostos investe em programas sociais para diminuir as diferenças sociais ocasionadas pela sociedade capitalista.

Pereira (1998) aponta que a partir da década de 1930, com a crise de 1929 até os anos 1960/1970, configurou-se o que conhecemos por padrão fordista-keynesiano: um padrão de produção em massa voltado para o consumo que está atrelado à capacidade da ação estatal de impulsionar a economia capitalista através de ações voltadas para a área de infraestrutura, política fiscal, monetária, salarial e, por fim, políticas sociais, que proporcionaram salários indiretos à classe trabalhadora, liberando parte de seus salários para a realização do consumo em massa. (SOUSA, 2015)

Conforme Pereira *apud* Araújo (2011) o interesse pelo tema social surgiu na segunda metade do século XIX no rastro da Revolução Industrial, constituída em torno da miséria das massas e representou o fim de uma concepção idealista de que a sociedade por si só pudesse encontrar soluções para os problemas sociais. A quebra da bolsa de valores de 1929 colocou em posição duvidosa a capacidade do liberalismo em lidar com os problemas sociais produzidos pelo sistema capitalista.

Por conseguinte, era necessário organizar uma proposta que fosse alternativa ao liberalismo econômico e foi nesse contexto que surgiu no final do século XX, o Estado capitalista regulador ou intervencionista que, no século XX viria receber o nome de Estado de Bem-Estar Social (Welfare State).

De acordo com Araújo (2011) o Welfare State, é o chamado Estado de Bem-Estar Social, muito reconhecido no mundo todo, mas ainda pouco colocado em prática nos países.

Exemplo mais efetivo de execução da teoria do Welfare State foi colocado em prática na Europa através dos governos sociais democratas que dominaram a política no continente após a II Guerra Mundial.

O Estado de Bem-Estar Social pode ser considerado uma espécie de política pública, o qual coloca o Estado como impulsionador da promoção social e organizador da economia. Araujo (2011), defende que o Welfare State foi considerado uma resposta à demanda por serviços de segurança socioeconômica e aponta que isso representou a institucionalização de um relativo consenso acerca da noção de pobreza como papel central na regulação da vida social.

De acordo com Lanzana (2002), a história do Welfare State, no contexto do século XIX, foi marcada por alguns episódios fundamentais. Na Alemanha, em 1883, a introdução do seguro social por Otto Von Bismarck, marcando uma mudança de mentalidade quanto às dificuldades que muitas pessoas enfrentavam para sobreviver. (SOUSA, 2015)

Anteriormente, entendia-se apenas que tal realidade decorria da indolência dessas pessoas, como afirmavam teóricos da importância de Malthus e Spencer. Com esta medida, o Estado amparava uma parcela significativa da população, atingido pelo desemprego, por enfermidades, além da idade avançada.

Segundo Fonseca (2010): é após 1930 que o Estado passa a intervir na economia e a ampliar o véu de direitos resguardados, com a incorporação dos direitos sociais, de forma que de uma conduta caracterizada apenas pela ausência de qualquer intervenção na esfera da liberdade individual, passa-se a presenciar um Estado mais forte e atuante na proteção dos

direitos sociais, a fim de proporcionar condições de vida digna, surgindo desta pretensão a formulação de políticas públicas. (SOUSA, 2015)

Foi a partir desse período que o Estado passou a criar leis voltadas à promoção de políticas públicas ou programas sociais visando à realização dos direitos e interesses da coletividade, ou seja, a concretização de direitos sociais demandados pela sociedade e previstos na Constituição.

Laswell, Simon, Lindbom e Easton são considerados os fundadores do campo das políticas públicas. Cada autor teve uma participação significativa na construção das linhas teóricas das políticas públicas.

De acordo com Souza (2006, p. 23) Laswel introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica de governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo. Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional.

Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas tais como, informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto interesse dos decisores, etc. Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório o que não teria necessariamente um fim ou um princípio. Daí porque as políticas públicas precisariam incorporar outros elementos à sua formulação, resultados e o ambiente. Segundo Easton, políticas públicas recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos. (SOUSA, 2015)

Foi a partir dessas ideias primordiais que as pesquisas e trabalhos que envolvem as políticas públicas começaram a ter enfoque, bem como passaram a ser questionadas de forma mais ampla, colocando agora o Estado como protagonista desse processo devido a sua relação de poder em todo o procedimento decisório, surgindo a necessidade de entender realmente o que é uma política pública.

De acordo com Habermas (2003) o sentido do termo Política Pública se resume em uma intervenção na realidade social que tem a finalidade de efetivar vontades e direitos. Normalmente é resultado de um compromisso público entre a sociedade e o Estado, firmado

em um espaço, a esfera pública. Em geral, a materialização da política pública se faz através de sua tradução em um plano de ação composto por programas e projetos.

A terminologia de política pública pode ser entendida como um meio ou um conjunto de meios que permitem que o indivíduo coordene seu comportamento enquanto persegue êxito individual, numa atitude instrumental diante do mundo. Enquanto Kauchakje (2002, p. 61-68) argumenta que: Políticas Públicas são formas de planejamento governamental que têm o objetivo de coordenar os meios e recursos do Estado, e também do setor privado para a realização de ações relevantes e politicamente determinadas. Em outras palavras, políticas públicas implicam atividades de organização do poder e são instrumentos de ação do governo com as seguintes características: implicam a fixação de metas, diretrizes ou planos governamentais; distribuem bens públicos; transferem bens desmercadorizados; estão voltados para o interesse público, pautado nos embates entre interesses sociais contraditórios e são base de legitimação do Estado. (...) Toda política pública é uma forma de intervenção na vida social, estruturada a partir de processos da articulação de consenso e de embate entre agentes sociais com interesses diversos decorrentes de suas posições diferenciadas nas relações econômicas, políticas, culturais e sociais. (SOUSA, 2015)

Já na concepção de Mead apud Souza (2006) política pública é um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e, como, um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. A definição mais popular continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Para Secchi (2012, p.2):

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. É uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública; uma política pública possui

Dois elementos fundamentais: a intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido de forma coletiva e que possua relevância.

Dessa forma, percebe-se que na literatura especializada não existe um consenso quanto à definição do que seja realmente uma política pública, por conta da disparidade de respostas. Mesmo assim entende-se que políticas públicas podem ser entendidas como um processo que

combina recursos, atividades e suas relações, que recebem tratamento ou elementos que a transformam em produtos ou serviços ao cidadão.

Para constituir a história do campo das políticas públicas, ao avaliar os efeitos necessários ao desenvolvimento de um determinado estrato social, é necessário organizar reformas no Estado, ou pelo menos, nas relações entre estes e a sociedade.

Diversos são os atores sociais que se dizem interessados na discussão das políticas públicas, seja na formulação, na implementação ou na avaliação. Esses atores políticos procuram influenciar os processos de construção de políticas públicas dentro do jogo político

Os atores privados, não estão diretamente ligados à Administração Pública, mas procuram participar das decisões do Estado, principalmente através dos grupos de interesses e do *lobbying*. De acordo com Pierini (2010) “lobby é o processo pelo qual os grupos de pressão buscam participar do processo estatal de tomada de decisões, contribuindo para a elaboração das políticas públicas de cada país”

Na visão de Tude (2010, p. 9) existe diferença significativa entre atores estatais e os atores privados, no que se refere a atuação: os atores estatais geralmente são eleitos com base em suas propostas de políticas apresentadas para a população durante o período eleitoral e buscam tentar realizá-las.

As políticas públicas são deferidas no Poder Legislativo, o que insere os parlamentares (vereadores e deputados) nesse processo. Entretanto, as propostas das políticas públicas partem do Poder Executivo, e é esse poder que efetivamente as colocam em prática.

Aos servidores públicos competem estabelecer as informações necessárias ao processo de tomada de decisão dos políticos, bem como operacionalizar as políticas públicas defendidas. Entre os autores privados de relevância, com grande capacidade de influir em políticas públicas, estão incluídos os empresários que detêm os meios de produção, controlam parcelas de mercado e a oferta de empregos.

O Estado é o agente responsável pelo bem coletivo da população, e para assegurar a todos com essa coletividade ele recorre a criação de diretrizes para alcançar determinados fins tidos como positivos para a população.

Miguellito (2001) aponta que as modificações no Estado são observadas sobretudo através das políticas públicas, uma vez que correspondem ao elo entre o governo e as diversas organizações de interesse.

Por conseguinte, de onde então, pode entender que as políticas públicas formam o Estado e são formadas por ele e a sociedade civil organizada.

Política pública pode ser definida como uma forma de o Estado intervir na realidade social com a finalidade de organizar e de efetivar os direitos. Entre as políticas públicas do governo, existem também as econômicas, as quais o governo usa para alcançar determinadas metas no âmbito macroeconômico da economia e para isso faz uso da política fiscal, monetária, rendas, como também de políticas diretas a determinados setores como a política de habitação, que em conjunto com as demais aquece o setor podendo promover o crescimento econômico.

As políticas econômicas são instrumentos de grande abrangência em uma economia, haja vista sua eficiência de como o Estado usa em cada momento.

Funções do Estado:

Reguladora: o Estado deve regular a atividade econômica mediante leis e disposições administrativas. Com isso, torna-se possível o controle de alguns preços, monopólios e ações danosas ao direito do consumidor;

Provedora de bens e serviços: o governo, também deve prover ou facilitar o acesso a bens e serviços essenciais, principalmente aqueles que não são de interesse do setor privado, tais como educação, saúde, defesa, segurança, transporte e justiça;

Redistributiva: as políticas econômicas devem atingir e vir a beneficiar os mais necessitados da sociedade. Com isso, modificam a distribuição de renda e riqueza entre pessoas e/ou regiões. A igualdade social deve ser uma prioridade a ser buscada pelos órgãos públicos;

Estabilizadora: os formuladores de políticas econômicas devem estar preocupados em estabilizar/controlar os grandes agregados macroeconômicos, tais como, taxa de inflação, taxa de desemprego e nível de produção, com o intuito de beneficiar a população (CLETO; DEZORDI, 2002, p. 17);

Teixeira (2002) caracteriza as políticas públicas da seguinte forma:

Quanto à natureza ou grau da intervenção: a) estrutural – buscam interferir em relações estruturais como renda, emprego, propriedade etc. b) conjuntural ou emergencial – objetivam amainar uma situação temporária, imediata.

Quanto à abrangência dos possíveis benefícios: a) universais – para todos os cidadãos b) segmentais – para um segmento da população, caracterizado por um fator determinado (idade, condição física, gênero etc.) c) fragmentadas – destinadas a grupos sociais dentro de cada segmento.

Quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários ou ao seu papel nas relações sociais: a) distributivas – visam distribuir benefícios individuais; costumam ser instrumentalizadas pelo clientelismo; b) redistributivas – visam redistribuir recursos entre os grupos sociais: buscando certa equidade, retiram recursos de um grupo para beneficiar outros, o que provoca conflitos; c) regulatória – visam definir regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade; não visariam benefícios imediatos para qualquer grupo.

Tendo em vista em dar uma nova roupagem à construção das políticas públicas, a Carta Magna de 1988 reconstruiu a política e a democracia no Estado Brasileiro na medida que desencadeou o fenômeno da descentralização política – sistema pelo qual transmite mais importância aos poderes administrativos locais – estaduais e municipais e a introdução de mecanismos institucionais de participação social na definição das ações governamentais em todas as esferas administrativas (SILVA, 2014).

O desenvolvimento da descentralização política se caracterizou como “um conjunto de políticas públicas que transfere responsabilidades, recursos ou autoridades de níveis mais elevados do governo para níveis inferiores” (SILVA, 2014).

Na visão de Felicissimo (1992)

Descentralizar, consiste em dar à coletividade o poder de gerir de forma autônoma seus próprios assuntos. A descentralização implica na reunião de três elementos; 1) a eleição de autoridades que agem em nome dessa coletividade. Esse elemento é essencial, na medida em que traduz o caráter da verdadeira descentralização. 2) Os assuntos locais precisam interessar aos membros da coletividade. 3) Para evitar os riscos de uma excessiva independência, o poder central reserva-se sempre um certo controle chamado tutela administrativa, que limita os possíveis excessos de descentralização.

Silva (2014) coloca a descentralização em 3 níveis:

- Descentralização administrativa;
- Descentralização fiscal;
- Descentralização política.

Na visão de Dowbor (2008) o “espaço local, no Brasil, é o município, unidade básica de organização social, mas é também o bairro, o quarteirão em que vivemos”.

O espaço local no Brasil precisa ser reconstruído devido à herança do desequilíbrio social existente, mas que para isso acontecer é necessário o redimensionamento da cidadania e

o enfrentamento das questões sociais, mas que precisa ser enfrentado pelos atores sociais – o Estado, as empresas e a sociedade civil.

Segundo Dowbor, a descentralização política se justifica, pois (2008)

O Estado centralizado que temos constitui uma sobrevivência de outra época, quando no nível local não existia a capacidade de ação organizada. A realidade mudou. Com poucas exceções, os municípios mais distantes tem hoje acesso a internet, estão conectados, e fazem portanto parte de um tecido interativo de gestão integrada em construção. As instâncias superiores podem e precisam ajudar, mas a iniciativa e o ordenamento das ações tem de ser eminentemente locais. De certa forma, estamos manejando uma máquina administrativa centralizada, típica do século passado, para um conjunto de desafios que exigem soluções de gestão participativa e descentralizada.

Com o desenvolvimento da descentralização política e seus desdobramentos sobre a população brasileira, a participação social passou a ser considerada um dos elementos preponderantes para a transformação do conceito de público nas organizações políticas do país.

Vários instrumentos de participação social foram desenvolvidos através da Constituição, como os: Conselhos Setoriais, Fóruns, Conferências, audiências públicas e orçamento participativo.

No decorrer da história do Brasil as políticas sociais foram se travestindo de vários vieses conforme as mudanças políticas, econômicas e sociais, bem como as diferentes formas de governo adotadas.

Na República Velha (1889-1930) as políticas sociais apresentavam um viés corporativista. Num segundo momento, na Era Vargas (1930-1945), elas passaram a ter a conotação de caridade e filantropia com atendimentos pontuais voltados à pobreza.

No período entre 1964 e 1988 as políticas sociais eram adotadas no sentido de controlar os beneficiários de formas seletivas, fragmentadas, excludentes e setORIZADAS.

A partir do advento da nova Constituição Brasileira em 1988 (CF/88), com a restauração do Estado Democrático de Direito, sustentado em um aparato jurídico e vontade política, foi conquistado um novo sistema de políticas sociais que objetivam até os dias de hoje, o atendimento aos direitos sociais em busca da igualdade e justiça social na tentativa de sanar as desigualdades no país. A partir de então os beneficiários das políticas sociais passaram a ser vistos como sujeitos de direitos.

Para esses sujeitos de direitos, a Constituição Federal de 1988 incluiu mecanismos de participação política tentando a restituição dos direitos políticos, civis e sociais reprimidos no governo ditatorial que antecedeu a sua promulgação (1964-1985), com a intenção de promover o Estatuto da Cidadania.

Essa mesma Constituição que instituiu o sistema das políticas sociais e os mecanismos de participação política¹, criou a chamada descentralização de vários poderes para destinar a execução dos programas das políticas sociais federais e estaduais aos municípios, fenômeno esse que se chamou de municipalização.

A Constituição de 1988 ocasionou mudanças significativas sobre as instituições políticas brasileiras.

Segundo Souza (2004, p. 27)

Essas mudanças criaram novas institucionalidades, principalmente na esfera local, resultado de compromissos gerados durante o processo de redemocratização. Entre esses compromissos estavam o de restaurar a Federação, através do aumento do poder político e tributário das entidades subnacionais, e o de consolidar a democracia, por meio do empoderamento (*empowerment*) das comunidades locais no processo decisório sobre políticas públicas. (SOUZA, 2004, p.27).

No caso brasileiro de acordo com Souza (2004, p.27), a decisão de aumentar o papel dos governos e das comunidades locais via descentralização / municipalização“ (...) está longe de ser uma questão de ordem exclusivamente administrativa, impulsionada, nos seus anos iniciais, pelo governo federal ou por organismos multilaterais, como tem sido em muitos países em desenvolvimento, mas sim uma questão eminentemente política”

Estabelecendo uma visão mais otimista sobre o processo de descentralização política, Dowbor (2008) aponta que os municípios, da forma como estão organizados os modelos de gestão, ficam “presos” em armadilhas jurídicas, tornando a sua administração muito complicada do ponto de vista operacional, uma vez que se encontra uma forma de poder

¹ Nesse trabalho utilizaremos o conceito de participação política de Avelar, por considerarmos como o mais abrangente: *Participação* é uma palavra latina cuja origem remonta ao século XV. Vem de *participatio*, *participacionis*, *participatum*. Significa “tomar parte em”, compartilhar, associar-se pelo sentimento ou pensamento. Entendida de forma sucinta, é a ação de indivíduos e grupos com o objetivo de influenciar o processo político. De modo amplo, “a participação é a ação que se desenvolve em solidariedade com outros no âmbito do Estado ou de uma classe, com o objetivo de modificar ou conservar a estrutura (e portanto os valores) de um sistema de interesses dominantes” (Pizzorno, 1996 apud AVELAR, 2004, p. 225).

centralizado. “Quanto mais centralizada a decisão, mais técnicos existem, porém, menor é o controle por parte da população”. (DOWBOR 2008).

Nesse contexto, Souza (2002) aponta para resultados nem sempre positivos, pois “ em países marcados por alto grau de heterogeneidade, a descentralização apresenta resultados contraditórios e cria novas tensões para antigos problemas, como o das desigualdades inter e intra-regionais”.

Para Piana (2009), o processo de participação e descentralização político-administrativa no campo das políticas sociais revelam um recente processo de redemocratização vivenciado no Brasil para integrar a relação entre o Estado e a sociedade.

A descentralização implica transferência de poderes, atribuições e competências, baseia-se em uma divisão de trabalho social entre a União, o Estado e o Município, onde este responde pela formulação, organização e implementação das ações, sem abrir mão do apoio técnico-financeiro dos níveis supramunicipais de governo, de acordo com o que determina a Constituição Federal. (PIANA, 2009, p.47).

Os princípios proclamados pelo processo de descentralização “não alcançaram o plano das intenções, ou seja, não existiu uma verdadeira política nacional de descentralização que orientasse a reforma das diferentes políticas sociais”. (PIANA, 2009).

Alguns motivos para esses princípios não serem alcançados foram :

- A ausência de redistribuição de competências e atribuições;
- Crise fiscal (crise do capitalismo) associada às indefinições do governo federal;
- Interesses particulares em manter uma estrutura de centralização;
- Ausência de um programa nacional planejado de descentralização na consecução e articulação de programas e projetos nas políticas sociais. (PIANA, 2009, p.47).

Todos esses fatores contribuíram para a não efetivação da proposta constitucional de descentralização política e administrativa.

No entanto, na visão de Dowbor (2008) o processo de descentralização precisa vir acompanhado do fenômeno da participação política comunitária.

Por conseguinte, apenas os eixos político partidário e sindical-trabalhista possuem bases sólidas no bojo da sociedade brasileira – a organização comunitária ainda luta para conquistar seu espaço, embora possua um arcabouço legislativo que lhe proporcione garantias de sobrevivência.

A organização comunitária é capaz de gerar transparência na política local na medida em que democratiza as informações e os processos decisórios através da participação da sociedade civil e é sobre essa perspectiva que vai se inserindo novas formas de gestão.

De acordo com Piana (2009), o acesso, e a qualidade das políticas sociais, pressupõe a existência de recursos financeiros e financiamentos suficientes para atender as demandas da população e as responsabilidades do poder público, bem como a gestão financeira de instrumentos que assegurem a democratização e a transparência na concepção das políticas sociais.

Sobre a questão financeira, Dowbor (2008) aponta que apesar do aumento de sua capacidade financeira, a participação dos municípios na receita tributária global não supera os 18 ou 20%. No entanto, eles assumem vários encargos e responsabilidades das outras esferas, o que os obriga a negociar recursos nos diversos programas federais ou estaduais.

Com uma frágil base econômica, ao lado da ineficiência administrativa, os recursos próprios na maioria dos municípios não vão além dos 5% do total da receita. Dessa forma, a autonomia de realizar políticas próprias sem vinculação aos programas federais e estaduais é mínima. (DOWBOR, 2008).

Os prefeitos, na maioria dos municípios com base político-eleitoral nas elites proprietárias, não assumem os riscos de uma política tributária mais realista. A política econômica neoliberal acentua os impactos sobre o emprego, a renda e as condições de vida nos municípios. (DOWBOR, 2008).

Os municípios, até então alheios às questões econômicas, vêm-se pressionados a realizar programas de geração de renda e emprego. Nem assim, eles decidiram-se a qualquer iniciativa na questão agrícola ou rural, apesar de a maioria deles terem sua sustentação econômica nesse setor.

Competências Municipais são responsabilidades e encargos atribuídos a cada esfera governamental para realizar sua gestão. São definidas na Constituição Federal e, no caso dos municípios, detalhadas nas Leis Orgânicas. Há competências privativas de cada esfera governamental e as comuns e concorrentes.

O município tem ampla autonomia para definir suas políticas e aplicar seus recursos, no caso das competências privativas ou exclusivas. Elas são definidas no art. 30 da Constituição Federal: a) legislar sobre assuntos de interesse local, expressão bastante abrangente, detalhada na Lei Orgânica. b) instituir e arrecadar impostos sobre serviços,

predial urbano, transmissão intervivos de bens imóveis, varejo de combustíveis líquidos. (DOWBOR, 2008).

O município pode, ainda, regular matérias conforme peculiaridades locais ou em caso de omissão de outra esfera, não sendo competência exclusiva, preencher a lacuna. Nas áreas tradicionalmente objeto de políticas públicas, como assistência social, meio ambiente, habitação, saneamento, produção agro-pecuária, abastecimento alimentar, educação, saúde, o município tem competência comum com a União e o Estado, a ser exercida com a cooperação dessas esferas de poder pela transferência de recursos, ou pela cooperação técnica.

Até hoje não regulamentadas, as fronteiras entre as esferas de poder permanecem indefinidas, resultando na superposição de atividades.

Mesmo sem definição clara, o município possui, portanto, bastante competência. O problema maior são os recursos. Em um processo de descentralização desordenado, muitos encargos estão sendo transferidos sem os recursos. Estes dependem das chamadas transferências negociadas, que consideram a posição política, o prestígio e a vinculação partidária dos prefeitos e parlamentares, cujas alianças se pautam, em grande parte, pelos interesses eleitoreiros e clientelistas.

As receitas dos fundos de participação são distribuídas com critérios que concentram a renda tributária em poucos municípios, os de maior desenvolvimento econômico. As parcelas transferidas diminuem com a recessão que reduz os recursos e com as políticas de ajuste fiscal que repassam parte dos recursos para fundos como o de Estabilização Fiscal.

A administração dos municípios fica ainda mais precária com o desmonte, nos últimos anos, de agências técnicas federais e estaduais que lhe prestavam assistência. Na política neoliberal, a descentralização é, principalmente a transferência da responsabilidade da execução e custeio de políticas para a família e a sociedade. Em paralelo, mantém-se a transferência de subvenções sociais para entidades indicadas, com critérios político-eleitorais, por parlamentares ou outras instâncias do poder, pulverizando recursos sem priorizar as necessidades da população.

Assim, propor, formular e participar da gestão de alternativas de políticas públicas é enorme desafio para a sociedade civil. E só é possível tratando da distribuição e alocação dos recursos públicos e da composição do poder público.

Na área da saúde, ocorreu maior a descentralização, em uma política deliberada, resultado de um processo social dinâmico, partindo de experiências concretas, que propiciaram as diretrizes básicas para o modelo implantado em todo o país – o SUS. Apesar de todo o processo de participação, permanecem alguns elementos centralizadores: a

aprovação e análise técnica de programas e projetos para repasse de recursos; fixação e centralização de fiscalização de tarifas no Ministério. A burocracia central mantém grande parcela de poder, permanecendo a influência clientelista no repasse de recursos. O SUS vive hoje sérios impasses. Não tem uma coordenação que garanta equidade no atendimento a municípios tão heterogêneos.

Na prática, prevalece a lógica privada: os setores privados recebem recursos para atender setores sociais não carentes e, além disso, o sistema de remuneração dos serviços à base de fatura permite a corrupção e o descaso com custo e qualidade de serviços. Apesar de sua fragilidade, a existência de mais de 3 mil Conselhos Municipais de Saúde indica a possibilidade de uma ação mais ofensiva diante da situação.

No entanto, os valores mais significativos para os municípios investirem são proporcionados pelo Governo Federal.

Behring & Boschetti (2006) apontam que os recursos são concentrados e centralizados na União cujo ente federativo se apresenta como o de maior capacidade de tributação e de financiamento e que caracterizava uma contrariedade à constitucionalidade da descentralização. Ademais, também havia a concentração na alocação dos recursos nos serviços da dívida pública, juros, encargos e amortizações;

(...) rubrica com destinação sempre maior que todo o recurso da seguridade social – e para as políticas sociais que são financiadas pelo orçamento fiscal, a exemplo da educação, reforma agrária e outras, as quais não estão contempladas no conceito constitucional restrito de seguridade social do Brasil. (BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

Embora tenha se estabelecido um pacto federativo com a responsabilidade do poder nas três esferas governamentais, os municípios tornaram-se entes federados, “fortalecendo o processo de municipalização das políticas sociais e passou a ser o principal responsável pela oferta dos serviços sociais, como a saúde, a educação, a assistência social, ampliando a complexidade da gestão das políticas sociais em nível local”. (PIANA, 2009, p.53).

Segundo Fleury (2010)

No modelo descentralizado, os municípios passaram a gerenciar a grande maioria das unidades públicas de provisão de serviços de saúde, além de assumir também a responsabilidade formal pela contratação, monitoramento e avaliação (gestão) de amplo conjunto de unidades privadas. Segundo informações disponíveis para o ano de 2010 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), administrado pelo Ministério da Saúde, de um total de 221 056 estabelecimentos de saúde, 59 663 (27%) eram municipais, o que corresponde a aproximadamente 95,6% da oferta pública de

estabelecimentos de saúde que, incluindo as unidades estaduais e federais, totalizavam 62 437 unidades em 2010. Da mesma forma, uma expressiva parcela da oferta privada de unidades contratadas junto ao mercado também está sob gestão municipal. De 25 471 estabelecimentos contratados ou conveniados que prestam serviços de diversas naturezas (ambulatorial, internação, apoio diagnóstico terapêutico, urgência, vigilância e farmácia), cerca de 15 170, ou seja, 59,6%, estão sob gestão da esfera municipal (19). Em termos de produção de serviços de saúde, mesmo considerando os estabelecimentos apenas por sua propriedade, a participação da oferta municipal é extremamente significativa, sendo majoritária na atenção básica e na média complexidade.

Segundo Souza (2004) “(...) os governos locais, no agregado, estão substituindo o papel do governo federal em várias funções, especialmente na provisão de serviços sociais (...)”, e que muitos municípios não tem capacidade para ampliar a arrecadação de impostos, tampouco possuem atividade econômica significativa por serem caracterizados pela extrema pobreza de suas populações.

Apesar de no Brasil a definição oficial de município não fazer distinção entre a enorme diversidade dos 5.561 municípios, nem mesmo em relação ao grau de urbanização e à separação entre áreas urbanas e rurais, assim como entre a sede e os distritos municipais, existem diferenças marcantes entre eles. (SOUZA, 2004, p.28).

Mesmo com as dificuldades dos municípios, os números mostram a sua importância para o desenvolvimento das políticas de saúde. Análise feita sobre a produção do SUS em 2009 aponta que aproximadamente 3,246 bilhões de procedimentos ambulatoriais, a esfera local foi responsável de forma direta por 96,4% na atenção básica e 43,4% na média complexidade. Sobre os serviços ambulatoriais, os municípios foram responsáveis por 61,3% dos procedimentos – do valor de 11,5 milhões de internações ofertadas pelo SUS, 55,32% foram realizadas pela gestão municipal, sendo que 61,9% das internações de psiquiatria, 60,3% das internações de obstetrícia, 60,1% das internações de clínica médica, 59,7% das internações de pneumologia e 54,2% das internações de pediatria. (FLEURI, 2010)

Para Souza (2004), a definição oficial de município torna-se uma ferramenta meramente administrativa, não considera variáveis importantes como o tamanho da localidade e também são aplicadas regras invariáveis a esses governos locais sem considerar a complexidade das tarefas a eles atribuídas.

Referente ao volume dos recursos próprios dos municípios desde as últimas Constituições que elevaram suas participações no bolo tributário nacional, Souza (2004, p.28) escreveu que, “Tais recursos, (...), são distribuídos de forma muito desigual, dadas as grandes heterogeneidades do país, que não são apenas socioeconômicas, mas também demográficas”.

Mesmo com a desigualdade na distribuição dos recursos do Governo Federal, as informações relativas ao financiamento do setor de saúde do ano de 2006 apontam para um total de R\$ 84,03 bilhões, os municípios arcaram com R\$ 23,48 bilhões, considerando os recursos próprios, representa 27,9% dos gastos públicos com saúde Brasil. Se levar em consideração somente o gasto total executado na esfera local, o valor chega a R\$ 40,68, ou seja, os municípios geriram aproximadamente 48,4% dos recursos disponíveis no SUS durante a ano de 2006. (FLEURY, 2010).

Também frisa que “temos grandes desigualdades financeiras no país e que existe um consenso de que “(...) o Brasil é um dos países mais descentralizados do mundo em desenvolvimento, porém, a descentralização financeira vem beneficiando mais os municípios do que os Estados”. (SOUZA, 2004, p.32).

Embora a Constituição de 1988 tenha concedido a ampla liberdade aos entes federativos na determinação sobre onde e como aplicar seus recursos, emendas constitucionais aprovadas nos anos 90, vincularam “(...) parte dos recursos transferidos a alocações específicas, em particular para os programas de saúde e educação fundamental, assim como foram introduzidas limitações ao poder das esferas subnacionais de decidir sobre a aplicação dos recursos”. (SOUZA, 2004, p.32).

É a questão das lutas políticas que se estabelecem entre o poder público e os setores da iniciativa privada. Relata que a aproximação entre ambos favorece a atuação de grupos mais fortes economicamente, colocando em dúvida a atuação do Estado, na medida em que pode influenciar as decisões políticas, dificultando a organização de políticas públicas e sociais que podem beneficiar a maioria da população. (PIERINI, 2017, p.2).

Atualmente, Araraquara possui 4 (quatro) Hospitais:

- Santa Casa de Misericórdia (SUS e convênio)
- Hospital de Américo Brasiliense (Hospital do Estado de São Paulo)
- Hospital São Paulo (Unimed) – (Hospital Privado)
- Hospital São Francisco (São Francisco) – (Hospital Privado)

Dos 3 (três) hospitais, 2 (dois) são privados, o que aponta para um cenário turbulento na construção da política pública de saúde na cidade, e é necessário questionar como será o desenvolvimento da política pública de saúde no município nos próximos anos.

Outros números da saúde pública de Araraquara e região:

- 156 leitos
- 114 são oferecidos ao SUS
- 14 são leitos destinados à UTI
- 42 são oferecidos aos Convênios (NÚMEROS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA)
- 104 leitos (Hospital de Américo Brasiliense)

A Santa Casa de Misericórdia precisa dar conta de atender 18 (dezoito) municípios da região, sendo que 5 (cinco) desses, não possuem estrutura nenhuma e necessariamente precisam usar o Hospital da Santa Casa.

Segundo os dados do Datasus (2019)

- Hospital São Francisco – 59 leitos
- Hospital São Paulo – 104 leitos

No total são 163 leitos nas mãos da iniciativa privada, o que ressalta a ênfase dada pela Prefeitura nos investimentos relacionados à saúde como prevenção, como é possível verificar na análise da LOA da saúde tanto do governo de Edinho Silva quanto no governo de Marcelo Barbieri.

A criação de novos municípios no Brasil após a abertura democrática de 1984, em que houve um crescimento desmedido de municípios brasileiros que exigiu novas demandas políticas e financeiras e também alterações nos poderes locais foi mais um fator que interferiu na municipalização das políticas sociais. (PIERINI, 2017, p.2).

Segundo esse mesmo autor ao escrever sobre a questão do Poder Local referente à alocação de recursos e de poder. Mesmo que a Constituição tenha estabelecido “[...] poderes para os municípios nas questões relacionadas ao investimento social, a capacidade dos mesmos é muito pequena, tendo em vista que os recursos gerados em seus interiores possuam baixo volume”. (PIERINI, 2017, p.2).

“A transferência de renda, tanto da União quanto dos Estados para os municípios não são suficientes para dar conta das responsabilidades indicadas pela Constituição Federal” (PIERINI, 2017, p.2).

Souza (2002), Santos Jr. (2004), e Pierini (2017), colocam em evidência a descentralização utilizada como um dos principais instrumentos do desenvolvimento, ao mesmo tempo em que é empregada como estratégia para a redução do papel do Estado.

A estratégia de redução do Estado toma um viés de conotação neoliberal que se instalou no Brasil por volta dos anos 90. O neoliberalismo² foi capaz de acirrar a competitividade entre as cidades e também de criar diretrizes para o modelo de parceria entre o poder público e o setor privado influenciando o financiamento e a implantação das políticas públicas.

Para Pierini (2017, p.4), as competências estabelecidas para o fortalecimento do poder local, promulgadas na Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 30 em que foi constituída a descentralização municipal, tomaram “ [...] um rumo diferente quando em 1990 se iniciou as ondas neoliberais que iriam varrer a América Latina nos próximos 20 anos”.

Santos Jr. (2004, p.13), conceituou a descentralização municipal como um projeto de reforma municipal no qual se espera o aumento da participação da gestão local e visa “a expansão da economia para gerar um aumento da base tributária capaz de permitir maiores investimentos em obras e serviços de consumo coletivos”

Esse projeto de reforma não se limitaria às fronteiras nacionais. Segundo Santos Jr. (2004, p.13), “Ele tem sido difundido pelos organismos internacionais como parte integrante da agenda liberal de reorganização do Estado Nacional”. Nessa difusão, têm enorme importância as ideias de descentralização e de protagonismo urbano como estratégias de enfrentamento dos efeitos do ajuste imposto pela globalização liberal. (SANTOS JR., 2004, p.13).

Mesmo com as limitações introduzidas nos anos 90, comentadas por Souza e Pierini e Santos Jr., a criação das instâncias participativas e de controle social³ na Constituição de 88,

O neoliberalismo pode ser definido como a hegemonia nas esferas política e econômica de maior liberdade para as forças de mercado, menor intervenção estatal (Estado mínimo), desregulamentação, privatização do patrimônio público, preferência pela propriedade privada, abertura para o exterior, ênfase na competitividade internacional, e redução da proteção social (LESBAUPIN, 2000)

³O controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas. Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação, que permitem estabelecer uma

são vistas com “bons olhos”, pois, “se tornaram mecanismos de participação nos municípios para que funcionassem como fóruns decisórios e pudesse controlar os resultados das políticas públicas em nível local e ao mesmo tempo, empoderassem os participantes e promovessem a prestação de contas dos gestores públicos”. (SOUZA, 2004, p.38).

Desde aquela época, “(...) muitos governos locais estão implementando ou consolidando várias experiências participativas, que vão desde conselhos municipais setoriais”, (Souza, 2004, p.38). “(...) até a incorporação de segmentos sociais marginalizados do processo decisório na alocação de parcela dos recursos orçamentários locais, através do que ficou conhecido como Orçamento Participativo – OP” .(Souza, 2004, p.38).

A adoção de formas de Orçamento Participativo – OP como mais uma ferramenta de participação política e de controle social, não foi induzida por legislação federal ou organismos multilaterais, sendo uma iniciativa dos próprios governos locais.

Algumas prefeituras resolveram democratizar o processo decisório, começando por essa área extremamente sensível: o orçamento, todavia, um governo comprometido com as classes dominantes sequer pensa em ceder porque é através do orçamento que essas prefeituras tradicionais devolvem favores oferecidos pelos poderes econômicos durante as campanhas eleitorais. (LESBAUPIN, 2000, p.67).

Lesbaupin (2000, p.67) já dizia que, o simples fato de uma prefeitura colocar seu poder, os recursos públicos, a serviço do conjunto da população, especialmente dos setores desfavorecidos, é um enorme avanço. E os resultados desse investimento social são visíveis, “uma vez que a municipalização foi capaz de aproximar o cidadão, das questões políticas”. (PIERINI, 2017).

A constituição dos conselhos municipais setoriais são obrigatórias, pois são exigidas na legislação federal.”O papel dos conselheiros é tomar parte na gestão do programa, ou seja, fiscalizar a implementação de políticas decididas em outras esferas, alocar parcela dos recursos e acompanhar sua aplicação e os rumos da política pública”. (SOUZA, 2004, p.38).

Para Piana (2009, p.43) os Conselhos de Políticas Públicas foram criados “(...) com uma proposta de democratização das políticas sociais, porém muitas vezes na contraposição do modelo neoliberal legitimado pelos governos vigentes”. (PIANA, 2009, p.43);

sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas.

Hoje, esses conselhos, que expressam uma das principais inovações democráticas no campo das políticas sociais, organizam-se em diferentes setores destas políticas e assumem uma representatividade nas diferentes esferas governamentais. Possuem uma composição paritária entre representantes da sociedade civil e do governo e função deliberativa no que se refere à definição da política em cada setor e ao controle social sobre sua execução. (PIANA, 2009, p.43).

Entretanto, os Conselhos necessitam ainda aprender a ser deliberativos, pois essa democracia participativa enfrenta o desafio histórico de uma “cultura” clientelista e autoritária, pautada no mando e não no direito. (PIANA, 2009, p.53).

A autora sinaliza que na prática dos conselhos, nas diferentes políticas e níveis governamentais e na realidade de muitos municípios brasileiros, há a interferência dos órgãos governamentais “principalmente no que diz respeito às decisões relativas ao orçamento, processo eleitoral dos conselheiros, a escolha das presidências e outros” (Piana, 2009, p.45) e ainda alerta “para o perigo da burocratização, da rotina e da cooptação pelos órgãos públicos, centralizando as decisões nas mãos do poder governamental, neutralizando ou fragilizando a autonomia dos conselhos em suas ações e decisões”.

O projeto de reforma municipal interpreta como negativas tanto as ênfases em políticas clássicas de corte redistributivista, como também vê com ressalvas propostas de novos instrumentos de interação entre Estado e sociedade, como é o caso dos Conselhos. Isso quer dizer que no projeto de reforma, não se vê com bons olhos as propostas “que possam potencializar o aumento de demandas dos bens públicos e coletivos e legitimizar direitos sociais, com o argumento de que isso poderia gerar ou agravar o déficit público”. (SANTOS JR., 2004, p.13).

Destarte, apresenta-se como desafio, a formação dos conselheiros, sobretudo da sociedade civil, nas competências políticas, econômicas, éticas, sociais, e outras, para o exercício de seu papel com seriedade e compromisso social na gestão pública (PIANA, 2009, p.46).

3 - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A intervenção estatal na área de saúde começou a ocorrer de forma efetiva em meados dos anos de 1930. Até o século XVII, a assistência à saúde era pautada na filantropia e as ações eram revestidas de práticas liberais.

No século XIX, devido às transformações econômicas e sociais no Brasil surgiram na saúde pública a vigilância do exercício profissional e as realizações de campanhas.

No início do século XX, com o desenvolvimento das cidades e do intenso processo de urbanização começaram a surgir as reivindicações dos operários e a saúde pública iniciou seu processo de organização a partir de 1930. (BRAVO, 2009).

Nesse contexto, vale ressaltar a reforma que Carlos Chagas organizou em meados dos anos de 1920 no sentido de ampliar o atendimento da saúde por parte do poder central “constituindo uma das estratégias da União de ampliação de poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922“. (BRAVO,2009, p.90).

Por conseguinte, as questões de higienização e saúde do trabalhador são consideradas algumas medidas que se constituíram no “embrião do esquema previdenciário no Brasil.

Um marco importante foi a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. Estas caixas eram organizadas por grandes empresas que tinham condições de mantê-las.

A partir de 1930 é que começa de forma efetiva a participação do Estado na saúde, pois com o processo de industrialização, e a redefinição do papel do Estado, desenvolveram-se as políticas sociais do setor, além de respostas às outras questões realizadas por meio de reivindicação da população.

A política de saúde neste contexto era de caráter nacional e dividida em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária.

O tema de saúde pública terá maior destaque em meados de 1960, já o tema da medicina previdenciária só terá destaque na saúde pública a partir de 1966.

Vale citar algumas alternativas para a saúde pública nos períodos entre 1930 e 1940:

- a ênfase nas campanhas sanitárias;
- coordenações dos serviços estaduais de saúde;
- ações para áreas de endemias rurais a partir de 1937;
- criação de serviços de combates às endemias (febre amarela, malária), reorganização no departamento de saúde em 1941. (BRAGA;PAULA, 1986).

Sobre a situação da saúde pública nos períodos de 1945-1964, Bravo (2009,p.92) aponta que o Estado: “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidades e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral”.

O período marcado pela Ditadura Militar marcou o desenvolvimento econômico social e político do país. Os problemas antes existentes não foram resolvidos e tornaram-se mais complexos. Outro fator que deve ser citado é a face da “questão social” em 1964/74, em que o Estado utilizou a intervenção militar para repressão/assistência com o objetivo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade e minimizar os conflitos sociais.

A saúde acompanhou o processo político, econômico e social vivenciado pelo país, com suas crises e avanços liderados pelo sistema capitalista. Segundo Bravo e Matos (2009), nos anos de 1980, com o início da tentativa de redemocratização do país, as reivindicações pela política de saúde foram fortalecidas.

Com o término do Regime Militar no Brasil, em 1985, o movimento sanitário ganhou força na luta pela melhoria no campo da saúde pública.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. (BRAVO, 2004, p.9).

Essa conferência marcou um divisor de águas em relação à visão da saúde como um direito universal de personalidade cidadã e apresenta vários avanços em prol da Reforma Sanitária.

Este movimento denominado Reforma Sanitária nasceu na luta contra a Ditadura, cujo tema voltava-se para a Saúde e Democracia, sendo estruturado dentro das universidades, do movimento sindical e em experiências regionais.

O movimento se consolidou quando foi organizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), onde aproximadamente 5 mil representantes de vários seguimentos da sociedade civil discutiram a reforma financeira ou administrativa, como também o repensar do significado da saúde e sua efetivação por meio da participação do Estado e da sociedade civil.

A Reforma Sanitária buscou a universalização e ampliação acerca dos direitos sociais atrelados à saúde com vistas à construção de um sistema unificado tendo como referencial os determinantes sociais.

Sendo assim, o texto Constitucional de 1988 assumiu as diretrizes principais da referida Conferência, garantindo os direitos sociais básicos da população brasileira e entre eles a saúde.

A Constituição Federal de 1988, também demonstrou inovações acerca da Seguridade Social, com o tripé: Assistência Social, Saúde e Previdência.

A Seguridade Social representou um dos maiores avanços da referida Constituição no que se refere à “proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora”. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.15), porém, não se pode deixar de registrar que a concepção das políticas de Seguridade Social foram construídas na ordem capitalista desafiando profissionais e entre eles as assistentes sociais, os movimentos sociais e os grupos organizados.

A Constituição Federal/1988 assumiu também questões reivindicadas pelo movimento sanitário e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. No que tange aos avanços conquistados na saúde Bravo e Matos (2009, p.205) apontam a incipiente alteração da prática institucional e mostrou o restrito envolvimento dos profissionais no movimento da Reforma Sanitária.

Os avanços apontados são insuficientes, pois o Serviço Social na área da saúde chega à década de 90 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita organização ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão(...)

Em relação aos desafios pós Constituição, Bravo e Matos (2009) enfatizam em seus estudos: a construção efetiva de modelos de saúde integral, agenda da Reforma Sanitária, o trabalho em equipe, controle social e assistência médica, entre outros.

Na tentativa de superar os desafios postos no âmbito da saúde, foram desenvolvidas algumas estratégias, com a finalidade de minimizar obstáculos, como: a educação em saúde, capacitação dos profissionais nos Conselho da saúde, ampliação dos programas existentes como a saúde da família, dentre outros. (BRAVO, MATOS, 2009).

Frente à intensificação do projeto neoliberal a partir dos anos de 1995, as pautas reivindicadas pelo referido movimento tornaram-se fragilizadas e acentuaram as discussões sobre o Projeto Privatista Neoliberal, cuja finalidade foi interferir nas conquistas postas pela Constituição de 1988, além de colocar os princípios do capital frente aos princípios da classe trabalhadora.

Assim, em meados dos anos 2000, vários mecanismos de participação foram criados com o intuito de fortalecer a luta pela saúde.

Ressalta-se como relevantes os Fóruns de Saúde existentes em diversos Estados brasileiros e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Esta teve como “referência o projeto da Reforma Sanitária que concebeu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e se posicionou contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas, no campo da saúde a um novo projeto societário. (BRAVO; MENEZES, 2011)

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.26)

O controle social é um instrumento de fortalecimento na saúde, Correa (2002) , afirma em seus estudos:

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. (CORREA, 2002, p.15).

O movimento organizado em busca do controle social foi responsável pelo desenvolvimento dos mecanismos hoje existentes: espaços de conferências, conselhos nacionais, estaduais e federais de saúde.

Os mecanismos desenvolvidos para o controle social se transformaram em mecanismos de gestão ou de resistência à reprodução ampliada da acumulação do capital. É nesse sentido, que esses mecanismos desenvolvidos devem ser fortalecidos e ampliados.(CORREA, 2002).

Deste modo, é preciso compreender os tensionamentos entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista que se (re)inaugura na década de 1990, esta relação vai se desenhando entre o público e o privado, pois segundo Etal (2005, p. 2)

(...) através de um modelo de atenção à saúde no país fragmentado, segmentado, desigual e orientado pela lógica mercantilista e que traz fortes rebatimentos para a consolidação do SUS de maneira que qualquer análise, balanço ou avaliação sobre os seus rumos hoje tem de considerar e abarcar o setor privado e sua relação com o SUS já que essa condiciona e determina questões centrais como a rede de atenção, sua utilização, o acesso dos usuários aos serviços, os recursos, impactando nos próprios princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

A relação entre o público e o privado coloca em risco as conquistas já alcançadas pela participação popular e pelos avanços da saúde.

O setor privado da saúde atua em várias frentes no sistema de saúde, seja por meio de planos de saúde, de cooperativas ou mesmo através de convênios com o município por meio do SUS.

A busca da superação da lógica do capital e da materialização do projeto contra-hegemônico é um desafio para todos os profissionais da área da saúde e também da sociedade que precisa buscar a efetivação dos seus direitos através do controle social e da participação popular.

As políticas sociais no país estão diretamente ligadas às questões econômicas, sociais e políticas, além de serem vistas ora como conquista dos trabalhadores, ora como esmola da classe dominante. (FALEIROS, 1991).

As políticas sociais têm origem nos movimentos das massas no final do século XIX. De acordo com Montañó (2007), as políticas sociais são conquistas realizadas através da totalidade, além de serem consideradas fruto da dinâmica social das relações de forças, além de ser conquistas da classe trabalhadora. (MONTAÑO, 2007).

Necessariamente as políticas sociais estão interligadas com o desenvolvimento do capitalismo, ou seja, a partir da acumulação do sistema capitalista que desenvolveram as mobilizações sociais como forma de estratégias para minimizar as desigualdades geradas pelo sistema liberal, outrora neoliberal.

Outra questão importante para o cotexto neoliberal foi a globalização que expressa “nova modalidade de dominação imposta pelo capital por meio da intensificação do intercâmbio mundial de mercadorias, preços, idéias, informações, relações de produção, nas relações humanas.” (SANTOS, 2014, p.4).

Não se pode esquecer de relembrar o que as autoras Behring; Boschetti (2006, p.71) discutem em relação as “crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo da lógica do capital”. Após a Segunda Guerra Mundial consolidou-se o chamado Estado de Bem-Estar Social (Welfare State) e posteriormente o neoliberalismo, que significa o Estado Mínimo.

Estado de Bem Estar, nada mais é do que a garantia de direitos, acesso gratuito a certos serviços e a prestação de benefícios mínimos para todos. (FALEIROS, 1991). Há várias críticas relacionadas às políticas sociais pelo fato de algumas serem clientelistas, ou focalistas, não se efetivando como uma política universal .

(...) as políticas sociais brasileiras sempre tiveram um caráter assistencialista, paternalista e clientelista, com o qual o Estado, por meio de medidas paliativas e fragmentadas, intervém nas manifestações da questão social, preocupado, inicialmente, em manter a ordem social. São elas formatadas a partir de um contexto autoritário no interior de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e socialmente excludente. (VIEIRA, 2004, p. 68).

Este caráter assistencialista é apresentado como desafio para que as políticas sociais fossem vistas como um direito e não como um favor, pois elas eram vistas como algo paternalista, ou de caridade, ou coisa do tipo. Vale lembrar que as políticas sociais no período de 1964 até 1988, eram tratadas como uma política seletista, fragmentada e principalmente excludente.

Por conseguinte, foi no período pós-Constituição Federal de 1988 que os direitos sociais universais foram ampliados e consolidou-se o tripé: saúde, previdência e assistência, dentre outras conquistas.

O que está em pauta é que vem se construindo uma parte da sociedade que luta em reduzir as conquistas, causando o desmonte das políticas sociais no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 é um divisor de água no que tange aos avanços das políticas sociais e do enfretamento da “questão social” e suas manifestações na sociedade.

Destarte, as mobilizações populares são necessárias para a mudança no atual cenário político, ideológico, econômico e social, pois não se pode admitir o desmonte das políticas sociais que foram conquistas populares e que têm que ser vistos como direitos universais e não como meras políticas compensatórias ou de caridade.

O SUS (Sistema Único de Saúde) já existe a aproximadamente 25 anos e instituído pelas Leis: 8080/90 e 8142/90. O processo histórico do SUS existe desde meados de 1970,

com lutas e enfrentamentos contra a Ditadura Militar e a busca da democratização do Estado e políticas públicas justas e universais.

Na área da saúde o movimento que fortaleceu as lutas democráticas e libertadoras foi o Movimento da Reforma Sanitária, que logo após se caracterizou em diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade. (SANTOS, 2013).

Ainda referente aos anos de 1970, vale destacar:

Também nos anos 70, a ausência de estatuto da terra e reforma agrária, no modelo de desenvolvimento, levou ao grande empobrecimento da população e provocou intensa migração da zona rural e pequenas cidades, para as periferias das cidades médias e grandes, o que gerou grande tensão social nessas periferias, de difícil controle pela repressão da ditadura, e as Prefeituras Municipais iniciaram várias providências, entre as quais, atendimentos precários à saúde com viaturas de saúde itinerantes em bairros e vilas, e também postinhos de saúde. (SANTOS, 2013, p.2).

Todo este processo de precarização favoreceu o aumento no número de jovens sanitaristas, com busca dos serviços municipais de saúde - através de inúmeros encontros estaduais e nacionais que se configura no movimento municipal de saúde, sendo estes encontros a antecipação do que viria, anos depois, a ser: diretrizes constitucionais da Universalidade, da Descentralização, da Integralidade e da Regionalização (SANTOS, 2013, p. 2)

Os movimentos municipais de saúde e o da Reforma Sanitária, obtiveram ganhos significativos em meados de 1980 no que tange aos convênios e os repasses financeiros do governo Federal que contribuíram com os serviços prestados em relação ao atendimento integral de saúde. Ainda nos anos 80 houve o crescimento significativo em relação a participação estadual e municipal com o fortalecimento das mobilizações sociais, este período ficou conhecido por década perdida.

Todas as conquistas citadas acima, foram concretizadas e viabilizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que aprofundou ainda mais os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Neste sentido Santos (2014, p.2), aponta em seus estudos:

(...) onde o lema era “Saúde para todos no ano 2000” houve uma grande movimentação no sentido, novas medidas de redução de doenças na infância, redução das comorbidades por doenças crônicas degenerativas, melhorias na alimentação, moradia e trabalho, enfim medidas que trouxessem mais saúde para a população. (SANTOS, 2014, p. 2).

Em relação a questão da força política do movimento de Reforma Sanitária, vale citar a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta pelos governos Federal, Estaduais e Municipais, além das instituições públicas, privadas e pelos sindicatos. Já a criação da Plenária Nacional Constituinte, foi criada para contribuir com a participação social da sociedade civil além de fazer valer o exercício do controle social nas questões de saúde pautada na Consituição Federal de 1988.

Ainda em relação a Reforma Sanitária, Coelho (2010, p.2) afirma:

(...) a Reforma Sanitária pode ser compreendida como um processo de estabelecimento de uma democracia parcial, ou como um regime parcial, em que a sua efetiva instituição e institucionalização atualizariam, na arena política da saúde, a condição de possibilidade do exercício da democracia tal como compreendida neste capítulo. Ou seja, não são condições suficientes para a consolidação da democracia o estabelecimento das instituições políticas, eleições periódicas e partidos políticos: a questão da equidade é principal para que a democracia se efetive. A Reforma Sanitária atualiza tal condição no campo da saúde.

Ou seja, como supracitado o movimento de Reforma Sanitária buscou viabilizar o acesso a democracia na arena da saúde, tentando enfrentar os desafios postos pelos movimentos contrários instaurados pelo Projeto hegêmonico neoliberal.⁴ Em relação ao projeto privatista, Santos (2013) dirá:

O projeto privatista da saúde pauta seu discurso na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática. O discurso neoliberal aposta na competitividade e no triunfo do individualismo, cabendo ao Estado garantir o mínimo para atender as comunidades mais vulneráveis. (SANTOS,2013, p. 237).

As características deste projeto privatista são conflituosas em relação ao projeto de Reforma Sanitária, pois os valores e princípios divergem entre si, além de colocar o Estado como principal responsável para atender o mínimo referente às necessidades da sociedade.

Outra crítica ao projeto privatista: é a vinculação ao “mercado e à privatização impõe ao Estado a garantia de efetivar apenas ações mínimas na saúde, com caráter focalizado para atender o cidadão que não pode pagar pelo serviço.(...) Esta questão ainda visa o estímulo à privatização da saúde, fortalecendo um sistema para os consumidores e deixando o SUS

⁴ O projeto neoliberal aposta na cultural dos indivíduos e não da sociedade, pois na atual conjuntura, observa-se um rompimento dos fios que ligavam os humanos a uma textura social, a uma sociedade. (NETTO,1996).

restrito apenas aos cidadãos pobres, por meio de programas precários e focalizados“. (SANTOS, 2013, p. 237).

Vale lembrar que as discussões e reflexões realizadas no âmbito da saúde pregava a opção pelo SUS e a negação pelos planos privados, além de reforçar a questão dos princípios da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação da Comunidade.

O que se esperava desde os anos de 1990 com a promulgação do SUS era o crescente avanço das políticas sociais da área, no entanto os desafios foram crescentes até então, e as dificuldades foram se apresentando. De acordo com Santos (2013, p. 3) “primeiras avaliações e análises reveladoras de outra política de Estado, real, com rumo desviado dos princípios e diretrizes constitucionais.“

É importante citar um estudo que aponta os obstáculos de 22 anos do SUS, as consequências e as possíveis conclusões, que tentam esclarecer a verdadeira política de Estado na área da Saúde. De acordo com Santos (2013) as conclusões dos obstáculos e consequências são:

- A.** Os 4 obstáculos ao SUS e suas consequências, foram acontecendo concretamente, de maneira contínua nos 22 anos do SUS, o que revela a força da política de Estado, descomprometida com as diretrizes constitucionais dos direitos sociais. Aponta para outra política de Estado, acima das políticas de governo, de todos os governos nesses 22 anos. Cabem aqui as perguntas: que Estado é esse? O que vem realmente acontecendo nos rumos dados pela Constituição e Leis 8080/90 e 8142/90?
- B.** Na formação da consciência social do direito à saúde, as consequências e influências dos 4 obstáculos anti-SUS, acabaram levando ao predomínio de que saúde seja mais direito de consumidor do que direito humano de cidadania. E por isso, da falsa noção de que o SUS é gratuito, quando na realidade é muito bem pago pelos impostos e contribuições sociais arrecadados, e mais ainda: por sistema tributário que incide muito mais nos estratos sociais mais pobres.
- C.** O Estado brasileiro acabou revelando na saúde, mais o seu lado de aparelho criador de mercado para os direitos do consumidor, do que implementador das diretrizes constitucionais para os direitos sociais de cidadania. Desconsidera que o SUS para ser efetivo e incluir a todos vai também ampliar o mercado de empregos, medicamentos, equipamentos, tecnologias, etc., e opta pelo mercado privado de planos de saúde para

assistir os trabalhadores do mercado de trabalho formal, inclusive socializando os custos com o erário público. (Nicho de mercado por excelência). Criou a Agência Nacional de Saúde com 5 diretorias para regular esse mercado, hoje com os 5 diretores extraídos do setor privado, e cuja regulação segue o imperativo mercadológico da concentração e acumulação intensiva do capital, inclusive com a entrada de seguradoras estrangeiras

- D.** Na formulação e realização dos 4 obstáculos ao SUS, os agentes dominantes no Estado valeram-se de *instâncias de poder acima* dos gestores do SUS (municipais, estaduais e federais). Inclusive quanto à desigualdade dos valores reais dos repasses federais à MAC e à AB. Tampouco os conselhos de saúde tiveram acesso à formulação e realização desses obstáculos.
- E.** Sob o ângulo *jurídico-legal*, desde a Constituição Federal até a recente Lei n.º 141/2012, a implementação do SUS pode ser considerada concluída, e a Reforma Sanitária Brasileira encerra sua contribuição para um sistema público plenamente instituído. Contudo, sob o ângulo da *real política pública de Estado*, o SUS encontra-se contra-hegemônico, ainda engatinhando, com exaustão em quase todas as frentes de luta pela implementação das suas diretrizes constitucionais. Seu maior feito, a inclusão social, processa-se sob a hegemonia do "modelo da oferta", medicalizado, privatizado e "modernizado" pelo "gerencialismo". Os avanços reais do SUS poderiam estar sendo realizados pela continuação do desenvolvimento dos convênios pré-SUS, das Ações Integradas de Saúde e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. Constituem-se, contudo, em consistente patamar de criativa acumulação de experiências práticas na atenção à saúde, na gestão descentralizada e no controle social, historicamente decisivo para a retomada do rumo da implementação das diretrizes constitucionais. Por isso a Reforma Sanitária Brasileira, ao contrário de encerrada, enquanto movimento social, está desafiada a persistir na sua ação inovadora e criativa, na luta pelos direitos sociais.

Nesse contexto, os obstáculos e consequências sintetizam os desafios que o movimento de Reforma Sanitária ainda vivencia e demonstram de forma clara o quanto o SUS precisa avançar.

Com a implantação do SUS se destacam pontos positivos e pontos que ainda precisam serem melhorados. Em relação ao financiamento do SUS, os avanços foram:

- Aumento da participação do município no financiamento da saúde;

- Aumento progressivo das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios.

Já as dificuldades quanto ao financiamento:

- Não implantação do orçamento da Seguridade Social;
- Instabilidade das fontes durante a maior parte da década (EC nº 29 só foi aprovada no ano 2000).
- Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento. (SILVA, 2014).

Em relação ao atendimento ao usuário os avanços foram:

- Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias;
- Mudança do modelo de atenção;
- Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população;

Já os desafios são:

- Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS.
- Experiências inovadoras em diversos estados e municípios no sentido da mudança de modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações).
- Mudanças nas práticas de atenção em várias áreas (por exemplo, saúde mental)
- Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país.
- Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país. (SILVA, 2014).

Reconhece-se que os desafios postos são imensos para a efetiva materialização deste modelo de saúde. Dentre eles destacam-se as questões socioeconômicas, políticas e culturais e o interesse do poder dominante.

Tais fatores, muitas vezes, condicionam a política de saúde e o trabalho nesta área de forma que a gestão dos serviços públicos na esfera municipal, estadual e, federal assumam uma posição e condição divergente do Conselho Nacional de Saúde.

A partir do que foi exposto, pode-se inferir que estão sendo construídas ações para se efetivar a mudança do modelo de assistência em saúde preconizada pela reforma sanitária que subsidiou a criação do SUS. Tal mudança parte de um segmento estratégico, que

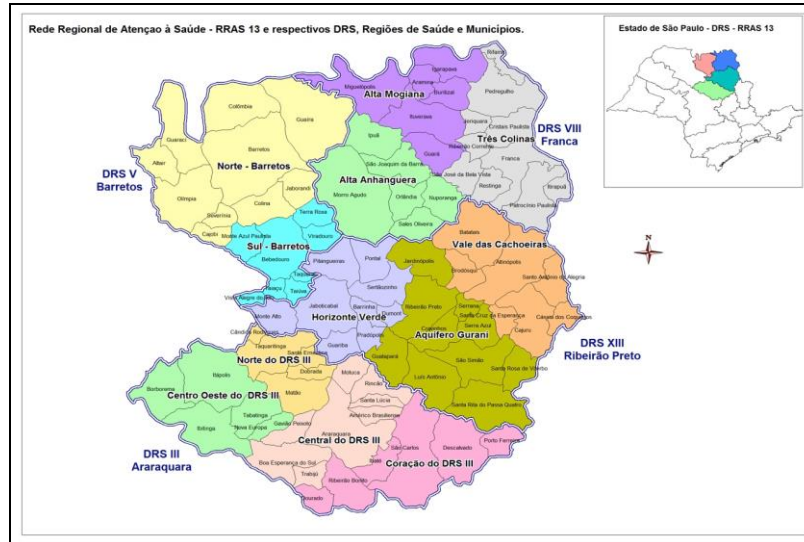
corresponde à educação em saúde. Para se estabelecer novas formas de se efetivar a política de saúde é preciso uma nova orientação para a formação em saúde.

4) Resultados e discussões

4.1 Números da Saúde de Araraquara

No Estado de São Paulo, o processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde iniciou-se em 2011 e efetivou-se com a constituição de 17 RRAS, dentre elas a RRAS 13. A RRAS 13 é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Barretos – DRS V, localizado na macrorregião Noroeste do estado de São Paulo; de Araraquara – DRS III, de Franca – DRS VIII e de Ribeirão Preto – DRS XIII, que estão situados na macrorregião Nordeste do estado de São Paulo com uma população estimada de 3.573.129 habitantes (estimativa IBGE 2015). Essa Região contempla 90 municípios, agregados nas Regiões de Saúde Central, Centro-Oeste, Norte e Coração do DRS III; Regiões Norte e Sul do DRS V; Regiões Três Colinas, Alta Anhanguera e Alta Mogiana do DRS VIII e Regiões Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras do DRS XIII (Figura 1)

Figura 1. Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 13 e respectiva Região de Saúde e Município.



Fonte: Fundação Seade (2015)

II - Características sociodemográficas e geopolíticas do DRS III – Araraquara

O DRS III - Araraquara é composto por 24 municípios com uma população total de 965.555 habitantes e formada pelas seguintes Regiões de Saúde: Região de Saúde Central com uma população total de 303.020 habitantes, Região de Saúde Centro-Oeste com uma população total de 138.168 habitantes, Região de Saúde Coração com uma população total de 374.781 habitantes, Região de Saúde Norte com uma população total de 149.886 habitantes. (Figura 2)

Figura 2. Mapa do DRS III e suas Regiões de Saúde



Fonte: Fundação Seade (2015)

Quadro 7 - População do DRS por sexo – IBGE/SEADE/2015:

MUNICÍPIOS	População Masculina	População Feminina	População Total
Américo Brasiliense	19.045	18.985	38.030
Araraquara	106.715	114.490	221.205
Boa Esperança do Sul	7.123	7.088	14.211
Gavião Peixoto	2.332	2.203	4.535
Motuca	2.266	2.236	4.502
Rincão	5.247	5.209	10.456
Santa Lúcia	4.206	4.238	8.444
Trabiju	813	824	1.637
RS Central	147.747	155.273	303.020
Borborema	7.584	7.461	15.045
Ibitinga	27.825	28.713	56.538
Itápolis	20.257	20.721	40.978
Nova Europa	5.046	5.138	10.184
Tabatinga	7.902	7.521	15.423
RS Centro-Oeste	68.614	69.554	138.168
Descalvado	15.711	16.212	31.923
Dourado	4.300	4.228	8.528
Ibaté	16.976	16.216	33.192
Porto Ferreira	26.255	26.862	53.117
Ribeirão Bonito	6.333	6.292	12.625
São Carlos	115.233	119.863	235.096
RS Coração	184.808	189.673	374.481
Cândido Rodrigues	1.310	1.365	2.675
Dobrada	4.389	4.132	8.521
Matão	38.957	39.933	78.890
Santa Ernestina	2.836	2.702	5.538
Taquaritinga	26.726	27.536	54.262
RS Norte	74.218	75.668	149.886
DRS III	475.387	490.168	965.555

Fonte: IBGE (2015)

Conforme demonstrado no Quadro 1, o DRS III - Araraquara possui uma população estimada de 991.129 habitantes.

A relação quantitativa entre os sexos na população total do DRS III – Araraquara indica uma pequena predominância de mulheres, seguindo a tendência do Estado. Essa relação pode ser influenciada por fenômenos sociais (migrações, mercado de trabalho, organização familiar e morbimortalidade).

Observa-se maior concentração de habitantes está nas faixas etárias de 20 a 29 anos, com relação ao sexo, a proporção de mulheres em relação à de homens começa a se alterar a partir da faixa etária dos 35 a 40 anos de idade, predominando o sexo feminino.

Quadro 8 – Características do território e contingentes populacionais dos municípios do DRS

III

MUNICÍPIO	ÁREA (Km2) 2015	POPULAÇÃO IBGE		% POP RS 2015	Densidade Demográfica (hab/Km2) 2015	População Urbana (%) 2015
		2011	2015			
Américo Brasiliense	123,43	35.115	38.030	12,55	284,49	99,24
Araraquara	1.005,97	211.247	221.205	73,00	209,99	97,16
Boa Esperança do Sul	691,02	13.750	14.211	4,69	19,9	90,99
Gavião Peixoto	243,71	4.446	4.535	1,50	18,24	86,55
Motuca	229,43	4.330	4.502	1,49	18,87	77,14
Rincão	313,42	10.421	10.456	3,45	33,25	81,98
Santa Lúcia	152,31	8.287	8.444	2,79	54,41	95,31
Trabiju	63,38	1.560	1.637	0,54	24,61	93,04
RS CENTRAL	2.822,67	289.156	303.020	31,38	102,44	96,08
Borborema	552,6	14.632	15.045	10,89	26,48	92,79
Ibitinga	688,68	53.660	56.538	40,92	77,92	96,56

Itápolis	997,13	40.228	40.978	29,66	40,34	92,77
Nova Europa	160,88	9.453	10.184	7,37	58,76	94,22
Tabatinga	366,46	14.816	15.423	11,16	40,43	88,72
RS CENTRO-OESTE	2.765,75	132.789	138.168	14,31	48,01	93,98
Descalvado	755,23	31.262	31.923	8,52	41,39	91,54
Dourado	205,98	8.610	8.528	2,28	41,8	91,59
Ibaté	289,54	31.165	33.192	8,86	107,64	96,40
Porto Ferreira	243,91	51.787	53.117	14,18	212,32	98,21
Ribeirão Bonito	471,5	12.220	12.625	3,37	25,92	93,92
São Carlos	1.140,92	224.828	235.096	62,78	197,06	96,00
RS CORAÇÃO	3.107,08	359.872	374.481	38,78	115,82	95,79
Candido Rodrigues	69,52	2.674	2.675	1,78	38,46	83,74
Dobrada	150,09	8.030	8.521	5,68	53,5	97,77
Matão	527,01	77.270	78.890	52,63	146,62	98,16
Santa Ernestina	134,96	5.552	5.538	3,69	41,14	95,34
Taquaritinga	594,22	54.172	54.262	36,20	91,16	95,77
RS NORTE	1.475,80	147.698	149.886	15,52	100,08	96,91
DRS III	10.171,30	929.515	965.555	100,00	91,39	95,80

Fonte: Seade/IBGE (2015)

O DRS III-Araraquara é constituído por uma população de 965.555 habitantes (SEADE/IBGE 2015), sendo a Região Coração a mais populosa representando 38,81% da população do DRSIII e com a maior densidade demográfica. A menos populosa é a Região Centro-Oeste com 14,30%, menor densidade demográfica e menor taxa de urbanização. A Região Norte possui a maior taxa de urbanização.

Quadro 9 - Distribuição das Regiões de Saúde do DRS III segundo porte populacional - 2015 (< 10 mil, de 10 a 49 mil, de 50 a 99 mil, > 100 mil a 499 mil e acima de 500 mil)

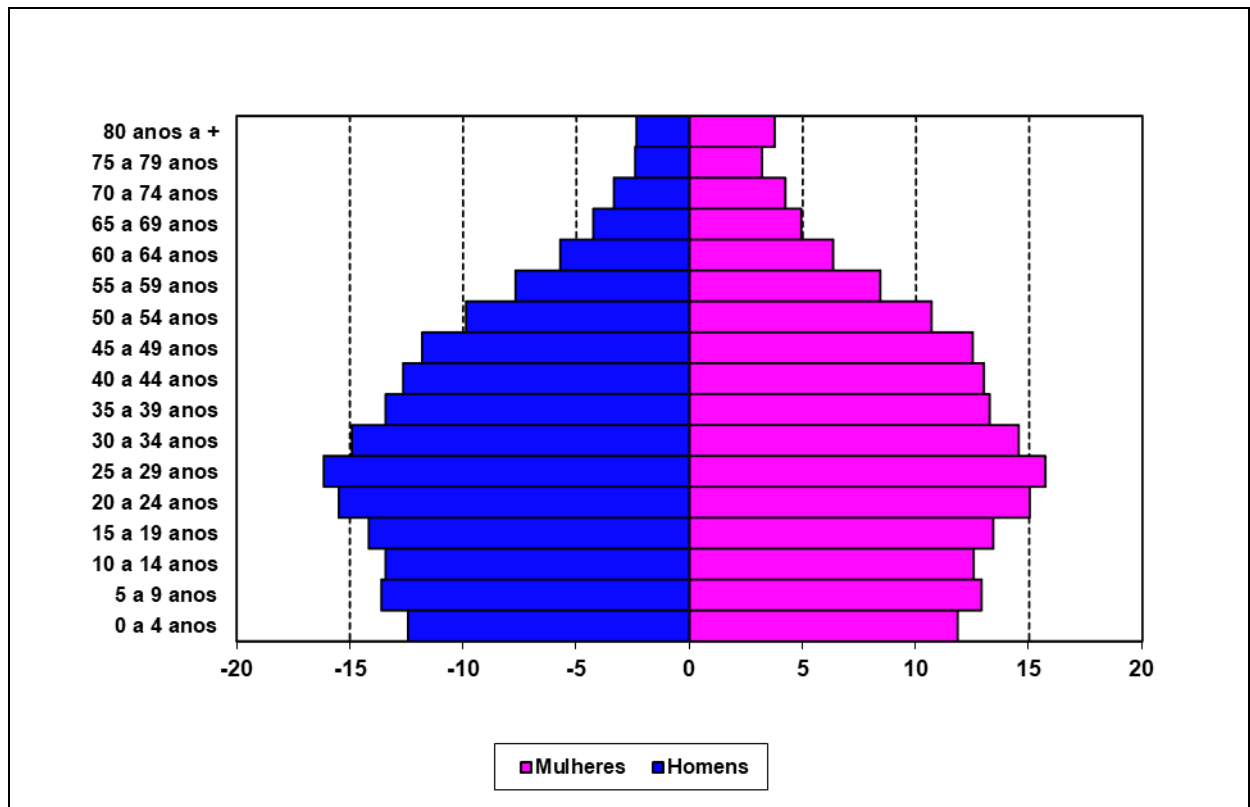
Região de Saúde/DRS/RRAS	< 10.000 hab.	10 a 49.000 hab.	50 a 99.000 hab.	100 a 499.000 hab.	> 500.000 hab.	Total
Central do DRS III	4	3	0	1	0	8

Centro Oeste DRS III	0	4	1	0	0	5
Norte do DRS III	3	0	2	0	0	5
Coração do DRS III	1	3	1	1	0	6
Araraquara	8	10	4	2	0	24

Fonte IBGE – Censo 2015

Apesar de sua grande extensão territorial sua densidade demográfica é baixa 91,39 habitantes/km². Dos 24 municípios da região, 8 possuem menos de 10 mil habitantes; 10 tem entre 10 e 49 mil habitantes; 04 municípios têm de 50 a 99 mil habitantes; 2 têm entre 100 a 499 mil habitantes.

Figura 3- Pirâmide Populacional do DRS III.



Fonte: Seade 2015

A pirâmide do DRS III indica a concentração de adultos jovens e predomínio do sexo feminino na população acima de 60 anos. Observa-se o estreitamento da base e o alargamento de ápice o que aponta a tendência de envelhecimento da população, indicando a necessidade de revisão da organização dos serviços para atendimento dessa população, com destaque para o aumento da faixa etária economicamente ativa.

Quadro 10 – Índice de envelhecimento do DRS III Araraquara

Região de Saúde/DRS/RRAS	População maior de 60 anos	População menor de 15 anos	Índice de Envelhecimento
Central do DRS III	41.538	54.597	60,19
Centro Oeste do DRS III	19.500	25.210	74,00
Norte do DRS III	20.643	28.184	77,71
Coração do DRS III	51.335	68.807	73,44
Araraquara	133.016	176.798	71,34
RRAS13	464.511	656.705	70,73
Estado de São Paulo	5.485.420	8.528.802	64,32

Fonte IBGE – Censo 2015

Para o índice de envelhecimento o destaque é para a Região Norte (73,44%), seguida pela Região Centro Oeste (74,00%), pela Região Coração (73,44%) e Região Central (60,19%). O índice de envelhecimento é importante para pensar na reorganização da

assistência prestada onde esse perfil exige do sistema e serviços de saúde ações específicas para intervenção nas doenças crônicas/ degenerativas, principalmente a hipertensão arterial e diabetes. Cabe destacar que o índice de envelhecimento no DRS III é maior que o da RRAS 13 e do Estado de São Paulo. Cabe destacar que o índice de envelhecimento do DRS III de Araraquara é maior que o da RRAS 13 e do Estado de São Paulo.

Quadro 11 – Indicadores demográficos dos municípios do DRS III Araraquara

MUNICÍPIO	Crescimento Populacional 2010/2015	Natalidade 2015	Fecundidade 2015	Envelhecimento 2015
Américo Brasiliense	1,08	15,27	51,81	41,31
Araraquara	1,05	13,48	48,29	88,51
Boa Esperança do Sul	1,03	15,19	55,18	54,04
Gavião Peixoto	1,02	13,79	49,76	54,98
Motuca	1,04	13,31	48,44	63,09
Rincão	1,00	12,55	46,67	61,74
Santa Lúcia	1,02	12,41	44,62	49,62
Trabiju	1,05	13,71	48,78	68,26
RS CENTRAL	1,04	13,71	49,19	60,19
Borborema	1,03	11,56	44,06	86,92
Ibitinga	1,05	13,29	47,52	74
Itápolis	1,02	11,85	44,13	91,52
Nova Europa	1,08	13,35	47,35	54,5
Tabatinga	1,04	11,86	45,12	63,08
RS CENTRO-OESTE	1,04	12,38	45,64	74,00
Descalvado	1,02	11,69	42,9	87,47
Dourado	0,99	8,53	33,27	99,73
Ibaté	1,07	16,37	58,54	44,71
Porto Ferreira	1,03	11,97	44,12	71,39
Ribeirão Bonito	1,03	13,16	49	58,37
São Carlos	1,05	13,7	49,59	78,98

RS CORAÇÃO	1,03	12,57	46,24	73,44
Cândido Rodrigues	1,00	7,11	27,7	127,06
Dobrada	1,06	15,25	56,32	43,6
Matão	1,02	13,4	47,88	73,83
Santa Ernestina	1,00	12,43	46,61	77,92
Taquaritinga	1,00	11,97	44,13	66,15
RS NORTE	1,02	12,03	44,53	77,71
TOTAL DRS	1,03	12,67	46,40	71,34

Fonte: SEADE/2015

A Tabela acima indica que a Região de Saúde que apresentou o maior crescimento populacional nos anos de 2010 a 2015 foi a Central com 1,05%, seguido da Região Centro-Oeste e Coração (1,04,95%), e da Região Norte (1,01%). Sobre o índice de fecundidade a Região Central apresenta o maior índice (49,19%), seguido da Região Coração (46,24%), da Região Centro-Oeste (45,64%) e da Região Norte (44,53%) a mesma tendência é observada no índice de natalidade.

Quadro 12 – IPRS dos municípios do DRS III (2008 – 2012)

MUNICÍPIO	Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)							
	Dimensão Riqueza		Dimensão Longevidade		Dimensão Escolaridade		Grupo	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Américo Brasiliense	40	36	68	72	68	56	4	3
Araraquara	51	43	73	68	78	58	1	1
Boa Esp. do Sul	49	43	70	66	60	38	2	2
Borborema	40	34	61	77	71	54	4	3
Candido Rodrigues	38	30	66	53	73	77	4	4
Descalvado	53	42	73	78	65	53	2	2
Dobrada	40	33	76	81	70	54	3	3
Dourado	39	37	80	81	67	58	4	3
Gavião Peixoto	56	52	74	74	72	46	1	2

Ibaté	42	34	73	68	59	59	4	3
Ibitinga	42	35	72	67	67	61	4	3
Itápolis	41	38	74	65	71	67	3	4
Matão	49	43	73	66	77	60	1	2
Motuca	40	35	75	83	75	52	3	3
Nova Europa	39	38	66	60	78	35	4	5
Porto Ferreira	50	41	75	65	66	53	2	2
Ribeirão Bonito	39	33	72	70	63	48	4	4
Rincão	44	37	76	63	84	47	3	5
Santa Ernestina	38	32	57	68	69	56	4	3
Santa Lúcia	38	33	81	75	74	49	3	4
São Carlos	51	43	77	70	67	58	2	1
Tabatinga	37	30	62	72	69	56	4	3
Taquaritinga	40	35	69	71	70	59	4	3
Trabiju	48	36	85	65	62	61	4	4

Fonte IBGE – Censo 2015

Visando avaliar o grau de desenvolvimento das diversas regiões do Estado, o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) como um indicador paralelo ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Parte do pressuposto de que a renda per capita não basta como indicador das condições de vida de populações e acrescenta outras dimensões. Dessa forma, o IPRS acrescenta a longevidade e a escolaridade, refletindo as condições de saúde e de educação das populações e proporcionando um panorama mais abrangente das condições de vida. Dados da Fundação SEADE (2014), tendo como base o índice, apontam a heterogeneidade existente entre os municípios que compõem o DRS III, com destaque positivo para Araraquara e São Carlos, que se mantiveram no Grupo 1 nas mensurações efetuadas em 2014, indicando bons indicadores em todas as dimensões. No Grupo 2, situam-se os municípios com bons indicadores de riqueza porém, com alguma deficiência na área social, sendo em número de quatro. Já no Grupo 3, com baixo nível de riqueza e indicadores sociais satisfatórios, situam-se seis municípios da Regional. Por fim, quatro deles foram classificados como possuindo baixos níveis de riqueza e deficiência em um dos outros dois indicadores, o que os insere no Grupo 4. Cabe destacar que dois municípios ficaram no grupo 05 que são os mais desfavorecidos, tanto em riqueza quanto nos indicadores sociais.

A comparação efetuada entre os anos de 2008 e 2012 revela que 37,50% dos municípios mantiveram seus indicadores, 37,50% foram reclassificados com índices melhores do que o anterior o que indica o potencial e o progresso das políticas públicas desenvolvidas na região e 25% apresentou declínio nos índices.

Quadro 13 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2015) por município do DRS III- Araraquara

MUNICÍPIO	IDH 2015
Américo Brasiliense	0,751
Araraquara	0,815
Boa Esperança do Sul	0,681
Borborema	0,730
Cândido Rodrigues	0,789
Descalvado	0,760
Dobrada	0,718
Dourado	0,738
Gavião Peixoto	0,719
Ibaté	0,703
Ibitinga	0,744
Itápolis	0,773
Matão	0,741
Motuca	0,765
Nova Europa	0,751
Porto Ferreira	0,734
Ribeirão Bonito	0,718
Rincão	0,734
Santa Ernestina	0,738
Santa Lucia	0,737
São Carlos	0,805
Tabatinga	0,704
Taquaritinga	0,748
Trabijú	0,722

Fonte IBGE – Censo 2015

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2015), apenas 8% dos municípios possuem IDH acima de 0,8 sendo considerado como grau elevado e os demais com IDH grau médio, indicando ser uma região com diferenças sociais entre os municípios, Cabe destacar que o município de Araraquara foi o 8ª no ranking do Estado do São Paulo, apresentando o mesmo IDHM de Santo André (0,815), mas fica um pouco atrás no item renda, o que coloca o município na oitava posição. O município de São Carlos foi o 15ª com o mesmo IDHM da capital paulista, perdendo no quesito renda; tem na agropecuária uma de suas principais atividades econômicas, com destaque para a produção de cana-de-açúcar, laranja, leite e criação de frangos. Essa característica não impede, contudo, que grandes indústrias também funcionem na cidade, como a Faber-Castell, a Volkswagen e a Electrolux.

Tabela 14 - Percentual de urbanização dos municípios do DRS III Araraquara

MUNICÍPIO	População Urbana Censo 2010	População Urbana Censo 2015	Total População Censo 2010	Total População Censo 2015	Taxa de Urbanização Censo 2010	Taxa de Urbanização Censo 2015
Américo Brasiliense	34.217	37.741	34.478	38.030	99,2	99,24
Araraquara	202.730	214.923	208.662	221.205	97,2	97,16
Boa Esperança do Sul	12.184	12.931	13.645	14.211	89,3	90,99
Gavião Peixoto	3.575	3.925	4.419	4.535	80,9	86,55
Motuca	3.108	3.473	4.290	4.502	72,5	77,14
Rincão	8.460	8.572	10.414	10.456	81,2	81,98
Santa Lúcia	7.754	8.048	8.248	8.444	94	95,31
Trabijú	1.418	1.523	1.544	1.637	91,8	93,04
RS CENTRAL	273.446	291.142	285.700	303.020	95,7	96,08
Borborema	13.095	13.960	14.529	15.045	90,1	92,79

Ibitinga	51.057	54.593	53.158	56.538	96,1	96,56
Itápolis	36.325	38.015	40.051	40.978	90,7	92,77
Nova Europa	8.625	9.595	9.300	10.184	92,7	94,22
Tabatinga	12.578	13.683	14.686	15.423	85,7	88,72
RS CENTRO OESTE	121.680	129.850	131.724	138.168	92,4	93,98
Descalvado	27.712	29.222	31.056	31.923	89,2	91,54
Dourado	7.869	7.811	8.609	8.528	91,4	91,59
Ibaté	29.508	31.997	30.734	33.192	96	96,40
Porto Ferreira	50.478	52.166	51.400	53.117	98,2	98,21
Ribeirão Bonito	11.220	11.857	12.135	12.625	92,5	93,92
São Carlos	213.061	225.692	221.950	235.096	96	96,00
CORAÇÃO	339.848	358.715	355.884	374.481	95,5	95,79
Cândido Rodrigues	2.153	2.240	2.668	2.675	80,7	83,74
Dobrada	7.762	8.331	7.939	8.521	97,8	97,77
Matão	75.377	77.438	76.786	78.890	98,2	98,16
Santa Ernestina	5.145	5.280	5.568	5.538	92,4	95,34
Taquaritinga	51.168	51.967	53.988	54.262	94,8	95,77
RS NORTE	141.605	145.255	146.949	149.886	96,4	96,91
TOTAL DRS III	876.579	925.002	920.257	965.555	95,3	95,80

Fonte: ANS- 12/2015

O grau de urbanização é de 95,8% no DRS III sendo de 96,08% na Região Central, 93,98% na Centro-Oeste, 95,79% na região Coração e 96,91% na região Norte.

Quadro 15 - População coberta pela Saúde Suplementar

Região de Saúde/DRS/RRAS	Número de Beneficiários 2015	População 2015	Percentual de Beneficiários 2015
Central do DRS III	140.963	309.698	45,52
Centro Oeste do DRS III	28.106	141.881	19,81
Norte do DRS III	56.225	155.079	36,26
Coração do DRS III	145.060	384.471	37,73
Araraquara	370.354	991.129	37,37
RRAS13	1.325.337	3.573.129	37,09

Estado	18.400.449	44.396.484	41,45
---------------	-------------------	-------------------	--------------

Fonte: ANS- 12/2015

O percentual de cobertura pela Saúde Suplementar está abaixo do Estado, vale acrescentar que as coberturas desses planos são restritas, limitando-se muitas vezes a consultas e exames.

Há de se destacar que as regiões de saúde DRS III recebem anualmente trabalhadores para as safras agrícolas, construção civil e alunos do ensino médio, técnico e superior, consequentemente impactando no planejamento das ações e serviços de saúde.

4.2 - Conjuntura da saúde pública da cidade de Araraquara entre o período (2005 e 2012)

Programas de saúde

Programa de atenção básica à saúde

A atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (PNAB, 2006), enquanto a estratégia das ações municipais de saúde é concebida como ordenadora do sistema loco regional, integrando os diferentes

Programa de assistência hospitalar e ambulatorial

A assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS.

Programa CAPS

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida.

Programa de Saúde da Família

A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita .
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta .
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais .
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde .
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social

Programa de agente comunitário da saúde

O agente comunitário de saúde (ACS) é um personagem muito importante no fortalecimento da integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade. Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que o ACS é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal. É quem está mais próximo dos problemas que afetam a mesma; é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce.

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes, etc. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade.

Todas as famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. Entretanto, sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários. Todas essas ações que estão voltadas para a qualidade de vida das famílias necessitam de posturas empreendedoras por parte da população e, na maioria das vezes, o ACS pode exercer a função de estimular e organizar as reivindicações da comunidade.

Programa de Saúde Bucal

Um dos avanços que merecem destaque no cenário do cuidado integral no SUS foi a inserção da saúde bucal, ainda que tardia, por meio de uma política específica, articulada e

com financiamento considerável, chamada “Brasil Sorridente” (Política Nacional de Saúde Bucal).

Em 2004, quando o Brasil Sorridente foi criado, o Governo Federal assumiu um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, criando linhas de financiamento específicos para criação de novas equipes de saúde bucal (eSB), para construção e implantação de Centros de atenção secundária e terciária dentre outras ações, que fizeram do Brasil Sorridente a maior política pública de saúde bucal do mundo. Essa nova proposta da odontologia, inserida e articulada no SUS, também impôs aos profissionais e ao sistema novos modelos de cuidado. A odontologia é historicamente uma profissão que atua no setor privado, em um modelo individual e prioritariamente curativista.

No entanto, com essa nova demanda, foi necessário “desprogramar” essa prática e incorporar ações que fortalecesse o coletivo, a atenção primária e sobretudo trabalhar em uma perspectiva de redes de atenção à saúde, com vistas ao fortalecimento e à expansão do Brasil Sorridente: a maior política pública de saúde bucal do mundo!

Programa de DST/AIDS

O Programa Nacional de DST/Aids que, por sua vez, servirão de base para as ações de prevenção, de assistência, de garantia dos direitos humanos, de comunicação social e de desenvolvimento institucional que estejam no contexto da tomada de decisões de políticas públicas e que estabeleçam modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, considerados seus aspectos culturais e sociais.

Objetivos

Três grandes objetivos norteiam essas ações:

1. reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST;
2. ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/AIDS;
3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da AIDS.

Programa Farmácia Popular

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado com o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. O Programa cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Programa de atendimento ao trabalhador

A Saúde do Trabalhador, conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos dos processos de trabalho, passou a fazer parte das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde – (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 200, inciso II, define que compete ao SUS executar ações de Saúde do Trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Programa de ações de vigilância epidemiológica

A Lei Orgânica da Saúde conceitua Vigilância Epidemiológica (VE) como um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

O desencadeamento do processo de vigilância tem início com a informação do problema de saúde que se destina à tomada de decisões e, por essa razão define-se a Vigilância Epidemiológica por meio da tríade informação – decisão – ação. A VE constitui-se em importante instrumento de prevenção e controle de doenças e fornece importantes subsídios para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

Programa de vigilância sanitária

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) devem promover e proteger a saúde da população e serem capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção, da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Serviço de atendimento móvel

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgências e situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

Programa Equoterapia

É a utilização do cavalo como recurso terapêutico para o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência ou de necessidades especiais. Na equoterapia o cavalo é utilizado como um meio de se alcançar os objetivos terapêuticos. Ela exige a participação do corpo inteiro, de todos os músculos e de todas as articulações.

A técnica tem como objetivo proporcionar ao portador de necessidades especiais o desenvolvimento de suas potencialidades, respeitando seus limites e visando sua integração na sociedade, proporcionando ao praticante benefícios físicos, psicológicos, educativos e sociais.

A equoterapia é baseada na prática de atividades equestres e técnicas de equitação, sendo um tratamento complementar na recuperação e reeducação motora e mental.

Na parte física, o praticante da equoterapia é levado a acompanhar os movimentos do cavalo, tendo que manter o equilíbrio e coordenação para movimentar simultaneamente tronco, braços, ombros, cabeça e o restante do corpo, dentro de seus limites. O movimento tridimensional do cavalo provoca um deslocamento do centro gravitacional do paciente, desenvolvendo o equilíbrio, a normalização do tônus, controle postural, coordenação, redução de espasmos, respiração, e informações proprioceptivas, estimulando não apenas o funcionamento de ângulos articulares, como o de músculos e circulação sanguínea.

Serviço de Assistência especializada na saúde - SAE

O Serviço de Assistência Especializada – SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo destes serviços é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Centro regional de reabilitação

Realiza atendimentos de Geriatria, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fisioterapia, Hidroterapia, Psicologia, Gerontologia e Hidroginástica. Presta Assistência interdisciplinar à pessoa idosa e família, por meio de ações de prevenção, orientação, promoção da saúde, diagnóstico, terapia, reabilitação e reinserção social.

Programa de Saúde da Família

O programa abrange os cuidados com a criança que vai da gestação até 9 anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Gestão 2005/2008

O quadro 16 abaixo, apresenta os programas e os valores aplicados no orçamento da saúde no referido período, com destaque para dois programas: Assistência Básica da Saúde e da Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta complexidade.

Quadro 16: Programa e Valores dos Programas da Saúde da Gestão (2005 a 2008)

Programa	Valor/2005	Valor/2006	Valor/2007	Valor/2008
Atendimento Domiciliar	1.400.000,00	1.400.000,00	1.400.000,00	35.000,00
Assistência Básica da Saúde	19.100.000,00	13.000.000,00	13.000.000,00	13.665.000,00
Saúde da Criança	1.100.000,00	1.100.000,00	1.100.000,00	2.613.000,00
Saúde da Mulher	1.400.000,00	1.400.000,00	1.400.000,00	1.460.000,00
Saúde do adulto	1.400.000,00	1.400.000,00	1.400.000,00	7.122.000,00
Atendimento Integral da Saúde do Jovem e do Adolescente	300.000,00	300.000,00	300.000,00	550.000,00
Saúde da família	4.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	3.500.000,00
Agentes comunitários da Saúde	1.100.000,00	1.100.000,00	1.100.000,00	397.000,00
Saúde bucal	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	2.834.000,00
Controle de Aids e DST	650.000,00	650.000,00	650.000,00	407.000,00
Saúde Mental	800.000,00	800.000,00	1.075.000,00	186.000,00
Assistência Especializada	4.500.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	3.803.000,00
Centro de Atendimento Psicossocial	80.000,00	80.000,00	80.000,00	813.000,00
Ações de vigilância	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.041.000,00

Sanitária				
Ações de Vigilância Epidemiológica	180.000,00	180.000,00	180.000,00	551.000,00
Controle de Zoonoses	700.000,00	700.000,00	700.000,00	348.000,00
Combate à dengue	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	806.000,00
Atendimento ao trabalhador	280.000,00	280.000,00	280.000,00	521.000,00
Centro Regional de Reabilitação	1.200.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	3.185.000,00
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e SAMU	1.100.000,00	1.100.000,00	1.100.000,00	2.771.000,00
Farmácia Popular	1.800.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	151.000,00
Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta complexidade	24.000.000,00	15.585.000,00	15.585.000,00	21.338.000,00
Assistência Hospitalar e Ambulatorial através de ações estratégicas	9.000.000,00	7.000.000,00	7.000.000,00	5.077.000,00
Equoterapia	Não teve investimento	120.000,00	120.000,00	132.000,00

Fonte: Organização própria

O quadro 17 abaixo consta os valores da LOA da saúde da gestão de 2005 a 2008. Destaque para a diminuição dos valores dos anos de 2006 e 2007 em relação ao ano de 2005 e o acréscimo significativo no ano de 2008.

Gestão (2005-2008)

Quadro 17– Valores da LOA da Saúde da Gestão (2005-2008)

Ano	Valor
2005	78.790.000,00
2006	62.095.800,00
2007	62.370.000,00
2008	73.306.000,00

Fonte: Organização própria

Programas de Saúde

O quadro 18 abaixo apresenta os valores da LOA da saúde da gestão 2009 a 2011. Os valores relacionados ao exercício de 2012 não consta do quadro, pois não foram encontrados. Percebeu-se um investimento vultoso no ano de 2011 no programa de Centro de Atendimento Psicossocial, esses investimentos estão relacionados com a construção do CAPS e descentralização dos atendimentos do Hospital Cairbar Schutel.

Gestão (2009/2012)**Quadro 18 – Programas e valores dos programas de Saúde da Gestão (2009-2012)**

Programas	Valor/2009	Valor/2010	Valor/2011	Valor/2012
Supervisão e Coordenação da Secretaria Municipal de Saúde	3.600.000,00	3.071.000,00	3.334.867,23	
Assistência Básica de Saúde	32.176.000,00	34.678.500,00	36.664.000,00	
Saúde da Família	2.708.410,00	2.246.000,00	1.717.192,31	
Agente Comunitário Saúde	1.022.000,00	2.974.000,00	7.387.615,38	
Saúde bucal	8.466.381,00	4.225.500,00	4.911.461,54	
Controle Aids/DST	1.446.554,00	1.441.000,00	162.000,00	
Serviço de Atendimento	8.107.330,00	6.288.000,00	1.526.078,92	

de Urgência e Emergência				
Farmácia Popular	170.000,00	216.000,00	4.426.076,93	
Saúde Mental	502.000,00	520.000,00	893.000,00	
Assistência Especializada	4.618.546,00	4.926.000,00	1.542.846,14	
Centro de Atendimento Psicossocial	822.670,47	622.000,00	33.429.292,31	
Reabilitação	3.897.588,00	3.650.000,00	6.400.000,00	
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	23.000.000,00	24.317.000,00	1.246.500,00	
Assistência Hospitalar e ambulatorial através de ações estratégicas	9.000.000,00	7.198.000,00	4.225.846,16	
Vigilância Sanitária	1.217.407,42	1.164.000,00	4.631.223,08	
Ações de Vigilância epidemiológica	3.394.183,24	3.373.000,00	4.631.223,08	
Atendimento ao trabalhador	3.560.310,00	3.590.000,00	2.411.461,38	

Fonte: Organização própria

Orçamento Saúde Gestão (2009-2012)

O quadro 19 abaixo consta os valores da LOA da saúde da gestão de 2009 a 2012. Destaque para a diferença de valores entre os anos de 2008 e 2009 e o crescimento vertiginoso dos valores no decorrer dos anos.

Quadro 19 – Valores da LOA da gestão (2008-2012)

Ano	Valor
2009	107.709.380,13
2010	104.500.000,00
2011	112.498.000,00
2012	132.769.000,00

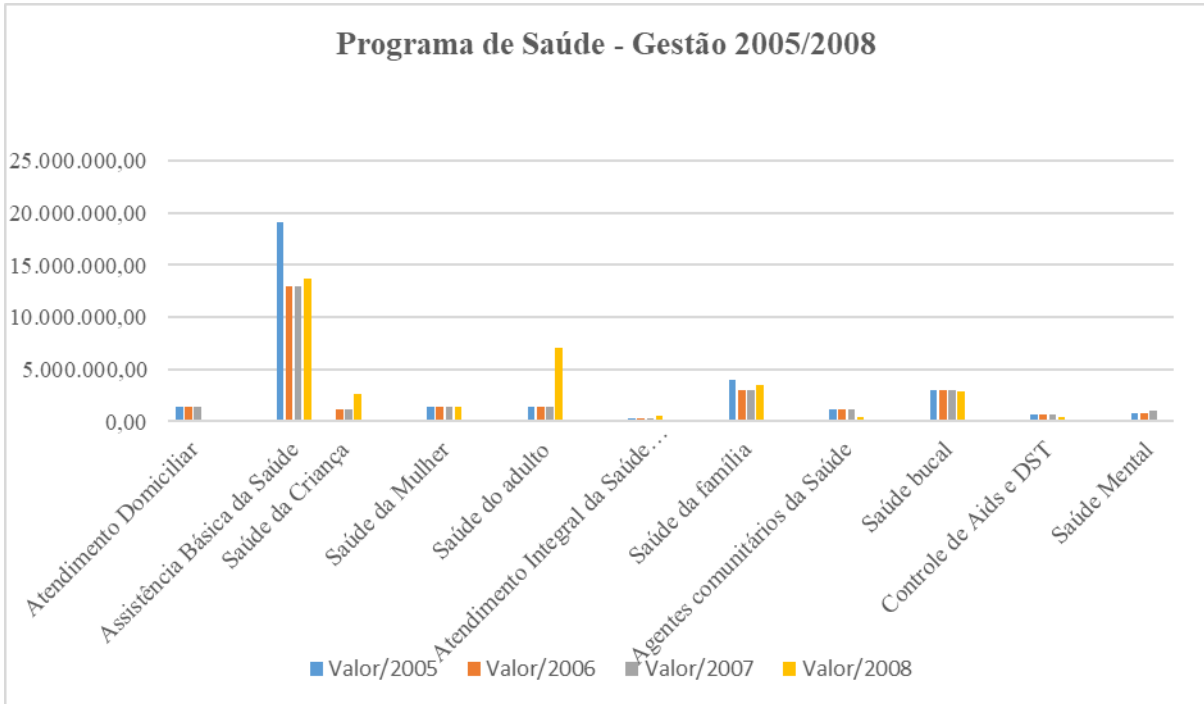
Fonte: Organização Própria

Através da análise da LOA (Lei Orçamentária Anual) percebeu-se que o número de programas relativos à saúde apresenta significativa diferença. O número de programas de saúde do governo de Edinho Silva (PT) é maior do que os que foram apresentados no governo de Marcelo Barbieri (PMDB), enquanto na administração do petista houve 24 programas diferentes, o governo de Marcelo Barbieri apresentou 17, isso porque ocorreu uma fusão alguns programas com outros com características mais extensas.

Programas como Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do adulto que foram implementados no programa de Edinho Silva, no governo de Marcelo Barbieri foram fundidos os programas – porém isso é compreensível, tendo em vista as diferenças de posições políticas dos dois governos.

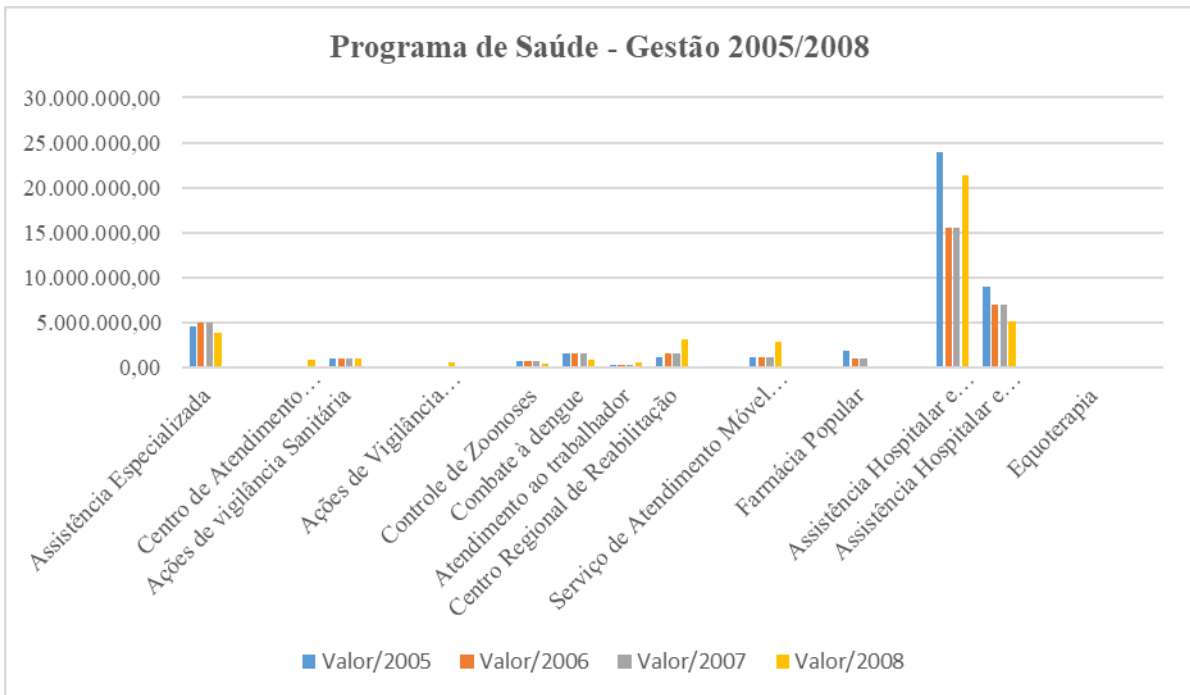
O quadro abaixo apresenta os programas do governo de Edinho Silva durante os anos de 2005 e 2008.

Tabela 1 - Programas de Saúde – Gestão 2005/2008



Fonte: Organização própria

Tabela 2 – Programas de Saúde – Gestão 2005/2008



Fonte: Organização própria

Tecendo a comparação entre os quadros de investimento entre os dois governos, percebe-se no governo de Edinho Silva dois programas que acarretam maiores investimentos: assistência básica da saúde e assistência hospitalar. A assistência básica da saúde está relacionada com os investimentos na saúde preventiva e se caracteriza por um conjunto de

ações de prevenção de agravos, o tratamento e o desenvolvimento de uma atenção integral que ocasione impacto nas coletividades e a assistência hospitalar está relacionada com o investimento em maquinários e construção de leitos para hospitais, o que requer recursos significativos.

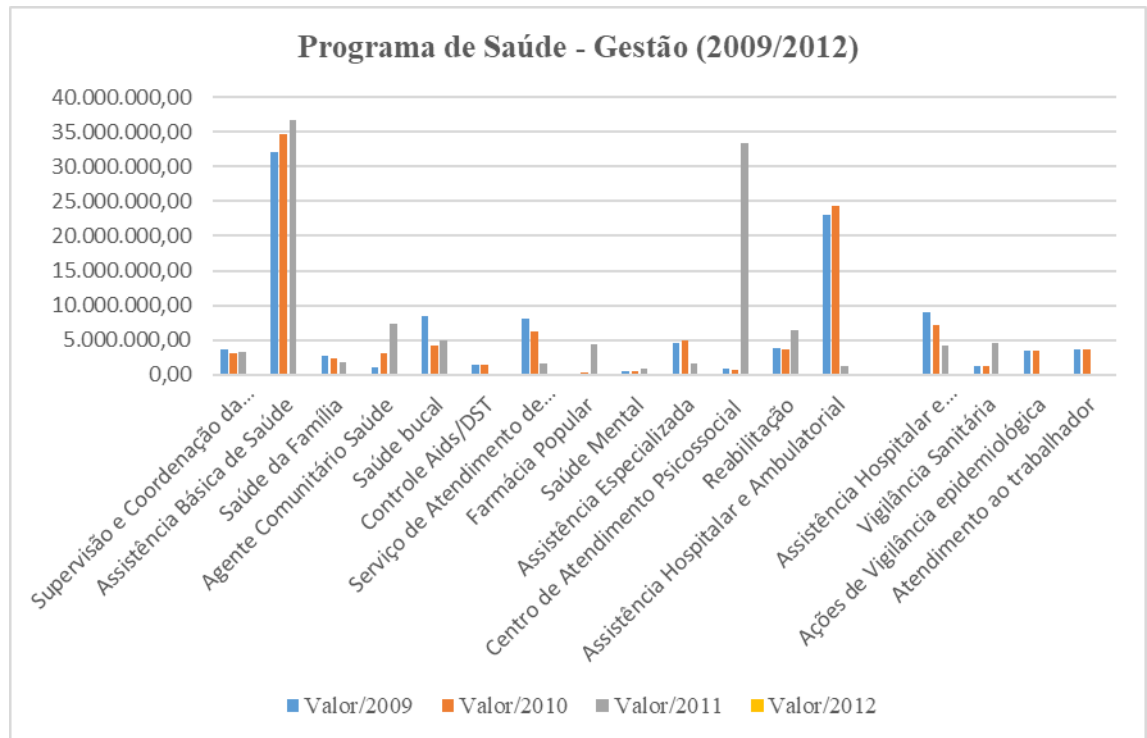
Nesse contexto, é necessário salientar que a administração petista ataca os dois lados do processo de desenvolvimento da saúde: investimento em medicina preventiva e a compra de maquinários e em estrutura para o atendimento dos hospitais.

No governo de Marcelo Barbieri, a primeira gestão privilegiou o investimento nos programas de Assistência básica em saúde e no Centro de Atendimento Psicossocial. O Centro de atendimento psicossocial atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtorno mental, uso de drogas, de álcool.

Percebeu-se que os gastos com o Centro de Atendimento Psicossocial foram maiores do que os investimentos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial que deveria ter um gasto mais expansivo tendo em vista que está atrelado com a área de infra-estrutura hospitalar, como compra de aparelhos e construção de leitos.

O quadro abaixo apresenta os programas do governo Marcelo Barbieri e os respectivos investimentos:

Tabela 3 – Programas de Saúde – Gestão (2009-2012)

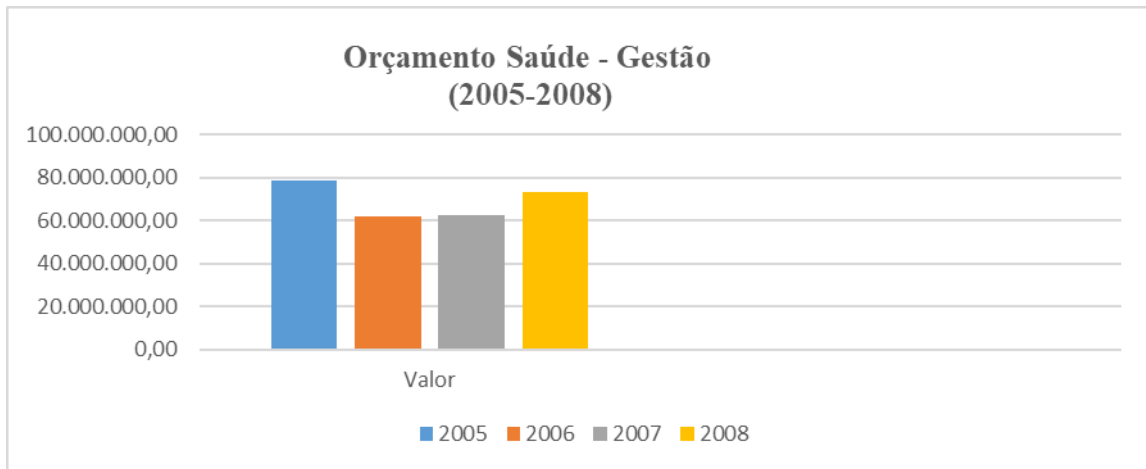


Fonte: Organização própria

Devido à mudança na estrutura burocrática da LOA (Lei orçamentária anual) não foi possível verificar os investimentos realizados nos programas do governo de Marcelo Barbieri relativos ao ano de 2012, por isso, a ausência de informações.

Quanto aos investimentos totais no orçamento da saúde os dois governos também apresentam algumas semelhanças e diferenças, as semelhanças é que nos anos de eleições o valor investido por ambos cresce – no governo de Edinho Silva, ainda se percebe um certo equilíbrio de valores entre os anos de mandato como demonstrado na tabela e no quadro abaixo:

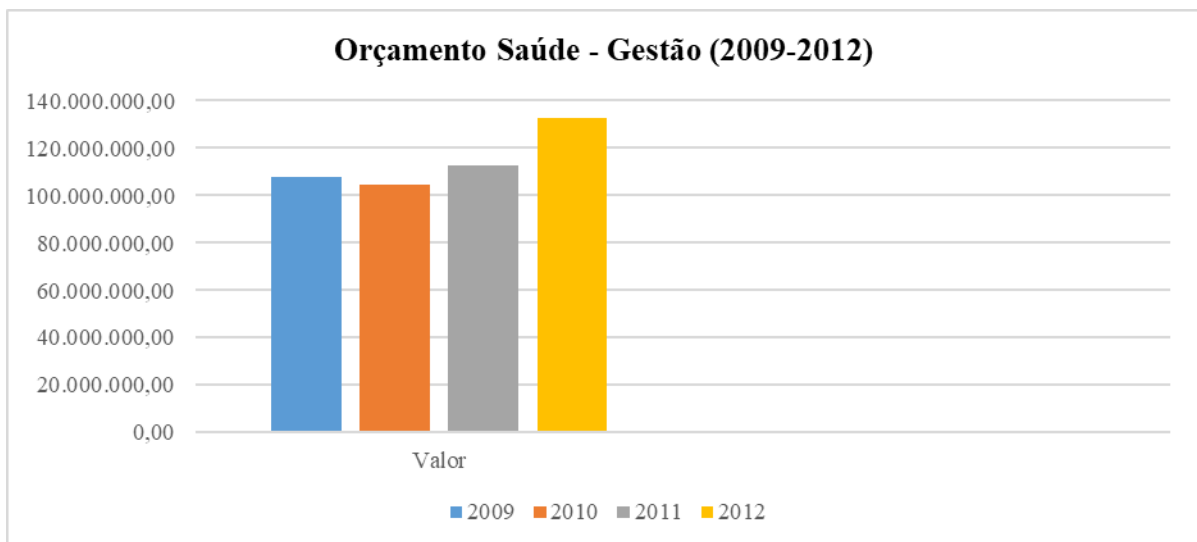
Tabela 4 – Valores da LOA (Lei Orçamentária Anual) – Gestão (2005-2008)



Fonte: Organização própria

No governo de Marcelo Barbieri, os valores apresentados no ano eleitoral são totalmente desproporcional ao restante do mandato, como demonstra os quadros abaixo:

Tabela 5 – Valores da LOA (Lei Orçamentária Anual) – Gestão 2009/2012



Fonte: Organização própria

Outra discrepância quando se analisa os dados é de que houve um crescimento significativo no orçamento da saúde no município de Araraquara entre os anos de 2008 e 2009, saltou da ordem de CR\$ 73.306.000,00 de reais para a ordem de CR\$ 107.709.380,00, de reais uma diferença de 46,57% e se comparando com o ano de 2012 que foi o ano eleitoral

e de reeleição de Marcelo Barbieri a diferença ficou em 80,82% em relação ao valor de último ano de mandato de Edinho Silva.

Gestão (2005-2008)

Após as leituras das atas da gestão (2005-2008) identificou-se os problemas apontados no quadro abaixo:

Quadro 20 – Ata e identificação dos problemas da saúde da gestão (2005-2008)

Ano	Problemas identificados
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas com a Beneficência Portuguesa; • Redução de 50% no atendimento do Hospital dos Olhos; • 60% dos atendimentos serem feitos no SUS; • Hospital de olhos da Beneficência Portuguesa; • Descredenciamento do Hospital Beneficência Portuguesa do SUS
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Compra do terreno no Melhado com dinheiro do Fundo Municipal de Saúde; • Classe médica perdendo o interesse em trabalhar para o SUS; • Problema com o Fundo Municipal de Saúde – Compra de terreno, Vale refeição e Plano Municipal de Saúde dos Funcionários
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre Beneficência Portuguesa, Secretaria de Saúde e Santa Casa na construção do atendimento SUS; • Projeto Lei da Saúde; • Beneficência Portuguesa deixou de atender o SUS; • Aumento na remuneração dos médicos; • Reclamação do Presidente do Conselho Municipal de que o

	Conselho é constantemente desrespeitado;
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de pagamento de manutenção da jardinagem da Gota de Leite e do Aeroporto com valor acima de R\$ 3.000,00 com recursos do Fundo Municipal de Saúde; • Problemas com a oftalmologia da Santa Casa; • Terceirização do Hospital de Américo • Não comunicação ao Conselho por parte da Prefeitura

Fonte: Organização própria

Gestão (2009-2012)

Após a leitura das atas da gestão (2009-2012), identificou-se os problemas apontados no quadro abaixo:

Quadro 21 – Ata e identificação dos problemas da gestão (2009-2012)

Ano	Problemas identificados
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Processos tomados pela Prefeitura no mês de março de 2009 e que já havia consumido 30% do orçamento para o ano corrente; • Terceirização da Gestão do Pronto Socorro Municipal • Contratação de OSCIP
2010	<ul style="list-style-type: none"> • O Conselheiro Ede Queiruja de Melo fez o alerta aos conselheiros de que no primeiro trimestre de 2010 o município já havia gasto R\$ 40.309.000,00 de seu orçamento que só pode atingir 107.000.000,00.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Contratualização da Santa Casa

Fonte: Organização própria

Obs: O mandato do Prefeito Marcelo Barbieri foi consumido por esses problemas. Durante todo o período de governo, eles apareciam como pauta das reuniões ou mencionados, aliado

ao fato de que constantemente o prefeito desrespeitava as atribuições do Conselho Municipal de Saúde, e era alvo de críticas contumazes dos conselheiros.

No período que segue entre 2005 e 2007 a secretária de saúde no governo de Edinho Silva, foi a Prof. Eliana Honain posteriormente substituída em meados de 2007 por Lucia Ortiz.

No período em que foi secretária da Saúde, a Professora Eliana Honain acumulou também o cargo de Presidente do Conselho Municipal de Saúde. Por conseguinte, quando foi substituída, a então Dr. Lucia que assumiu passou a fazer parte do quadro de conselheiros, não mais como presidente até então.

Um dos problemas recorrentes de saúde no Governo Edinho Silva se estabeleceu sobre o Hospital Beneficência Portuguesa e o seu funcionamento no atendimento SUS. De acordo com Eliana Honain, tal problema ocorreu devido ao fato do Hospital ter sido credenciado pelo Ministério da Saúde para a execução de atendimento SUS.

Após algum tempo do credenciamento, o Hospital se recusou a fazer o atendimento pelo SUS e sugeriu a manutenção dos serviços relacionados à Oftalmologia, o que não foi aceito pela Secretaria de Saúde através do Conselho Municipal de Saúde.

Segundo Eliana Honain, o Hospital Beneficência Portuguesa teve a intenção de propor o atendimento apenas na área oftalmológica, para não perder o benefício de entidade filantrópica que havia conseguido através do credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

Posteriormente, no ano de 2007 o Hospital Beneficência Portuguesa foi descredenciado do Ministério da Saúde e não mais organizou atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Até o ano de 2007, o Hospital Beneficência Portuguesa era a referência de saúde pública da cidade de Araraquara, pois o Hospital Santa Casa de Misericórdia estava passando por um processo judicial.

Nesse período, o Promotor Federal, segundo Eliana Honain solicitou a intervenção da Prefeitura na gestão da Santa Casa de Misericórdia, segundo a ex-secretária, por causa do que ela chamou de “administração temerária” e daí em diante, a referência de política pública de saúde de Araraquara se modificou, uma vez que houve um processo de “transferência” de hospital quanto ao atendimento SUS, aliado ao fato da inserção do curso de medicina da

Uniara (Universidade de Araraquara) que ampliou a capacidade de fornecimento de mão-de-obra na área da saúde.

Nesse contexto, se desenvolveu a união tripartite, Prefeitura, Secretaria da Saúde e Uniara na organização da saúde pública na cidade.

Sobre o problema da falta de médicos nos Prontos Socorros de Araraquara e o consequente problema relacionado aos salários, Eliana Honain disse que esse processo ocorreu porque os médicos de uma forma geral, não queriam trabalhar nas unidades de saúde da cidade, pois os salários não eram, segundo eles, compatíveis com a função que era desempenhada.

A Prefeitura então, por sua vez, resolveu ampliar a capacidade de atendimento da classe médica nos plantões a serem realizados, fato esse que acabou turbinando os salários dos médicos, mas Honain disse que, isso ocorreu porque se não, o município iria ficar sem médicos para atendimento à população.

De acordo com Luciana Lujan, na ata do dia 28/07/2007

Com relação à falta de médicos está havendo problemas para a contratação deste profissional devido à defasagem de salário em relação à região. Por isso, o projeto entregue à Câmara prevê um aumento exclusivo para este profissional.

Por outro lado, existia uma determinação do Tribunal de Contas de que os funcionários municipais não podiam ganhar acima do teto salarial do Prefeito, mesmo assim, Honain defendeu a política organizada pela Prefeitura para viabilizar a efetividade dos médicos nos prontos socorros da cidade.

Posteriormente, na gestão de Marcelo Barbieri, ocorreu um movimento contrário nessa política, uma vez que o então prefeito, resolveu acatar a determinação do Tribunal de Contas quanto ao salário dos médicos e fez que se a medida fosse cumprida.

Essa política encerrou com a série de plantões dos médicos, por sua vez, os salários da classe diminuíram, resultando na dificuldade de contratar médicos para atuarem na saúde pública araraquarense.

Além de terem o teto salarial abaixo ou no mesmo nível que o Poder Executivo municipal, também foi implementado a política de “bater ponto”, o que ocasionou mais revolta ainda por parte da classe médica.

Segundo Honain, os médicos se recusaram a terem os salários readequados e também não aceitavam “bater ponto” para trabalhar.

Essa política de readequação dos salários dos médicos, desembocou no processo de contratação de OSCIP na gestão de Marcelo Barbieri, uma vez que era um facilitador para a contratação de médicos para atuarem na saúde pública da cidade de Araraquara.

Sobre os gastos da prefeitura com os recursos do Fundo Municipal de Saúde, Honain disse que foi uma questão de interpretação de uma lei feita pelo Tribunal de Contas. A prefeitura tinha uma leitura da lei e o Tribunal possuía outra, esse problema foi mencionado pelo Conselho, mas posteriormente os valores foram devolvidos aos cofres do Fundo Municipal de Saúde.

Outros gastos diagnosticados e pagos com os recursos do Fundo Municipal de Saúde.

Segundo a ata de janeiro de 2008:

A Comissão fiscal identificou uma nota de pagamento de manutenção de jardinagem da Gota de Leite e do Aeroporto com valor acima de R\$ 3000,00; A Comissão fiscal solicitou esclarecimento porque entendeu que jardinagem não se paga com recursos do Fundo Municipal de Saúde;

De acordo com a ata de fevereiro de 2008:

Serviços de jardinagem executados na Farmácia Popular por entender que neste gasto não deve ser utilizada verba da saúde. Existe também outra nota com a qual a comissão não concordou e que diz respeito a R\$ 4.000,00 gastos em xerox com verba do programa de DST/AIDS, sendo que estas não foram utilizadas pelo Programa.

Nesse contexto, percebeu-se uso recorrente do uso do Fundo Municipal de Saúde com gastos fora da alçada da área da saúde, segundo Eliana Honain isso ocorre por erro do sistema e muitas vezes por falta de recursos da prefeitura para efetuar esses pagamentos, ocorre o que se chama de relocação de recursos.

Sobre o Hospital de Américo Brasiliense, Honain afirmou que havia um problema com a Unesp de Botucatu, era essa universidade que administrava o Hospital e o governo do Estado propôs a terceirização dos serviços da saúde para o atendimento à população.

Nesse contexto, percebeu-se no Conselho Municipal de Saúde uma intensa movimentação de classes no sentido de criticar a proposta organizada pelo governo.

Aqui tudo dentro da normalidade uma vez que se está em jogo a liberdade política do Conselho e o confronto de idéias, mas percebe-se intensa relação de interesses dentro do Conselho Municipal de Saúde. Na ata do dia 28/05/2008, percebe-se movimentação dos sindicatos da classe na reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Posteriormente, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ficou responsável pela manutenção e organização dos servidores do Hospital Nestor Goulart Reis.

A Secretária da Saúde, Eliana Honain no mesmo período também acumulou a função de do Conselho Municipal da Saúde entre os anos de 2005 e 2007. Tal fato, nos remete a um processo de tutela do Conselho Municipal da Saúde por parte do Poder Executivo Municipal, na medida em que direciona a pauta e as discussões em seu interior.

E isso se percebe quase que em todo o período de governo, mesmo após a saída da Secretária da Saúde Eliana Honain do cargo de Secretária de Presidente do Conselho Municipal de Saúde e a entrada do Presidente Paulo Inácio da Costa, a então Secretária de Saúde Lucia Regina Ortiz Lima continuou como membro do Conselho Municipal.

Isso quer dizer que de qualquer forma, o Poder Executivo Municipal possuía o controle do Conselho Municipal de Saúde. Não estou querendo dizer que tal processo não possa ser considerado legal, dentro do jogo democrático isso é perfeitamente cabível, mas não pode ser considerado salutar para o desenvolvimento do sistema democrático em voga, uma vez que a liberdade para pautar e discutir precisa ser amplamente do Conselho Municipal de Saúde.

No governo de Marcelo Barbieri, a secretária de Saúde era a Doutora Regina Barbieri, que possuía laço de parentesco com o então Prefeito Marcelo Barbieri.

O primeiro elemento a ser considerado quando se olha a gestão do então Prefeito Marcelo Barbieri foi a diferença existente entre a LOA do ano de 2008 e a LOA de 2009, primeiro ano de governo de Marcelo Barbieri. A LOA do governo de Edinho Silva em 2008 apontava um gasto com a saúde no montante de R\$ 73.306.000,00 e no governo de Marcelo Barbieri, o gasto foi de R\$ 107.709.308,13, uma diferença significativa de valores em um curto espaço de tempo.

Por que a existência dessa diferença de investimento de um ano para o outro? O que justificou um valor muito acima do anterior na organização da LOA?

A falta de funcionários para dar suporte ao Sistema de Saúde de Araraquara, como por exemplo a equipe da Dengue, equipe de enfermagem, falta de médicos e vigilância sanitária e que a contratação desses funcionários iria exigir recursos financeiros significativos, por isso o acréscimo dos valores da LOA para o ano de 2009, foram as justificativas apresentadas.

Outra questão percebida na LOA da saúde da Gestão de Marcelo Barbieri foi o alto investimento no programa Centro de Atendimento Psicossocial durante o ano de 2011. O valor do ano de 2011 foi muito discrepante em relação aos anos de 2009 e 2010. O valor se justifica porque havia um programa do Governo Federal para reduzir internações no setor de drogas e problemas mentais, que em Araraquara acontecia no Hospital Cairbar Schutel.

A partir disso, foi criado em Araraquara o CAPS para álcool e droga e também o CAPS para a saúde mental, diminuindo as internações no Hospital Cairbar Schutel. Para a criação desses centros, foi previsto o acréscimo no orçamento do município.

Outra questão que foi colocada para a Secretária diz respeito a uma passagem da ata do Conselho Municipal de Saúde do dia 18/03/2009, quando a Conselheira Rosa Maria de Cápua apontou que ainda estava no mês de março, mas a prefeitura já havia gasto 30% dos recursos do orçamento do ano de 2009 com pagamento de processos contra a Prefeitura.

A Ex-secretária justificou que esses processos eram provenientes de acordos não cumpridos pela gestão anterior em contratos com o Governo Federal. Ela ressaltou que quando o recurso vem do Governo Federal é necessário que se gaste o recurso com o qual ele está destinado, não pode alocar recursos em outros setores e salientou que a gestão anterior descumpriu vários contratos nesses mesmos moldes. Assim, o governo Federal entrou com várias ações contra a Prefeitura de Araraquara, por isso a destinação de 30% dos recursos gastos ainda no mês de março do presente ano, uma vez que foi solicitado a devolução dos recursos.

A terceirização da gestão do pronto socorro municipal e a contratação de OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) foram temas recorrentes encontrados nas leituras das atas do Governo Marcelo Barbieri. Em uma delas que possui a data de 27/05/2009, o Presidente do Conselho Municipal Nelson Fernandes Junior, aponta que essas duas questões são atitudes polêmicas da Prefeitura e exige uma explicação por parte da Prefeitura.

A questão colocada para a Secretária foi a seguinte: o que justificou a Terceirização do Pronto Socorro e a contratação de uma OSCIP para tomar conta dos serviços de saúde no município de Araraquara?

A ex-secretária justificou com a existência de uma lei da gestão anterior, onde o então Prefeito Edinho Silva teria aprovado a permissão para que funcionários da Prefeitura de Araraquara pudessem ganhar acima do teto salarial do prefeito. Ela citou casos de médicos que trabalhavam para o município, cujos vencimentos seriam superiores a R\$ 40.000,00/mês.

Como a atual prefeitura não concordava com a lei anterior, decidiu revogá-la e a partir daquele momento nenhum funcionário público municipal da cidade de Araraquara poderia ganhar acima do teto salarial do prefeito. Nesse contexto, a partir da revogação da lei anterior, os problemas na área da saúde de Araraquara tomaram uma proporção significativa, na medida em que os médicos deixaram de cumprir seus contratos, porque os salários já não eram os mesmos e a falta sucessiva de médicos nos postos de saúde começou a ficar recorrente e a reclamação da população ampliou significativamente, necessitando de um processo de intervenção da Prefeitura.

A ex-secretária relatou um fato ocorrido em determinado Pronto Socorro da Cidade onde foi apontado que havia falta de médicos e ela foi chamada a intervir. Lá chegando, se deparou (seis) médicos jogando cartas e os interpelou, citando a falta de compromisso com o serviço público da cidade e que haviam pessoas a serem atendidas. Juntos, eles disseram que ela poderia tomar as providências cabíveis, uma vez que eles não se importavam com isso.

Por conseguinte, após uma reunião com o Prefeito Marcelo Barbieri acharam melhor contratar uma OSCIP para tomar conta dos Prontos Socorros do município de Araraquara.

Segundo a Dra Regina Barbieri, o tema ficou ainda mais polêmico porque segundo ela, ocorreu um erro significativo por parte da Prefeitura na condução da proposta de terceirização dos trabalhos na saúde – visto que não comunicaram o Conselho Municipal de Saúde, antes da tomada de decisão. O projeto passou primeiro pela Câmara dos Vereadores e depois foi levado ao conhecimento do Conselho Municipal de Saúde, o que ocasionou um problema de ordem legal, já que de acordo com a legislação, primeiro havia a necessidade da Prefeitura comunicar o Conselho e posteriormente levar para discussão na Câmara dos Vereadores.

Uma questão muito pontuada nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde diz respeito à Maternidade Gota de Leite de Araraquara e o seu renascimento. O Hospital havia sido desativado durante a primeira administração de Edinho Silva (PT) e o então Prefeito Marcelo Barbieri resolveu reativá-la. Os questionamentos que pautaram o Conselho sobre o tema dizem respeito aos gastos significativos para a manutenção da Maternidade.

Nesse contexto, questionei a ex-Secretária porque a Maternidade Gota de Leite foi reativada pelo Prefeito Marcelo Barbieri. Ela respondeu dizendo que quando foi fechada a Gota de Leite, os serviços de maternidade foram transferidos para a Santa Casa de Araraquara e que sempre que o ex-prefeito ia participar de comícios, a população pedia a sua reabertura e também pontuou que no período em que a Santa Casa ficou responsável pelos serviços de maternidade, o número de óbitos de mãe e de crianças aumentaram devido a um processo de higiene do local e por esses fatores, o Prefeito Marcelo Barbieri resolveu reativá-la.

Outra questão importante que foi abordada junto à ex-Secretária de Saúde foi sobre o papel de controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade de Araraquara.

Qual a opinião dela sobre o Conselho e se ela o acha útil para o desenvolvimento das políticas públicas do setor.

Segundo a ex-secretária, o papel do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara é de extrema importância para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Mencionou que o papel de controle social é muito bem executado pelo Conselho, no entanto, fez uma ressalva para a existência de grupos sociais de interesse que existem dentro do Conselho Municipal de Saúde e que muitas vezes agem em benefício próprio.

O Conselho Municipal de Saúde da cidade de Araraquara foi instituído pelo Decreto 6.136/91 e posteriormente foi reformulado pela Lei Municipal n. 6.377/06 e alterado pela Lei Municipal n. 7.407 de 08 de fevereiro de 2011. É órgão da administração pública municipal, constituindo-se instância colegiada, deliberativa, de acordo com o artigo 2, da lei municipal 6.377/06, de natureza permanente, que possui como finalidade atuar na formulação e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros nas estratégias e na promoção do processo de controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Conselho Municipal de Saúde está organizado da seguinte forma:

Representantes do Poder Executivo

- Presidente
- Vice-Presidente
- Secretária
- Tesouraria

Conselheiros Municipais de Saúde – Titulares

- Representantes do Poder Executivo

Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde

- Serviço Especial de Saúde de Araraquara – SESA
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara
- Fundação Municipal Irene Siqueira Alves “Vovó Mocinha” – FUNGOTA
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE

Representantes dos Trabalhadores da Área de Saúde

- APCD (Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – Regional de Araraquara)
- SOAR (Sindicato dos Odontologistas de Araraquara e Região)
- AFAR (Associação Farmacêutica de Araraquara)
- SINDSAUDE (Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde do Estado de São Paulo – subsede Araraquara)
- APM (Associação Paulista de Medicina)
- SISMAR (Sindicato dos Servidores Municipais de Araraquara e Região)

Representantes dos Usuários do SUS

- CNBB (Pastoral da criança Organismo de Ação Social)
- Sindicatos dos Bancários de Araraquara
- IMUB – (Igreja Missionária Unida do Brasil)
- LACCA – (Liga Araraquarense de Combate ao Câncer)
- RNP+SOL – (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS – Araraquara)
- Casa Mater Raio de Luz
- Lar São Francisco de Assis
- USF – Laranjeiras I
- USF – Brasil
- USF – Marivan

- USF – Maria Luiza
- USF – Cruzeiro do Sul
- USF – Bueno de Andrada
- USF – Assentamento Bela Vista
- USF - Ieda

Nesse contexto, o Conselho Municipal de Saúde da cidade Araraquara é composto por 36 membros sendo que: 50% dos seus membros pertencem à entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% da representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A importância do Conselho Municipal de Saúde na cidade de Araraquara é muito significativa se levarmos em consideração que o orçamento dispensado à área gira em torno de 24 a 30% dos recursos do município. É a pasta com o maior orçamento, tendo em vista a complexidade que o reveste: criação de leitos, compra de maquinários, medicamentos de alto custo e assim por diante.

O Conselho Municipal de Saúde da cidade de Araraquara é um órgão atuante dentro das suas prerrogativas legais dentro do município. Suas reuniões são mensais e traz um fluxo de informações significativas, tanto do ponto de vista do controle social, quanto das demandas a serem executadas pela Secretaria Municipal de Saúde⁵.

No entanto, algumas considerações precisam ser organizadas tendo em vista não só o seu melhor funcionamento, mas também estabelecer uma diretriz mais ampliada, no sentido de proposição política para a área de saúde.

O Conselho Municipal dentro da sua prerrogativa de deliberação, delibera muito pouco ou quase nada, restando-lhe apenas o exercício do controle social que é também dentro da história do município muitas vezes vilipendiada, seja porque a sua estrutura até então não permitia, seja porque o tratamento dispensado pela Prefeitura não satisfizesse os interesses do Conselho.

Sobre a estrutura do Conselho Municipal da Saúde, desde o processo de fundação em 1991, a sua presidência era exercida pelo Secretário da Saúde, criando um embaraço: o conflito de interesses. Importante ressaltar que uma coisa são os interesses da Prefeitura, outra coisa, é a incapacidade do Conselho de exercer as suas funções de forma digna e imparcial.

⁵ O Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara encontra-se no anexo I.

Essa história só começa a ser ligeiramente alterada durante a segunda metade do governo de Edinho Silva, em meados do ano de 2007, quando a então Secretária da Saúde Eliana Honain exercia os dois cargos: Secretária da Saúde e também o de Presidente do Conselho Municipal de Saúde e foi substituída pelo Professor Paulo Inácio da Silva, da Unesp (Universidade do Estado de São Paulo).

É mister salientar que nesse contexto, percebe-se de forma ampla um processo de tutela do Conselho exercida pelo então Prefeito Edinho Silva. Vale ressaltar que as pautas das reuniões são determinadas pela Secretaria de Saúde, isso por sua vez, faz com que os temas debatidos dentro Conselho fossem de interesse da Prefeitura, conflitando com outras questões que poderiam ter relevância, mas que mesmo após a troca da Presidência do Conselho continua existindo, como disse o então Presidente do Conselho, Paulo Inacio da Costa, na Ata do dia 26/09/2007.

O Sr Presidente esclareceu que os encaminhamentos de documentação ao Conselho devem cumprir prazos estabelecidos no regimento interno. Mostrou-se preocupado pelo fato de não haver nenhum encaminhamento de documentos por parte da Secretaria de Saúde para apreciação do Conselho, uma vez que o Conselho é instância deliberativa e tudo o que está relacionado ao Fundo Municipal de Saúde diz respeito a este Conselho. Questionou se não está acontecendo nada na Secretaria de Saúde, ou se está havendo um esquecimento da resolução n. 333 e da Lei 8080. Lembrou que todos nós, conselheiros somos co-atores do Planejamento de Saúde do Município e se alguma coisa não estiver dentro daquilo que foi planejado temos que ter o entendimento que existe uma legislação que torna cada conselheiro parceiro de tudo aquilo que está sendo desenvolvido. Não estamos aqui apenas em reunião, mas somos co-parceiros em todas as atividades que dizem respeito ao Fundo Municipal de Saúde.

As pautas das reuniões devem ser enviadas de forma antecipada para o Conselho, uma vez que precisa ser preparado os encaminhamentos e organizadas as discussões que lhe são pertinentes, mas que geralmente não eram respeitadas.

Tal prática também é sentida no Governo Marcelo Barbieri, na ata do dia 27/01/2010, o Conselho Feiz Matar disse:

...que toda matéria remetida à Câmara Municipal, seja também encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde para que esta não aprove algo que o Conselho ainda não aprovou ao que a Conselheira Rosa Maria de Cápua acrescentou que também deve ser encaminhada toda a documentação que seja enviada para a Secretaria Municipal de Saúde e as respectivas emendas que porventura surgirem.

Nesse contexto, toda a documentação deveria ser enviada antes ao Conselho e posteriormente à Câmara Municipal e tais prerrogativas muitas vezes eram “esquecidas” pela Secretaria Municipal da Saúde e por reiteradas vezes reclamadas pelos membros do Conselho. Por conseguinte, percebe-se de forma peremptória o desrespeito às atribuições do Conselho Municipal de Saúde, tanto no governo de Edinho Silva, quando no governo de Marcelo Barbieri.

As atas do Conselho Municipal de Saúde de Edinho Silva e mais especificamente durante o mandato de Eliana Honain apresentam duas singularidades: a primeira delas diz respeito aos poucos conflitos entre seus membros e a outra muito mais significativa está relacionada com o número de demandas da área apresentadas pelas atas.

A questão dos conflitos pode ser explicada pelo tempo que tais demandas precisam ser justificadas ou explicadas ou seja, como a Presidência do Conselho era exercida pela própria Secretária da Saúde. As querelas eram resolvidas de forma imediata, tendo em vista as explicações organizadas pela própria Secretária da Saúde que precisava estar presente nas reuniões do Conselho. Não existia demandas posteriores que precisassem de respostas, gerando prolongamento dos conflitos existentes e ampliando o desgaste político entre Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, uma vez que os conflitos eram resolvidos “in loco”.

Por outro lado, percebeu-se durante o governo de Edinho uma ampla gama de demandas da saúde existentes. E isso reforça a tese inicial da proposta de trabalho que foi formulada na seguinte questão: é possível o Conselho Municipal organizar as políticas públicas do Município de Araraquara?

Pela leitura das atas do período do governo de Edinho Silva, como exemplo no quadro abaixo:

Exercício de 2005

Quadro 22– Demanda das atas (2015)

Atas	Demandas
	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de Unidade Móvel de

23/02/2005	<p>Saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compra de serviços privados na área de oftalmologia e laboratoriais
09/08/2005	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do CRASMA (Centro de Referência Ambulatorial da Saúde Mental do Adulto) • 80.000,00 para o Hospital Cairbar Schuttel; • 150.000 para a Santa Casa para a compra de Bisturi Elétrico; Sistema para artroscopia; • 80.000,00 para a Maternidade Gota de Leite; • 704.000,00 do Ministério da Saúde para a compra de medicamentos e pagamentos de exames ambulatoriais
12/09/2005	<ul style="list-style-type: none"> • 2.400.000,00 para a aquisição de materiais médico odontológico para o novo Pronto Socorro.
21/11/2005	<ul style="list-style-type: none"> • 100.000,00 para a construção do Centro Municipal de Saúde do Jardim Brasil.

Fonte: Organização própria

Exercício de 2006

Quadro 23 – Demanda das atas (2016)

Atas	Demandas
13/02/2006	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de 02 (cirurgiões vasculares);
17/07/2006	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de 3 Centros de Convivências: • PSF do Jardim Ieda • PSF do Parque São Paulo • PSF do Jardim Maria Luiza
Ata de 20/09/2006	<ul style="list-style-type: none"> • 63.532,45 para custeio (materiais de limpeza; hospitalar e medicamentos) para a Santa Casa de Misericórdia; • 100.000,00 para a aquisição do aparelho de eletroneuromiografia

Ata de 20/09/2006	<ul style="list-style-type: none"> • • Contratação de agentes comunitários pela Prefeitura Municipal de Araraquara; • Reforma do Centro de Zoonoses – 45.000,00 • Aquisições de equipamentos para a UTI neonatal • 2 incubadoras de transporte – 12.000,00 • 2 ventiladores pulmonar à pressão – 24.000,00 • 2 monitores de sinais vitais – 10.000,00 cada • 2 oxímetro de pulso – 2.500,00 • Compra de equipamentos de informática para informatização de rede básica • 1.000.000,00 para a aquisição de materiais de enfermagem e de medicamentos para a unidade de pronto atendimento; • 60.000,00 para a informatização da rede municipal de saúde
27/09/2006	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de agentes comunitários pela Prefeitura Municipal de Araraquara; • Reforma do Centro de Zoonoses – 45.000,00 • Aquisições de equipamentos para a UTI neonatal • 2 incubadoras de transporte – 12.000,00 • 2 ventiladores pulmonar à pressão – 24.000,00 • 2 monitores de sinais vitais – 10.000,00 cada • 2 oxímetro de pulso – 2.500,00 • Compra de equipamentos de informática para informatização de rede básica • 1.000.000,00 para a aquisição de materiais de enfermagem e de medicamentos para a unidade de pronto atendimento; • 60.000,00 para a informatização da rede municipal de saúde

Fonte: Organização própria

É possível afirmar que o Conselho Municipal de Saúde pode desenvolver um plano de desenvolvimento para organização do orçamento da saúde da cidade de Araraquara, tal a amplitude das ações pretendidas e discutidas pelo próprio Conselho, desde o desenvolvimento de leito hospitalar, passando pela contratação de profissionais da saúde, compra de materiais e equipamentos e assim por diante.

E a pergunta que se faz a partir desses elementos é a seguinte: o que falta para que o Conselho Municipal de Saúde de Araraquara seja a mola propulsora para a construção do orçamento da saúde no município?

Em primeiro lugar, o Conselho Municipal da Saúde da cidade de Araraquara não pode cometer os mesmos erros da política tradicional. Primeiro erro, a permanência de membros dentro do Conselho por muito tempo, ou por mais de um mandato. Assim como na política, um vereador, um deputado, um senador e o próprio Presidente da República não pode ficar mais do que um mandato, embora o elemento da reeleição possa ser considerado perfeitamente legal, não me parece salutar para o bom funcionamento da democracia, no Conselho Municipal da Saúde repete-se o mesmo “vício”, determinados membros ficam por muitos anos no Conselho, criando assim um sistema viciado e não há oxigenação dos quadros, dificultando a atuação exemplar da democracia que é a rotação de poder.

Por exemplo, o ex-conselheiro e já falecido Feiz Mattar, ficou no Conselho Municipal de Saúde por cerca de 8 (oito) anos, o conselheiro Izaias Ambrósio da Silva está no Conselho há 12 (doze) anos, uma vez como conselheiro, outra como suplente e hoje, exerce o cargo de Presidente.

Deveria haver na legislação um modo de regulamentar o Conselho Municipal de Saúde. Deveria existir uma cláusula que impedisse um membro de não poder ficar mais do que um mandato em seu interior.

Outro elemento perceptível dentro do Conselho é a defesa dos interesses de classe em seu interior. Como exemplo, o Conselheiro Izaias Ambrosio da Silva que estabelece relações com uma ONG que trata dos doentes com AIDS. A destinação de recursos para essa área é organizada de forma constante, pois, existem programas de saúde para essa área, tanto no governo de Edinho Silva, quanto no governo de Marcelo Barbieri. Não se trata aqui de estabelecer uma relação crítica com a destinação dos recursos, mas de analisar as questões

relacionadas ao Conselho, de apontar melhorias onde deve haver para que não se repita os mesmos erros políticos de outras instituições do Estado.

Durante o governo de Marcelo Barbieri o Conselho Municipal de Saúde trabalha de forma diferenciada uma vez que os conflitos políticos se instalam com maior intensidade e as discussões em seu interior se ampliaram de forma significativa.

Mesmo possuindo uma LOA (Lei Orçamentária Anual) muito discrepante em valores se comparado com o Governo de Edinho Silva, os conflitos se estabeleceram com maior intensidade devido à mudança que o então Prefeito Marcelo Barbieri quis organizar na saúde como um todo.

Em primeiro lugar, teve um fato político ligado à contratualização da Santa Casa, depois foi a contratação de uma OSCIP para tomar conta da política de saúde da cidade e a retomada da Maternidade Gota de Leite que havia sido fechada pelo então Prefeito Edinho Silva.

Esses fatos políticos consumiram as atividades do Conselho Municipal de Saúde em quase todo o mandato.

Enquanto no governo de Edinho Silva, o Conselho Municipal era “domesticado” pela então Secretaria da Saúde e os problemas eram resolvidos de forma interna, durante o governo de Marcelo Barbieri percebeu-se um mandato mais complicado, aliado ao fato de não se colocar em prática as regras para uma relação mais saudável com o Conselho.

O governo de Marcelo Barbieri passava constantemente por cima do Conselho, seja na prestação de contas, seja na relação com a Câmara Municipal de Vereadores. Projetos que deveriam passar primeiro pelo Conselho eram desviados da rota, primeiro iam para a Câmara, depois para o Conselho, irritando os conselheiros e não avançando em discussões

Documentação enviada em cima da hora das reuniões, sem tempo para a análise ou discussões do Conselho. As demandas para a área da saúde diminuiram substancialmente se comparado com as do governo de Edinho Silva, o que se lê nas atas de forma constante é a reclamação por parte dos conselheiros sobre a atuação da prefeitura com o Conselho.

Durante o terceiro mês de mandato, Marcelo Barbieri já se indispunha com o Conselho Municipal de Saúde.

De acordo com a ata de 18/03/2009, a Conselheira Rosa Maria de Cápua (representante dos gestores municipais – SMS) aponta:

(...) a intenção da administração é que o Conselho tenha uma noção do quanto se gasta com esses processos, pois até o mês de fevereiro já foram gastos praticamente 30% do orçamento previsto para o ano todo.

Lembrando que o governo de Marcelo Barbieri iniciou em 01/01/2009 e após 3 meses apenas a representante do Conselho aponta o gasto de 30% com processos de judicialização.

Na ata do dia 29/04/2009, o Conselheiro Isaias Ambrosio da Silva aponta:

(...) nosso Conselho é o que mais funciona, mas infelizmente, continuamos cometendo os mesmos erros do passado, ou seja, trazem os relatórios para aprovação em cima da hora, quando já não temos tempo para pedir vistas, nem tomar conhecimento das coisas antes da aprovação.

Sobre a relação do governo de Marcelo Barbieri com o Conselho Municipal de Saúde é salutar a fala do Conselheiro Feiz Mattar, ata dia 27/01/2010.

Sobre os termos aditivos, o governo de Marcelo Barbieri não comunica ao Conselho, aliás, ele comunica após a apresentação na Câmara dos Vereadores, quando a documentação chega ao Conselho, os conselheiros não sabem do que se trata.

Tirando as questões políticas envolvidas na relação entre o Conselho Municipal de Saúde de Araraquara e a Prefeitura Municipal é necessário organizar as seguintes questões:

- O Conselho Municipal da Saúde trabalha com um orçamento durante o ano de 2019 de cerca de R\$ 250.000.000,00 anuais, isso em porcentagem significa quase 30% dos recursos;
- O Conselho Municipal da Saúde não possui um prédio próprio para o desenvolvimento das suas atividades, mesmo estando relacionado com recursos vultuosos do município;
- O Conselho Municipal da Saúde não possui uma página de web própria para disseminar as suas atividades, assim como gravações e vídeos das suas reuniões. Esses fatos somados seriam benéficos ao Conselho pois remeteria a um conceito mais ampliado do que é ter transparência em política;
- Os gastos da saúde deveriam ser organizados pelo Conselho Fiscal que existe dentro do Conselho Municipal de Saúde e na própria página do Conselho Municipal na web e

ser organizado de forma mais didática para a consulta do cidadão, posteriormente poderia ser enviado ao SIOPS, sistema nacional de gastos e transparências, mas em primeiro lugar pelo Conselho Municipal de Saúde;

- Aproximar a população das atividades do Conselho Municipal. Organizar em escolas públicas municipais, palestras com professores e disseminando as atividades e o papel do Conselho, tendo em vista a ampliar da participação política da população para que quadro de participantes no Conselho sofra um processo de oxigenação e renovação e que possa ter o interesse da população em participar;

O investimento proposto pela Constituição Federal de que na área da saúde deve ser aplicado 15% dos recursos provenientes nos municípios a torna de qualquer forma “a menina dos olhos” dos investimentos sociais.

A determinação desses 15% dos recursos municipais não acontece de forma aleatória, os investimentos em saúde são altos: compra de maquinário com intensa tecnologia, mão de obra relativamente cara para os padrões brasileiros, a intensa demanda por serviços de saúde, população envelhecendo a médio e longo prazo, etc, mas mais do que mencionar a aplicação dos recursos é apontar como e onde eles estão sendo aplicados.

No município de Araraquara percebe-se através da leitura da LOA (Lei Orçamentária Anual) uma clara predileção, tanto pelo governo de Edinho Silva PT quanto de Marcelo Barbieri PMDB, em alocar mais recursos na área de Assistência Básica à saúde. Nesse contexto, nada mais justo, pois a assistência básica está atrelada ao atendimento primário e prevenção à saúde. Os investimentos nesses programas se fazem salutar na medida em que pode proporcionar ao governo, “diminuir” os gastos com a Assistência Hospitalar e ambulatorial, onde os gastos são avultosos, e conseqüentemente o menor uso pela população da infra-estrutura hospitalar.

Percebeu-se que durante a análise dos dados no governo de Marcelo Barbieri houve um maior investimento na saúde psicossocial, ou seja, tratamento com psicoterápico, que no governo de Edinho Silva (PT), tema esse que foi tratado de forma discreta.

No governo de Edinho Silva PT (2005-2008), percebe-se uma queda percentual de investimento de 21,18% entre os anos de 2005 e 2006, manteve-se um pequeno acréscimo de 0,44% para o ano de 2007 e em 2008 um aumento de 17,53% no orçamento da saúde, mas mesmo assim, um valor 6,96% menor do que o apresentado no primeiro ano de governo.

Duas observações se fazem necessárias sobre a administração de Edinho Silva do PT: a primeira delas é que esse período de administração municipal coincide com a administração

de Luiz Inácio Lula da Silva do (PT), o que de certa forma auxilia na administração municipal, uma vez que o processo de transferência de renda para o município em “tese” se torna mais facilitado; outra coisa é que o valor estabelecido para ano de 2008 apresenta um acréscimo de 17,53% em relação aos anos de 2006 e 2007 esse ano que por “coincidência” foi eleitoral.

No governo de Marcelo Barbieri (PMDB) houve um acréscimo significativo de investimento se comparado com o governo de Edinho Silva (PT), a diferença entre o primeiro ano de mandato de Edinho Silva (PT) em 2005 para o ano de 2009, primeiro ano da gestão de Marcelo Barbieri, a diferença foi de 68,51% de acréscimo.

Durante a gestão de Marcelo Barbieri (PMDB) houve um processo de acréscimo entre os anos de 2009 e 2012 de 23,27%.

Nesse contexto, mesmo havendo um acréscimo de valores no governo de Marcelo Barbieri na área da saúde, os números da Fundação Seade apontam que houve uma queda no número de leito SUS na cidade de Araraquara, conforme indica o gráfico 6, entre os anos de 2006 e 2009, ou seja, perpassa os dois governos estudados.

Esse ponto é interessante pautar devido ao fato do orçamento da saúde na cidade de Araraquara crescer em progressão geométrica nos últimos anos.

Considerações Finais

Os números dos investimentos na saúde pública da cidade de Araraquara no período entre 2005 e 2012 apontam de forma significativa para 2 (dois) programas de saúde: saúde coletivas e gastos com equipamentos e maquinários.

O gasto na saúde coletiva encontra uma caixa de ressonância no próprio conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, uma vez que está relacionado com a questão da prevenção. De certa forma, tais gastos também colaboram de forma significativa para controlar o orçamento da área tendo em vista que os investimentos nessa perspectiva são menores.

Os gastos com equipamentos e maquinários na saúde podem ser considerados um investimento vultuoso tendo em vista os valores envolvidos, por isso, parte significativa do orçamento é direcionado para essa área. Como esses gastos estão relacionados com a aquisição de aparelhos e tecnologias a quantidade de recursos é significativo.

De qualquer forma, o amplo investimento na saúde coletiva aponta para um processo rotineiro dos governos municipais, tanto é assim que no ano de 2019, a atual prefeitura de Araraquara continua direcionando seus gastos para esses dois programas, portanto, o foco continua sendo a saúde como prevenção e o gasto com maquinários e equipamentos.

Sobre os problemas enfrentados no período entre 2005 e 2012 é significativo mencionar que estão ligados ao processo de gestão da saúde, ou seja, com processo ligados à administração e precisam ser relacionados de duas formas:

- Relação com o Conselho Municipal de Saúde;
- Gestão da saúde pública de Araraquara;

Sobre a relação com o Conselho Municipal de Saúde no período entre 2005 e 2008 houve um processo de mais harmonia entre o Conselho e a Prefeitura, isso porque entre os anos de 2005 e 2007, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde era também a Secretária Municipal de Saúde, o que pode ser considerado como um conflito de interesses e os problemas que eventualmente a saúde apresentava eram resolvidos de forma mais harmônica dentro do próprio Conselho.

As atribuições do Conselho foram mais “respeitadas” dentro do período de 2005 e 2008, mesmo depois que houve a troca de presidente no Conselho a partir de meados de 2007. Embora tenha ocorrido alguns problemas de desrespeito ao Conselho Municipal, principalmente na questão da prestação de contas, organização de pautas, relação política pode ser considerada harmoniosa no geral.

Conflituosa foi a relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Prefeitura de Araraquara no período entre 2009 e 2012. Os conflitos se estabeleceram por dois motivos: a) mudança da linha na gestão na saúde pública de Araraquara e b) A Prefeitura não respeitar as atribuições do Conselho Municipal de Saúde.

Na gestão de Edinho Silva, o fechamento da Maternidade Gota de Leite e a “troca” da Beneficência Portuguesa pela Santa Casa na administração da saúde pública de Araraquara serviram de discussões no Conselho Municipal de Saúde, mas foram dentro dos conflitos de gestão, resolvidos dentro dos parâmetros normais, até porque houve a “tutela” do Conselho em boa parte do período entre 2005 e 2008.

Sobre a linha de gestão da saúde, Marcelo Barbieri quis romper com as políticas organizadas na gestão anterior de forma abrupta e sem diálogo, armou um plano de ação na saúde levando em consideração a terceirização dos trabalhos da saúde, rompendo com a política até então predominante e ao invés de comunicar o Conselho Municipal de Saúde e dialogar, foi direto na Câmara dos Vereadores, depois comunicou o Conselho de Saúde.

O Conselho prontamente rejeitou e começou a debater de forma mais impetuosa as intenções da prefeitura, o que causou um transtorno na relação política.

Outro fato que abalou a relação entre a Prefeitura e o Conselho Municipal de Saúde foi a organização das pautas das reuniões do Conselho. As pautas chegavam em cima da hora, dificultando a leitura e as discussões por parte dos integrantes do Conselho.

As prestações de conta eram feitas primeiro à Câmara dos Vereadores e depois para o Conselho de Saúde, o que era alvo muitas vezes de revolta por parte dos Conselheiros, uma vez que a Prefeitura dava “pouca” importância para as determinações do Conselho Municipal de Saúde.

O ponto mais preocupante visto na organização da tese está ligado à questão da transparência na área da saúde pública, uma vez que nos últimos anos muito se discutiu no Brasil sobre a organização de políticas públicas para o setor.

Por conseguinte, não há como fazer política pública sem transparência, sem os gastos aparecerem de forma clara e objetiva para a população. Não adianta avançar em teorias e propostas de organização de políticas públicas sem os detalhes dos gastos e como eles estão sendo executados pelos governos, seja municipal, estadual ou federal.

Entendo que muito se avançou nos últimos anos com a organização do Transparência Brasil, mas muito ainda precisa ser feito. A informação de prestação de contas para o cidadão brasileiro que possui baixa instrução precisa ser colocada à disposição de forma mais didática, de maneira mais inteligível.

Para conseguir documentos públicos e organizar trabalhos que visam explorar os gastos e como os orçamentos são executados no Brasil é muito difícil. É necessário facilitar o acesso a documentos e isso precisa ser proporcionado pelas Prefeituras, uma vez que as políticas públicas são desenvolvidas nos municípios. Como colocado anteriormente, de nada adianta a Academia se debruçar em teorias para a organização de políticas públicas se não há mecanismo de facilidade para obtenção e análise de documentos que relacionam os gastos que foram executados pelas Prefeituras.

Mas algumas questões precisam ser mencionadas quando se escreve sobre transparência, uma vez que o conceito pode ser ampliado para as ações do próprio Conselho Municipal de Saúde, uma vez que é difícil ocorrer a rotatividade de pessoas no Conselho.

É claro que a rotatividade não será fácil, mas as perguntas que podem fazer são as seguintes: quem sabe que o Conselho de Saúde existe? Quais as suas atividades? Para que ele serve? Como são as suas reuniões? Quando elas acontecem? O Conselho de Saúde possui um portal com as suas informações? As reuniões são transmitidas via web para que todo o município possa saber o que está acontecendo na saúde pública de Araraquara?

Essas são perguntas pertinentes que estão ligadas à questão da transparência e que não só a área de saúde precisa ter, mas todas as áreas onde se caracterizam as políticas públicas e a responsabilidade é de quem administra o município. A área da saúde se justifica por exigir a maior parte dos investimentos do município, mas não pode ser considerada a principal, afinal, todas as políticas públicas são importantes.

Existem grupos que atuam dentro do Conselho Municipal de Saúde, mas é legítimo que se tenha, entre eles, podem ser citados:

Representantes dos Trabalhadores da Área de Saúde

- APCD (Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – Regional de Araraquara)
- SOAR (Sindicato dos Odontologistas de Araraquara e Região)
- AFAR (Associação Farmacêutica de Araraquara)
- SINDSAUDE (Sindicato dos Trabalhadores Públicos de Saúde do Estado de São Paulo – subsede Araraquara_
- APM (Associação Paulista de Medicina)
- SISMAR (Sindicato dos Servidores Municipais de Araraquara e Região)

A atuação desses grupos ficou muito clara durante o processo de tentativa de terceirização da mão-de-obra no Hospital de Américo Brasiliense, que ocorreu dentro da administração do Prefeito Marcelo Barbieri, uma vez que em várias reuniões do Conselho, esses grupos se manifestaram de forma efusiva. Não foi estudada a relação desses grupos com o Conselho Municipal de Saúde, mas abre-se aqui uma perspectiva de estudo futuro, já que o Conselho Municipal de Saúde não pode tomar os rumos da Câmara dos Vereadores e repetir os seus “erros” políticos, de forma que o Conselho deve servir para atender aos anseios da população em geral de forma mais direta e transparente.

O Conselho Municipal de Saúde de Araraquara não determina a política de saúde no município, quem organiza a política é a Prefeitura, juntamente com a Secretaria de Saúde. O Conselho Municipal se esforça para manter o controle social sobre a área. Existem algumas questões importantes sobre a saúde que são discutidas quando existe a prestação de contas que a Prefeitura, por lei, precisa fazer para dar encaminhamento ao orçamento anual.

Não existe diferença de atuação de gestão quando o assunto é investimento em saúde, tanto, Edinho Silva quanto Marcelo Barbieri investiram a maior quantia em dois programas: saúde coletiva e maquinário e tecnologia da saúde.

O que ocorreu no período estudado foi o foco da gestão e administração distintas, diferenças pontuais, mas que alteraram de certa forma o rumo da saúde no município. Nesse período se encaminhou o fechamento da Beneficência Portuguesa, o que tornou a Santa Casa o foco da saúde pública municipal. Houve alteração na forma de pagamento dos médicos, o fechamento e a abertura da Maternidade Gota de Leite, o encaminhamento das construções da UPA's então, foi um período conturbado na construção de um novo caminho para a saúde pública do município de Araraquara SP.

O Conselho Municipal de Saúde embora tenha tido problemas diversos no referido período teve um papel fundamental no desenvolvimento da política social da saúde no município de Araraquara, principalmente na questão do controle social. Isso não se pode negar, não é porque teve dificuldades na construção da relação política com a Prefeitura Municipal que seu papel precisa ser visto de forma secundária, afinal é nas dificuldades que encontram soluções para problemas aparentemente insolúveis.

A democracia em geral passa por dificuldades, a ampliação da participação política aliada a um processo evolutivo de transparência política pode ser o antídoto para o desenvolvimento de dias melhores na política e os Conselhos Municipais podem ser o elo mais próximo entre a política e o cidadão comum.

Referências

ARAÚJO, L. M. da C. **A contribuição socioeconômica do programa Bolsa Família – PBF para o município de Várzea – PB no ano de 2010.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Econômicas) - Faculdades Integradas de Patos – FIP, Patos, PB, 2011.

AVRITZER, L. **Conferências nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de social no Brasil.** IPEA: Rio de Janeiro, 2012.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde,** 2011. p.138-172. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=432>. Acesso em: 01 de jul de 2014.

BENEVIDES, M. V. de M. Cidadania e democracia. **Lua Nova,** São Paulo, n. 33, p. 5-16, 1994.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BONNI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.** v. 2, n. 1 (3), jan/jul, p. 68-80, 2005.

BORBA, J. Participação política: uma revisão dos modelos de classificação. **Revista Sociedade e Estado.** v. 27, n. 2, Mai/Ago. 2012.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social.** São Paulo: Hucitec, 1986.

BRAVO, M. I. S.; SOUSA, O. de R. Conselhos de saúde e serviço Social: luta política e trabalho profissional. **Revista Ágora**, São Paulo, ano 1, n. 1, out. de 2004. Disponível em: <http://www.assistentesocial.com.br>. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **A saúde no Brasil**: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria I. Souza; PEREIRA, P. A. (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, M. I.; MENEZES, J. **A política de saúde no governo Lula**: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I.; D'ACRI, V.; MARTINS, J. B. (Org.). Movimentos sociais, saúde e trabalho. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010.

CALDAS, R. W.; CRESTANA, S. **Políticas públicas municipais de apoio às micro e pequenas empresas**. São Paulo: SEBRAE, 2005.

CHIRINOS, L. *et al.* **Viejo escenario, nuevos actores**: problemas y posibilidades de la gestion municipal en ciudades intermedias en América Latina. Quito: Ciudad, 1991.

CLETO, C. I.; DEZORDI, L. Políticas econômicas. Curitiba. 2002. Disponível em: http://www.professorsalles.com/arquivos/textos/Pol_ticas_Econ_micas.pdf. Acesso em: 10 de jun. 2019.

COELHO, I. B. **Democracia sem equidade**: um balanço da reforma sanitária e dos dezoito anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.171-183, Jan. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100023>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a Assistente Social**: lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 10. ed. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 26 jul. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetro de atuação do assistente social na saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 12 de set 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 15 fev 2019.

CORREA, M.V.C. **Controle social na saúde**. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/control-social-na-saude-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/control-social-na-saude-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em 10 de jun. 2019.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. **Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 1, p. 5-17, June 1998. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319983102412014>.

Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231998000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 jun. 2019.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200010>. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 de mar. 2019.

CUNHA, Carmem Lucia Nunes. **Serviço social na saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários**. Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2010.

DITTERICH, Rafael Gomes; DITTERICH, Adrieli Cliciane Rocha; BALDANI, Márcia Helena. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo - RJ. **Revista de Odontologia da Unesp**, Araraquara , v. 44, n. 3, p. 143-151, June 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1075>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772015000300143&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 de mar. 2019.

DOWBOR, Ladislau. O que é poder local. Disponível em: http://dowbor.org/blog/wp-content/uploads/2012/06/Dowbor-_Poder-Local-portal.pdf. Acesso em: 10 de jun. 2019.

DUARTE, Elisfabio Brito; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, May 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500011>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de mar. 2019.

FAGUNDES, H.S. **O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais**. Revista Virtual Textos & Contextos, n. 6, dez. 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FELICISSIMO, J.R. **Os impasses da descentralização político-administrativa na democratização do Brasil**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, 32 (1): 6-15. Jan/Marc. 1992.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella e NASCIMENTO, Edinalva Neves. **Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital**. Fonte de financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). . Saúde e Sociedade, v. 26, n. 1, p. 218-228, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020171674>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100218&lang=pt. Acesso em 14 de jul. 2019

FLEURY, S. et al. **Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil**. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v28n6/446-455/>. Acesso em: 07 de jun. 2019.

FONSECA, Pedro Cesar Dutra. **Keynes: o liberalismo econômico como mito**. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/ecos/v19n3/01.pdf>. Acesso em: 10 jun. de 2019.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

IANNI, Otavio. **Estado e planejamento no Brasil (1930-1970)**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1971.

JACOBI, P. **Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina**. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):443-454, 2002.

KAUCHAKJE, S. Participação Social no Brasil diante da Desestruturação das Políticas Sociais: novas configurações da sociedade civil organizada como alternativa para recompor os laços sociais e a civilidade nas relações societárias. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 1, n. 2, p.159-176, 2002. Disponível em: < <http://www.uepg.br/emacipacao/edicao02.htm> >. Acesso em: 10 jun 2014.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIRON, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 556-567, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00556.pdf>. Acesso em 14 de jul. 2019.

LAFER, B.M. **Planejamento no Brasil**. São Paulo: Perspectiva, 1970.

LANDERDHAL, M. C.; UNFER, B.; BRAUN, K.; SKUPIEN, J. A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a17.pdf> . Acesso em: 10 out. 2011.

LANZANA, A.E.T. **Economia brasileira: fundamentos e atualidade**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAVALLE, A. G., HOUTZAGER, P.P., CASTELLO, G. **Democracia, pluralização da representação e sociedade civil**. In: Lua Nova: Revista de cultura e política. São Paulo, n. 67, p. 50-103, 2006.

LAZARINI, Welington Serra; SODRE, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. **Interface**. Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1227-1239, 2014 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0359>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000601227&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 de jul. 2019.

LEIGHLEY, J.E. **Attitudes, Opportunities and Incentives: A field essay on political participation**. Political Research Quarterly, Vol. 48, No. 1 (March 1995), pp. 181-209.

LESBAUPIN, I. **Poder local x exclusão social: a experiência de prefeituras democráticas no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MATOS, Maurílio. **A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MIGUELETTO, D.C.R. **Organizações em rede**. 2001. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/3566>. Acesso em 10 de jun. 2019.

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 411-423, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200411&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170049>.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORITA, I., GUIMARÃES, J.F.C., DI MUZIO, B.P. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema. **Saúde Sociedade**. 2006;15(1):49-57.

NORRIS, P. **Policital activism**: new challenges, new opportunities. Oxford Handbook of comparative politics, 2005.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência da saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2329-2338, Aug. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Mar. 2019.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência da saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2455-2464, ago. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 de jun. 2019.

PEREIRA, L.C.B. **Economia brasileira**: uma introdução crítica. 3 ed. São Paulo: 34, 1998.

PIANA, Maria Cristina. **As políticas sociais no contexto brasileiro**: natureza e desenvolvimento. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf>. Acesso em 10 de jun. 2019.

PIERINI, A.J. **Grupos de interesses, de pressão e lobbying** – revisitando os conceitos. CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 4, ed. 10, mai./ago. 2010.

PUTNAM, R. **Making democracy work**. Princeton University Press, Nova Jersey, 1994.

Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80 www.emtese.ufsc.br Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais Valdete Boni e Sílvia Jurema Quaresma.

SALIBA, Nemre Adas et al . Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 6, p. 1369-1378, Dec. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000600007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 de Mar. 2019.

SANTOS, J. N. dos. **Democracia e planejamento**. 2 ed. Curitiba: UFPR, 1982.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização—do pensamento único à consciência universal**. São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2013, vol.18, n.1, pp. 273-280, 201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. Acesso em: 14 de jun. 2019.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.

SANTOS, Francisco Assis da Silva et al . Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 1154-1159, dez. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000600018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L.C.Q. & AZEVEDO, S. (orgs.) **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro, Revan, Fase, 2004.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 1 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012. 133 p.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Políticas públicas: conceitos e práticas**. Minas Gerais: SEBRAE, 2008. 48 p.

SICSU, J.; REIS, L.C.D. (org.) **Planejamento e desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2010.

SILVA, Gustavo Teixeira Ferreira da. **As crises financeiras mundiais de 1929 e 2008: uma análise comparativa a partir da abordagem pós-keynesiana**. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/30871>. Acesso em: 10 de jun. 2019.

SILVA, R.V.A. **Descentralização e municipalização: a redefinição do papel do Estado no âmbito local**. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2000/. Acesso em: 26 de abril de 2011.

SILVA, Edson Arlindo; PASSADOR, Cláudia Souza. Gestão da saúde pública em Minas Gerais sob a ótica dos Conselhos Gestores Municipais. **Revista. Eletrônica de administração**. Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 50-82, Aug. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.207.83020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141323112018000200050&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Jun. 2019.

SOUSA, J.S. de S. **As políticas públicas e o Programa Minha Casa Minha Vida: análise da implementação no município de Paulista – PB**. Monografia. Universidade de Araraquara, Araraquara, 2015.

SOUZA, D.B. de; FARIA, L. C. M. de. Reforma do Estado, descentralização e municipalização do ensino no Brasil: a gestão política dos sistemas públicos de Ensino Pós-LDB 9.394/96. **Ensaio: avaliação de políticas públicas educacionais**. Rio de Janeiro, v.12, n.45, p. 925-944, out./dez. 2004.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, Dec. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2019.

SPOSATO, K. B. (Org). **Guia de Orientações para a Municipalização de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto - Passo a Passo da Municipalização**. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância, novembro 2007.

TEORELL, Jan. **Political participation and three theories of democracy: a research inventory and agenda**. *European Journal of Political Research* 45: 787–810, 2006.

TEIXEIRA, E.C. As dimensões da participação cidadã. **CADERNO CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 179-209, jan./dez. 1997.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR 2002.

TUDE, João Martins. **Conceitos gerais de políticas públicas: as políticas públicas e o seu estudo**. 2010. Disponível em: <http://www2.videolivrraria.com.br/pdfs/24132.pdf>. Acesso em: 25 jun de 2014.

VENTURA, C.A.A. et al. **Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil**. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220150941.pdf. Acesso em: 07 de junho de 2019.

VIEIRA, Evaldo. **Os Direitos e a Política Social**. São Paulo, Cortez, 2004.

ANEXOS