

Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Programa de Pós-Graduação em Política Social

**DIFICULDADES E AVANÇOS NA IMPLANTAÇÃO SUS EM  
GOIÂNIA-GOIÁS NO PERÍODO DE 1997 A 2004**

Neimy Batista da Silva

Brasília  
2008

Neimy Batista da Silva

**DIFICULDADES E AVANÇOS NA IMPLANTAÇÃO SUS EM  
GOIÂNIA-GOIÁS NO PERÍODO DE 1997 A 2004**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Política Social, sob a orientação da Profa. Dra. Ivanete Salete Boschetti.

Brasília

2008

Neimy Batista da Silva

## **DIFICULDADES E AVANÇOS NA IMPLANTAÇÃO SUS EM GOIÂNIA-GOIÁS NO PERÍODO DE 1997 A 2004**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Política Social, sob a orientação da Profa. Dra. Ivanete Salete Boschetti.

**Aprovada em, 30 de junho de 2008 pela Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Ivanete Salete Boschetti (orientadora/UnB)

---

Profa. Dra. Marlene Teixeira (UnB)

---

Profa. Dra. Rosa Helena Stein (UnB)

SILVA, Neimy Batista da.

*Dificuldades e avanços na implantação SUS em Goiânia-Goiás no período de 1997 a 2004.* Dissertação (Mestrado) em Política Social.

Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF,  
junho de 2008.

1. Saúde Pública. 2. Gestão. 3. Controle Democrático.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Ivanete Salete Boschetti, grande mestra/doutora, por quem cultivo admiração, respeito e reconhecimento.

Às componentes da banca examinadora, professoras doutoras Ivanete Salete Boschetti, Marlene Teixeira e Rosa Helena Stein, pelas inúmeras contribuições e orientações.

Às professoras e colegas do programa de pós-graduação da UnB, em Política Social, em especial pelas acolhidas em Brasília.

Aos funcionários e funcionárias do Departamento de Serviço Social/UnB, em especial à Domingas, pelo carinho que me dispensaram desde o primeiro dia de aula.

À minha fiel amiga/irmã Gláucia Lelis Alves, pelo apoio incondicional e permanente, e ainda, pela solidariedade, disposição e cumplicidade ao me acompanhar nessa caminhada.

À Omari Ludovico Martins [e Jonas], pelo tempo vivido pela expressão – acalorada, autêntica e ética – pela partilha do conhecimento, da sabedoria, da singeleza.

À minha douda Walderez Loureiro Miguel, pela paciência com os aprendizes e contribuições, à qual expresso meu apreço e respeito.

À minha amiga, mais que irmã Maísa Miralva da Silva, pelo incentivo, respeito e apoio.

À minha amiga, Regina Sueli de Sousa, pelo compromisso com a minha formação desde o tempo do curso de graduação, e que ainda, me dispensa carinho e respeito.

Às colegas Marilene Aparecida Coelho, Cristina Maria Gusmão Moura, Mônica Oliveira, Maria Ciurinha P. dos Santos, pela disposição de compartilhar produções e subsídios teóricos.

Às colegas pela afetividade política, teórica e social, Darci Roldão de Carvalho, Eleusa Belemjian, Carmen Regina Paro, Sandra de Faria, Vera Lúcia Pinheiro, Neusa de Paula Mendonça, Lúcia Abadia Carvalho, Maria José Faria Viana, Maria Conceição Padiál Sarmiento, Tereza Cristina P. Favaro à todas, que em mim depositam confiança.

À Maria Cláudia Honorato, pelo apoio, compreensão e liberação de dois turnos semanais, viabilizando minha participação presencial no curso de mestrado.

Às colegas de trabalho, em especial, Morgana, Railda Gonçalves Martins, Cida Alves, Letícia e Joana Rego, pela compreensão e apoio – condições propiciadoras de estudos.

À todos e à todas – conselheiros, trabalhadores e gestores que colaboraram diretamente ou não para a realização desta pesquisa, sujeitos históricos que protagonizam as lutas, resistências e conquistas do SUS, meu respeito e admiração.

À Darci Costa, pelas grandes contribuições e ensinamentos compartilhados por meio da revisão deste trabalho.

Às colegas Fátima e Ana Fátima pela seriedade e compromisso assumido nas transcrições das entrevistas.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelas condições objetivas e financeiras.

À minha família – pai, mãe, irmãs e irmãos, sobrinhos e sobrinhas, em especial ao Selestino – o meu baluarte, pelo apoio cotidiano, companheirismo e afetividade de todos.

## Velho tema

*Só a leve esperança, em toda a vida,  
Disfarça a pena de viver, mais nada;  
Nem é mais a existência, resumida,  
Que uma grande esperança malograda.*

*O eterno sonho da alma desterrada  
Sonho que a traz ansiosa e embevecida,  
É uma hora feliz, sempre adiada  
E que não chega nunca em toda a vida.*

*Essa felicidade que supomos,  
Árvore milagrosa que sonhamos  
Toda arreada de dourados pomos,*

*Existe, sim: mas nós não a alcançamos  
Porque está sempre apenas onde a pomos  
E nunca a pomos onde nós estamos.*

[Só a leve esperança, em toda a vida,]<sup>1</sup>

Vicente de Carvalho

---

<sup>1</sup> Publicado no livro *Poemas*. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 1965.

## RESUMO

O estudo tem como objeto a apreensão do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em duas gestões do município de Goiânia-Goiás, em uma conjuntura sócio-política no período de 1997 a 2004. A análise contempla as dimensões da gestão – organização dos serviços e do controle democrático – o papel das conferências e dos conselhos de saúde. Buscou-se estabelecer a relação dessas gestões, mediada pela política de saúde no contexto econômico-histórico, político e social brasileiro. E, ainda, problematizar o papel do Estado e da sociedade civil na condução dessa política social, ao destacar os interesses de classes, as tensões, os conflitos e contradições presentes nesse processo histórico. Realizou-se pesquisa qualitativa com base em levantamento de dados bibliográficos, documentais e empíricos, por meio de entrevista semi-estruturada. Assim, foram entrevistados onze sujeitos sociais – dois gestores e sete militantes da sociedade civil. Pela análise documental e relatos obtidos, observou-se que as características de cada gestão se consolidam conforme as condições objetivas – conjuntura política, social, cultural – e o fortalecimento, ou não da democracia, da observância ou não de alguns princípios como gestão participativa democrática, autonomia e emancipação. Este estudo contribuiu com a organização de informações e/ou dados que historicamente foram abandonados no processo de consolidação da saúde pública no município de Goiânia-Goiás, no período de 1997 a 2004 e no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Possibilitou ainda, o conhecimento das condições contemporâneas do SUS, recuos e avanços nas dimensões da gestão e do controle democrático. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas realizadas constituem instrumentos indispensáveis ao conhecimento da temática estudada e, demonstram riqueza e amplitude de informações. Trata-se de uma pesquisa processual, cujos resultados serão compartilhados com os sujeitos envolvidos. A construção da seguridade social brasileira, e nela, a política de saúde, impõe o desafio de consolidar estratégias de efetivação de ações articuladas interpolíticas sociais, elementos que interferem diretamente na implementação do SUS e na consolidação de uma política de saúde na perspectiva dos direitos sociais.

Palavras-chave: SUS, controle democrático, participação social, política social



## ABSTRACT

The objective of this study is the apprehension of the process of the implementation of the Unified Health System – Sistema Único de Saúde (SUS), during two administrations in the city council of Goiânia – Goiás, in a social political conjuncture from 1997 to 2004. The analysis comprehends the dimensions of the management – organization of the services and the democratic control – the role of the conferences and health councils. It was searched to establish the relation between the two managements, mediated for the health politics in the Brazilian political-historical-social-economical context. And also, to question the role of the State and the civil society in the conduction of this social politics, when detaching the interests of parts, the tensions, the conflicts and contradictions in this historical process. Qualitative research was made, based on bibliographical, documental and empirical data-collecting, through semi-structuralized interview. Thus, eleven citizens, two managers and seven militants of the civil society were interviewed. Through the documental analysis and gotten stories, it was observed that the characteristics of each management consolidate according to the conditions – social, political and cultural conjuncture – and also, it was observed the strengthening or not of the democracy, the observance or not of some principles such as democratic participant management, autonomy and emancipation. This study contributed with the organization of information and/or data that had been historically abandoned in the process of consolidation of the public health in the city of Goiânia-Goiás, from 1997 to 2004 and in the process of implementation of the Unified Health System – Sistema Único de Saúde (SUS). It was made possible the knowledge of the contemporary conditions of the SUS, advances and retreats in the dimensions of the management and the democratic control. It is also emphasized that the interviews constitute indispensable instruments to the knowledge of the thematic studied and demonstrate richness and fullness of information. This is a research, whose results will be shared with the involved citizens. The construction of the Brazilian social security, and in it, the health politics, impose the challenge to consolidate strategies to accomplish articulated actions – elements that interfere directly in the implementation of the SUS and the consolidation of health politics in the perspective of the social rights.

**Keywords:** SUS, democratic control, social participation, social politics

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I - A POLÍTICA SOCIAL NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO ...</b>	<b>19</b>
1.1 O padrão de acumulação capitalista no século XX .....	19
1.2 A política social no contexto do neoliberalismo .....	23
<b>CAPÍTULO II - A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>34</b>
2.1 A política de saúde no Brasil: revisitando o passado .....	35
2.2 O movimento da reforma sanitária e o SUS .....	41
2.3 A saúde na seguridade social e o SUS.....	43
<b>CAPÍTULO III - O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS EM GOIÂNIA.....</b>	<b>53</b>
3.1 A gênese da política saúde no município de Goiânia .....	54
3.2 A gestão 1997 a 2000 – <i>governo da cidade de Goiânia</i> .....	64
3.3 Gestão 2001 a 2004 – <i>Prefeitura de Goiânia: Você fazendo parte</i> .....	71
3.4 Participação e controle democrático no período de 1997 a 2004 .....	77
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>104</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica  
Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
Bireme – Biblioteca Virtual em Saúde  
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
Cais – Centro de Atendimento Integral à Saúde  
Caps – Caixas de Aposentadoria e Pensões  
Caps – Centros de Atenção Psicossocial  
Ceam – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares  
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
Cfess – Conselho Federal de Serviço Social  
CGSM – Coordenação Geral de Saúde Mental  
Ciams – Centro Integrado de Assistência Médica à Saúde  
Cims – Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde  
Ciplan – Comissão Interministerial de Planejamento  
CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde  
Clis – Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde  
CLS – Conselhos Locais de Saúde  
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental  
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
Conasp – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária  
Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Condata – Companhia de Processamento de Dados do Município de Goiânia  
Cris – Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde  
CSM – Centros de Saúde Mental  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais  
DOU – Diário Oficial da União  
DS – Distritos Sanitários  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
ESF – Estratégia da Saúde da Família  
FioCruz – Fundação Oswaldo Cruz  
Fumdec – Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário  
Funape – Fundação Nacional de Pesquisa  
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
ITA – Companhia de Transportes  
LBA – Legião Brasileira de Assistência  
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias  
Lilacs – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde  
Loas – Lei Orgânica de Assistência Social  
Lops – Lei Orgânica da Previdência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
Medline – National Library of Medicine  
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
Naps – Núcleos de Atenção Psicossocial  
Neppos – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Sociais  
Nesp – Núcleo de Estudo de Saúde Pública  
Noas – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica

Nupesc – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Estado, Sociedade e Cidadania.

OMS – Organização Mundial da Saúde

Ongs – Organizações Não-Governamentais

Opas – Organização Pan-Americana de Saúde

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PAB – Piso de Atenção Básica

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PC do B – Partido Comunista do Brasil

PCB – Partido Comunista Brasileiro

Piass – Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PL – Projeto de Lei

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

POI – Programação de Orçamento Integrados

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI – Programação Pactuada Integrada

PPS – Partido Popular Socialista

Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PSF – Programa da Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RP – Reforma Psiquiátrica

RS – Reforma Sanitária

Samphs – Sistema de Administração Hospitalar e Saúde

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SciELO – Scientific Electronic Library Online

Secovi – Sindicato de Habitação e Condomínios do Estado de Goiás

Senat – Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte

Sesc – Serviço Social do Comércio

Sesp – Serviço Especial de Saúde Pública

Sest – Serviço Social do Transporte

Siab – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Silos – Sistemas Locais de Saúde

Sinduscon – Sindicato da Indústria, da Construção do Estado de Goiás

Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SM – Saúde Mental

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPR – Serviço de Profilaxia Rural

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SPT 2000 – Saúde para Todos no Ano 2000

Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCM – Tribunal de Contas dos Municípios

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objeto de estudo a apreensão do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em duas gestões do município de Goiânia-Goiás, em uma conjuntura sócio-política determinada, qual seja, o período de 1997 a 2004, marcado pela gestão dos prefeitos Nion Albernaz, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), 1997-2000 e Pedro Wilson Guimarães do Partido dos Trabalhadores (PT) 2001-2004. A análise contempla as dimensões da gestão – organização dos serviços e controle democrático – papel das conferências e dos conselhos de saúde.

A análise desses mandatos municipais foi fundamental estabelecer a relação da prefeitura com os governos estaduais e federal, mediada pela política de saúde. A pesquisa intenciona problematizar o papel do Estado e da sociedade civil na condução dessa política social, ao destacar os interesses de classes, as tensões, os conflitos e contradições presentes nesse processo histórico.

De um lado, há preocupação de situar a saúde como parte da seguridade social, e reconhecer sua relevância como direito social, uma vez que foi um dos temas que compôs a agenda contemporânea da maioria dos cidadãos e também dos profissionais de Serviço Social, no Brasil. De outro lado, reforça-se que a saúde, como condição de vida, é uma conquista e resultado histórico de uma ação coletiva que envolve usuários, trabalhadores e intelectuais expressa na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Brasil, 1990). Dessa forma, busca conhecer as condições – recuos, avanços e possibilidades – desse processo histórico na cidade de Goiânia, nos dois mandatos municipais citados exigiu inúmeros desafios teóricos e metodológicos.

O objeto investigado e analisado neste trabalho explicita a necessidade e compromisso com um debate pouco abordado e/ou quase nada estudado pelos pesquisadores e profissionais de saúde em Goiânia. Tem ainda, como perspectiva, contribuir para o registro da história da saúde inserida no processo de implementação do SUS, em Goiânia, no período citado.

Ressalta-se ainda, nesse contexto, a necessidade de apreender as implicações e desdobramentos do processo de elaboração e implantação do SUS em Goiânia-GO como

campo de política pública, identificando, sobretudo, a concepção de direitos sociais, de gestão e de controle democrático que permeia essa experiência, tendo como parâmetro a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1993).

O desafio em pauta teve como premissa básica o registro e organização dos dados e informações históricas, (re)produzidas pelos sujeitos sociais envolvidos direta ou indiretamente no processo, inseridos em vários espaços políticos e ocupacionais na efetivação do SUS. A pesquisa foi orientada pelas questões: qual a concepção, trajetória e organização presentes na implementação do SUS, nas duas últimas gestões, em Goiânia? Quais as prioridades estabelecidas em cada mandato? Qual a participação dos movimentos sociais nesse processo e, em particular, no exercício do controle democrático? Como se organiza e se efetiva a proposta orçamentária e o financiamento na política de saúde? Tais questões têm como objetivo consubstanciar e revelar uma questão maior, a compreensão dos elementos que vêm contribuindo e/ou dificultando o processo de consolidação da saúde como política social universal em Goiânia.

A proposta de estudar essas duas gestões municipais, comandadas por dois partidos distintos, deve-se à existência de uma pesquisa em curso construída nessa mesma direção<sup>2</sup> com enfoque na década de 1990. Assim, analisar a saúde no período de 1997-2004 possibilitará o aprofundamento e a continuidade de uma análise descritiva e qualitativa, em complementação ao estudo em andamento, de modo que seus resultados possam apontar subsídios para estudos posteriores.

Algumas hipóteses foram definidas, a fim de orientar o processo, tais como: a consolidação do SUS em Goiânia é delineada por múltiplos determinantes sociais, econômicos, históricos, políticos e culturais, no entanto, esse processo é permeado por avanços, recuos, contradições, conflitos e desafios que contribuem para a concretização dos princípios dessa política pública: a I Conferência Municipal de Saúde de Goiânia, que ocorre em 1991; a gestão da saúde em Goiânia acompanha, apreende e assume o processo de desenvolvimento e efetivação do SUS em âmbito nacional; o advento da Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990) que prevê o exercício do controle democrático, na política de saúde, vem contribuindo com a superação de práticas autoritárias, fraudulentas, *politiqueiras* e populistas

---

<sup>2</sup> Ressaltam-se duas pesquisas, ora, em desenvolvimento por duas mestradas do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Católica de Goiás (UCG), Maria Ciurinha e Maria Tereza Cristina Favaro, que tratarão dessa temática na década de 1990. A pesquisa que deu origem a esses estudos e coordenada pela Profa. Dra. Walderez Loureiro Miguel, vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Estado, Sociedade e Cidadania (Nupesc)/Universidade Católica de Goiás (UCG), e tem por objeto a seguridade social em Goiás.



e a democratização do acesso aos serviços públicos; e o financiamento da política de saúde explicita a concepção e compromisso expresso nas prioridades eleitas em cada mandato.

A realização desta proposta de pesquisa representa uma importante oportunidade de trazer a público uma reflexão acerca da construção da política de saúde em Goiânia-GO. E, ainda, explicita parte da trajetória de luta de trabalhadores, usuários e gestores que traduz uma caminhada na construção da cidadania, e com ela, a defesa por melhorias de condição de vida da maioria da população. Significa, também, abordar um tema que tem sido pouco ou quase nada explorado no estado de Goiás<sup>3</sup>.

O debate que se apresenta é resultado de reflexões e análises vivenciadas no processo de participação, por meio de militância, durante nove anos nas entidades representativas – Conselhos Regional de Serviço Social 19ª Região GO-TO<sup>4</sup> e Federal de Serviço Social (Cfess) – dos assistentes sociais brasileiros, na produção do conhecimento, acerca do projeto ético-político-profissional e suas implicações, seus desdobramentos na história dos diversos sujeitos sociais que, direta ou indiretamente, se envolveram no processo de consolidação dessa proposta.

Destaca-se, ainda, a relevância e atualidade dessa pesquisa, mediante suas possibilidades históricas e objetivas na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, de modo a contribuir para a melhoria do trabalho, organização, articulação e fortalecimento dos trabalhadores, usuários e gestores como sujeitos desse processo, e ainda, a necessidade de superação das dificuldades teóricas, políticas, culturais, ideológicas e administrativas que influenciam a efetivação da saúde pública em Goiânia.

Para realização desse estudo, partiu-se da análise da condição contemporânea da política social no capitalismo, de modo a situar o Movimento pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica, no Brasil, iniciado no final da década de 1970, tendo em vista sua importância para a instauração do SUS no Brasil. Para apreender tal processo, adota-se como parâmetro a teoria social crítica, pautada na tradição marxista, mediante uma abordagem dialética de categorias como Estado e sociedade civil, esfera pública e privada, controle democrático, participação, cidadania, seguridade social, Sistema Único de Saúde. Utiliza-se ainda o aporte teórico gramsciano, com as categorias de estrutura/superestrutura, ao enfatizar as mudanças

---

<sup>3</sup> No momento, mais ou menos 5 assistentes sociais de Goiás concluíram e/ou estão concluindo doutorado, mas nenhuma pesquisa trata desse tema, exceto sobre a Seguridade Social, citada acima, período de 1990 a 2000. A partir de um levantamento de dissertações/mestrado e teses/doutorado em algumas universidades brasileiras (UnB, UFG, UCG, ENSP, UFRJ, UERJ), observa-se diversos estudos relacionados a outras capitais brasileiras.

<sup>4</sup> A Seccional de Base Estadual/Tocantins foi extinta, em 05 de janeiro de 2008, transformada em 25ª Região/TO.

no mundo do trabalho capitalista, sem perder de vista as relações entre sociedade civil e o Estado, e, ainda a questão da hegemonia.

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos as técnicas de pesquisa realizadas foram pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, em jornais, relatórios, atas, dados oficiais em documentos sobre o SUS e relatórios de gestão, resoluções do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e relatórios das conferências municipais e pesquisa empírica de campo por meio de realização de entrevista semi-estruturada, com roteiro previamente elaborado (anexo 1), para registro dos relatos de sujeitos que participaram do processo histórico da construção da política de saúde em Goiânia, dentre eles, trabalhadores, usuários e gestores da referida política. Foram entrevistados dois gestores e cinco trabalhadores e quatro representantes do Conselho Municipal de Saúde protagonistas (1997-2000 e 2001-2004), visando apreender o movimento histórico desses sujeitos coletivos, a fim de consolidar a pesquisa de campo em uma perspectiva qualitativa.

Os referidos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (anexo 1), modelo construído com referência na Resolução nº 196/1996, 10 de outubro de 1996, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Alguns entrevistados permitiram sua identificação, e outros, não. Diante do exposto, optou-se pela padronização das citações dos depoimentos enumerando as entrevistas.

Os dados constituem-se em indicadores significativos no decorrer do processo de conhecimento, pois contribuíram para a análise crítica do objeto de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada de acordo com cada mandato municipal, a fim de comparar os avanços e retrocessos, contextualizados conjuntamente, sempre com a preocupação de caracterizar historicamente a política de saúde em Goiânia a partir da década de 1980, relacionando-a com o Movimento de Reforma Sanitária e implementação do SUS.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado em 9 de março de 2007, conforme Parecer nº 002/2007, pela Comissão de Ética do Conselho Municipal de Saúde, Divisão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Goiânia e assinado pelo Secretário Municipal de Saúde, em 15 de março de 2007 (anexo 17).

Esse trabalho estrutura-se de modo que no primeiro capítulo discute-se a política social no capitalismo contemporâneo – padrão capitalista no século XX – o neoliberalismo, a globalização e a reestruturação produtiva, na perspectiva de compreender a configuração das políticas sociais estabelecidas conforme o padrão keynesiano. Trata ainda, das orientações do neoliberalismo predominantes após a década de 1970, com ênfase ao pluralismo de bem-estar e reforço ao mercado.

No segundo, analisa-se o processo histórico da política de saúde no Brasil até a década de 1970, quando se enfatiza o Movimento da Reforma Sanitária e, finalmente, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), a saúde como parte da seguridade social e o SUS.

No terceiro capítulo, aborda-se a gestão da política de saúde no município de Goiânia, segundo as dimensões anteriormente apontadas. A natureza da política de saúde é apreendida pela organização dos serviços, por alguns mecanismos institucionais como organograma e fluxograma, diretrizes e princípios das normas operacionais básicas (NOBs), da descentralização e regionalização e ainda, as dificuldades na expansão dos serviços, na perspectiva dos gestores e trabalhadores. Nesse mesmo capítulo, analisa-se o controle democrático na saúde em Goiânia, com a compreensão do papel do Conselho Municipal de Saúde e atuação dos sujeitos sociais, com ênfase à avaliação pelos usuários e trabalhadores. Em seguida, apresentam-se as considerações finais – desafios, avanços e recuos.

Dessa forma, procurou-se registrar a participação do município de Goiânia na mobilização em defesa da política de saúde, sempre relacionada aos processos nacionais. As referências metodológicas evidenciam esta pesquisa como momento de apropriação da realidade, o que implica uma reflexão crítica capaz de captar as mediações, nexos e contradições em sua totalidade histórica. Com a análise qualitativa, pretende-se contribuir com algumas reflexões acerca do contexto em que se insere a política de saúde em Goiânia, na perspectiva de sua consolidação como política pública inserida no sistema de seguridade social.

Assim, conhecer as condições – recuos, avanços e possibilidades – desse processo na cidade de Goiânia, nos dois mandatos municipais citados exigiram inúmeros desafios teóricos e metodológicos. Registram-se ainda, algumas dificuldades encontradas pelo caminho, como a ausência de um acervo documental público, desencontros na agenda dos entrevistados, pois a maioria encontrava-se envolvida com a realização das conferências, nas três esferas. A partir de julho de 2007, houve mudança da sala do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia (CMS). Dessa forma, os documentos foram acomodados em caixas, em virtude da falta de espaço, inviabilizando o acesso a documentos oficiais. A participação efetiva e pleito no processo eleitoral do conjunto – Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social (Cfess-Cress), a partir de outubro de 2007 a não-liberação integral do trabalho também representaram múltiplos desafios que perpassaram o processo de elaboração desse trabalho. Reconhece-se ainda, que este estudo encontra-se em um processo inconcluso, portanto pretende-se construir possibilidades na perspectiva do aprofundamento dessa temática em incursões futuras.

## CAPÍTULO I

### A POLÍTICA SOCIAL NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

*No meio do caminho tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho.*

Carlos Drummond de Andrade

Para empreender o processo de implementação da política de saúde no município de Goiânia, necessário se fez analisar o processo histórico de consolidação da política social no contexto da sociedade capitalista contemporânea. Entende-se que no movimento da totalidade-particularidade-singularidade, se apreende o objeto de estudo em pauta. Daí, a necessidade de desvelar o movimento do real, com base em categorias tais como neoliberalismo, globalização e reestruturação produtiva identificando como esses elementos interferem na efetivação da política social, em seu conjunto, a política de saúde.

Essas categorias são fundantes na análise da realidade social, resultantes do método dialético que possibilita captar o movimento do real e reproduzi-lo intelectivamente. Como a totalidade da vida social na reprodução do capital supõe a recriação ampliada da classe trabalhadora e do poder da classe capitalista, ela também é responsável pela geração de uma reprodução ampliada da pobreza e da riqueza que permeia as relações de classes a qual se expressa na luta de classe. Assim, “a reprodução das relações sociais é a reprodução de antagonismos de classe que tende a se aprofundar. A acumulação da miséria é proporcional à acumulação do capital” (Iamamoto e Carvalho, 1998, p. 62).

No capitalismo, não existe face humanizada, ainda que, em determinados momentos históricos, nos países mais ricos, ele se apresentasse com uma fisionomia mais civilizada, “que se universalizou mesmo para os países da periferia do capitalismo, sob formas de simulacro, bem ou mal acabadas” (Oliveira, 1999, p. 55).

Trata-se, portanto, de um movimento, de uma totalidade concreta, (re)produzida em um processo de (re)estruturação de acumulação capitalista. Desta forma, a reflexão dessas dimensões inicia-se pela contextualização e compreensão de algumas terminologias, que, de acordo com Boschetti (2003, p. 60) “são impregnadas de historicidade e especificidades, e sua simples tradução, sem a devida problematização, acaba gerando armadilhas de conceitos”.

### **1.1 O padrão de acumulação capitalista no século XX**

Investigar o movimento da sociedade, do capitalismo e as configurações que perpassaram e permeiam a construção das políticas públicas em geral e, em específico da política de saúde no Brasil, impõe inúmeros desafios teóricos. Um deles implica em aprofundar o significado de diferentes elementos determinantes (inter)relacionados à conjuntura brasileira e mundial nos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos, desde a segunda metade da década de 1970, quando instauram-se e generalizam o neoliberalismo nos países capitalistas. Vale ressaltar que as determinações macroeconômicas desenhadas ao longo desse período contribuíram para a conformação de um projeto político-ideológico que aprofunda os impedimentos à realização/efetivação de um projeto de sociedade democrático e, em última instância, determinam as condições concretas das transformações sociais e políticas engendradas na sociedade brasileira, regidas pela “lógica do capital – lógica destrutiva, crise estrutural, competitividade e concorrências intercapitais, chamada a sociedade dos descartáveis” (Antunes, 1999, p.19).

O padrão de desenvolvimento capitalista após o término da Segunda Guerra Mundial na Europa caracterizou-se pela predominância do capital industrial, baseado na organização da produção taylorista/fordista, no aumento da produtividade e em forte organização sindical da classe trabalhadora. O modelo taylorista/fordista caracteriza-se como um

padrão produtivo capitalista desenvolvido ao longo do século XX e que se fundamentou basicamente na produção em massa, em unidades produtivas concentradas e verticalizadas, com um controle rígido dos tempos e dos movimentos, desenvolvidos por um proletariado coletivo e de massa, sob forte despotismo e controle fabril. E o Toyotismo expressa a forma particular de expansão do capitalismo monopolista do Japão no Pós-1945, cujos traços principais são: produção flexível, existência de grupos ou equipes de trabalho utilizando-se crescentemente da microeletrônica e da produção informatizada. A produção é bastante heterogênea, os estoques são reduzidos e há forte processo de terceirização e precarização do trabalho (Antunes, 1999, p. 19).

A abordagem keynesiana que propõe a regulação social e econômica pelo Estado foi uma saída encontrada para superar a crise capitalista de superprodução expressa na crise de 1929. Tal perspectiva serviu como fundamento para a conformação do trabalhador à lógica econômica do capital, e, ainda, impôs ao Estado os papéis de interventor, provedor e regulador dos investimentos econômicos e sociais necessários ao atendimento do bem-estar.

Essas proposições fundamentaram o modelo beveridgiano de proteção social, implantado inicialmente na Inglaterra, e, posteriormente, nos demais países do Norte europeu, fundado nos “princípios da liberdade individual, da economia de mercado – pleno emprego e maior igualdade” (Behring, 2006, p. 85-86), ou seja, universalidade do atendimento, uniformidade quanto ao montante e modalidade dos benefícios, unificação do aparato institucional e combinação da lógica contributiva e não-contributiva no financiamento do sistema de proteção social. Esse modelo serviu de base para a implementação do Estado de bem-estar e suas políticas nos países capitalistas avançados, mas cada país apresentava singularidades em sua concepção e implantação.

A partir do final dos anos 1970, o capitalismo sofreu profundas transformações, evidenciadas na crise<sup>5</sup> do capitalismo, expressa na crise do paradigma do modelo fordista-taylorista. Após a década de 1970, instituiu-se um padrão de acumulação caracterizado pela globalização, acumulação flexível, regulado pela especulação financeira em detrimento dos investimentos produtivos, provocando, assim, desemprego, concentração de riquezas e injustiças sociais (Behring, 2006).

O fenômeno chamado globalização é caracterizado pela coexistência de concepções múltiplas, utilizadas geralmente para referir-se a uma “multiplicidade de fenômenos que, sobretudo a partir da década de 1970, estariam configurando uma redefinição nas relações internacionais em diferentes áreas da vida social, como a economia, as finanças, a tecnologia, as comunicações, a cultura, a religião, e outros” (Scherer, 1997, p. 114).

O termo globalização, que vem sendo utilizado, com frequência, para referir-se a um fenômeno econômico recente que expressa a idéia de imposição de uma única política, a qual

---

<sup>5</sup> No início da década de 1970, o capitalismo sofreu transformações muito profundas no tempo, no espaço, no modo de produção, na forma de se reproduzir, no perfil da classe trabalhadora, na relação com o maquinário e na financeirização. A forma de produção taylorista/fordista genialmente estampada por Chaplin, em *Tempos modernos* – a grande indústria concentrada, verticalizada, com milhares de trabalhadores sob o mesmo teto – foi sofrendo alterações significativas. “Isso ocorreu em função, primeiro, das mudanças tecnológicas – especialmente das chamadas mutações tecnocientíficas da era informacional – e também como resposta do capital às lutas sociais dos anos 1968, 1969, 1970, na Europa e na América Latina, que questionavam o controle social da produção. Todos esses fatores, as lutas sociais, a crise estrutural do capitalismo, a superprodução, o envelhecimento do sistema taylorista/fordista, a tendência decrescente das taxas de acumulação, fizeram que o capitalismo mudasse um pouco sua forma para que pudesse continuar sendo o capitalismo” (Antunes, 2005).

é direcionada das empresas para os Estados, para os indivíduos e para o público, se refere à “globalização financeira e de seu impacto sobre a instabilidade e o dinamismo do investimento e da acumulação produtiva” (Mattoso, 2000, p 115), ao introduzir, então, a idéia de superação dos Estados-nação. No entanto, a discussão sobre a configuração dos Estados-nação não pode apresentar o equívoco de concebê-los “como instituições que perdem todo o poder político-econômico, em consonância do processo de globalização capitalista” (Löwy, 1998, p. 64). Na realidade, os Estados-nação, desde o seu surgimento até os dias atuais, exercem um papel fundamental nas esferas política e econômica.

A globalização encontra-se constantemente vinculada à idéia de novidade, mas a articulação econômica do globo não é recente. O caráter expansionista do capitalismo apresenta-se desde a gênese deste modo de produção. Marx e Engels (2002, p. 110), já apontavam no *Manifesto comunista*, que os mercados se ampliavam cada vez mais em razão do aumento na procura de mercadorias, o que acarretou a superação da manufatura pela grande indústria moderna. Por sua vez, criou-se o mercado mundial configurado pela descoberta da América, com acumulação possibilitada pelo acesso ao ouro e à prata advinda dessas colônias, o que acelerou o desenvolvimento do comércio, da navegação e dos meios de comunicação.

O debate referente à globalização como instrumento ideológico exige sua articulação à teoria imperialista, que sempre enfocou a relação entre o expansionismo do capital e as ações de dominação exercidas pelos países capitalistas centrais no sistema capitalista. O discurso globalizante entende que o capital se desvencilhou totalmente dos seus Estados de origem, pois ele não mais se orienta por linhas territoriais. Nesse sentido, “as políticas sociais vinculam-se às necessidades da grande indústria e se expressam na organização do mercado e reprodução da força de trabalho e nos pactos entre o capital e os sindicatos” (Mota, 2000, p. 129).

Se o imperialismo consistia na ordem colonialista exercida por vários países europeus, pelos Estados Unidos da América (EUA) e pelo Japão, após a Segunda Guerra Mundial e a efetivação da descolonização, surgiu a Guerra Fria, caracterizada também pelo uso de pressões econômicas e políticas, sob a liderança dos EUA, mas incluindo a presença de outros países ocidentais (Antunes, 1999).

Resultam então, as condições históricas e objetivas dadas ao processo de realização do neoliberalismo por meio do Estado burguês, como um mecanismo ideológico e verdadeiro guardião dos princípios e práticas de reestruturação produtiva para *administrar* um momento de profunda crise, com características crônicas e estruturais, geradas nas próprias entranhas das contradições do capital (Antunes, 2000). A proposta de Estado mínimo, que se instauram-

se e expandem em todos os países capitalistas, possui profundas implicações para o padrão de política social que havia se desenvolvido até então.

## **1.2 A política social no contexto do neoliberalismo**

Bem antes da intervenção estatal baseada no keynesianismo, ainda na segunda metade do século XIX, foi implementado na Alemanha um sistema de proteção social (modelo bismarckiano), com a criação de caixas de aposentadorias e pensões compulsórias, financiadas por trabalhadores e empregadores, de base contributiva, e benefícios proporcionais à contribuição, fundados no princípio do seguro social. A política de saúde implementada na Europa ocidental seguia tal modelo, sendo assegurada apenas aos contribuintes.

A política social, assim, constitui um fenômeno típico da sociedade burguesa, dos regimes capitalistas de produção/reprodução, em uma dada conjuntura histórica e diz respeito ao reconhecimento de que as relações sociais de produção engendram as forças e a luta à medida que os trabalhadores assumem o protagonismo como sujeitos sociais (Simionatto, 2004).

Foi, contudo, com a perspectiva keynesiana, que a política social assumiu, a partir da década de 1940, a função econômica de subsidiar o consumo ou o subconsumo, isto é, como um salário indireto que estimula e possibilita o ingresso dos que estão à margem da sociedade, excluídos do mercado. Trata-se da garantia de um conjunto de políticas públicas que assegura a inclusão, na perspectiva da universalidade dos direitos sociais, civis e políticos, como um direito de cidadania e dever do Estado.

O padrão de desenvolvimento capitalista, após a Segunda Guerra Mundial na Europa, caracterizou-se pela predominância do capital industrial, baseado na organização de produção taylorista e fordista que buscava

canalizar o fundo público, tanto para o financiamento do capital, quanto para a reprodução da força de trabalho, movido pela lógica de que, para impulsionar a produção, haveria de se ampliar mercados e preservar certo tipo de poder aquisitivo da população, capaz de viabilizar o consumo de mercadorias e a dinamização da economia (Iamamoto, 1999, p. 115).

Ocorreu assim, uma ampliação das funções do Estado no campo das políticas sociais, de modo a permitir a ampliação da renda monetária familiar para assegurar o consumo de



massa. Essas proposições fundamentaram o *modelo* Beveridgiano de proteção social, implantado inicialmente na Inglaterra, e, posteriormente nos demais países do norte europeu, após a Segunda Guerra Mundial. Esse modelo foi fundado nos

princípios da universalidade do atendimento, uniformidade quanto ao montante e modalidade dos benefícios, unificação do aparato institucional e combinação da lógica contributiva e não-contributiva no financiamento do sistema de proteção social (Pereira, 2000, p. 139).

Assim, esse modelo forneceu elementos norteadores da ação estatal, para favorecer o desenvolvimento capitalista e a geração permanente de empregos, e, sempre que necessário, prover o *bem-estar*.

Os elementos norteadores propostos para a ação estatal almejavam o “equilíbrio entre produção, emprego, renda e consumo, de modo a otimizar a lucratividade do capital” (Behring, 2000, p. 33). Acerca das implicações dessas mudanças na estratégia do movimento operário e socialista, Coutinho sinaliza que

nas sociedades “ocidentais”, onde o Estado se “ampliou”, as lutas por transformações radicais travam-se no âmbito da “sociedade civil”, visando à conquista do consenso da maioria da população, mas se orientam, desde o início, no sentido de influir e de obter espaços no seio dos próprios aparelhos do Estado, já que esses são permeáveis à ação das forças em conflito. [Neste caso] o centro da luta está na “guerra de posições”, na conquista paulatina de espaços no interior da “sociedade civil” e, por meio e a partir dela, no próprio seio do Estado. Nesse sentido. O Estado capitalista “ampliado” se vê na obrigação de negociar para obter legitimidade – a depender da correlação de forças existentes na “sociedade civil” – pode atender a importantes reivindicações das massas trabalhadoras organizadas. O avanço da democratização política é ao mesmo tempo condição e resultado de um processo de transformações também nas esferas econômica e social (Coutinho, 2000, p. 39-40).

A posição neoliberal atribui menor importância à função social do Estado e maior ênfase ao seu papel de prover as condições necessárias para a expansão das empresas. De acordo com esse pensamento, um Estado intervencionista é essencial para “o sucesso da liberalização econômica, visto que facilita as reformas necessárias à sua supremacia” (Pereira, 1994, p. 15). A medida de apoio estatal ao mercado baseia-se na falácia de que o Estado é capaz de criar condições de um desenvolvimento mais dinâmico, o que permite a solução do desemprego e da pobreza. Como assinala Soares (2001, p. 27), “a concentração dos recursos e da renda determina o perfil e a dinâmica da oferta e, portanto, a estrutura global da produção e da apropriação de bens e serviços”, fundamenta-se na crença de que, mesmo com a

desigualdade existente na sociedade, o apoio estatal possibilitaria aos setores mais privilegiados adquirir uma poupança maior, o que favoreceria um maior investimento e, portanto, a erradicação destes problemas.

A ofensiva neoliberal defende a “desregulação do mercado, o redirecionamento dos gastos públicos, a privatização de funções públicas e a reestruturação da atuação do Estado” (Pereira, 2001, p. 39). Diante da crise, a resposta neoliberal propõe uma reorganização dos objetivos do Estado, de modo a assegurar a existência de um Estado forte, tanto para cooptar o poder dos sindicatos quanto para controlar o dinheiro, no entanto com atuação mínima no que concerne à intervenção econômica e aos gastos sociais. Assim,

[buscam-se] manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa "natural" de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos (Anderson, 2007, p. 10-11).

Tal política econômica, quando adotada, requer contenção de gastos na área social e criação de um exército/reserva de trabalhadores, em que o desemprego é tido como resultado natural da economia, e as reformas fiscais favorecem os agentes econômicos. Essas propostas aparecem como solução para o retorno do crescimento econômico e provocam a especulação financeira, refletem o descompromisso com a produção, geradora de empregos, e com a justiça social. O desemprego estrutural ou tecnológico exige um perfil de trabalhador intelectual, polivalente e multifuncional<sup>6</sup>, que passa a operar a máquina com base no exercício intenso, uma vez que “as fábricas robotizadas não precisam mais de muitos operários, e o setor de serviços, como bancos, escritórios, comércios e outros, dispensa datilógrafos e um grande número de gerentes, contadores e outros, pois também está se informatizando” (Pereira, 1999, p. 49).

Essas medidas fundamentam o ideário neoliberal, que assumiu ascendente amplitude desde a crise do modelo econômico na década de 1970, caracterizada pelo baixo índice de crescimento e altas taxas de inflação, em substituição ao modelo keynesiano. Em último, predominou nos trinta anos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, e, ao questionar o caráter auto-regulável da economia capitalista e impelido a contornar as crises periódicas do

---

<sup>6</sup> Produziu trabalhadores precarizados, desqualificados, que não atendem às exigências do mercado, e (re)produziu dessa forma, o desemprego estrutural, temporário e informal (Iamamoto. 1999).

capitalismo, sustentou a intervenção do Estado na esfera econômica e social. A intervenção consistia na disponibilização de meios de pagamento e garantia do investimento, objetivando o domínio das flutuações da economia e a oferta de políticas sociais para reverter o quadro de desemprego.

As políticas sociais nos países capitalistas desenvolvidos a partir da década de 1970 passaram a sofrer os efeitos das políticas neoliberais e experimentar um reordenamento denominados por alguns autores como *pluralismo de bem-estar*, porque envolve uma série de sujeitos, como o Estado, mercado, organizações voluntárias e setor informal nos países desenvolvidos, responsáveis pela provisão da proteção social. O setor voluntário apresenta um grau maior de organização e como, exemplo, podem ser citadas as organizações comunitárias, os grupos de *auto-ajuda* e os grupos de pressão, sem deixar de destacar que essa informalidade se refere a uma rede de *solidariedade comunitária*, que conta com a família, amigos e vizinhos (Pereira, 2000).

Esse processo afeta as políticas públicas, pois a globalização assume formas exacerbadas, caracterizando-se pela hegemonia sem precedentes do capital financeiro e especulativo sobre o capital produtivo, o que veio facilitar a expansão do capitalismo internacional, com a implementação do sistema econômico neoliberal. Como diz Iamamoto (1999, p. 34-35),

o renascimento das propostas neoliberais (...) tem resultado no desemprego massivo, no corte dos gastos sociais, acompanhado de uma legislação anti-sindical e em um amplo programa de privatização dos órgãos do Estado (...) O aprofundamento das desigualdades e a ampliação do desemprego atestam ser a proposta neoliberal vitoriosa, visto serem estas suas metas, ao apostar no mercado como a grande esfera reguladora das relações econômicas, cabendo aos indivíduos a responsabilidade de se “*virarem no mercado*”.

Reafirma-se ainda que as reformas fundamentadas nas políticas econômicas liberalizantes provocam impacto e consolidam proposições que, afetam o sistema de proteção social. O contexto descrito evidencia que para os neoliberais, o Estado social<sup>7</sup>, em suas diferentes formas, era um dos responsáveis pelos aspectos que incidiram *negativamente* sobre o capitalismo, após os anos 1970, ao explicitar altos índices inflacionários e estagnação do crescimento econômico.

---

<sup>7</sup> O termo Estado social é utilizado neste trabalho para nomear a ação estatal nas políticas sociais, e se refere ao *Welfare State*, Estado de bem-estar social, Estado providência e Estado social, diversos modelos de proteção social que apresentam suas especificidades econômicas, políticas e sociais.

No caso brasileiro, as políticas sociais diferenciam-se nas diversas conjunturas e momentos históricos e em suas particularidades, com a prevalência de uma ou outra característica. “As políticas sociais, como a educação, a habitação e a saúde interferem diretamente no controle e preservação da força de trabalho, e consomem mercadorias para a sua reprodução” (Faleiros, 1987, p. 64). No âmbito dos países capitalistas desenvolvidos, a consolidação do Estado democrático de direito foi fundamental para a expansão das políticas sociais, mas vale lembrar que, no contexto brasileiro, foi bem diferente. O Estado brasileiro viveu a ditadura militar entre 1964 e 1985, período marcado por terrorismo, violações de direitos humanos, desrespeito e tortura aos opositores políticos. De um lado, a vitória dos militares da chamada *linha dura* constituiu-se em um governo de *força*, sobretudo com a edição do AI-5<sup>8</sup> (Brasil, 1968) e a tortura tornou-se uma política sistemática do Estado, com o silenciamento de qualquer oposição ao regime. De outro lado, houve mudanças significativas no desenho da política social, porém sem a perspectiva da participação da população, com um viés autocrático.

Nesse contexto, no Brasil, com o fim da ditadura militar, iniciaram-se os sucessivos governos civis<sup>9</sup> de 1985 a 1989, embora com suas especificidades. A implementação do receituário neoliberal no país intensificou-se no começo da década de 1990, durante o governo do Fernando Collor, o primeiro presidente eleito pelo povo após a ditadura militar, e se consagrou, hegemonicamente, desde o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, em 1994. Em outras palavras, tais governos adotaram no Brasil a “proposta liberal conservadora, assim a tendência geral é de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando as políticas sociais em – ações pontuais e compensatórias” (Behring, 2003, p. 103), que consiste em medidas de privatização, desregulamentação, de abertura a economia e corte nos gastos públicos.

O processo de redemocratização do Brasil foi potencializado pela organização e luta dos trabalhadores por meio dos movimentos sociais, e essa capacidade organizativa e de luta pôde assegurar a incorporação das demandas desses sujeitos coletivos na nova Carta

---

<sup>8</sup> O Ato Institucional nº 5 (AI-5) foi estabelecido em 13 de dezembro de 1968, durante o governo de Arthur da Costa e Silva e vigorou até 31 de dezembro de 1978, com as seguintes medidas: fechou o Congresso Nacional por prazo indeterminado, cassou mandatos de senadores, deputados, prefeitos e governadores, interveio no poder judiciário demitindo juízes, tornou legal legislar por decretos, decretou estado de sítio: suspendeu a possibilidade de qualquer reunião, recrudescer a censura, determinando a censura prévia, que se estendia à música, ao teatro e ao cinema, suspendeu o *habeas corpus* para os chamados crimes políticos (Iamamoto. 2006).

<sup>9</sup> José Sarney, 1985, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Fernando Collor de Melo, 1990 do Partido de Reconstrução Nacional (PRN), Itamar Franco, 1992, sem partido, Fernando Henrique Cardoso, 1994 a 2002, do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB). Ocorreram nesse período quatro eleições presidenciais (Oliveira. 2007, p. 15-45).

Constitucional (Brasil, 1988) que expressa as contradições e interesses dos diferentes projetos políticos presentes nessa sociedade. No caso brasileiro, a despeito dessas iniciativas

foram realizadas [a partir dos] anos 1940, e somente nos anos de 1980 que [concretamente] a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, de constitucionalização de novos direitos sociais, trabalhistas e políticos (Mota, 2004, p. 3).

Mesmo com a deflagração do processo de democratização do Estado brasileiro, o projeto de dominação burguesa ainda é hegemônico. Com a “argumentação da chamada *divida social*, a burguesia articula seu projeto de hegemonia e dominação sobre a classe trabalhadora” (Pereira, 2004, p. 137).

No início dos anos 1990, culminou a expansão do ideário neoliberal no Brasil, em que o Estado aparecia como *vilão* da história, insinuando que a crise se devia, em parte, aos gastos sociais, responsáveis pelas *desgraças* sociais e econômicas.

A *semente* neoliberal, jogada no *terreno fértil* do governo Itamar Franco, pôde, enfim, florescer. mediante uma programática mais articulada, construída em meados da década de 1990. A cultura política anti-estatista começou a ganhar legitimidade no seio da sociedade, ao fortalecer o processo de dilapidação e de desqualificação do Estado brasileiro em um contexto democrático. Conforme ainda, Oliveira (1995, p. 68), “cresceu o consenso de que o Estado falhara e, na ordem do dia, pautou-se a reforma da Constituição, mesmo sem a sua efetiva materialidade”. Com o governo Fernando Henrique Cardoso, a programática neoliberal fortaleceu-se ideológica e politicamente. Esse governo, afinado aos interesses do grande capital e por ele afiançado, criou as bases de sustentação para uma reforma do Estado. Assim,

segundo os ditames dos organismos internacionais, a reforma do Estado, na perspectiva do ajuste, concorreu para inviabilização do projeto social contido na Constituição de 1988 (...) atacando em dois níveis no plano jurídico, dando forma a uma reforma/revisão constitucional que acabou por retirar da Carta elementos fundamentais (...) e substancialmente, no plano prático-concreto, dando curso a um “modelo de desenvolvimento” que subtraiu as bases de sustentação econômico-financeira para uma eventual implantação daquela alternativa (Netto, 1999, p. 79).

No campo econômico, as transformações ocorridas na organização dos processos produtivos, desde o início dos anos 1990, de orientação neoliberal, impuseram limites ao desenvolvimento do padrão de proteção social, calcado nos princípios do Estado de bem-estar social, uma vez que se aprofundava a abertura ao capital internacional e se acelerava o processo

de privatização. “Tudo isto indica que o Brasil não é apenas um país profundamente desigual, mas, sobretudo injusto, porque, a rigor, ele não é pobre”, afirma (Pereira, 2004, p.153).

O ajuste fiscal foi apresentado como a justa medida ou medida de referência, sobretudo no tocante aos investimentos (ou seus cortes) na área social, em uma conjuntura de crise do capitalismo contemporâneo, e no caso brasileiro, as particularidades “de sua integração subordinada à ordem internacional, assim, as políticas sociais são realizadas de forma seletiva, fragmentada, excludente e setorizada” (Raichellis, 2000, p. 61).

Para a configuração do cenário descrito, propõe-se explicitar alguns elementos sobre a reforma do Estado e suas conseqüências para as políticas sociais que

ampliam-se a partir do II pós-guerra, como meio de prover proteção social a todos os trabalhadores, inscrevendo-se na pauta dos direitos sociais. Em geral, os sistemas de proteção social são implementados através de ações assistenciais para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para cobertura de riscos do trabalho, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e para manutenção da renda do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laboral (Mota, 2000, p. 2).

Esse modelo configurou-se em uma das propostas que fundamentou a seguridade social brasileira. Dessa forma, as políticas sociais brasileiras contemporâneas podem ser compreendidas no marco da chamada *contra-reforma do Estado*, em que se incluem, dentre outros traços, a tendência à contração dos encargos sociais e previdenciários, vista como custos para a produção ou como gastos dispendiosos do Estado. Configuram ainda, “um ambiente ideológico individualista, consumista e hedonista ao extremo, em um contexto em que as forças de resistência se encontram fragmentadas, particularmente o movimento operário” (Behring, 2003, p. 103).

Vários estudiosos, já anteviam, em meados dos anos 1990, o perverso resultado do ajuste neoliberal para a seguridade social brasileira. Mota (2000, p. 101) assinala que a tendência

era de privatização de programas de previdência e saúde e No Brasil, a despeito das iniciativas realizadas nos anos 1940, é somente a partir dos anos 1980 que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, de constitucionalização de novos direitos sociais, trabalhistas e políticos (Mota, 2000, p. 3).

Mesmo com a deflagração do processo de democratização do Estado brasileiro, o projeto de dominação burguesa ainda é hegemônico. Com a argumentação da chamada *divida*

*social*, a burguesia articula seu projeto de hegemonia e dominação sobre a classe trabalhadora (Pereira, 2004, p.137).

Dessa forma, os Estados são

conduzidos de modo a formar uma outra cultura de proteção social, o que sugere o desenvolvimento de estratégias constitutivas da hegemonia da classe dominante que, para exercitar o seu papel de dirigente, segundo o pensamento gramsciano, precisa realizar uma verdadeira reforma social e moral (da burguesia mundial) que transforme o seu projeto de classe num projeto de todas as classes. Para isso, recorre-se tanto à negação das possibilidades de construir uma alternativa ao projeto societário capitalista, um projeto "para além do capital", subtraindo referências teóricas e históricas, como à implementação de estratégias que cuidem de construir práticas, visões de mundo e valores necessários à conformação de uma outra cultura, formadora da sociabilidade requerida pelo capitalismo do século XXI Mota (2000, p. 3).

Na contramão desse processo, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem raízes históricas nas lutas sociais dos anos 1970 e 1980, com a emergência de um conjunto de novos sujeitos sociais que representam uma conquista, depois de um longo processo de acúmulo de experiências e saberes nas lutas desde os anos 1970. Participam desses processos movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram naquele mesmo período. Dentre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se “o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania” (Bravo. 1996, p. 57-58).

O Movimento de Reforma Sanitária, tema que será discutido posteriormente neste trabalho, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Esse movimento reconheceu a saúde como direito e obrigação do Estado, regulamentados em 1990 pelas leis nº 8.080<sup>10</sup> (Brasil, 1990a) e nº 8.142 (Brasil, 1990b)<sup>11</sup>. Ambas dispõem, como princípios, a participação popular, universalidade, integralidade, autonomia, igualdade, divulgação e direito à informação, equidade, justiça social, além de diretrizes, como descentralização, regionalização, hierarquização e organização dos serviços. Embora

---

<sup>10</sup> Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990a).

<sup>11</sup> Publicada em 28 de dezembro de 1990, define a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde e transferências intragovernamentais de recursos financeiros na política de saúde (Brasil, 1990b).

a arquitetura da seguridade brasileira pós-1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o estado de bem-estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, a concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização dos benefícios sociais (Mota, 2004, p. 3).

Em uma conjuntura marcada pela inflação e pelo crescimento da dívida pública, a mobilização social, representativa de múltiplos interesses sociais, dos diversos sujeitos coletivos no Brasil, assumiu a defesa e pleito de *conteúdos* da constituição. Trata-se de um momento prenhe de esperanças, no qual emergiram as lutas sociais, em uma perspectiva de construção democrática, que foram protagonistas de amplos e intensos debates, resultando na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). No caso específico da saúde, o movimento da reforma sanitária e psiquiátrica imprimiu sua marca nesse processo amplo e democrático.

Nas palavras da autora,

esse movimento, contudo, esbarra nos limites da democracia formal, na medida em que o processo de socialização da esfera da política não teve equivalente na esfera da economia, isto é, do poder econômico constituído ao longo do regime militar (Mota, 2004, p. 3).

A proteção social brasileira continuou atrelada à submissão e às imposições da desregulamentação dos mercados e da internacionalização das economias, e no reordenamento de suas funções, durante os anos 1990, conforme afirma Pereira, o Estado Social continuou funcionando sob diversas formas, e como um fenômeno que provoca

aumento do desemprego e diminuição do total de postos de trabalho a contingente de desempregados somado às levas de indigentes, sem a mínima proteção pública, representa a outra face do nosso processo de modernização desorganizada e predatória. As empresas racionalizam atividades, informatizam, terceirizam, pregam a qualidade total, empenham-se na reengenharia dos seus processos produtivos e administrativos, sem preocupar-se com o desemprego e o aumento da pobreza (Pereira. 1999, p.15).

A responsabilidade quanto à provisão dos serviços de proteção social não se restringe à participação tão-somente no processo de tomada de decisões relativas à elaboração, acompanhamento e avaliação desses serviços. A co-responsabilidade, nesse caso, estendeu-se também à execução desses serviços e, nesse sentido,



a ênfase na sociedade como principal agente de bem-estar tem conquistado adesões nas mais diferentes correntes ideológicas, por meio de discursos/bandeiras sobre a emancipação dos pobres da tutela do Estado; a descentralização do poder; o incentivo à participação popular; a divisão de custos; a diluição da fronteira entre o público e o privado; a inauguração de uma visão holística de bem-estar, entre outros. No entanto, esta conotação positiva à participação pode estar encobrindo a tendência privatizante que tem sido utilizada nas duas últimas décadas (Stein, 2000, p. 161).

A co-responsabilidade entre as políticas sociais traduz mudança no papel do Estado. Ele não é mais considerado o ator principal no que concerne à efetivação dos serviços sociais, pois assume o dever de estimular a participação do mercado, das organizações voluntárias e da rede de *solidariedade comunitária* (Montaño, 2002, p.110).

O Estado, ante as necessidades sociais, transfere sua responsabilidade para a sociedade civil, sob a forma do voluntariado, conclamando o indivíduo para o exercício da solidariedade calcada na *moral*. Não obstante as transferências das ações estatais para a sociedade civil, instituições de interesse público e sem fins lucrativos – como as Organizações não-governamentais (ONGs) – ou para a esfera privada, sem um total distanciamento do Estado no trato dos problemas sociais (Montaño, 2002).

À ação estatal cabe prover serviços sociais para a parcela da população *mais pobre*, em razão do que as políticas sociais passam a ser concebidas pela ótica da seletividade, sendo direcionadas, de forma segmentada, aos indivíduos que se encontram em estado extremo de pobreza com a descentralização, a esfera local torna-se a maior responsável pela execução dos serviços, mas sem o respectivo poder decisório, e da precarização, ao reduzir a quantidade e a qualidade dos serviços prestados (Montaño, 2002).

A concepção dessa modalidade de políticas sociais fundamenta-se, segundo Pereira (Pereira, 1999, p.67), “nos princípios de menor elegibilidade e seletividade do atendimento, onde os menos aquinhoados ficam a mercê de benefícios e serviços de pior qualidade que, ao evitarem competir com o pior salário, acabaram reforçando ou aumentando as desigualdades sociais”. A tendência de restrição dos direitos sociais no Brasil, em que cada vez mais são acentuadas as desigualdades sociais, difere do processo de dualização que ocorre nos Estados sociais europeus, porque o país não apresenta uma situação realmente dual, mas caótica, agravada pelas dificuldades de conquistas que resultem na consolidação da cidadania, compreendida como heterogeneidade, uma especificidade latino americana,

onde se sobrepõem formas avançadas e atrasadas de organização política, social e econômica, conformando uma complexidade particular e única – frágil, instável e contraditória - aonde se situam diferentes estruturas de

proteção social (...). Muitos destes países reconhecem em sua legislação o conceito de direitos e elegeram uma seguridade social pública como forma institucional de garantir assistência aposentadorias, compensações por doença, maternidade e pela perda de emprego; bem as de benefícios familiares e de habitação, entre outros (Soares. 2001, p. 43).

Destarte, a política permite a organização do social como espaço instituído, construído, articulado por conflitos, propiciando a diversificação e a multiplicação de direitos de cidadania, em razão do que a ampliação da cidadania permite, por sua vez, a valorização da dimensão *social*, como espaço de viabilização de direitos.

Essa configuração da produção capitalista possibilita uma leitura das políticas públicas brasileiras que se materializam em uma conjuntura influenciada pela globalização, e ainda, a compreensão da *questão social*, temas discutidos no próximo capítulo.

## CAPÍTULO II

### A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

*No meio do caminho tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho.*

Carlos Drummond de Andrade

Com o intuito de remover algumas pedras que envolvem o processo de conhecimento, como diz a epígrafe, este capítulo destaca a relevância da reforma sanitária no processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua concepção, expressão e tendência como um dos movimentos sociais no Brasil. Para aprofundar o conhecimento em relação à política de saúde, elegeram-se como referências alguns elementos analíticos, teóricos político-econômicos, os quais envolvem mediações complexas, resultantes de múltiplas determinações.

A história da política de saúde no Brasil, e seu processo de conhecimento deu vinculado à “produção dos indivíduos que é determinada socialmente, e este é por certo o ponto, de partida” (Marx, 1982, p. 3). Essa iniciativa exige a busca de alguns antecedentes e determinações históricas. Assim compreende-se que,

o poder burguês do pós-1964, inaugurou o modelo burocrático-autoritário, significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico social e político que modelou um país novo- os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática (Bravo. 1996, p. 26).

No Brasil, todos esses fatores – o poder burguês, as lutas sociais, a crise estrutural do capitalismo, a superprodução, o esgotamento do sistema taylorista/fordista, a tendência

desenvolvimentista – fizeram que o capitalismo se modificasse pelas vias do arbitrarismo, da repressão e continuou sendo o capitalismo, a antidemocracia, a dependência. E, o padrão de acumulação entrava

em contradição com os anseios democráticos, nacionais e populares. A burguesia possuía duas alternativas: assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classes não-burguesas na luta pela direção da sociedade, ou garantir a hegemonia pela força, apelando para a antidemocracia e a dependência essa foi a solução adotada (Bravo, 1996, p. 27 ).

Embora essa conjuntura seja completamente diversa e muito mais complexa, serão destacados a seguir alguns elementos considerados fundamentais para essa reflexão.

## 2.1 A política de saúde no Brasil: revisitando o passado

Faz-se necessário localizar o debate da política de saúde com base em uma concepção de política e nela inserida a política social entendida como um fenômeno conflituoso<sup>12</sup> e contraditório,

porque ao mesmo tempo em que responde positivamente aos interesses dos representantes do trabalho, proporcionando-lhes ganhos reivindicados na sua luta constante contra o capital, também atende positivamente aos interesses dos representantes do capital, preservando o potencial produtivo da mão-de-obra e, em alguns casos, como apontam expoentes da Escola de Frankfurt, desmobilizando a classe trabalhadora (Pereira. 1999, p. 54).

De acordo com Rúa, (1998, p. 232) para “entender o conceito de política pública e, particularmente de política social”, é preciso conhecer o significado do termo *política* em seus principais significados. Em seu sentido geral, política é caracterizada nos temas clássicos de eleição, voto, partido, governo, e, em seu aspecto específico, “política pública refere-se a processos modernos de regulação econômica e social realizada pelo Estado,” desde que ele se

---

<sup>12</sup> A política é uma relação entre seres humanos diferentes e plurais, assume, por isso, um caráter conflituoso. Nas palavras de Hanna Arendt (2002, p. 15), a política “trata da convivência entre diferentes” em sociedades internamente diferenciadas. “Os homens e mulheres organizam-se politicamente para atingir objetivos comuns e, assim, fugir do caos que se instalaria se cada um se entrincheirasse na defesa de seus interesses e objetivos particulares”.

tornou ampliado, ou seja, crescentemente interventor, a partir do final do século XIX (Pereira, 2001, p. 222-223).

O estudo da política pública é também o estudo do Estado em ação nas suas permanentes relações de reciprocidade e de antagonismo com a sociedade, a qual constitui o espaço privilegiado das classes sociais (Ianni, 1986, p. 51-59). Por conseguinte, política pública implica sempre e simultaneamente intervenção do Estado, envolvendo diferentes atores (governamentais e não-governamentais), por meio de demandas, suportes ou apoios e de controle democrático<sup>13</sup>.

Segundo Nogueira (1998, p. 11), “as relações de reciprocidade, e antagonismo entre Estado e sociedade exigem o rompimento com a análise linear e restrita de política pública, vista apenas como sistema político (*output*), localizando, assim, os sujeitos sociais que dialeticamente se relacionam – Estado, sindicalistas, grupos de pressão, agentes sociais, nacionais e internacionais”. Desse modo, é necessário compreendê-la inserida em uma conjuntura globalizada preta de sentidos políticos, econômicos e sociais.

No que tange à consolidação da política de saúde no Brasil, somente em 1953, ocorreu um desmembramento entre o Ministério da Saúde e Educação, criando-se o Ministério da Saúde, instituído pela Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Essa iniciativa do governo não significou uma efetiva preocupação em atender às demandas da saúde pública de sua competência. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Dneru), que incorporou os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

Desta forma, para o aprofundamento desse período, é necessário relacioná-lo à conjuntura social, econômica, cultural e política vivida desde a segunda metade da década de 1960. Vale ressaltar ainda, que

a ditadura promoveu uma crescente transformação do Estado em relação à sociedade civil, de forma abrupta e profunda. Houve o desenvolvimento de um Estado estranho, estrangeiro, inimigo, que anulou o cidadão, mantendo a grande maioria da sociedade civil sob controle e exploração. Baniu a débil representação das classes subordinadas (...) de todas as esferas do aparelho estatal, representação conquistada nas décadas anteriores a 1964 (Bravo, 1996 p. 28).

---

<sup>13</sup> Por controle democrático, entende-se o controle dos cidadãos sobre o Estado e sobre a própria sociedade, em oposição ao termo controle social que, em sua formulação original, do sociólogo Émile Durkheim, significa controle do Estado sobre os indivíduos. Se, em Marx, o Estado detinha a exclusividade da coerção e da violência, em Gramsci isso será subdividido em duas esferas: a *sociedade política*, na qual se concentra o poder repressivo da classe dirigente (governo, tribunais, exército, polícia), e a *sociedade civil*, constituída pelas associações privadas (igrejas, escola, sindicatos, clubes, meios de comunicação), nas quais circulam as ideologias que funcionam como “cimento” da formação social, e por meio das quais a classe hegemônica procura impor à classe trabalhadora a sua concepção de mundo (Gramsci, 1987).

Destaca-se a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que, ao unificar os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), constitui-se

na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”, trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre estado e classe trabalhadora (Bravo, 1996, p. 30).

Nesse contexto, de governo militar, a assistência à saúde estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974, com o desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que era uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía para a previdência social, ou seja, restrita aos trabalhadores (contribuintes), com carteira assinada. Tal modelo de saúde seguiu os padrões bismarckianos de proteção social, pois vinculava a saúde a uma contribuição prévia dos trabalhadores (Boschetti, 2006). Os demais eram considerados indigentes e atendidos somente em serviços filantrópicos.

Portanto, prevaleceu nesse período uma concepção de saúde em que predominam condições precárias de trabalho, a lucratividade, o controle da força de trabalho, e, *nas medicinas de grupo*, a perspectiva higienista, curativa e privatista, evidenciada em medidas como, “financiamento a hospitais privados e credenciamento para compras de serviços e convênios com empresas” (Bravo, 1996, p. 33). Diante disso, pode-se questionar essa configuração da política de saúde, usando as palavras do poeta: “Não passou ou, Passou? Minúsculas eternidades, deglutidas por mínimos relógios ressoam na mente cavernosa” (Carlos Drummond de Andrade).

A atuação do Ministério da Saúde resumia-se às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, por meio da vacinação, realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças. Servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo instituto. Os recursos provenientes da contribuição previdenciária continuaram sendo administrados de forma centralizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e aplicados segundo os orçamentos unificados.

Por volta de 1975, a pressão social contribuiu para o processo da abertura política, com retomada da organização social (sindicatos, partidos políticos, associações de moradores e outros). Na política de saúde, estruturou-se o chamado Movimento Sanitário, que utilizou estudos e pesquisas realizadas em anos anteriores, com o intuito de buscar subsídios à

elaboração de um projeto alternativo de mudança do sistema de saúde. E, ainda, no período de repressão política e censura à imprensa, começou a denunciar a ditadura e os interesses econômicos. Esse movimento teve sua luta canalizada na reforma sanitária brasileira que vem ocorrendo de forma efetiva, apesar de alguns obstáculos que a ele se antepõem permanentemente.

Dessa forma, observa-se que esse movimento foi se ampliando por meio de lideranças sindicais, políticas e populares, técnicos e profissionais de saúde que se reuniam para discutir a reorganização e democratização da saúde no país.

Os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PNDs) instituíram no Estado brasileiro a idéia de metas de longo prazo, prevendo atividades de execução interdisciplinar e interministerial. Esse modelo de planejamento governamental difundiu as bases do planejamento e avaliação nas ações governamentais, o que favoreceu a profissionalização das estruturas e das equipes, incluindo, também o debate referente aos conceitos de *local e nacional* nesses projetos.

O estabelecimento desses desafios para as ações de saúde pública, nos anos 1970, expressa-se nas iniciativas de reorganização dos serviços, em todas as esferas de governo (estadual, municipal e local), algumas até apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), criado em 1976, e dirigido para as áreas rurais do Nordeste, cidades com menos de 20 mil habitantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) contribuíram com a difusão “das propostas da medicina comunitária (...) ocorreu no Brasil na década de 1970” (Bravo. 1996, p. 44).

A realização da VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, não obteve grandes avanços e também não houve participação da sociedade organizada. O I Simpósio de Política de Saúde, realizado em 1979, foi promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, e o movimento sanitário foi representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que expôs, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde (Bravo. 1996, p. 44).

No entanto, no final dos anos 1980, com o fortalecimento do movimento operário e sindical, começou certa divisão de trabalho institucional com a criação de aparelhos que buscavam responder às demandas originárias do mundo do trabalho. A partir de então, o governo teve de adotar algumas das idéias e reivindicações do movimento, em razão do agravamento da crise de 1980 e a pressão de vários sujeitos sociais que reivindicavam melhores serviços de saúde, e elaborou um projeto de reorientação global do sistema de

saúde, propondo a implantação de Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde). No entanto, em virtude dos diversos jogos de interesses, a proposta não saiu do papel, e se tornou o tema discutido na VII Conferência Nacional de Saúde em 1980 (Bravo, 1996. p. 44).

O Decreto nº 86.329/1981 de 2 de dezembro de 1981 (Brasil, 1981), criou o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp). Visando racionalizar os gastos, teve a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população, previdenciária, indicava alocação necessária de recursos financeiros ou de qualquer natureza, e ainda, propunha medidas de avaliação e controle para o sistema de assistência médica.

Os gastos da previdência social com o Inamps, em 1982, levaram o governo a tomar algumas medidas de contenção de gastos, pagando ao setor privado contratado por diagnósticos e não mais por atos, celebrando convênios com estados e municípios para reutilização das instalações públicas de saúde ociosas. Essas propostas foram denominadas autorização de internação hospitalar (AIH) e ações integradas de saúde (AIS)<sup>14</sup>, possibilitando às instituições públicas de saúde um conhecimento mútuo, articulação e planejamento ampliado.

As ações integradas de saúde (AIS) possibilitaram o início da construção de um sistema de coordenação colegiada, criada em 1984, propunham como instâncias de planejamento e gestão: a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (Cris) e as Comissões Locais de Saúde (Clis) e Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims). Posteriormente, essas comissões contribuíram para o processo de criação dos atuais conselhos de saúde. Com o fim do regime militar e o surgimento da Nova República, em 1985,<sup>15</sup> abriram-se novos horizontes e os movimentos sociais fortaleceram-se nas lutas.

Vale ressaltar que a orientação macroeconômica e financeira que se desenhou no longo do período militar, até meados de 1985, responsável pelo chamado *milagre brasileiro*, permaneceu, significando a cristalização de um núcleo decisório que, de forma alguma, se

---

<sup>14</sup> As ações integradas de saúde (AIS) constituíram um projeto interministerial (Previdência, Saúde, Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava a esfera pública, procurando integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo, e foram criadas em 1983. A previdência passou a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (Brasil, 1983).

<sup>15</sup> O movimento das Diretas Já (Brasil, 1985) marcou o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais igualmente na política de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (Conass) ou municipais (Conasems), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds).



orientou por um projeto de sociedade democrático e, em última instância, determinou as possibilidades e limites das transformações sociais e políticas engendradas na sociedade brasileira.

O movimento sanitário, em 1986, pressionou o governo de José Sarney, particularmente os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, resultando na formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que produziu documentos para subsidiar o projeto constitucional da saúde, visando sua reorganização. Estimulou, ainda, contatos e articulações com o intuito de influenciar a elaboração de programas de partidos que disputaram as eleições de novembro de 1986, para governadores, senadores, deputados federais e estaduais.

A saúde pública afirmou-se, por outro lado, como prática especializada e estritamente orientada para o universo das doenças de escopo coletivo, incluindo preocupações relativas às expressões da *questão social*, exigiu também,

apreender e captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de re-invenção da vida, construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo geminado (Iamamoto, 2000 p. 28).

Prevista nos planos do novo governo e tendo em vista a próxima realização da Assembléia Nacional Constituinte, em que seria discutida a nova ordem política e jurídico-institucional do país e celebrado um novo pacto entre os vários sujeitos sociais, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>16</sup> realizada em 1986 em Brasília-DF, para discutir a nova proposta política e estrutural de saúde para o país. Foram abordados os seguintes temas: *Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor* (Brasil, 1986).

Com uma ampla participação de cerca de cinco mil pessoas – dirigentes institucionais, profissionais, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares – a 8ª Conferência discutiu a situação da saúde do país e aprovou um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto da reforma sanitária brasileira<sup>17</sup>. Então plenamente legitimado pelos movimentos sociais identificados com os interesses e necessidades da população o projeto foi

---

<sup>16</sup> Momento em que foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, por meio de Portaria Interministerial assinada pelos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação (Brasil, 1987).

<sup>17</sup> A reforma sanitária não se define, no caso brasileiro, como programa de governo ou como política social do Estado. É um projeto político-cultural, nascido da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde. Sua sedimentação teórica e política consagrou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, para disputar com outras propostas, a inscrição, na Constituição de 1988, de suas recomendações sobre a saúde.

## 2.2 O Movimento da Reforma Sanitária e o SUS

A humanidade só se propõe às tarefas que pode resolver, pois se considera mais atentamente, se chegará à conclusão de que a própria tarefa só aparece onde as condições materiais de sua solução já existem, ou, pelo menos são captadas no processo de seu devir (*Marx, 1982, p. 26*).

Nesse processo, as condições materiais, ou seja, os sujeitos organizados, intelectuais, trabalhadores e outros deram consistência à estratégia (propostas do SUS) de saúde pública, por meio do Movimento pela Reforma Sanitária, revestindo-a de prestígio científico em relação aos problemas de saúde do conjunto da população.

Organizado em influentes instituições científicas, como o Instituto Oswaldo Cruz e entidades civis, Sociedade Brasileira de Higiene, o círculo intelectual médico-sanitário consolidou rotinas científicas e administrativas que sustentaram a iniciativa nacional no campo da preservação da saúde.

Após um ano da realização da 8ª Conferência, foi criado o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds)<sup>18</sup> concebido como um sistema unificado, caracterizado pela pluralidade de sistemas adaptados às respectivas realidades locais, mas possuindo, todos eles, pontos comuns de agregação que permitiam a sua unificação em um sistema maior. Esses pontos de agregação deveriam ser compatíveis com as funções desenvolvidas pelo sistema, que tinha como atribuição corrigir as distorções, reduzir as desigualdades, promover um desenvolvimento equilibrado em sua área de ação, fornecer serviços e desenvolver ações que extrapolem a capacidade ou a possibilidade de ação dos sistemas locais (Brasil, 1987).

De acordo com a exposição de motivos do decreto que institui o Suds (Brasil, 1987) e propôs a redefinição das atribuições das três esferas governamentais, a concepção básica da organização do Suds tinha as seguintes características nas três esferas de governo:

---

<sup>18</sup> Criado por meio do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987 (Brasil, 1987) inserido no conceito geral, com o objetivo de consolidar e desenvolver qualitativamente as ações integradas de saúde (AIS).

- a) federal, com a responsabilidade pelo planejamento estratégico (por meio da elaboração e definição da política e do Plano Nacional de Saúde), pela administração das ações de saúde e do relacionamento entre o setor público e o setor privado, pelo gerenciamento de equipamentos públicos de referência nacional ou considerados estratégicos e pela implementação de outros planos de interesse e de abrangência nacional (gestão do trabalho, desenvolvimento tecnológico, e outros);
- b) estadual, responsável pelo planejamento tático da implementação de políticas, estratégias e normas emanadas do nível federal, pelo planejamento operacional das atividades e ações desenvolvidas sob responsabilidade do Estado, e pelo gerenciamento do equipamento e das ações de saúde próprias ao seu nível.
- c) municipal, com a incumbência do planejamento operacional e execução das políticas, estratégias e normas definidas pelas esferas federal e estadual, pela administração do Sistema Municipal de Saúde, pela execução direta de normas de abrangência municipal, e pela elaboração, coordenação e implementação dos planos municipais de saúde<sup>19</sup>.

Como um dos integrantes do nível federal e co-financiador das ações e serviços de saúde, coube ao Inamps acompanhar e avaliar a execução físico-financeira dos planos de saúde, bem como sua eficácia. Como integrante da instância colegiada do âmbito federal/Ciplan, competia-lhe participar da formulação da política nacional de saúde e da elaboração de normas; e como integrante da instância colegiada na esfera estadual/Cis, participar da formulação da Programação e Orçamento Integrados (POI) e das demais decisões.

O sistema vigente de saúde foi resultado de um processo construído durante a ditadura militar, visando os interesses do capital, e não as necessidades da população. Os serviços de saúde pública não funcionaram por causa de vários fatores: inexistência de concursos, salários baixos, falta de condições de trabalho, imagem negativa atribuída ao servidor público, falta de recursos financeiros, ausência de uma política de gestão de pessoas, equipamentos sucateados, falta de planejamento e reorganização dos serviços, e outros. Todos esses aspectos contribuíram para o desprestígio dos serviços públicos de saúde e o grande crescimento dos serviços privados, voltados ao lucro, além disso, os investimentos eram em ações curativas,

---

<sup>19</sup> A cada uma dessas esferas corresponde uma instância colegiada (Ciplan, CIS, Cris, Cims, Clis), responsável por coordenar a formulação e acompanhar a execução dos planos nacional, estadual e municipal de saúde. A inter-relação entre essas instâncias foi disciplinada por um instrumento de Programação e Orçamento Integrados (POI).

ignorando a prevenção e promoção da saúde. Esta concepção que se insere nas múltiplas determinações requer uma discussão sobre as

contradições da modernização capitalista frente ao processo de barbarização da vida social, pontuando a incapacidade do capitalismo de enfrentar as seqüelas do processo de acumulação e apropriação da riqueza socialmente produzida, donde os limites das políticas de seguridade e dos próprios direitos sociais, na ordem burguesa, a despeito de possuírem uma clara dimensão civilizatória e de serem produto histórico das lutas sociais dos trabalhadores (Mota, 2001, p. 1).

Nesse contexto de transformações e crises, existem no Brasil,

em conexão com a dinâmica sociopolítica e econômica internacional, dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade sustentada em uma democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos, e o de uma sociedade fundada na democracia de massas. Na política de saúde, destacam-se o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (Bravo, 2001, p. 198-199).

Com base nessa contextualização, que prossegue na reflexão histórica seguinte, localizam-se os avanços e desafios no processo de implementação da política de saúde no Brasil.

### **2.3 A saúde na seguridade social e o SUS**

Originada na Europa no século XIX, no período da Revolução Industrial, a seguridade social está historicamente relacionada à emergência da questão social, vinculada, portanto, à dinâmica da acumulação capitalista que envolve desde a questão salarial, a manutenção e reprodução do trabalhador e do próprio capital. Após a Segunda Guerra Mundial o conceito de seguridade social tornou-se mais utilizado, designando um conjunto de ações governamentais destinadas à proteção social dos trabalhadores.

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) incluiu e ampliou os direitos sociais, impressos na seguridade social, concebida como direito universal à saúde e direitos à previdência social com bases contributivas e direito à assistência social a quem dela necessitar. Esses *direitos sociais* conquistados pela sociedade e previstos na lei são mais comprometidos com o princípio da justiça social, da equidade e da igualdade, embora tenham no seu horizonte os direitos individuais. Quando se fala em seguridade social no contexto da

política social refere-se àquelas “modernas funções do Estado capitalista – imbricado à sociedade – de produzir e distribuir bens e serviços sociais categorizados como direitos de cidadania” (Pereira, 1998, p. 60).

Portanto, no Brasil, a seguridade social foi incluída na esfera dos direitos sociais, somente na Constituição de 1988: “a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social” (Brasil, 1988, art. 194).

Alguns analistas e formuladores tendem a confundir e restringir a Seguridade Social à sua dimensão previdenciária, como sinônimo de seguro, de forma isolada e fragmentada. Ressalta-se ainda que, além das diversas abordagens e influências específicas – econômicas, políticas e sociais existe um “movimento dialético que se expressa na contradição, onde esse conjunto de políticas sociais em sua totalidade vive uma relação de atração e rejeição, constituindo assim uma unidade de contrários” (Boschetti, 2003, p. 59-60).

No Brasil, a seguridade social calca-se em princípios presentes em dois modelos, o bismarckiano em que predomina a previdência e o modelo Beveridgeano que orientam a saúde – com exceção do auxílio doença, apreendido como seguro-saúde e regido pelas regras da previdência – e a assistência social. (Boschetti, 2003, p. 63). E ainda,

o surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composição de força no âmbito do Estado. No final do século XIX o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade (Behring e Boschetti, 2006, p. 65).

Formada pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, a seguridade social instalou quando, contraditoriamente, o Brasil adotou na ótica neoliberal. Segundo Mota (2004, p. 3),

esse processo que possui apenas duas décadas, passa a ser negado a partir dos meados dos anos 1990, em favor das prescrições neoliberais e de um conjunto de mudanças macroestruturais, momento em que as classes dominantes iniciam a sua ofensiva contra a seguridade social universal.

O conceito de seguridade social que se pretende analisar está pautado em um sistema de proteção social que visa garantir direitos e o exercício da cidadania. Trata-se da garantia de um conjunto de políticas públicas que asseguram o acesso na perspectiva da universalidade

dos direitos sociais, civis e políticos. Refere-se ao direito de cidadania, dever do Estado, universal, com garantia de recursos e controle democrático, contemplando a saúde, a assistência social, a previdência, a educação, a habitação, a segurança, e outras. Essa concepção explicita-se na *Carta de Maceió* (anexo 16), formulada pelas e pelos assistentes sociais brasileiros.

Existem várias abordagens de análise e compreensão de seguridade social que ocupa um lugar no contexto do capitalismo monopolista. Por isso, a seguridade social adquire características diversificadas e particulares influenciadas pelos elementos –históricos, políticos, econômicos e culturais – pela reestruturação produtiva, pela concentração e expansão do capital, pelas transformações e fragmentação do mundo do trabalho. Desta forma, expressa-se em um movimento contraditório e dialético. Essa afirmação sugere que a

seguridade social diz respeito tanto ao movimento de valorização do capital, como, também, às conquistas das classes trabalhadoras que, ao lutarem e conquistarem meios de reprodução da própria vida, impõem ao capital e ao Estado o desenvolvimento de ações que se confrontam com os interesses imediatos da acumulação (Mota. 2000, p. 25).

O movimento sanitário contribuiu significativamente para a reorientação da saúde no Brasil, e esse processo histórico, ainda inconcluso, influenciou a (re)elaboração da concepção e compreensão de saúde, que se firmou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986). Ainda vem sendo corroborada em todos os espaços institucionais e profissionais, abrange a saúde não como um sintoma da doença, mas a saúde em sua amplitude preventiva e social.

A saúde passou a ser caracterizada como decorrente das condições de vida e/ou múltiplos determinantes como direito ao trabalho, à terra, à educação, ao esporte, lazer, cultura, habitação, alimentação, e ainda, da necessidade de acesso igualitário de todos aos serviços que objetivem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

O desafio de assumir e implantar tal perspectiva no conceito de saúde, que privilegia uma concepção preventiva e, sobretudo, coletiva e que considera a saúde como resultante da qualidade geral de vida da população e não restrita a prática relativa ao controle de doenças, pode materializar-se no conceito interdisciplinar de saúde, que requer a compreensão e a análise dos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais condicionantes da qualidade de vida e saúde da população.

É necessário, portanto, inverter a lógica que vem sendo apresentada nos serviços de saúde, e enfrentar os desafios para superar um enfoque corporativista, fragmentado, hospitalocêntrico, modelo criado e reproduzido no Brasil, com a instituição do regime militar.

A reforma sanitária como proposta para a democratização da saúde no país apresenta uma nova concepção de saúde entendida como resultado das condições de vida das pessoas – emprego, salário justo, educação, saneamento básico, habitação, cultura, alimentação, transporte, lazer, acesso e posse da terra e outros. Nessa perspectiva, a promoção da saúde não pode ser uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas de todo o governo, por meio de políticas públicas, e da sociedade, conforme suas necessidades e aspirações, o que resultou da inclusão de uma concepção de saúde como condição de vida, um direito de todos e dever do Estado, no texto constitucional de 1988<sup>20</sup>.

No entanto, no final dos anos 1980, as transformações do mundo do trabalho provocaram rebatimentos no movimento operário e sindical, que se fortaleceu coletivamente na busca de atendimento às demandas originárias do mundo do trabalho. Nesse contexto, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma proposta de saúde pública que se afirmaria, em meio a tantas contradições e conflitos, como prática especializada e orientada para o universo das doenças de escopo coletivo – incluindo preocupações relativas às expressões da *questão social*. O estabelecimento desses limites para as ações de saúde pública foi, sem dúvida, um projeto consciente das classes dominantes que almejavam a criação de instrumentos capazes de superar os entraves sanitários para a expansão de economia capitalista (Bravo. 2001, p.199).

Cabe lembrar, nesse sentido, que a repercussão das ações sanitárias transcendeu inegavelmente a simples função de criar condições de insalubridade em áreas rurais de produção de matérias-primas e alimentos para a exportação, como apontam os estudos sobre o papel desempenhado pela América Latina. No Brasil, o desenvolvimento do mercado de força de trabalho urbano esteve também direta ou indiretamente associado à implementação das rotinas sanitárias.

Nessa perspectiva, a atuação sanitária em certas áreas do país expressou também um fator de mudança qualitativa nas condições existenciais da força de trabalho, pois contribuiu para a diminuição da mortalidade causada por diversas doenças epidêmicas,

---

<sup>20</sup> A saúde está garantida na Constituição Federal como um direito de todos, de acordo com o artigo 196 que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

mesmo assim, as fragilidades existentes também não são suficientes para negar que os trabalhadores brasileiros, a partir dos anos 1980, adquiriram novos direitos, ampliaram o acesso a serviços públicos não mercantis, usufruíram do alargamento da oferta de benefícios, como os da assistência social e da saúde, dentre outros (Mota, 2004, p. 3).

A avaliação do significado histórico das ações de saúde pública não pode, assim, ser efetuada apenas por um ângulo, mas interessa a compreensão de uma modalidade de atenção à saúde que nasceu para superar determinadas ameaças sanitárias provocadas pela ordem capitalista em detrimento de outros fenômenos sanitários. Além disso, ressalta-se a virulência e mortalidade consideráveis, que “foram toleradas por expressar em determinadas condições de vida que viabilizaram a manutenção e reprodução da força de trabalho em quantidade necessária à dinâmica da produção”. (Faleiros, 1987, p. 63). Esse processo representa a funcionalidade que a política social exerce para a reprodução do capitalismo.

Se, de um lado, a política social erigida no contexto do capitalismo monopolista se dá como resposta do Estado Burguês à questão social, nesse caso ela se configura em *políticas sociais, que* representam problemas particulares. De outro lado, “as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas” (Netto 1992, p. 29).

Tal configuração da ação sanitária diferenciou as políticas de saúde pública do processo de implantação das leis sociais, que nasceu como resposta do Estado ao movimento reivindicatório das classes trabalhadoras.

As conquistas sociais e os direitos sanitários dos trabalhadores foram viabilizados por meio do aparato burocrático estatal, como tentativa de neutralizar, cooptar e aniquilar os movimentos políticos que, conjuntamente, lutaram em face das desigualdades estruturais da ordem capitalista emergente.

A política de saúde pública, pelo contrário, surgiu objetivando a criação de condições sanitárias mínimas, ao limitarem sua atuação ao controle de entidades mórbidas que ameaçavam a reprodução e a manutenção da força de trabalho.

No plano político, o esgotamento do modelo foi potencializado pela organização e luta dos trabalhadores, por meio dos movimentos sociais e da capacidade organizativa de luta que assegurou a incorporação das demandas deste segmento na nova Carta Constitucional, ao expressar as contradições e interesses dos diferentes projetos políticos societários. Ao considerar um sistema avançado, capaz de assegurar acesso universal a bens e serviços à



sociedade, e ainda, conforme seus princípios orientadores,<sup>21</sup> definidos à efetivação dos direitos sociais, o SUS tornou-se irreversível como diretriz geral para a concretização de modelos assistenciais, comprometido com as necessidades de saúde da população. Em razão desse motivo e de inúmeros outros, parte da população vem lutando para defendê-lo e contribuir para seu processo de implementação, consolidação e legitimação.

A oferta de serviços em saúde sofre influências culturais e da própria estrutura da sociedade, pois ainda, comporta ações clientelistas, excludentes e às vezes eleitoreiras, que permeiam a organização ideo-cultural e política das políticas públicas. A utilização adequada dos recursos públicos, paralelamente à ampliação dos gastos com saúde, é um dos principais desafios para o SUS.

A saúde de grupo ou sistemas próprios, cooperativas médicas e planos de administração tem crescido muito ultimamente, passando a atender determinados problemas de saúde de uma restrita parcela da população, isto é, apenas aos que têm condições de pagamento.

Questões relacionadas a fraudes, corrupção, deputados eleitos porque utilizaram a autorização de internação hospitalar (AIH) – a chamada *bancada AIH* – o desvio de recursos, o piso das emergências, utilizados como macas, a imposição da escolha pelo profissional de quem pode viver, a superlotação de emergências, o sucateamento de equipamentos, os baixos salários, as demissões em massa, as tragédias em Caruaru, Rio de Janeiro, Fortaleza e muitas outras, constituem imagens diárias das manchetes e jornais.

Vários fatores interferem nessa problemática, pois enquanto todo cidadão brasileiro não gozar de uma boa qualidade de vida, em termos de alimentação, trabalho, moradia, água, esgoto, transporte, educação e lazer, não se pode afirmar que o país cuida da saúde da população. Esses direitos ainda não foram efetivados e, conseqüentemente, a saúde pública está comprometida.

A saúde como condição de vida, um direito de todos e dever do Estado, é um princípio básico da reforma sanitária, e não deve ser entendido como direito adquirido por meio de contratos e pagamentos, mas deve ser um direito humano e de cidadania por contribuir para o desenvolvimento da sociedade.

A proposta que a reforma sanitária faz para reorientar o sistema de saúde brasileiro e cumprir com essas funções é a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

---

<sup>21</sup> Estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, os princípios da universalidade, integralidade e da equidade e das diretrizes – descentralização, da regionalização, da hierarquização e participação social (LOS nº 8.080, Brasil, 1990).

Segundo documentos elaborados pela Comissão Nacional de Saúde (1987), o processo de reforma da política de saúde deveria orientar-se para a criação de um sistema único de saúde que respeite os princípios da universalidade, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, territorialidade, descentralização das ações de saúde, continuidade de atenção, interinstitucionalidade, *intersectorialidade*, equidade, e controle social do sistema de saúde. A adoção desse sistema supõe a criação de um processo novo no âmbito federal e a montagem de novos arcabouços institucionais nas esferas estadual e municipal de governo, viabilizando o comando único.

Baseado nesses princípios, em meados de 1996 o Sistema Único de Saúde define como características fundamentais nas três esferas de governo:

- a) o âmbito federal é responsável pela formulação da política nacional de saúde, pela organização do Sistema Nacional de Saúde, pela normatização e regulamentação das ações de saúde e do relacionamento entre o setor público e o setor privado, pela gestão direta de serviços considerados estratégicos ou de referência nacional, e pela execução de programas emergenciais e atividades que extrapolem as possibilidades das unidades federadas;
- b) âmbito estadual é responsável pela implementação e avaliação da política nacional de saúde nos estados, pela elaboração do plano diretor de saúde que regule e oriente o funcionamento do subsistema estadual de saúde, pela compatibilização das normas e diretrizes do nível federal, e pela execução de serviços de abrangência estadual e regional, ou que extrapolem as possibilidades dos municípios/distritos sanitários.
- c) o âmbito municipal/distrital é responsável pelo sistema de saúde e tem como atribuição a gestão dos serviços básicos de saúde; é essencial que os serviços estejam voltados para a população local, independentemente de qual seja a instituição responsável por essa prestação de serviços, se o município ou o distrito.

De acordo, com a Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), o distrito sanitário deve constituir a unidade básica para a reestruturação do sistema de saúde. Os distritos devem ter um gestor único que execute diretrizes estabelecidas por instâncias colegiadas, coordene instrumentos de programação físico-financeira e de orçamentação integrados, dispondo de recursos gerenciais para autorizar a execução financeira em seu nível de atuação.

Outra iniciativa é a criação de espaços colegiados de pactuação e de decisão-postulados por existirem vários prestadores de serviços de saúde. Contando com participação das três esferas de governo – federal, estadual e municipal – e, dos prestadores de serviços não-governamentais conveniados, por meio de representação, nas CIB e Cist que visam garantir a coordenação das ações dos diversos prestadores.

A articulação gerencial das diversas redes de serviços é garantida pelas comissões interinstitucionais e pela elaboração, na base do sistema, da programação e orçamentação compartilhada, apontando um ordenador único de despesas e da gestão unificada.

Deve-se lembrar que, para a materialização de lutas reivindicatórias da classe trabalhadora, com o objetivo de garantir os princípios fundamentais relativos à cidadania e à dignidade da pessoa humana. O artigo 1º da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), prevê a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Definem-se no artigo 198, três principais alicerces:

- a) descentralização com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal);
- b) atendimento Integral com prioridades para as ações preventivas (vacinação, medicamento e saneamento básico) sem prejuízo dos serviços assistenciais (postos de saúde, hospitais e ambulatórios);
- c) participação da comunidade (decidindo o que é mais importante para ser feito e controlando o uso do dinheiro público, do povo)<sup>22</sup>.

Transcorridos dois anos do período pós-constitucional, a mobilização da sociedade, paralela aos esforços do setor, garantiu a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990), considerada um marco histórico, político e social significativo na sociedade brasileira.

A concepção de saúde supera a compreensão de ausência de doenças, como expressão das condições de vida da população. Assim, saúde é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, salário, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade

---

<sup>22</sup> Ainda na Constituição de 1988, ficou estabelecido que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve controlar e fiscalizar procedimentos gerais na política da saúde; executar ações de vigilância para dar condições de saúde e prevenir doenças; opinar na formação de trabalhadores na esfera; participar de programação e da execução das ações de saneamento básico; aumentar o desenvolvimento científico e tecnológico da política; fazer a fiscalização de alimentos e colaborar na proteção do meio ambiente, nele incluído o ambiente de trabalho (Brasil, 1988).

e acesso aos serviços de saúde, conforme a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e se resume em qualidade de vida pela 9ª Conferência Nacional de Saúde.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta uma série de obstáculos: as resistências políticas à unificação e a universalização do sistema, a ausência de um tratamento adequado à política de administração, educação permanente, gestão do trabalho e desenvolvimento pessoal e coletivo, a lentidão na readequação do modelo assistencial, e, ainda, a política de financiamento do sistema.

Esses desafios resultam de um processo histórico mais amplo, pois a “sociedade brasileira tem uma história marcada pelo autoritarismo e pela desigualdade social. Desde a sua origem gera uma relação dual entre os que podem e os que não podem pagar”, de acordo com Behring (2003, p. 105) permeia as relações sociais no país.

Ao longo dos anos, as lutas vêm se materializando por meio dos movimentos sociais em defesa dos direitos civis, políticos, sociais, que se referem às condições de vida e trabalho, acesso aos bens e serviços, reconhecidos como básicos indispensáveis a uma vida digna, enfim pelos direitos humanos. Dessa forma, inúmeras reivindicações já foram conquistadas e se expressam na liberdade de locomoção, de crença religiosa, de associação, igualdade perante a lei. O direito ao voto foi processualmente ampliado aos não-proprietários, às mulheres, aos não-alfabetizados e aos jovens entre dezesseis e dezoito anos.

A participação é ainda considerada uma das possibilidades de emancipação, desenvolvimento e autonomia dos usuários e trabalhadores que contribuem com a construção do SUS. Esse processo consiste no exercício do controle democrático como expressão viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral. A questão da participação efetiva tem sido decisiva, e a soma de forças de todos os protagonistas envolvidos resulta no fortalecimento coletivo.

No que se refere à saúde, o texto constitucional de 1988 enuncia, como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, a participação da comunidade, que pode se efetivar mediante representação em órgãos colegiados deliberativos, propondo e reivindicando medidas específicas destinadas a atender às necessidades da população. Os textos legais reconheceram que a saúde deve ser entendida como direito de todos e dever do Estado, resultante de vários determinantes como a alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, lazer, emprego, entre outros.

Historicamente, optou-se por buscar recuperar a liberdade e a igualdade perdidas com o advento do neoliberalismo em que se começou a construir coletivamente os direitos humanos como um instrumento de luta contra a opressão.

Conclui-se, portanto, que participar significa um exercício crítico, que se efetiva no direito de se manifestar, divergir e até mesmo concordar. Para esse exercício crítico, é necessário conhecer, examinar, analisar com cuidado e objetividade, ir além das aparências da interpretação permanente das coisas, pois elas mudam. É preciso, ainda, exercer os princípios da ética, da alteridade, do pluralismo e da tolerância na convivência da diversidade.

A análise histórica da política de saúde confirma que a partir da reforma sanitária instituída nos anos de 1980, delinea-se outra direção social nessa política pública e se materializa no processo de construção coletiva, que se inicia antes do lançamento do movimento sanitário. Essa luta perdura, até a atualidade, ou seja, no ano de 2008. No processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o desafio é construir sua vinculação à seguridade social brasileira, conforme previsto constitucionalmente.

Nessa perspectiva, a seguridade social, saúde e o SUS são aqui analisados tendo como parâmetro sua vinculação e inserção nas

contradições das políticas de proteção social, ressaltando o valor político-estratégico das reformas sociais, como exposto na carta de Maceió, e fazendo uma crítica contundente às proposições neoliberais e às injunções do mercado e do capitalismo financeiro que ameaçam o exercício dos direitos e garantias sociais inscritos da Constituição brasileira de 1988, ao tratar a esfera pública como um campo de possíveis negócios e o desmonte da intervenção social do Estado como uma oportunidade de subordiná-lo aos interesses da classe dominante (Mota, 2001, p. 1).

A política de saúde, implementada no município de Goiânia-Goiás, discutida no próximo capítulo, assume configurações influenciadas pela conjuntura social, social e cultural. Portanto,

o modelo econômico atual obriga a reivindicação e o diálogo a entrarem nos estreitos espaços daquilo que é permitido acontecer, de modo que as ações participativas ou se conformam com "o possível", deixando intactas todas as situações que não cabem nas prioridades governamentais, ou lançam mão de uma expertise técnica que possa prever e realizar desenhos participativos (e escolher as exclusões necessárias) que incluam todos os requisitos obrigatórios para mostrar a idéia de um experimento democrático concreto (Paoli, 2007, p. 236).

Com essas referências, assume-se a disposição de empreender uma análise comparativa das administrações desenvolvidas por meio da Secretaria Municipal de Saúde, no período de 1997 a 2004, com enfoque no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desafios, avanços e recuos, no município de Goiânia.

## CAPÍTULO III

### O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS EM GOIÂNIA

*Tropeço no possível,  
mas não desisto de fazer a descoberta  
que tem dentro da casca do impossível*

Carlos Drummond de Andrade

Este capítulo tem como objeto a implementação da política de saúde no município de Goiânia, no período de 1997 a 2004. Procurou-se construir uma reflexão com base nos planos e relatórios dos dois mandatos em estudo, bem como dos elementos apreendidos nos relatos, por meio de entrevistas com sujeitos envolvidos no processo de funcionamento do SUS. Os critérios para escolha desses sujeitos referem-se ao lugar que ocuparam, historicamente, como gestores, prestadores, trabalhadores e usuários. Desta forma, as múltiplas determinações, presentes no estudo requerem uma atitude reflexiva e crítica, para descortinar o real encoberto na aparência como explícito na epígrafe, ou seja, tropeçando nos entraves e descobertas realizadas sobre o SUS.

A direção assumida nesse processo exigiu uma atitude investigativa para apreender o contexto histórico do tempo vivido e expresso pelo presente materializado na vida da cidade de Goiânia e suas influências no processo de implementação do SUS, uma formatação e expressão da política de saúde. Desta forma, foi necessário buscar a gênese dessa construção.

No primeiro momento foi realizada uma síntese histórica das gestões, posteriormente foram inseridos elementos da pesquisa qualitativa que, na avaliação de Minayo (1999, p. 10) incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. E, ainda, segundo Chizotti (2001, p. 79), “a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo

objetivo e subjetividade do sujeito”. Daí a importância de considerar os discursos produzidos pelos sujeitos e suas interpretações acerca da trajetória da política de saúde no que se refere às dimensões da gestão, do controle democrático entendendo-as de forma interligada. Assim, procurou-se construir uma avaliação desse processo, constituindo-se em um exercício de reflexão teórica, que permitiu uma análise mais aprofundada do tema proposto, que não se esgota nesse momento.

### 3.1 A gênese da política saúde no município de Goiânia

O registro histórico nos possibilita (...) produzir sentidos, sobre o tempo que nos coube viver em determinado contexto e situação. Então eu acho que é uma oportunidade rica demais a gente poder ver com outro olhar, uma outra dimensão, o tempo desses acontecimentos, e outras trajetórias que a gente percorreu nesse período (Entrevista 1, trabalhador).

Se a gênese da política da saúde na esfera federal, em 1930, vinculava-se à administração direta, constituindo-se em um departamento do Ministério de Educação e de Saúde Pública, no município de Goiânia, ela foi gerada na administração indireta, no interior de uma fundação de natureza jurídica de direito privado. A Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec) foi criada em 30 de dezembro de 1969, ( Anexo 18) pela Lei nº 4.272 (secção 14, art. 36, Goiânia, 1969). Foi proposto como finalidade executar *a política de desenvolvimento comunitário e de promoção social do indivíduo*. No entanto, a sua instalação ocorreu em 1972<sup>23</sup> e, em 1974, iniciaram-se as suas atividades.

Quanto aos objetivos da fundação, o Relatório<sup>24</sup> (DCS/Fumdec, maio de 1986) assinala que o rápido crescimento populacional de Goiânia, marcado principalmente pelo êxodo rural, com o conseqüente inchamento da periferia, foi um dos motivos que levaram a criação da Fumdec. Suas metas são a prevenção e *tratamento dos problemas, nas áreas social médica* que afetam os grupos de baixo poder aquisitivo.

Ressalta-se que, nessa década, no município de Goiânia, em consonância com a administração brasileira, foram criadas várias fundações, dentre elas, a Fumdec já mencionada. Para incorporar os novos órgãos foi reestruturada a organização administrativa da prefeitura municipal.

---

<sup>23</sup> Regulamentada pela Lei nº 4.655, de 30 de dezembro de 1972, (Anexo 19) no mandato do prefeito Manoel dos Reis Silva.

<sup>24</sup> Trabalho elaborado pelo Departamento de Comunicação Social/Fumdec, maio de 1986.

Para atender às suas finalidades a Fumdec foi estruturada em duas coordenadorias técnicas – a de Ação Comunitária e de Assistência Médico-Sanitária que atuavam diretamente nos bairros – e, esfera administrativa, uma Coordenadoria Geral de Administração composta de dezessete departamentos, assessorias, superintendência e presidência. De acordo com relatório da Fumdec

sua base de atuação está nos bairros periféricos da capital. Atualmente, ela se faz presente em 39, levando assistência médica e social através das chamadas Unidades Operacionais, em número de 47, constituem-se em centros de saúde, centros comunitários, creches, centros infantis, núcleos preventivos, centro de zoonoses (canil), oficina comunitária, salão de costura, Laboratório de Colposcopia e Citologia, fábrica de placas em pré-moldados e dois trailers itinerantes. A Fumdec conta em seu quadro de pessoal com todas as categorias profissionais (Jornal da Fumdec, Goiânia, set./out./1985, p. 3).

Ao referir-se a esta estrutura organizacional, alguns depoimentos de sujeitos entrevistados são emblemáticos sobre esse processo:

À diferença dos Ciams [Centro Integrado de Assistência Médica à Saúde] antigos, implantados aí já no final do governo da Arena, também parte de um plano metropolitano de saúde, (...) apresentavam também, um perfil voltado à atenção primária, sem componentes da emergência, mas com um nível de autonomia gerencial (...) os postos de saúde, os centros de saúde da Fama, Vera Cruz, assim por diante, com perfil muito mais semelhante á unidades de baixa complexidade, de baixíssima resolutividade, também oriundos aí de um outro processo de compreensão do setor saúde, somando a isso as unidades da prefeitura aí, originadas da antiga Fumdec, aí uma concepção, de serviço de saúde, que talvez a mais atrasada que existia em Goiânia (...) mas que simbolizava um casamento da assistência social e da atenção às doenças, unidades que dividiam inclusive espaço físico, da atividade de assistência social com curso de corte e costura, cabeleireiro, quitandas assim por diante com pequenos espaços de consultórios médicos. Ou seja, essa era a nossa realidade em Goiânia, relativa à rede, uma rede completamente diferente, desarticulada, múltipla nos seus aspectos de natureza, de caráter que exigiam uma unificação, além do caos gerencial existente (Entrevista 2, gestor).

Observa-se que, nesse período havia uma tendência à fragmentação dos serviços e a predominância da perspectiva conservadora, sem delimitação das áreas de atuação das referidas políticas, tanto da saúde quanto da assistência social. Goiânia trazia no bojo da sua história os rebatimentos das tendências no campo da política social daquele período.

Essa condição é constatada no depoimento que se segue:



Claramente a política de saúde em Goiânia, ela é relativamente recente, tem início a partir do momento municipalista em 1988 com a construção da Secretaria Municipal de Saúde. Então, a primeira fase que a secretaria tem é a fase onde a saúde em Goiânia era parte da assistência social, na Fumdec, a saúde era encarada, ainda como saúde para os pobres, os carentes, para financiar outras profissões e era feita pela Fumdec (Entrevista 3, trabalhador).

A criação da Fumdec e a implementação de programas e projetos no campo das ações assistenciais responderam a uma tendência no que se refere ao período ditatorial, que no dizer de Mota (2000, p.120), foi um período em que “todas as reformas contemplaram a manutenção e/ou ampliação dos programas de assistência social voltados para o combate à pobreza”.

Ressalta-se, no entanto, que a Prefeitura de Goiânia inaugurou sua intervenção nas ações de saúde no município no contexto da ditadura militar, quando, no final de 1964, foi deposto o governador do Estado, Mauro Borges Teixeira. Antes, porém, da efetivação, desse acontecimento ocorrido em 26 de novembro, desse ano, os militares prepararam, por meio da prefeitura municipal, uma base de atendimento para possíveis feridos no processo de resistência da população, criando, assim, um Pronto Socorro no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Os dados pesquisados ao indicarem o período de início de funcionamento da Fumdec, na década de 1970, evidenciam uma ausência de intervenção do poder público municipal, no desenvolvimento de uma política de saúde durante 39 anos, ao tomar como referência a mudança da capital<sup>25</sup>. E, ao fazê-lo, concretizou-se de forma precária, pois, como estratégia criou-se uma fundação, órgão de natureza privada com o argumento de agilidade administrativa. Pode-se afirmar que aí está localizado o início da privatização da estrutura estatal em Goiânia. A desobrigação com as condições de vida da população goianiense explicitava, também, nas demais políticas sociais.

No entanto, a desobrigação do poder público neste município expressava-se na organização e condução dos serviços. Minipostos foram construídos em alguns pontos da cidade sem condições para um atendimento de qualidade. Ainda, eram utilizados espaços como centros comunitários, Liga dos Amigos e *Trailers*<sup>26</sup>. Eram designados enfermeiros,

---

<sup>25</sup> A mudança da capital do Estado de Goiás foi definida pelo Decreto nº 3.359 de 18 de maio de 1933, que determinava a região para edificação da futura Capital, às margens do Córrego Botafogo – Fazenda Criméia, Vaca Brava e Botafogo, no município de Campinas. Assim, a mudança da capital do estado de Goiás foi definida pelo Decreto nº 3.359 de 18 de maio de 1933.

<sup>26</sup> A Fumdec dispunha de trinta centros de saúde: um Centro de Endodontia, um Centro de Zoonoses, um Laboratório de Citologia e Análises Clínicas, dois *trailers* para atendimento

médicos, odontólogos e pessoal auxiliar, estes últimos nem sempre com preparo adequado para o atendimento. Porém a Fumdec por meio de sua Coordenadoria de Assistência Médico Sanitária propunha e procurava, na medida do possível, realizar suas ações por meio de convênio com serviços privados, e ou, mesmo estrutura pública<sup>27</sup>, a fim de concretizar suas propostas como indica o trecho seguinte:

A execução de atividades que visam à melhoria do nível de saúde da população através da assistência médica, odontológica e sanitária, dentre essas ações destaca-se: Programas de Prevenção do Câncer do Colo Uterino; Programa de Avaliação e Assistência à Saúde Infantil; Programa *Saúde para o Povo*; Programa de Terapia de Reidratação Oral; Serviço de Vigilância Epidemiológica; Programa de Assistência Materno-infantil; Programa de Atendimento Odontológico-escolar; Programa de Vacinação de Rotina; Programa de Atenção à Saúde Escolar; Programa de saúde Oral; Projeto de Nutrição e Saúde; Projeto de Atenção Primária à Saúde e Programa de Atendimento Farmacêutico. E ainda, faz parte da Cams (Goiânia. Fumdec. Relatório do Departamento de Comunicação Social, maio de 1986, p. 5).

É interessante observar que as preocupações com as ações de saúde para o município, nesse período, eram atividades contidas nas demandas relacionadas para a atenção primária.

Ainda, para a organização dos serviços foi criado e instalado, em 1984, o Centro de Zoonoses o qual se localizava no Setor Balneário Meia Ponte,

cuja finalidade é o controle da raiva urbana em Goiânia, agindo através da vacinação dos animais, captura de cães vadios, observação de animais suspeitos e controle de focos de raiva, além de desenvolver programas de controle de vetores e roedores. Além de participar das campanhas nacionais de vacinação oferecendo pessoal e local, oferece em todos os postos de saúde um serviço de vacinação de rotina contra a paralisia infantil, tétano, difteria, coqueluche e sarampo (Goiânia. Fumdec/DCS, maio, 1986, p. 7).

Em 7 de janeiro de 1986, de acordo com a Lei nº 6.362 (Anexo 22), foi autorizada a criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nesta época, a cidade de Goiânia, já contava com 52 anos, possuía 980 mil habitantes, com uma área urbana com 17.200ha. Suas principais atividades econômicas dessa época, concentravam-se na agropecuária e indústria de

---

Odontológico, uma Unidade de Saúde Mental, oito módulos odontológicos; um almoxarifado geral, uma sede de Coordenadoria de Ação, uma sede Administrativa (Goiânia. Boletim Informativo, Assessoria de Relação Públicas/SMS. Administração 1993 a 1996, s.d).

<sup>27</sup> A Fumdec mantinha convênios com os seguintes órgãos: Secretaria de Saúde do Estado de Goiás/Osego, Instituto de Planejamento, Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás, Universidade Federal de Goiás, Secretaria do Trabalho e do Desenvolvimento Social, Fundação Legião Brasileira de Assistência Social, Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, e com várias creches particulares da capital (Goiânia. Fumdec. Relatório do Departamento de Comunicação Social, maio de 1986, p. 5).

transformação: mobiliário, calçado, vestuário e produtos alimentícios. Nesse período, Senador Canedo era distrito de Goiânia (Goiânia. Fumdec/DCS, maio 1986, p. 3).

No entanto, somente em 1988 a SMS foi, realmente, criada por meio da Lei nº 6.591, de 26 de abril, (anexo 23) capítulo VI – Dos órgãos de execução, artigo 14, incisos I a VII, com a seguinte estrutura administrativa – Gabinete do Secretário, Assessoria de Planejamento, Unidade de Serviços Administrativos, Coordenadoria de Rede Básica, Coordenadoria de Vigilância Sanitária, Coordenadoria de Zoonoses e Coordenadoria de Epidemiologia.

Nesse mesmo ano, em 31 de agosto, com o Decreto nº 784/1988 (Anexo 24)., o interventor estadual no município de Goiânia, Joaquim Rodrigues Roriz, aprovou o regimento interno da SMS, no qual sua estrutura organizacional foi ampliada com a criação de núcleos vinculados às coordenadorias. Normatizou ainda, a articulação interna e externa, planejamento, descentralização e controle como instrumento de avaliação dos resultados. (Decreto nº 784, de 31 de agosto de 1988, capítulo I, das disposições gerais). No entanto, a normatização das atribuições ocorreu sete anos depois.

Ressalta-se que a preocupação com o acesso da população às ações que ultrapassem os limites da concepção saúde/doença e a organização dos serviços e foi expressas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde<sup>28</sup>, realizada em Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), de 6 a 12 de setembro de 1978 quando se estabeleceu que a

hierarquização do atendimento de serviços de saúde compõe o atendimento em nível primário, secundário, terciário e regionalizado. Segundo o relatório desta Conferência publicado, em 1979, “por Cuidados Primários de Saúde” entende-se a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde (...) subdivide-se o sistema em diversos níveis [regionalizados, hierarquizados e descentralizados], o primeiro dos quais é o ponto de contato entre o indivíduo e os serviços, vale dizer, o ponto em que são dispensados os cuidados primários de saúde. [Esse nível, deve atingir aproximadamente 75% da população] e, nele devem estar concentradas todas as ações que dizem respeito às condições de vida da população – alimentação, saneamento básico, moradia, educação, doenças endêmicas, transporte e outros, combinando medidas preventivas e curativas para o enfrentamento dos problemas da população. (...) Os demais níveis – [secundário e terciário] prestam serviços mais especializados, cuja complexidade aumenta na razão direta da necessidade de uso de tecnologias mais sofisticadas. Os três níveis devem funcionar em estreita ligação entre si, por um sistema de acompanhamento [referência e contra referência] cuja qualidade assegure os objetivos propostos Nesse sistema de Saúde a população tem “o direito e o dever de participar do processo de

---

<sup>28</sup> Essa Conferência foi realizada sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

aprimoramento e manutenção de saúde” (Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários *apud* Martins, 2001, p. 44).

Os avanços registrados na política de saúde desse período resultaram da aprovação da Constituição brasileira de 1988 (Brasil, 1988), das relações estabelecidas com o Movimento da Reforma Sanitária, no Brasil e da coexistência de ações no âmbito da seguridade social, embora, ainda num contexto de crise. Segundo Mota (2001, p. 119),

as mudanças nos sistemas de seguridade social ganham destaque no conjunto das reformas, de cunho liberal, surgidas nos anos de 1980 e 1990, tendo como principais formuladores os organismos financeiros internacionais, os empresários vinculados ao grande capital e a burocracia estatal a eles associada.

As mudanças ocorridas na política de saúde redefiniram as ações desenvolvidas no município, buscando ultrapassar a concepção que relaciona saúde/doença do modelo clínico<sup>29</sup> e concentra as ações na assistência médica, odontológica e de enfermagem. Norteou-se por uma concepção de saúde como condições de vida, priorizando a atenção primária na reorganização e hierarquização dos serviços.

Se, de um lado, aquela, concepção predomina no ideário da população e é reforçada pelo pensamento conservador entre os trabalhadores na saúde, de outro, a política em processo de implementação pelo município de Goiânia, foi norteada pela 8ª conferência de saúde, pela Conferência de Alma Ata, como é conhecida, e pela Constituição Federal de 1988. Estes documentos constitutivos do marco legal dessa política concebem a saúde como condição de vida, um direito de todos e dever do Estado. Assim esta concepção colocou e ainda se coloca na contracorrente do pensamento conservador. E a política implementada, pelo município de Goiânia ocorreu no embate das duas concepções ou projetos.

O Decreto nº 784/1988, já citado, define ainda como finalidades da saúde, coordenar e executar atividades das unidades operacionais, tendo em vista, “enquadrar-se com o desenvolvimento social e aspirações da comunidade onde são inseridas”. (Brasil, Decreto nº 784, 31/ag./1988, capítulo II, das finalidades).

Mesmo em um contexto de redesenho institucional das políticas sociais, evidencia-se uma perspectiva de enquadramento aos ditames do grande capital. Na década de 1990, registrou-se o início do neoliberalismo no Brasil o qual estabelece um Estado mínimo para o trabalhador, portanto, as políticas sociais foram golpeadas com a difusão da perspectiva de

---

<sup>29</sup> Esse modelo, que tem na relação saúde/doença, reforça as ações no aspecto curativo e tem no médico o profissional dominante.

uma naturalização da conquista dos direitos sociais, a legitimação da globalização, a burguesia reproduz e conforma a sociedade à privatização e descaracterização do público na subjetivação do capital (Oliveira. 1998, p. 58).

Mesmo nesse contexto, foi regulamentada a Lei Orgânica da Saúde, nº. 8.080/1990 (Brasil, 1990) que resultou da luta social e do processo de redemocratização do país, na década de 1980, constituindo-se em mais um marco legal importante para garantir os avanços no campo da saúde.

Como parte desse processo foi elaborada, também, a Lei nº 7.047, de 30 de dezembro de 1991, (Anexo 26) que dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Essa lei foi regulamentada em 20 de julho de 1992, (Anexo 27) por meio do Decreto nº 854/1992 (Brasil, 1992), que se constituiu em um instrumento dinâmico na fiscalização e controle da aplicação de recursos financeiros em programas relacionados com a saúde individual e coletiva, coordenados e executados pela SMS. Por outro lado, para administrar o citado fundo, a Norma Operacional Básica de 1991 (NOB/1991) exigia a criação dos conselhos de saúde municipal e local, bem como, a apresentação de planos programas e orçamento municipal de saúde que devem ser aprovados pelo conselho.

Para além dessas medidas a NOB/1991 exigia dos municípios a elaboração do plano de carreira, cargos e salários, e que no mínimo, 10% do seu orçamento fosse destinado à política de saúde do município. Dessa forma, evidencia-se que, nos termos dessa NOB, o governo federal acabou por dar uma direção ao município, estabelecendo a exigência de assegurar uma política de pessoal e investir parte de seu orçamento na política de saúde.

Na administração do prefeito Nion Albernaz (1989-1992), um outro regimento interno instituiu, pelo Decreto nº 1.585 (Anexo 28), aprovado em 28 de dezembro de 1992 (Goiânia, 1992), os cargos de chefia das sub-unidades, integrantes da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

A política de saúde em Goiânia foi se concretizando no jogo de interesses de classes. Portanto, se, de um lado apresentavam as conquistas dos trabalhadores organizados, de outro, o processo foi lento conforme o interesse burguesia dirigente estatal capitaneada pelos empresários dos serviços privados de saúde.

Nesse sentido, o relato alude a uma dimensão desse avanço em relação ao início do processo de municipalização neste município. Assim expressa o entrevistado:

a saúde no município de Goiânia (...) começou a ter maior impulso nos anos de 90, 91 que começou o processo de municipalização das ações, que

tiveram algumas ações na área de epidemiologia, de vigilância sanitária (...) E, depois disso, começou então a se cogitar o movimento pra municipalização de fato (...) claro devagarzinho, foram melhorando o atendimento, que já vinha sendo oferecido na área de assistência à saúde, na área de atendimento básico (Entrevista 4, trabalhador).

A municipalização, como um dos princípios e uma exigência da Constituição Federal de 1988, é um processo que vem se consolidando nos determinados contextos históricos. Apresenta elementos contraditórios inerentes as sociedades capitalistas que estão explícitos em sua efetivação como parte inerente às reformas neoliberais que impedem a legitimação de padrões universalistas no campo da política social.

De acordo com Behring e Boschetti (2006, p. 155),

a reforma, tal como conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o *boom* da dívida pública. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social (...) acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social.

Assim, em um contexto contraditório foi se concretizando o processo de municipalização da saúde, em Goiânia, uma deliberação da 9<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>30</sup>, quando essa temática foi objeto de discussão. Assim, essa construção vem sendo tecida no confronto de interesses de classes expressos no contraposto entre capital-trabalho, própria formatação da política social brasileira.

Esses embates foram relatados por um dos entrevistados ao referir-se à *crise do Estado brasileiro*. Segundo ele, a

crise do Estado com a sua nova identidade, assim, ele precisa de um novo papel, não menos executor e mais promotor, formulador de políticas e com essa necessidade do estado identificar, acompanhar, avaliar, apoiar os municípios. Mas eu acompanhei um Estado, tem uma história corporal, física de embates verbais com vários técnicos e gestores do estado nesse período. Não entender essa atribuição que era esperada do Estado. E Goiânia tem uma questão de ser uma capital. Então aqui, há a disputa, todas as capitais vivem esse processo. E, aqui, principalmente nas gestões de 1993-6 e 2001 a 2004, que a gente tava com outras tendências políticas e partidárias na gestão. Então, o enfrentamento se dá muito mais ainda (Entrevista 1, trabalhador).

---

<sup>30</sup> Conferência realizada em 14 de agosto de 1992, em Brasília-DF, com a participação de 50% dos municípios brasileiros, em que momento reafirmou a defesa da democratização, o fortalecimento constituído paritariamente dos protagonistas e com poder deliberativo (Cadernos da 9<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, Brasil, 1992).

Nesse contexto de crise do Estado, a Norma Operacional Básica 01/1993 (NOB/93), estabeleceu garantias para a descentralização – entendida como redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimentos de novas relações – responsabilidades e critérios para co-financiamento envolvendo as três esferas de governo (federal, estadual e municipal). E define o perfil de gestão, também em três aspectos – incipiente, parcial e semiplena – exigindo a existência de um Conselho Municipal de Saúde. Prevêem-se, ainda, as formas de gestão do sistema pelas Comissões Intergestoras Tripartites e Bipartites (Brasil, 1993).

O terceiro regimento interno da Secretaria de Saúde do Município foi estabelecido na gestão do prefeito Darci Accorci (1993-1996) de acordo com o Decreto nº 2.954, de 24 de novembro de 1995 (Goiânia, 1995), dois anos após o advento da NOB/1993. As atividades e programas desenvolvidos, no período de 1993 a 1996, por meio das unidades de saúde<sup>31</sup> sediadas no município eram assim estruturadas:

Prevenção do câncer do colo uterino e de mama; Atendimento na área de urologia, com realização de pequenas cirurgias ligadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); Assistência integral à saúde da mulher e da criança (Paismc); Programa de Suplementação Alimentar - PSA; Programa de Saúde Escolar; Atendimento odontológico - adulto e criança; Programa bochecho com flúor, Palestras educativas; Programa de Saúde Bucal através da educação e prevenção contra a cárie e doença periodontal; Assistência ao primeiro molar permanente (de 06 à 16 anos); Assistência Odontológica ao Escolar - PAOE; O Endodontia - dentes permanentes - *menores* de 16 anos; Atendimento médico nas áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia (Boletim Informativo, Assessoria de Relação Públicas/SMS, Goiânia, 1993).

A maioria dos programas implementados nesse período respondia à uma demanda explícita pela política de saúde em âmbito federal, como por exemplo, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (Paismc), a prevenção ao câncer do colo uterino, dentre outros. Porém, constituíam ações fragmentadas, que não garantiam a devida articulação. Essa fragmentação distanciava-se das diretrizes do SUS, mesmo resguardando a consonância com suas demandas. E, ainda, não expressavam o atendimento das reais necessidades básicas da população, considerando a concepção defendida por Pereira (2000), ao considerar a impossibilidade de definir políticas públicas sem ter como parâmetro as necessidades básicas da população, que se constituem em saúde física e autonomia. Para a autora, “essas

---

<sup>31</sup> “Todas as suas Unidades de Saúde funcionam das 07 às 18h, de segunda a sextas-feiras, com exceção do Centro de Saúde da Vila Mauá que atende até às 21h e do Centro de Saúde do Jardim Curitiba I que funciona das 07 às 22h, de segunda a segunda”. Afirma a Secretaria Municipal de Saúde (Boletim Informativo, Assessoria de Relação Públicas/SMS, Goiânia, 1993).

necessidades não são um fim em si mesmo, mas precondições para se alcançarem objetivos universais de participação social” (Pereira, 2000, p. 68).

A análise detalhada das ações desenvolvidas<sup>32</sup> no período mostra o avanço na estruturação dos serviços seguindo a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, LOS, 1980) e nos processos de atendimento à saúde, há uma preocupação com o aspecto preventivo, ao evidenciar o aumento das campanhas de vacinação. O art. 06 da LOS dispõe sobre o campo de atuação do SUS: “I – a execução das ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. O aspecto ausente no que se refere ao disposto na LOS são as ações do campo da saúde do trabalhador.

Para desenvolver suas ações, a secretaria contava com um quadro de pessoal, segundo boletim informativo do órgão, que perfazia um total 1.330 funcionários de diversas categorias profissionais dos quais se destacam: 207 médicos; 160 cirurgiões-dentistas; 180 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e 13 médicos veterinários. Nesse período, conforme a documentação analisada, não havia sido consolidada nenhuma proposta de melhoria das condições de trabalho ou previsão de qualificação desses trabalhadores. O boletim informativo da Secretaria, ao relacionar o quadro de pessoal, destacava as categorias de médico, cirurgião dentistas e médicos veterinários. Mesmo citando os enfermeiros, eles aparecem diluídos entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. Não fica claro se entre os técnicos estão os de enfermagem, raios-X ou laboratório. Não se esclarece a existência de demais trabalhadores, como auxiliares administrativos, secretários dentre outros que, com certeza, fazem partes daqueles que ficaram de fora na contagem total de trabalhadores. O

---

<sup>32</sup>As ações desenvolvidas estavam concretizadas nos Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (Paismc), planejamento familiar, atendimento aos desnutridos e às gestantes, por meio do programa *Leite é saúde*, Pré-natal – atendimento e orientação à gestante, orientação ao aleitamento materno e desmame, prevenção do câncer do colo uterino e de mama, controle de crescimento e desenvolvimento da criança, controle de doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, teste do Pezinho) Programa Saúde da família; Programa de Saúde Mental; Programa de Controle de Doenças Crônicas Degenerativas (hipertensão, diabetes, saúde ocular e prevenção da cegueira); Programa Saúde do Escolar (ações preventivas, curativas e educativas nas áreas de odontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, nutrição e saúde); fiscalização do comércio supermercados); Projeto Circulando com a Saúde (palestras sobre cólera, dengue, alimentos e saneamento nas escolas públicas); Projeto de Desinfecção de Poços Rasos/cisternas (distribuição de hipoclorito de sódio; informações sobre a água a ser consumida), Programa de Vigilância Epidemiológica (controle, notificação e investigação de doenças infecto-contagiosas); exames laboratoriais de análises clínicas e citologia; Programa de Controle de Zoonoses (controle da raiva no município de Goiânia pela vacinação anti-rábica animal e captura de animais vadios); vacinação de rotina humana e anti-rábica; observação de animais suspeitos e agressores; Captura de animais vadios; detecção e controle de focos de raiva); coleta de material em animais suspeitos de raiva, de Goiânia e interior do estado de Goiás; e encaminhamento do mesmo ao laboratório do Centro de Diagnósticos de Pesquisas Veterinárias (CDPV), da Secretaria de Agricultura do fornecimento de medicamentos básicos; campanhas multivacinação (duas vezes ao ano); Vacinação anti-rábica (uma vez ao ano); cólera; dengue; *Aids*; anti-Sarampo (Goiânia, Gestão 1993-1995, s.d).



informativo aponta um total de 1.130, mas a soma das categorias mencionadas totaliza 553 trabalhadores (Goiânia, Gestão 1993-1996, s.d). Assim, fica evidente a hierarquização das categorias e a discriminação presentes no desenvolvimento da política de saúde do município.

No entanto, o discurso do Secretário de Saúde da época (1993-1996), contido no boletim informativo da Secretaria de Saúde, aponta uma concepção de saúde voltada para a maioria da população e assentada nas ações preventivas e levando a crer que permanece o confronto entre as duas concepções de saúde com certa predominância para a concepção de saúde como condição de vida.

Segundo o então secretário,

a Secretaria Municipal de Saúde tem como objetivo promover e executar a política municipal de saúde de Goiânia. Em nossa administração, introduzimos um novo modelo assistencial que prioriza a parte preventiva através de ações e programas de promoção à saúde da população. Para tanto, estamos realizando de maneira progressiva, reformas e ampliações em Nossas Unidades de Saúde, e adquirindo novos equipamentos para proporcionar a melhoria da qualidade do nosso atendimento. Com isso estamos estruturando esta Secretaria para se tornar a gestora da Saúde no Município. Este impresso tem a finalidade de informar e ao mesmo tempo orientar a comunidade como um todo; sobre as atividades e os benefícios que são oferecidos pela SMS, a todas as pessoas, independente de serem ou não asseguradas (Goiânia, Déo Costa Ramos/Secretário, Relatório/SMS, 1993-1996, s.d).

Apreende-se, ainda, conforme o relato, que a opção do secretário por uma direção social da política voltada para os interesses e necessidade da maioria pode ser explicado também, por tratar-se de uma administração democrático-popular do Partido dos Trabalhadores.

Observa-se que as mudanças ideo-políticas e culturais materializaram-se lentamente no processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde no município de Goiânia.

### **3.2 A gestão 1997 a 2000 – Governo da cidade de Goiânia**

De acordo com o Plano Diretor (Goiânia, SMS, 1997, p. 7)<sup>33</sup>. Goiânia contava, no ano de 1997, com uma população de 998.820 habitantes, que recorria ao sistema público e/ou filantrópico para assistência à sua saúde. Goiânia recebia, ainda, um grande afluxo de usuários

---

<sup>33</sup> Informações apresentadas no item 3 – diagnóstico da esfera saúde do município de Goiânia/Rede de Saúde.

e pacientes oriundos de outros municípios e mesmo de outros estados. Esse desafio acompanha o processo de efetivação do SUS, que se confirma no relato a seguir:

Em toda sua história de Goiânia a gestão do setor saúde nós nunca criamos qualquer tipo de barreira durante os quatro anos ao fluxo de pacientes moradores de outros municípios ou de outros estados, a gente sempre teve a compreensão de que esse papel, essa tarefa é de Goiânia e não é de outras cidades, esse elo de Goiânia deveria ser executado na sua plenitude, ou seja, em nenhum momento qualquer pessoa vinda do interior deixou de ser recebida diferentemente de uma pessoa moradora daqui, e eu continuo repudiando as políticas que hoje tentam transformar isso ou fazer isso de maneira diferente, porque o financiamento da saúde em Goiânia historicamente já incorporou essa realidade, a cidade de Goiânia criada dentro desse processo histórico, ela se colocou desde sua origem como um entreposto de serviços e mercadorias pro Brasil inteiro, portanto, não poderia fugir dessa marca histórica da cidade, e é isso que garante à cidade uma qualidade em seu serviço e uma capacidade muito maior do que qualquer uma outra dentro da realidade brasileira, pra todo norte e nordeste, então eu acho que a gente tem enfrentamentos que foram muito marcantes (Entrevista 2, gestor).

Essa característica é um elemento que persistiu historicamente e exigiu maior organização dos serviços, dos quais se destaca a implementação do Cartão SUS<sup>34</sup>, que, de acordo com a NOB/1996 agrega a pessoa usuária ao sistema nacional e permite o seu atendimento em todo território nacional (Brasil, 1997). O sistema de saúde de Goiânia, nesse período, constituía-se por um conjunto de serviços implementados pelas três esferas de governo, em diferentes níveis de atendimento e de complexidade.

Nesse período, a predominância dos serviços de atenção primária era do município. No entanto, o estado ainda mantinha um considerável número de unidades para esse tipo de atendimento, e nos serviços secundário e terciário, prevalecia a rede estadual. A presença do estado na administração de serviços de saúde na atenção primária nesse período deve ser explicada pelo processo histórico do desenvolvimento da saúde no estado de Goiás. Havia também o funcionamento do atendimento terciário promovido pela esfera federal por se tratar do hospital escola da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Assim, a prestação de serviços na área de saúde, em Goiânia, por essa ocasião, distanciava-se 19 anos da Conferência de Alma Ata, se caso toma como referência o início do

---

<sup>34</sup> O cartão SUS constituiu-se em uma forma de identificação do usuário na rede de serviços de saúde que lhe assegura o atendimento pelo Sistema Único de Saúde em todo território nacional. Como foi concebido o Cartão SUS, o governo federal deve repassar o recurso não para o estado no qual reside o usuário, mas ao estado e serviço onde o atendimento for efetuado. O objetivo, em sua concepção, é o de universalizar o atendimento sem discriminação do estado ou local de residência do usuário e, ao mesmo tempo, sem defasar os recursos financeiros de cada estado.

período – 1997 – e se apresentava, ainda desorganizada e confusa em relação a organização da rede de referência e contra-referência, a hierarquização dos serviços e a regionalização. Tomando, ainda, por base a referência citada, essa realidade distava nove anos da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que determina a municipalização dos serviços.

Destaca-se, também que a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) que regulamenta a Constituição Federal de 1988 no que tange à municipalização ocorreu oito anos após a promulgação da mencionada lei com a assinatura do segundo<sup>35</sup> termo de compromisso<sup>36</sup> entre os Secretário de Saúde Estadual, Cairo Alberto de Freitas, e o do município, Elias Rassi Neto, em 16 de abril de 1998<sup>37</sup>.

O processo de municipalização da saúde em Goiânia, nesse período, foi lento e conflituoso, pois, inicialmente o estado de Goiás negava-se fazê-lo e, em seguida, se estabeleceu a polêmica do vínculo empregatício dos trabalhadores. Por outro lado, a tendência do governo do estadual foi de repassar somente os serviços, deixando precário o funcionamento. Nesse sentido, expressa um dos entrevistados:

Em 199[8] que se deu o termo de municipalização com muito sofrimento, com muitos embates, com muita dificuldade. O 1º Cais municipalizado foi o do jardim Curitiba (...) Quando não dava mais jeito, que o Estado foi forçado. Então não foi uma questão muito negociada, isso é importante, a gente registrar, que nossa municipalização foi tardia, e daí se reflete hoje na nossa situação da reforma sanitária. A desconcentração e não-descentralização do poder (Entrevista 1, trabalhador).

O termo de municipalização assegurou a permanência dos trabalhadores vinculados à Secretaria Estadual de Saúde (SES) com todos os direitos e vantagens<sup>38</sup>. Porém, o pessoal, em regime de contratos temporários e de cargos comissionados, passou para a responsabilidade financeira da Secretaria Municipal de Saúde. Ficou ainda, a cargo da SES as despesas de contratos de prestação de serviços de terceiros – alimentação, vigilância, higiene/limpeza, transporte, medicamentos, e material de consumo – pagamento de taxas de

---

<sup>35</sup> Trata-se do atendimento à uma das diretrizes do SUS assumida desde a realização da I Conferência Municipal de Saúde de Goiânia, outubro de 1991, pois em sua abertura foi assinado o primeiro Convênio de Municipalização.

<sup>36</sup> Publicado no Diário Oficial (DO) nº 18.083 do Estado de Goiás. Goiânia, terça-feira, 22/dez./1998, ano 162.

<sup>37</sup> Nesse período de 1998, o governador do estado de Goiás Naptali Alves de Souza e, o prefeito de Goiânia, Nion Albernaz, assinaram o Termo de Municipalização.

<sup>38</sup> No caso de aposentadoria e transferência a SES tem trinta dias para reposição. Portanto, os trabalhadores cedidos submeteram-se à gestão municipal – registro de frequência, controle de pontualidade, concessão de férias anuais e pronuncia-se nos afastamentos de licença-prêmio e de interesse particular e movimentação no interior do município – respeitando a legislação estadual (cláusula segunda – Do pessoal, parágrafos primeiro a quarto, Goiânia, 1998).

iluminação pública, água e esgoto. No entanto, de acordo com a conveniência, pode haver transferência de despesas.

Assim, avalia-se que esse termo traz inovações e desafios o que pode ser confirmado no seguinte depoimento:

Apredo a municipalização da saúde em Goiânia como uma municipalização tardia (...) teve a oportunidade de municipalizar o seu sistema de saúde, nas gestões anteriores, (...) a partir da NOB/1991,(...) e da NOB/1993, de certa maneira faltou segurança e atrevimento, ou certa dose de ousadia, ou mesmo, duma participação no contexto nacional (...) passada essa grande oportunidade, os processos de reabertura das municipalizações, ocorre somente em 1998. (...) A Secretaria de Estado da Saúde que então detinha a gestão e a gerência da (...) saúde em Goiânia, sejam as unidades hospitalares, sejam aquelas ambulatoriais, assim como o contato, relacionamento com todo o setor privado, passava por uma crise sem precedentes na última década. A Secretaria Estadual da Saúde, vinha então já com o processo de administração, desabastecimento, de falência (...), sob sua coordenação trocava então seu secretário de saúde, na tentativa de enfrentamento da crise política (...) que traduzia uma crise de gestão e uma crise administrativa, o que de certa maneira também dificultava o processo de municipalização, mais esse momento de mudança criou umas ou algumas condições que favoreceram. Aí eu diria uma municipalização muito particular da cidade de Goiânia, que conseguia pactuar termos absolutamente inovadores dentro do contexto nacional (Entrevista 2, gestor).

A crise é inerente ao capital, faz parte de sua essência. Nesse sentido, Mézáros (2002, p.795), considera que a crise atual “é (...) uma crise estrutural. Assim, não há nada de especial em associar-se capital e crise. Pelo contrário, crises de intensidade e duração variada é modo *natural* de existência do capital: são maneiras de progredir para além de suas esferas de operação e dominação”.

A década de 1990, como já mencionado, trazia em seu bojo a implantação do neoliberalismo no Brasil, e, assim, o Estado passou a sacrificar o trabalhador duplamente. De um lado, deixou de investir em políticas públicas, e de outro, liberava os tributos para garantir a entrada do capital dos países centrais.

Nesse contexto, o processo de construção do SUS no país evidenciou-se uma discrepância no que se refere às condições objetivas e subjetivas dos municípios. Assim, o pacto federativo foi permeado por jogos de interesses e disputas de poder. Essas contradições contribuíram com a produção/reprodução dos limites e desafios da municipalização nas diferentes regiões. Na particularidade de Goiânia, o retardamento apareceu de forma expressiva por ser a penúltima capital a realizar a implantação e implementação do SUS, pois

somente em 1993 foi instituída a norma operacional que continha os princípios e diretrizes dessa implantação.

Esse processo de caráter administrativo e demográfico está contido no relatório de gestão (Goiânia, 1993), elaborado pela assessoria de planejamento da secretaria que também se responsabilizava pela elaboração do plano diretor do órgão. O depoimento que se segue mostra como os fatos ocorreram:

A elaboração do Plano inicialmente, embora ele tenha sido discutido, disponibilizado junto ao Conselho Municipal de Saúde, e as instâncias das secretarias, eu considero que foi o debate possível, frente à necessidade de decisões muito rápidas, ou seja, a demora no tempo de decisão pode se transformar em obstáculo pro processo de gestão. Eu diria que o debate foi o debate possível, certamente que dez, vinte e trinta anos depois o debate possível é outro, já não é mais o mesmo, ou seja, tem uma nova incorporação, tem novos atores, os atores já disponibilizados de maneira diferente, de maneira distinta. Um amadurecimento do processo modifica, transforma os atores como um todo, sejam os atores da secretaria, sejam os atores do setor chamado de controle social, então (...) a gente tinha um plano inicial, legitimado no processo eleitoral (...) já no final do primeiro semestre do ano 2000, ou seja, ele ultrapassa aí os limites do grupo de planejamento da secretaria, setores descentralizados e que oportuniza o relatório das perspectivas um relatório á apresentação de críticas e sugestões nacional (Entrevista 2, gestor).

Assim, a política de saúde no município de Goiânia foi sendo construída com a participação reduzida de acordo com a conjuntura daquela realidade histórica. Segundo O'Donnel (*apud* Martins, 2001, p. 35-36), “as relações sociais baseadas no autoritarismo (...) das relações personalistas (...) tende a gerar uma política não menos personalista e, no fim, autoritária”. Com essas relações, em contextos de injunções políticos partidárias e no jogo de interesses do poder e de classes foi sendo tecido o SUS em Goiânia, como pode ser observado no depoimento seguinte:

A metodologia teria necessariamente que levar em consideração isso, além dos aspectos muito próprios de política de saúde subordinadas às políticas eleitorais e partidárias onde as chefias das unidades e as coordenações eram definidas, como moeda de troca, ou eram utilizadas como moeda de troca dentro do processo eleitoral. Então, o setor era um setor absolutamente loteado, seja nas suas unidades, seja na gestão dos seus processos administrativos e financeiros mais regulatórios como a relação com o setor privado que em Goiânia (...) de reorganizar, ou seja, de preparar a nossa administração para o processo de municipalização, modificando, definida um quadro de direção das unidades de saúde, com uma exclusividade para ocupação dessas funções delegada ou uma exclusividade para os profissionais de nível superior, oferecendo gratificações de direção que também rompiam com a prática anterior que era gratificação muito baixas e

a moeda de troca era o domínio do espaço eleitoral. A profissionalização dos quadros dirigentes permitiu uma mudança de perfil, além de na seqüência da realização de concursos públicos, uma mudança muito grande no relacionamento como os profissionais médicos, ou seja, a abolição em definitivo da tolerância referente à carga horária de trabalho, (...) transferência de recursos financeiros para gestão do dirigente de cada unidade de saúde, (...) estabelecimento de uma política de abastecimento das unidades, que implicou na abertura do primeiro grande almoxarifado da Secretaria de Saúde, compra de caminhão pra que a distribuição (Entrevista 2, gestor).

Segundo Campos (1987, p. 24), “na política, (...) a força que domina impõe seu controle, realiza suas demandas, satisfaz seus interesses, mantendo assim a estabilidade política”.

A descentralização administrativa incluiu a regionalização no processo de efetivação da política de saúde no município, outra diretriz prevista na LOS, a partir da criação de cinco distritos sanitários, abrangendo sete regiões de Goiânia – Noroeste Norte, Meia Ponte, Leste, Oeste, Sudoeste e Mendanha. As responsabilidades técnico-gerenciais foram estabelecidas, e as equipes que atuavam nesses Distritos definiram “metodologias de supervisão e assessoramento com vistas a oferecer suporte básico às unidades e garantir o pleno desempenho das ações de saúde” (Goiânia, RG. 1997-2000. p. 87).

Nesse sentido foi construída, ainda a primeira maternidade pública municipal, localizada na região Noroeste, onde se concentrava a população de menor poder aquisitivo, melhor dizendo, a pobreza absoluta. Essa construção deu-se em um contexto de eleições para prefeito.

Um dos entrevistados, ao abordar a construção da maternidade, assim se expressa:

Então, voltando ao assunto da maternidade, este sonho de ter uma maternidade em nossa região, em 1996 era ano eleitoral e o Prof. Nion fez como um ponto de candidatura dele a construção de uma maternidade. Foi isso que nos animou (...) Bom, no mesmo ano, em 1996 chegou para participar de nosso conselho municipal uma senhora italiana, que chegou com seu marido, um casal recém-casado e ela engravidou durante este primeiro ano, aqui no Brasil e deu à luz na Casa de Parto, em Ceres. Ela como membro de nosso conselho, nos conscientizou a respeito de parto humanizado e o direito de ter acompanhante, direito de ficar com nenê, se não tivesse questão de risco, leite materno, apartamento e não enfermaria, lugar para acompanhante junto com ela. Então, ela nos conscientizou e também fez um papel muito importante de criar parcerias com as duas universidades e outros grupos de mulheres organizados aqui em Goiânia. Tudo isso nos deu força para, em 1997, começar cobrar pra valer esta maternidade, mas não maternidade qualquer, maternidade com parto humanizado (...) Graças a Deus, o Dr. Elias escutou nossas propostas e realmente estava coincidindo com umas cobranças do Ministério da Saúde para reduzir morte materna e, infantil. E ele topou, levou para frente esta

reivindicação por uma maternidade. E assim, acompanhando esta proposta, esta construção foi inaugurada em setembro de 2000 (Entrevista 5, usuária).

Segundo Diniz (*apud* Martins, 2001, p. 48),

como os limites são fixados pela vontade de quem faz o favor, o ideal é pedir o que vale muito para quem recebe, mas pouco para quem dá. (...) [Assim], o eleitor se comporta de um modo perfeitamente racional. [Ele] paga o favor quando vota (...), além disso, não se sabe ao certo porque o faz: o cálculo racional é apenas uma hipótese. Seja como for a ocorrência da contraprestação inscreve o eleitor no processo de reposição do clientelismo (...) o voto se transforma em meio de pagamento, de tal modo que ao entregar sua contraprestação, o pseudocidadão não faz mais do que cumprir com um dever inculcado pela relação clientelista.

Compreende-se que a construção da saúde pública em Goiânia se deu por meio de um processo iniciado no final da década de 1980, principalmente com a criação da Secretaria Municipal de Saúde, em 26 de abril de 1986. O município foi classificado como gestão semiplena no período de 1993-1996. Essas condições legais, técnicas e políticas contribuíram significativamente com o processo de consolidação do SUS,

Ao analisar as condições existentes e a organização dos serviços nesse mandato é possível observar alguns avanços – criação de cargos de direção das unidades de saúde, criação e implantação dos distritos sanitários, do sistema de telefonia, central de ambulâncias, do centro de referência e diagnóstico terapêutica, ampliação da frota de carros, em consonância com os princípios do SUS e da LOS.

Além dos avanços, observam-se, havia, ainda, os desafios enfrentados nesse processo de consolidação do SUS – contradições, conflitos, condições precárias de trabalho, falta de recursos financeiros, alguns exames (embolização e exames oftalmológicos) não são credenciados pelo SUS, equipe de trabalho reduzida, e atendimento, falta de abastecimento de materiais de consumo limpeza, copa, cozinha, fechamento de unidades, falta de espaço físico, automóveis, equipamentos inadequados, falta de material de proteção, morosidade na aquisição de material de consumo e equipamentos, bem como na manutenção, reposição e assistência técnica. Além desses, desafios outros se inserem na agenda de trabalho como o não-cumprimento da carga horária por alguns trabalhadores, sobretudo os da medicina.

Um entrevistado aponta outras dificuldades relacionadas à apreensão da política em andamento:

o enfrentamento da carga horária, a mudança de postura, a criação do agendamento das consultas, então são mudanças de postura que mudavam o foco, que mudavam o objeto do setor saúde como um todo. Mudavam a forma de se relacionar, ou seja, não era uma simples prestação de serviços, senão um direito de cidadania que tem que ser cumprido, acho que a gente vai encontrar um conjunto, um volume muito grande de exemplos, mas que todos eles se traduzem, se concluem na questão de princípios, os conceitos mais norteadores da organização do setor saúde com as particularidades (..) de uma cidade como Goiânia, com um setor privado muito relevante e muito forte seja no seu desenvolvimento, seja na sua relação com o setor público (Entrevista 2, gestor).

Nessa mudança de paradigmas, ampliaram-se as unidades e os serviços, trazendo a necessidade de contratação de mais pessoal, que se concretizou na realização de concurso público, em 1988, que inseriu várias profissões que não eram reconhecidas nessa política. Com esta medida, fortaleceu-se o conceito de saúde como condição de vida.

A municipalização em Goiânia tem seu auge a partir de abril de 1998, no mandato de Nion Albernaz – *Governo da cidade de Goiânia* – apesar de que essa proposta foi prevista nacionalmente por meio da Norma Operacional Básica (NOB) em meados de 1993. Portanto, para entender a política de saúde nesse período faz-se necessário identificar a conjuntura local, as correlações de forças existentes entre as esferas estadual e municipal.

Destaca-se que o último regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dessa administração, foi aprovado pelo nº Decreto no 2.231, de 30 de novembro de 2000, com vigência até o ano de 2007 (Goiânia, 2000).

Assim, é interessante notar a institucionalização do SUS como um processo de ampla mobilização social. Segundo Behring e Boschetti (2006, p. 79) a “efetivação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante (...) são pauta de reivindicações dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora”.

### **3.3 A gestão 2001 A 2004: Prefeitura de Goiânia – Você fazendo parte**

A proposta, neste trabalho, é fazer o percurso no mandato democrático-popular norteado pelos dados empíricos contidos nas entrevistas, no Plano Municipal de Saúde, no relatório de gestão<sup>39</sup> e, outros documentos que explicitam a concepção de saúde, e a

---

<sup>39</sup> A apresentação desse relatório foi assinada pelo prefeito Pedro Wilson Guimarães e o Secretário Municipal de Saúde Otaliba Libânio de Moraes Neto



metodologia adotada, informações e/ou dados necessários à apreensão histórica da política de saúde no município de Goiânia.

A gestão 2001-2004 encontrou uma cidade ampliada em seu contingente populacional, pois, Goiânia, nesse período, contava com uma população de 1.090.737 habitantes – concentrada, em sua maioria, na zona urbana, representando um crescimento de 1,9%, e 6.261 habitantes na zona rural. (IBGE, 2000). Já no entorno, o crescimento foi mais acentuado de que a capital e registrava os seguintes índices: Senador Canedo, 9,36%; Aparecida de Goiânia, 7,3%; Abadia de Goiás, 6,40% e Trindade, 4,92% (Goiânia. Plano de gestão, 2001-2004, p. 7). Por outro lado, esses municípios não contavam com políticas sociais estruturadas para atender a essa população que passava a buscar o atendimento nos serviços instalados na capital. A demanda reprimida contribuía para o comprometimento da qualidade dos serviços prestados.

Para gerir a política de saúde<sup>40</sup> do município de Goiânia, a gestão democrático-popular convidou um médico sanitário que buscou se nortear por princípios eleitos como norteadores das ações da Secretaria: “[o] guia nosso era o arcabouço da legislação do SUS, principalmente a Lei 8.080, a Lei 8.142 e também na época, a gente tava vivenciando ainda a NOB/1996 e tava iniciando a NOA/2001 e 2002” (Entrevista 6, gestor). Segundo o mesmo entrevistado o fundamento teórico provinha da saúde pública concebida no Movimento Reforma Sanitária produzida pelo grupo da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no qual se destacou Eugênio Villaça, que enfocava a clínica ampliada. Esta modalidade busca a humanização e, questão da vigilância e saúde e práticas sanitárias.

A realidade da política de saúde vivia uma municipalização inconclusa e a desarticulação no atendimento das necessidades da população, quer da capital quer dos municípios apresentava-se como amplos desafios para o administrador que iniciava um trabalho de gestão.

Nesse sentido, o depoimento esclarece:

A primeira preocupação que a gente teve quando assumiu a gestão [2001-2004], era ter um quadro da situação concreta da secretaria. E, depois, pensar algumas estratégias de planejamento que a gente pudesse definir melhor as nossas diretrizes e como passo que a gente ia dar pra cumprir um pouco essa meta de consolidação do SUS no município de Goiânia, de radicalizar o processo de municipalização e nesse a relação com o Estado, com a população (Entrevista 6, gestor).

---

<sup>40</sup> No início da administração, democrático-popular, a Secretaria de Saúde do município contava com quinze anos de funcionamento.

O depoimento mostra a atitude do novo administrador da Saúde que preconiza, antes de intervenção, o conhecimento da realidade. Indica, também, uma direção de continuidade das ações desenvolvidas na gestão anterior que todo administrador que tem compromisso com a coisa pública precisa observar. Ainda evidencia a preocupação com o planejamento, inerente ao compromisso com um serviço de qualidade para o atendimento da demanda, evitando, assim, improvisações e intervenções politiqueras frequentes na administração pública. Outro aspecto que merece destaque foi a ênfase aos processos de participação dos usuários e trabalhadores na saúde no fortalecimento do SUS e no aprimoramento da definição de critérios de atuação e condução da política de saúde em Goiânia.

De acordo com o proposto neste trabalho, esse mandato também foi analisado com base do Plano Municipal de Saúde e do relatório de gestão documentos que explicitam a concepção de saúde, a metodologia adotada, informações necessárias à apreensão histórica e política do processo de consolidação do SUS em Goiânia. Assim, evidencia uma proposta de gestão fundamentada na seguinte concepção:

Um dos elementos e um dos projetos prioritários [da gestão 2001-2004] foi o planejamento estratégico e a (...) a gestão participativa ou participação da representação das instâncias do SUS: os conselhos locais de saúde, o Conselho Municipal de Saúde. (...) a gente pensou numa estratégia que ao mesmo tempo resgatasse a importância do controle social, mas também garantisse um pouco de independência das unidades de saúde em relação a poderes constituídos como a câmara municipal, a gente pensou um processo de gestão das unidades que a gente chamou de consulta ampliada que teria dois processos: Primeiro, era uma escuta dos próprios movimentos sociais na área de abrangência daquela unidade de saúde: uma escuta do conselho local, das associações de moradores, eles indicando pessoas, profissionais de saúde com vínculo público que pudesse assumir a direção geral, a direção técnica e administrativa das unidades de saúde. Depois, a partir dessa indicação, com movimentos muito participativos, envolveu centros de saúde, o conselho municipal, os conselhos locais, associação de moradores, cada unidade fazia uma assembléia e indicava uma lista de nomes (Entrevista 6, gestor).

Diante do exposto, compreende-se necessário discutir como se deu a construção desse processo de participação, ao reconhecer que os avanços foram possíveis por meio de uma atuação planejada, participativa, democrática<sup>41</sup>, articulada<sup>42</sup> e colegiada, que respeitou e

---

<sup>41</sup> Criação dos colegiados: gestor, distrital, interdepartamental. E ainda, por meio de seminários de planejamentos, em março de 2001, avaliado e atualizado nos anos de 2002, 2003 e 2004. Realizaram-se 73 módulos de formação dos gestores dos distritos sanitários e de unidades de saúde da SMS.

<sup>42</sup> Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual e Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Cosems, Conasems), Universidades Federal e Católica de Goiás, Ministério Público Estadual e Federal, sindicatos e conselhos de trabalhadores da saúde, organizações não-governamentais e demais instituições da sociedade civil – Serviço Social do Comércio (Sesc), Serviço Social do Transporte (Sest), Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (Senat), Sindicato de Habitação e Condomínios do Estado de Goiás

fortaleceu a autonomia das instâncias de controle social – o Conselho Municipal de Saúde e os vários conselhos locais – e que seguiu as diretrizes das duas conferências municipais de saúde realizadas na nesse período de 2001-2004. Um dos entrevistados afirma:

Eu destaco uma ação que ocorreu logo no início da gestão, que foi pra mim muito corajosa (...) por parte da equipe da saúde como do prefeito de ter aceitado essa proposta de realizar a consulta ampliada. Então, todos os diretores de unidades dos diversos níveis (...) passaram por um processo de consulta da população, dos trabalhadores e depois esses passaram por um processo de formação e seleção (...). Nessa avaliação técnica se considerava a capacidade de liderança, a visão que as pessoas tinham de trabalho em grupo, e as capacidades também ligadas ao seu desempenho tanto técnico quanto de gestão (...) Então, pra mim, a consulta ampliada é um grande diferencial da gestão dessa época. Logo depois, começou a equipar e a preparar as equipes dos nove distritos sanitários. Então, eu acho que esse processo contribuiu, com certeza, no processo principalmente de descentralização, regionalização e territorialidade (Entrevista 7, trabalhador).

Observa-se que a conjuntura estabelecida no período de 2001-2004, orientada por uma concepção plasmada nos princípios do SUS e na perspectiva dos direitos sociais exige a apreensão da saúde como condições de vida, resultado das múltiplas determinações, econômicas, sociais, políticas e culturais, como um processo na vida dos sujeitos sociais que incide nas dimensões ideológicas, políticas e éticas.

Nesse sentido, o depoimento seguinte explicita as estratégias de efetivação da política de saúde, da administração em curso:

O primeiro enfoque foi na participação democrática – dos usuários, dos trabalhadores e do gestor. Esse é pra mim o principal ponto, tanto norteou o trabalho, como desenvolvimento nessa gestão [2001-2004]. O segundo ponto foi o que a gente chamava de conversão de modelo assistencial ao invés de um atendimento muito centrado nos medicamentos, então esse era o foco: que nós pudéssemos destacar as ações de promoção e de prevenção na área da saúde. Então, o foco nessa participação ela teve vários eixos: consulta ampliada, a formação permanente dos gestores durante todo o período, eram encontros quinzenais em que se discutia política, onde se aprofundava os temas de saúde e depois o investimento financeiro de pessoal na qualificação e capacitação dos conselheiros locais de saúde (Entrevista 7, trabalhador).

Na gestão passada, que eu me lembro mais desse movimento em função de organograma, foi um processo muito discutido com cada divisão. Com cada departamento. Foi feito uma mudança seguindo a diretriz do Ministério da Saúde, essa questão da vigilância e saúde, e atenção a saúde como no ministério, e foi até um processo muito dolorido, porque divisões que são hoje da rede básica, iam passar para a vigilância e saúde, naquela condição quem é Programa passa para a vigilância e quem é ação ficaria aqui, tipo, [Equipe Saúde da Família]PSF, enfim, ambulatório e tal. O que aconteceu é que no município não foi regulamentado, Não foi escrito e colocado na Câmara como apreciação, e não foi regulamentado mesmo, formalizado (Entrevista 8, trabalhadora).

Essa construção coletiva exigiu disposição interna, vontade política, conhecimento teórico-prático dos trabalhadores, pesquisas, partilha de poder, práticas horizontais e éticas, busca de superação do corporativismo, da alienação social, cultural e coletiva. E ainda, a contraposição de terminologias preñes de sentido biologizante e conservadoras. Dessa forma, as diferentes concepções presentes na política são permeadas pelas contradições impostas pela vida material e, é nesse campo que elas devem ser situadas.

O processo de descentralização na SMS caminhou em dois eixos:

- a) reorganização dos serviços – fortalecimento da distritalização;
- b) definição das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS) – levantamento dos dados já existentes sobre a região, incluindo mapas, identificação de sujeitos sociais, das barreiras geográficas, econômicas e sócio-culturais, dos recursos sociais existentes, do perfil epidemiológico e os aspectos demográficos, dos macros problemas e as doenças mais frequentes, localização das áreas e micro-áreas de risco, reconstrução da história do território, contagem das casas e descrição dos aspectos físicos das moradias, vizinhanças e meio ambiente, da infra-estrutura e os serviços disponíveis, da estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde oferecidos.

Esses elementos foram utilizados no processo de conhecimento e definição da área de abrangência, e do distrito sanitário (DS), que materializa a regionalização dos serviços, e ainda, na unidade básica de saúde (UBS), com acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde. Um entrevistado comenta:

Porque a gente começou todo esse mapeamento apontando pela presidente do conselho. A irmã Katherine, com a equipe de acompanhamento dos conselhos locais, nos pólos distritais fazia esse levantamento. Quanto tempo

de espera por uma consulta de especialidade? Quanto tempo para uma cirurgia? (..) a luta foi difícil (Entrevista 1, trabalhador).

O depoimento mostra o envolvimento da direção do Conselho Municipal de Saúde (CMS) exercida de forma articulada com os conselhos locais de saúde (CLS), e, também, a preocupação com o atendimento a melhoria do atendimento curativo. Esse aspecto foi qualificado com a implementação da rede de atenção às urgências<sup>43</sup>, implantação do Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia, implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Tratava-se da quarta proposta de reestruturação da SMS, e a primeira com uma política de planejamento e gestão de suprimentos, a estruturação de uma central de informática – informatização das unidades e distritos e ampliação da comunicação *on-line* na SMS; implantação de projetos e programas em articulação com as Secretarias de Educação, Cultura, Esporte e Lazer e a Assistência Social, por intermédio da Fumdec<sup>44</sup>; ampliação das unidades de saúde mental; mudanças na forma de organizar os serviços e os processos de trabalho, com o desenvolvimento do projeto de Humanização e Acolhimento; a redução da mortalidade infantil e do índice de cáries em crianças e um controle da dengue na cidade. Destacam-se ainda, a criação do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador e implantação da Política de Saúde do Trabalhador, bem como a instalação de fumódromos e promoção de um ambiente livre do tabaco. Essa dimensão é abordada no relato que se segue:

A Secretaria de saúde está envolvida num contexto geral da prefeitura, mas o investimento, em melhoria salarial (...). Existia o que a gente chamou de Mesa de Negociação Permanente onde todas as categorias profissionais tinham assentos e que as pautas elas eram discutidas continuamente de reajuste salarial (...) o pleito era de 20% e, na negociação geral com a prefeitura, se conseguia 6 ou 7 % (...). Investiu-se muito na questão da melhoria da condição de trabalho, inclusive físico, então muitos projetos foram implantados pra melhorar a estrutura das unidades(..). E também houve investimento específico na saúde do trabalhador, na melhoria do ambiente físico, com a redução de emissão do fumaça, foi criado o fumódromo, foi discutido as relações e a convivência com os trabalhadores, lógico que não naquela política de harmonia negando conflitos, mas assim, como que você pode trabalhar e lidar no mesmo espaço com os conflitos, respeitando. Então, o Projeto Pérolas da Saúde, a principal proposta era resgatar a auto-estima do trabalhador, do serviço público. E nós usamos a metodologia de valorização do espaço, de limpeza inclusive da poluição visual. (...) o outro lado, os nossos ícones de dedicação, de esforço, então, foi

---

<sup>43</sup> O atendimento curativo foi organizado com base em serviços de urgência e emergência, com funcionamento 24 horas em algumas unidades de saúde, já existentes.

<sup>44</sup> Por meio do Programa FelizCidade – cuidado à criança desde a gestação até a assistência neonatal e primeiro ano de vida (Nascer Feliz). A construção da Agenda 21, a Educação Promotora da Saúde, a aproximação ensino-serviço e a rede de enfrentamento da violência são exemplos de projetos de promoção da saúde e articulação.

feito um trabalho junto com a Faculdade de Comunicação (Entrevista 7, trabalhador).

O depoimento evidencia que a administração da saúde no município de Goiânia tinha presente que o desempenho da política com qualidade requer que os trabalhadores tenham condições de trabalho adequadas, o que implica salários justos, satisfação e condições materiais. No entanto, ressalta-se que essas condições foram construídas nas discussões e confrontos entre trabalhadores e dirigentes que acordavam suas posições de maneira democrática. A necessidade de negociações indica existência de oposições divergentes. Por outro lado, o depoimento explicita ainda, o aspecto educativo nas relações estabelecidas quando ao designar um espaço para fumantes, concebe que a liberdade de um pressupõe o respeito ao direito do outro. Ainda, evidencia as responsabilidades do cidadão com a saúde pública. Essa direção social contrapõe os elementos presentes no contexto político autoritário e liberal que produz e reproduz tendências conservadoras próprias da história político-cultural da saúde no Brasil.

As fontes consultadas revelaram que a experiência da política de saúde no município de Goiânia, no período 2001-2004 tornou-se referência nacional. Além de cumprir com a agenda local, demandas e exigências federal ultrapassou limites próprios das relações sociais na esfera estadual, na disputa de poder entre dirigentes de partidos diferentes – Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Popular Socialista (PPS), Partido Comunista do Brasil (PC do B) e Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

### **3.4 Participação e controle democrático no período 1997-2004**

Destacam-se nesse tópico alguns elementos para reflexão e avaliação do processo de organização e mobilização social da sociedade goianiense em defesa do Sistema Único de Saúde. A efetivação da democracia pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1990) requer a criação de mecanismos e/ou formas que assegurem as características de participação e controle por parte da sociedade, inova a relação do Estado com a sociedade, tendo por base a participação da população na formulação e co-gestão das políticas sociais.

No pensamento de Gramsci, “*catarse*” significa o momento da passagem da “classe em si” à “classe para si”, ou seja, o momento em que as classes conseguem elaborar um

projeto coletivo, trata-se de compromisso ontológico-dialético de construção de um novo bloco histórico, para toda a sociedade, por meio da ação coletiva” (Gramsci, 1966, p.53).

Dessa forma, a sociedade civil é representada pelas novas organizações democráticas, surgidas com o intenso processo de socialização da política e que se expressa através dos partidos, dos sindicatos, dos movimentos sociais de diversas ordens, das associações profissionais, das comissões de fábrica, de organizações culturais, dentre outras, passa a desempenhar um papel fundamental nas relações Estado/Sociedade, sobretudo na defesa de direitos e interesses universais, como é o caso da política de saúde, reduz assim, os poderes coercitivos do Estado, e ampliam-se as formas de acesso e participação nos processos decisórios. As funções de domínio e coerção são substituídas pelas de hegemonia e consenso, e a sociedade política é reabsorvida pela sociedade civil (Gramsci, 2001).

Essa apreensão histórica do processo em construção do exercício democrático se materializou-se por meio da organização e análise dos documentos relativos ao Conselho Municipal:

- a) mapeamento dos mandatos existentes nesse período;
- b) verificação do nome da gestão e duração/período dos mandatos do conselho;
- c) levantamento da representação/composição do conselho e as presidências nesse período;
- d) registro dos nomes membros/instituição da mesa diretora do conselho;
- e) as conferências realizadas seus objetivos, temas e periodicidade.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a) assegura a descentralização – a municipalização dos serviços e ações de saúde – e a Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b) dispõe sobre a participação dos usuários na gestão do SUS, por meio dos conselhos de saúde municipal e locais. O parágrafo 2º artigo 1º da Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação dos usuários na gestão do SUS e nos Conselhos de Saúde que, de acordo com a legislação, constituem assim instância de fiscalização e deliberação, espaço por excelência de exercício da cidadania e democracia. E, preconiza que os conselhos atuem na “formulação de estratégias, no controle e na fiscalização da execução da política de saúde, igualmente, nos aspectos econômicos e financeiros”.

Além disso, assegura a presença majoritária dos usuários nos conselhos de Saúde (nacional, estadual e municipal), órgãos colegiados de caráter permanente, deliberativo e participação paritária. De um lado o conjunto dos usuários organizados, representam 50%, de

outro, os trabalhadores<sup>45</sup> e gestores/prestadores de serviços compõem os outros 50%, 25% cada um desses últimos. Nessa composição, estão estabelecidas as condições objetivas e subjetivas para as relações democráticas no processo de condução da política de saúde do município. Torna-se significativo enfatizar que a construção dessas relações democráticas no espaço do conselho assume, também, a existência de conflitos, tensões que perpassam pelas disputas de interesses individuais e coletivos.

Nesse sentido, o depoimento assinala:

O avanço que nós tivemos na saúde pública nessas últimas duas ou três décadas eles (...) foram fundamentalmente resultados da luta social e da participação na luta social. Os usuários, os trabalhadores muitos gestores progressistas, universidade e tudo. E essa luta deve ser atualizada com unidade de relação entre esses atores, pra nós superarmos agora, e aí é natural que pra saúde avançar é preciso também, nós redefinirmos a distribuição e a democratização do poder político no Brasil. (...) é fundamental nós implementarmos no país de fato a democracia participativa, não só o Conselho de Saúde, mas a sociedade como um todo, ela também poder dizer não a determinadas atitudes de governantes, isso é a democracia participativa avançando além dessa mera representativa (Entrevista 9, trabalhador do CMS).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Goiânia foi criado por meio do Decreto nº 1.426, (Anexo 25). de 14 de novembro de 1991 (Goiânia, 1991) e regulamentado por meio da Lei nº 8.088, em 10 de janeiro de 2002 (Goiânia, 2002), como “órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo responsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Goiânia” (Anexo 31). O decreto ainda explicita como finalidade do conselho “atuar na formulação de estratégias e no controle da política de saúde incluídos os aspectos econômicos e financeiros”.

No entanto, até a sua regulamentação, esse conselho funcionou tendo como referência a legislação nacional, e seu presidente era o Secretário de saúde, no período de 1991 a 1997, quando foi eleito, em plenária, um representante da sociedade civil. Desta forma, foram onze anos de funcionamento sem regulamentação, que se concretizou com estratégias de lutas, de mobilização e participação efetiva. O lapso temporal para regulamentar o conselho municipal de Goiânia foi coerente com o processo tardio da efetivação do SUS nesta cidade.

Se a normatização do CMS nesse município ocorreu nos anos 2000, o processo de organização e mobilização social da sociedade goianiense na luta em defesa do Sistema Único de Saúde teve sua concentração de forças nos anos 1980. A luta continuou até a sua

---

<sup>45</sup> Na composição dos 25% dos trabalhadores estão inseridos os representantes dos sindicatos e conselhos profissionais. Por outro lado, os representantes dos gestores são vinculados ao primeiro escalão da administração/ Secretaria da Municipal de Saúde.



efetivação, que acompanhou o movimento de redemocratização do país prevista na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) que exige a criação de mecanismos e/ou formas que assegurem as condições de participação e controle da sociedade, inova a relação do Estado com a sociedade, tendo por base a participação da população na formulação e co-gestão das políticas sociais.

Ressalta-se, ainda, na composição do conselho municipal para a construção e encaminhamento da política de saúde do município a representação local indicada no espaço do conselho local. Este último constitui um espaço importante de participação dos usuários no tocante a atenção primária, e, é uma singularidade da política de saúde, uma vez que, apesar de constar da Lei nº 8.293/2004<sup>46</sup> (Goiânia, 2004), e ser implantado na administração de 2002-2004, foi desativado na administração seguinte.

Os depoimentos seguintes são esclarecedores sobre o conselho como um dos espaços no controle democrático:

A respeito de controle democrático, eu sinto que o Conselho Municipal e os conselhos locais são tentativas de oferecer voz e vez aos usuários do sistema. Onde tem seriedade na participação dos conselheiros conquista, avanços, mas também infelizmente algumas pessoas encaram mais o valor de ser eleito do que ser participativo depois (Entrevista 5, usuário).

vejo que o controle democrático da sociedade, a articulação dos setores, ele consolida políticas públicas (...) que é (...) a compreensão da sociedade nos seus direitos (Entrevista 9, trabalhador do CMS).

[o conselho] é um colegiado com segmentos. Então vem os segmentos dos usuários, do gestor, o segmento do trabalhador. Tanto nós trabalhamos no conselho municipal dessa maneira dos segmentos, e tanto também nos conselhos locais, que temos 4 segmentos: o gestor e o prestador, o usuário e o trabalhador. Então, a gente faz essas reuniões e, nessas reuniões tem os segmentos e nós tiramos tudo aquilo que vamos encaminhar, e fazemos ofício e mandamos pra gestor, e ele nos dá resposta e nós fazemos, têm alguns encaminhamentos que precisa de resoluções, e as resoluções o secretário homologa (Entrevista 11, usuário)

é a sociedade tentando controlar, no caso do SUS, a saúde como um todo, tanto, seria tanto na fase de, vamos dizer, de elaboração dos planos, aplicação, acompanhamento, o controle social fazer, a sociedade fazer esse acompanhamento, fazer a sua avaliação e que isso nem sempre é possível, porque às vezes nós tentamos influenciar na elaboração, mas raramente (Entrevista 10, trabalhador do CMS).

---

<sup>46</sup> Datada de 7 dezembro de 2004, dispõe sobre as condições de acesso e garantia às necessidades humanas, a organização e o funcionamento da assistência social no município de Goiânia e dá outras providências (Goiânia, 2004). No capítulo IV, artigo 13 trata dos Conselhos Locais de Assistência Social (Clas), no município.

O controle social/democrático, na perspectiva de Correia (2000, p. 53) “envolve a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade”. Essa análise está presente nos elementos apresentados pelos sujeitos sociais entrevistados.

Dentre os mecanismos de controle, destaca-se a aliança entre os movimentos sociais, a organização sindical, o campo democrático que defende o SUS e legitima a participação que ocorre nos conselhos de saúde e faz avançar a democratização desses espaços. Existem outras modalidades e instrumentos de controle democrático, como as medidas judiciais (Ministério Público), as conferências, os fóruns – permanentes e/ou eventuais –, audiências públicas, plenárias e assembleias.

Trata-se do exercício da democracia indireta e/ou representativa e que exige o desenvolvimento da capacidade política – na articulação, discussão, pactuação – na defesa de interesses e atendimento das necessidades sociais. Esse exercício deve procurar zelar pela ampliação e qualidade da rede de serviços voltados a toda a sociedade, e ainda, da mediação entre sociedade e poder público local.

Nesse processo, ressalta-se ainda o caráter deliberativo, de autonomia e poder decisório, após ampla discussão, sobre todas as matérias pertinentes à política de saúde. Existem no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde e os estaduais que funcionam em todas as 27 unidades federadas, com Fundos implementados.

Em Goiânia, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) conquistou maior autonomia a partir de 1999, com a eleição de um presidente representando a sociedade civil pelo segmento dos trabalhadores, pois, até esse período, o Secretário Municipal de Saúde era o presidente nato. Esse fator contribuiu também com sua legitimidade e uma atuação mais efetiva, possibilitando a consolidação de um processo de discussão e mobilização social, como destacam os relatos que se seguem:

É um grande avanço que nós temos no [Conselho Municipal de Saúde) CMS Goiânia é que não ser o gestor o presidente do conselho municipal porque nós temos o segmentos e eles então, é que tão sendo os presidentes. (...) Outros avanços é que todas plenárias que a gente faz, fazemos ofício, nos ofícios fazemos encaminhamento e fazemos as resoluções e as resoluções são homologadas, esse também é um grande avanço (Entrevista 11, usuário).

a legalização pela Lei Municipal 8.080 do Conselho Municipal de Goiânia foi um avanço, eu sinto que tem avanços, esta de paridade na mesa diretora, o fato que não é o secretário mais na presidência (...), não que temos nada contra ele, mas para ele estar na presidência é meio complicado sentir como gestor pode fiscalizar gestor (Entrevista 5, usuário).

Observa-se ainda, que *nem sempre* a representatividade é exercida em seu sentido pleno. Existe um distanciamento da entidade e/ou movimento que os sujeitos representam, limitando na defesa dos interesses específicos, às vezes, sem retorno das decisões e/ou diálogo com as suas bases. A partilha do poder – há uma recusa ao confronto – é um desafio que perpassa todos os mandatos.

Avalia-se ainda, que há uma falta de unidade entre as demandas dos diversos segmentos, no que se refere à representação de interesses. Os depoimentos seguintes aludem a esse processo:

De vez em quando sentimos que os trabalhadores estão nas cobranças deles e não tão empenhados em nós como usuários e pode ser vice-versa também, pode ser que eles também sentem que nós estamos tão preocupados com os usuários que não estamos investindo suficientemente nas cobranças dos trabalhadores. Acho que é um relacionamento que precisa só crescer (Entrevista 5, usuário).

É conflitante. É tudo conflitante porque geralmente o conselheiro/conselheira que está representando sua entidade, lógico, ela vai pra lá buscando que a sua entidade tenha visibilidade no mínimo e cuide dos interesses da sua entidade. (...) é conflitante sim, porque isso requer que os conselheiros tenham uma percepção dum todo e não da parte que ele representa. Então isso é fundamental e a gente ainda acha que teria que ter essa participação de conselheiros (Entrevista 10, trabalhador do CMS).

Segundo Coutinho (2006), no processo de participação, evidencia-se que a questão do controle social/democrático limita-se aos princípios da democracia representativa. E, ainda, que há um jogo de interesses que permeia o processo de representação, reproduzindo uma concepção liberal em que os interesses individuais são vistos como fatores positivos e benéficos à ordem social.

Um outro aspecto a ser observado é a questão da produção dos consensos, conforme Coutinho (2006, p. 55), em uma “sociedade cujos atores políticos são constituídos a partir de múltiplos interesses, sempre postos em discussão e em confronto, assume um peso cada vez maior, na relação entre governantes e governados (...) a busca de relações de consenso”. Nesse sentido, é conflituosa e contraditória a dança dos interesses construídos nas relações entre os segmentos, dimensões marcantes nos depoimentos.

Nesse conjunto de elementos que envolvem a produção de consensos e a mobilização, o Conselho Municipal de Saúde possui uma agenda permanente de reuniões, construiu uma capacidade de articulação e de mobilização social, respeita a paridade, possui certa

respeitabilidade, é reconhecido pela sociedade como órgão de defesa do interesse público, mas atua mais efetivamente na realização de conferências que ocorrem de três em três anos.

Para além das conferências, uma forma qualificada de atuação dos conselhos, na sua agenda cotidiana refere-se ao trabalho das comissões:

o conselho tem atuado através de suas comissões. Então, hoje, o conselho se não me engano, nós estamos em dez comissões, nove ou dez comissões que trata de todos os assuntos. Nós temos uma comissão que ela é chamada de Comissão de Municipalização que é a que acompanha toda essa parte: do gasto, do fundo, do próprio orçamento. Então, tudo é feito por esta comissão. E como que se tem feito? A comissão faz tudo assim, em alguns momentos até conseguir alguma pessoa, assessora pra estar prestando maiores informações, e leva o parecer para o conselho. Leva o parecer da comissão e o conselho faz a sua apreciação em cima desse parecer. Então, tem funcionado dessa forma (Entrevista 10, trabalhador do CMS).

Na organização do trabalho do conselho, faz-se necessário destacar algumas dimensões significativas que interferem no processo de articulação, visibilidade e transparência do controle democrático, dentre eles, a questão da comunicação e divulgação:

Faz o ofício, e aí a gente tem a convocatória e manda pra aquelas entidades com ofício divulgando o que é o evento, qualquer que seja o evento nós enviamos pelo ofício e também entrega, tem o carro pra fazer essa entrega desses ofícios e também fazemos por telefone, convidamos por telefone (Entrevista 11, usuário).

depende da iniciativa de cada conselho local. Também está muito fraca no conselho municipal, apesar de ter uma tentativa de ter uma comissão de comunicação, até agora não funcionou adequadamente (Entrevista 5, usuário).

o instrumento não diria mais eficiente, mas, mais prático de comunicar, são quase impossibilitados ao público esse tempo todo, mas o conselho apesar disso ele comunicou muito com a sociedade por conta da sua representatividade, então nos temos uma comunicação eu diria assim popular, extra oficial até na contra mão do que sempre acontece (...) o conselho sempre consegue ter um espaço na mídia por conta (...) vai pela comunicação formal em alguns momentos e muito pelas reuniões diretas, *boca a boca*, essas informações eram tratadas com uma agenda muito forte de, reuniões, seminários, temos essa marca (...) então a divulgação é sempre boca a boca (Entrevista nº 9, trabalhador do CMS).

Essa é parte mais difícil porque hoje nós não temos isso, essa divulgação pra sociedade. Então ela ainda é mínima e minimamente feita entre conselho municipal e os conselhos locais de saúde. E é uma comunicação, vamos dizer assim, verbalmente mesmo. (...) Nesta gestão (2005-2008) a gente não conseguiu abrir também essa questão da comunicação, mas ele é uma perspectiva que os conselheiros têm de tentar solucionar porque a gente sabe que é através da comunicação que a gente pode mostrar pra sociedade e estar

prestando conta da atuação desse conselho, seja com suas histórias ou com suas lutas (Entrevista 10, trabalhador do CMS).

Observa-se que há ainda, no processo de articulação com a sociedade, do ponto de vista da visibilidade externa, mecanismos muito limitados de diálogo, pois a socialização dá-se de forma burocratizada em que não predominam momentos de avaliação e articulação de forma mais direta com a sociedade.

Evidencia-se ainda um processo de articulação com outros espaços de participação, embora de forma restrita e frágil. Os depoimentos são esclarecedores:

A respeito de articulação e/ou interação com fóruns, conselhos locais, estaduais e nacional, a respeito de fóruns, em 98 [1998] iniciou o Fórum do Distrito Noroeste que continua a todo vapor até hoje. Reunindo uma vez por mês e também com umas conquistas significantes (...) Participamos das conferências estaduais, participamos também das conferências nacionais, especialmente aquelas para conselhos municipais. Então marcamos presença, tentamos de colaborar nas atividades especialmente pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 que ainda não foi regulamentada. Estamos aguardando ainda, cobrando (...) A respeito da sociedade e seu envolvimento, sentimos que há uma falta de conscientização do controle social. A gente que está fazendo parte dessa comissão que acompanha conselhos locais, na época das assembleias para abrir nova eleição, incentivar inscrições para essa nova eleição, sentimos resistência muitas vezes por parte de funcionários que não querem dedicar o tempo e falta de incentivo dos diretores das unidades. (...) Lamentamos os distritos que não estão respeitando isso e vamos procurar meios de cobramos melhor (Entrevista 5, usuário).

Em 2001 a 2004, teve o fortalecimento do controle social, criar instâncias de gestão participativa, como compatibilizar, os seus próprios conselhos municipais e conselhos locais, inicialmente a articulação para o orçamento participativo. Já tinha esse canal institucionalizado de conselhos da população, participar da gestão e avaliação das políticas públicas, acompanhamento, mas o orçamento participativo que era onde se estava decidindo a lotação de recursos, não conversava com os conselhos (Entrevista 1, trabalhador).

Por esses relatos, observa-se uma ampliação e a importância da articulação dos fóruns, com o objetivo de fiscalizar e acompanhar se as ações no campo da política social, mais especificamente, no caso da saúde, estão em consonância com as reais necessidades da população. Por outro lado, revela a persistência dos sujeitos políticos que buscam encampar as lutas mais amplas e mais específicas, contribuindo para a materialização, mesmo que lenta, gradual e episódica, do SUS e seu fortalecimento.

Ao considerar os elementos acima analisados, faz-se necessário desvelar os desafios impostos ao exercício do controle democrático na saúde. Dentre eles, evidencia-se o

desconhecimento da máquina pública, o conselho nem sempre é envolvido na construção do orçamento; há uma falta de socialização de informações, nem sempre os representantes governamentais que estão no conselho dispõem de poder de decisão, e, dessa forma, não conseguem acompanhar e exigir o cumprimento das deliberações.

Quanto à agenda de Capacitação Continuada do Conselho, o desafio é desenvolver um processo contínuo de formação dos conselheiros e conselheiras oferecendo-lhes instrumentos para o efetivo exercício do controle democrático, conforme os relatos seguintes:

Eu acredito que apesar de existir, ela é insuficiente. Se a gente observar, comparar com outras áreas, você fica até com vergonha de pedir mais, porque as outras áreas de políticas públicas estão muito aquém do que a saúde faz, mas não é suficiente. Eu acho que a melhor forma é nós termos o seguinte: efetivamente o Conselho Municipal de Saúde é uma instância institucional que tem que ser profundamente representado numa relação democrática e ampla na sociedade, ter autonomia financeira e política para funcionar conforme o interesse da sociedade. Aí, eu acredito que todo esse esforço de capacitação continuada possa se potencializar não somente para conselheiro mais para o povo de modo geral (Entrevista 9, trabalhador do CMS).

é um problema sério essa questão de capacitação, até porque nós temos alguns entraves sérios de gestão. (...) Na gestão passada [2001-2004], nós já conseguimos avançar, estávamos trabalhando já o próprio regimento, regulamento dessa mesa diretora. Nesta gestão [2004-2008], a mesa foi lacrada. Nós não conseguimos mais nada através da mesa de negociação. E, essa questão da capacitação de conselheiros passa por aí porque a gente entende, a gente sabe que tudo passa pela capacitação. Lógico que quando se nós tivermos aí um projeto funcionando, de capacitação de conselheiros de saúde, nós vamos ter pessoas aí, entendendo, sendo capaz de intervir em várias situações. (...) E eu acredito até que pela morosidade que foi no estado, de avançar também no conselho, isso reflete lógico, no município, que nós somos um estado aí que nunca teve um projeto de capacitação de conselheiros. A única capacitação que teve foi aquela eu veio do Ministério da Saúde, através do [Conselho Nacional de Saúde] CNS do qual eu fiz parte daquele pólo, de capacitação do estado, mas foi só aquele projeto. Aquilo ali era pra começar e o estado não deixar morrer, ele tinha que fomentar e dar encaminhamento pra esse projeto. No entanto, ele não foi seguido, e lógico, isso vai descendo até os municípios. Se o estado talvez tivesse aí bancado essa capacitação, hoje a gente estaria num patamar diferenciado (Entrevista 11, usuário).

A educação permanente possibilita o processo de conhecimento e apropriação de informações necessárias ao exercício da participação social, pois a atualização, a reflexão e o debate coletivo contribuem para a sociabilidade, a aprendizagem e o aprimoramento da capacidade política considerada como instrumento de poder. No entanto, as iniciativas são ínfimas e não estão incluídas nas agendas de políticas públicas.

Em alguns mandatos, o CMS foi apenas consultivo, enfrentou a resistência de gestores que não permitiam a publicização, elementos fundamentais e que delineiam uma configuração do controle democrático em face da partilha de poder. Existe uma dependência administrativa, financeira e técnica, bem como *deficiências* no que se refere à infra-estrutura (espaço físico e secretaria executiva, dotação orçamentária) e às condições de funcionamento. Esses aspectos interferem na consolidação da autonomia político-administrativa dos conselhos, como apontam dois entrevistados:

Politicamente, o conselho tem autonomia eu diria assim que os erros até que o conselho comete, ele comete por iniciativa própria. É óbvio que, por naturalmente ser democrático, sofre pressões. Agora é interessante que ele tem dependência administrativa financeira muito grande, o legal. A dependência financeira provoca uma limitação muito grande aí por consequência, hoje é interessante que nós, este ano, eu vou apresentar aqui na assembléia uma emenda à constituição estabelecendo um valor pra financiamento do Conselho Estadual de Saúde. Eu entendo que isso é necessário, nos não chegamos a esse percentual, mas acredito que ficará 0,5 a 1% das verbas do estado para ter o orçamento do Conselho Estadual de Saúde, que no meu entendimento deve ser também dos conselhos municipais. A tese central é que 0,5% pra fiscalizar 99%. Eu acho que é isso, que falta no nosso entendimento porque é preciso que a sociedade, ela já investiu muito e investe muito no conselho nos conselhos municipal, estaduais, nacional. E, ela deve ter maturidade pra que o dinheiro que ela coloca para os governos gerirem uma parcela deve ser alimentada para nos termos aí as assessorias necessárias, a formação suficiente, a autonomia, a independência, a agilidade que um conselho municipal de saúde e locais devem ter (Entrevista 9, trabalhador do CMS).

A autonomia política, até que sim. Acho que politicamente o conselho tem conseguido atuar. Agora, a questão administrativa é muito entrave, porque a gente ainda não tem espaço adequado pra funcionamento com as suas assessorias. Enfim, precisa ainda melhorar, financeira porque depende financeiramente de toda e qualquer, tudo da SMS, então é muito complicado ainda, assim, quando não tem autonomia financeira é muito difícil pra funcionar. Então a gente entende que realmente precisa melhorar (...) a gente tem tido maiores embates e acho que ultimamente isso tem facilitado até pra gente conseguir na secretaria porque, senão, o usuário não consegue participar. E, o conselho não tendo essa estrutura, aí dificulta muito mais. Então, eu vejo que hoje, assim o que nós precisamos, antes de tudo ali, é uma autonomia mesmo financeira, o conselho precisa disso (Entrevista 10, trabalhador do CMS).

A autonomia está vinculada a condições de funcionamento, financeiras, de estrutura física, portanto é uma autonomia relativa, pois os conselhos, para se manterem, continuam diretamente atrelados, no que se refere à manutenção de sua estrutura, aos mecanismos de controle social oferecidos pelo órgão gestor. Na análise de Raichelis (2005, p. 37) há

resistências nos duas instâncias no campo das negociações o que interfere na efetivação dessa autonomia, ou seja,

no campo governamental uma das principais dificuldades relaciona-se às resistências para que as definições das políticas públicas sejam abertas à participação e ao controle [democrático], retirando-as das mãos da burocracia estatal para permitir a penetração da sociedade civil. No da sociedade civil, o reconhecimento da heterogeneidade dos [sujeitos] e das concepções práticas, experiências e propostas acumuladas geradoras de múltiplos interesses e demandas, nem sempre convergentes, desafiam o estabelecimento da agenda comum que deve orientar ações e decisões coletivas.

O presente estudo evidenciou que há muitos avanços na política de saúde, no que se refere às demais políticas públicas, ao abordar a reorganização dos serviços, as estratégias de democratização e descentralização dos instrumentos de gestão, bem como no campo do controle democrático. Contudo, existem desafios contundentes, dentre eles, o deciframento da construção financeira e orçamentária que permeia a lógica das políticas públicas, do Estado e da sociedade, e uma articulação com perspectivas totalizantes da seguridade social, para garantir políticas universais e romper com o viés mercadológico e fragmentado no processo histórico da política social no Brasil, em direção a um projeto de garantia dos direitos sociais.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A cabeça da gente é uma só,  
e as coisas que há, e que estão para haver,  
são demais de muitas, muito maiores, diferentes,  
e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o  
total” (Guimarães Rosa).*

Este trabalho teve como objeto o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Goiânia-Goiás, em uma determinada conjuntura. Constitui seu objetivo primordial consubstanciar e descortinar uma questão relevante que é compreender e explicar quais são os elementos constitutivos do processo de consolidação da saúde como política social pública e universal.

O período temporal histórico escolhido para a pesquisa foi o de 1997 a 2004, que contemplou duas gestões à frente da Prefeitura Municipal de Goiânia: uma, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), tendo como prefeito Nion Albernaz (1997-2000), a outra, do Partido dos Trabalhadores (PT), com Pedro Wilson Guimarães (2001-2004).

A preocupação com essa temática é explicada pelo compromisso desta pesquisadora com um debate pouco e/ou quase nada abordado pelos demais pesquisadores e profissionais de saúde em Goiânia. A perspectiva é contribuir para o registro da história da política de saúde inserida no processo de implementação do SUS, na capital do estado de Goiás.

Assim, considera-se uma oportunidade de trazer à público a reflexão acerca da construção da política de saúde nesta capital. E, ainda, explicitar parte da trajetória de luta dos trabalhadores organizados, e outros sujeitos – usuários e gestores – que traduz uma caminhada na construção da cidadania, e com ela, a defesa por melhorias de condição de vida da maioria da população. Desse modo, buscou-se explorar as conexões entre os elementos da política de saúde em suas dimensões de gestão – organização dos serviços e controle democrático – papel das conferências e dos conselhos de saúde.

Nesse procedimento, descobriram-se os “elos intermediários fundamentais, que efetuam a mediação entre a essência e a aparência” (Mandel, 1985, p. 10). Assim, conhecer a

trajetória da Política de Saúde exigiu conhecer, também, a ação dos governos federal, estadual e municipal. Esta análise, como uma exigência do método, possibilitou problematizar o papel do Estado e da sociedade civil na condução dessa política social, ao destacar os interesses de classes, as tensões, os conflitos e contradições presentes nesse processo histórico.

A pesquisa trouxe como exigência responder as seguintes questões: qual a concepção, trajetória e organização presentes na implementação do SUS, nas duas últimas gestões, em Goiânia? Quais as prioridades eleitas em cada mandato? Qual a participação dos movimentos sociais nesse processo e, em particular, no exercício do controle democrático.

Para realização desse estudo, tomou-se como ponto de partida a reflexão do Movimento pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica, no Brasil, iniciada no final de 1970, tendo em vista sua importância para a instauração do SUS no Brasil. Para apreender tal processo, buscou-se como parâmetro a teoria social crítica pautada na tradição marxista, mediante uma abordagem dialética de categorias como totalidade, mediação, Estado e sociedade civil, esfera pública e privada, *controle social*, democracia, participação, cidadania, seguridade social, Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, recorreu-se ao aporte teórico gramsciano, segundo o qual “‘estrutura econômica e a superestrutura formam um todo’ em uma relação dialética e a política de saúde com parte desse todo” (Loureiro apud Martins, 2001, p.21).

No que diz respeito aos instrumentais de coleta de dados e/ou informações foram realizadas:

- a) pesquisa bibliográfica;
- b) pesquisa documental: jornais, relatórios, atas, dados oficiais, em documentos sobre o SUS e relatórios de gestão e das conferências municipais;
- c) pesquisa empírica de campo, quando se utilizou como instrumental de coleta de dados a técnica da entrevista semi-estruturada, por meio de roteiro temático, previamente elaborado para registro dos relatos de onze pessoas que participaram do processo histórico da construção da política de saúde em Goiânia, visando apreender o movimento histórico desses sujeitos sociais, a fim de consolidar a pesquisa de campo em uma perspectiva qualitativa.

A coleta de dados foi realizada de acordo com a participação e envolvimento nos mandatos municipal, a fim de identificar os avanços e retrocessos nas duas administrações, vistas de forma contextualizada em uma dada conjuntura. Esses dados constituem indicadores significativos no decorrer do processo histórico, pois, expressam uma realidade desvendada

pela análise crítica do objeto em pauta – trajetória de consolidação da saúde como política social pública, no município de Goiânia.

A consolidação do SUS em Goiânia, no período indicado para o estudo, foi delineada por múltiplos determinantes sociais, econômicos, históricos, políticos e culturais, em um processo permeado por contradições, conflitos, avanços, recuos e desafios que contribuíram para a elaboração dos princípios e concretização dessa política pública.

A política nacional de saúde tem como marco a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada nos dias 17 a 21 de março de 1986, a qual indicou as conferências estaduais e municipais como instâncias deliberativas, e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi criada dois anos depois, em 26 de abril de 1988 (Anexo 23), por meio da Lei nº 6.591 (Goiânia, 1988). Após cinco anos, foi realizada, em 1991, a I Conferência Municipal de Saúde de Goiânia, que discutiu a temática *Municipalização é o caminho*. Esta conferência foi marcada por conflitos de posições entre os representantes dos trabalhadores, de um lado, e do governo municipal e de medicina privada, de outro.

Ressalta-se, no entanto, que Goiânia foi a penúltima capital brasileira a implantar o processo de municipalização da saúde e que os conflitos ocorreram, também, entre os governos do estado e do município. Esse fato retardou o processo histórico da descentralização, hierarquização e regionalização da política de saúde no município de Goiânia, que veio o acontecer em 1998, dez anos depois da criação da Secretaria de Saúde do município.

Nesse processo, considera-se a saúde como parte da seguridade social, se reconhece sua relevância como direito social, uma vez que foi um dos temas que compôs a agenda contemporânea da maioria dos trabalhadores da área no Brasil. Por outro lado, a saúde, como condição de vida, e direitos humanos previstos desde a Carta Universal, a Conferência da Alma Ata são conquistas dos trabalhadores organizados, resultado histórico de uma ação coletiva, expressa na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990).

O estudo da trajetória da política de saúde, no município de Goiânia, apontou que, embora tardia, ao ser tomada em relação às suas origens, apresentou avanços, expressos na organização/reorganização dos serviços, nas estratégias de democratização e descentralização dos instrumentos de gestão, bem como na dimensão do controle democrático. Contudo, existiram obstáculos a transpor, com o confronto de interesses de classes, manifestos nos conflitos da saúde pública e privada. Ainda, o jogo de poder e interesses dos governantes da esfera estatal e municipal estavam presentes naquele contexto histórico, com repercussões no financiamento e nas condições de trabalho.

O estado, nesse período (1997–2000) era governado pelo PMDB e não pretendia abrir mão das unidades de prestação de serviços consideradas como um de seus instrumentos de clientelismo e coronelismo. Por outro lado, o município, dirigido pelo PSDB, tinha como secretário um médico sanitário que, ao buscar avançar o processo de implantação e implementação de uma política de saúde, segundo as diretrizes da política nacional, encontrava entraves. A transferência dos serviços sem recursos orçamentários constituiu uma excelente arma de desgastes para o administrador do município, pois a imprensa fazia a cobertura das lacunas dos serviços.

No entanto, a história é construída de avanços e recuos e os desafios presentes na realidade. A administração seguinte (2001–2004) foi comandada por um governo popular-democrático – Partido dos Trabalhadores – e a Secretaria de Saúde foi assumida por um médico com doutorado em saúde pública. Esse secretário constituiu sua equipe interdisciplinar composta por trabalhadores com vivência em saúde pública.

A pesquisa mostrou que se, de um lado, foram dadas as condições objetivas e subjetivas para o avanço ainda tímido na implementação da saúde no município de Goiânia. Por outro lado, o estado era governado pelo PSDB e, como a municipalização estava inconclusa, não viabilizava a sua continuidade nesse processo.

No entanto, a gestão democrático-popular procurou realizar uma reestruturação do sistema de atenção à saúde nos aspectos estruturais e conceituais, ora na perspectiva preventiva, ora curativa, com a continuidade das ações; a descentralização com direção coletiva e o fortalecimento dos conselhos municipal e locais de saúde; a democratização com as chefias eleitas – participação de trabalhadores e usuários – e ampliação dos serviços de atendimento aos usuários, bem como a informatização dos serviços.

Essa administração, ao fazer avançar a política de saúde no município, encontrou alguns obstáculos advindos da esfera do governo estadual. Também, o seu processo intenso, criativo foi permeado por confrontos, conflitos e tensões dos segmentos que defendiam a saúde privada e se colocavam contra as formas inovadoras de gerir a política pública de saúde.

Assim, essa política consolidou-se por meio de um processo histórico permeado por múltiplas determinações e contradições de uma realidade capitalista da periferia, e apenas deu seus primeiros passos para contribuir com a organização, articulação e fortalecimento dos trabalhadores e usuários, desse processo. Existem desafios a serem enfrentados, mas existem possibilidades históricas e objetivas.

A trajetória do SUS em Goiânia entrelaça-se ao processo histórico de sua efetivação em âmbito nacional e resguarda particularidades no que se refere à implementação da política

de saúde nas diferentes regiões, como o estado de Goiás e a sua capital. Realiza-se em um processo contraditório de avanços e recuos, entre mudanças e continuidades, entre utopias e resistências.

Dessa forma, o estudo empreendido apresenta algumas considerações que poderão ser aprofundadas em outras incursões.

A construção das análises acerca da política de saúde teve como parâmetro a dimensão da totalidade ao resgatar historicamente seu processo, pois “o estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões” (Behring e Boschetti, 2006, p. 43). Dessa forma, buscou-se situar o direito a saúde como uma demanda histórica, que permeia a luta de classes, as reivindicações da sociedade, e compõe a pauta das políticas públicas implementadas pelo Estado burguês, pois se constitui numa expressão da questão social.

No processo de efetivação da política social no Brasil, e nele, a política de saúde, há uma combinação de autoritarismo, clientelismo/paternalismo e burocratismo. Raichelis (2005, p. 34) destaca ainda, que esses elementos se materializam na simbiose entre o público e o privado, nos processos de privatização, o que determina a ausência da esfera pública estatal. Percebe-se claramente esse elemento no município de Goiânia, na implementação de vários serviços – laboratoriais, de limpeza, hospitalares, dentre outros – na transferência de recursos públicos para as unidades conveniadas, ao ceder trabalhadores para estas unidades, entre outras dimensões.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho, tais como terceirização, precarização, sucateamento também são evidenciadas nos processos de trabalho das equipes profissionais que atuam no SUS, pela desregulamentação das profissões, pelas precárias condições de trabalho (falta de equipamentos, materiais de consumo, locais insalubres de trabalho, carga horária excessiva pela dupla jornada de trabalho em decorrência de baixos salários).

Vários são os desafios apresentados aos trabalhadores que atuam na saúde, no que se refere às condições de trabalho, à organização dos serviços, às relações sociais estabelecidas no processo de trabalho. Nesse sentido, vale destacar ainda a construção da interdisciplinaridade dentre outros desafios evidenciados no cotidiano dos trabalhadores do SUS.

A construção da seguridade social brasileira, e nela, a política de saúde na sua relação com as demais políticas, é perpassada pelo “trinômio articulado pelo ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização” (Behring e Boschetti, 2006, p. 156). Impõe-se o desafio de consolidar estratégias de articulação e efetivação das ações interpolíticas sociais, elementos que interferem diretamente na

implementação do SUS e na consolidação de uma política de saúde na perspectiva dos direitos sociais. De certa forma, os rumores de crise na saúde não são provenientes do SUS. Trata de uma estratégia para sucateá-lo, pois nos locais onde ele foi implantado, está dando certo. O sistema não é um discurso apaixonado, é direito de todos e dever do Estado e significa uma real reforma do Estado brasileiro.

Da análise documental e dos relatos obtidos observou-se que as características de cada gestão se consolidam conforme as condições objetivas – conjunturas políticas, sociais, culturais – e o fortalecimento, ou não da democracia; da observância ou não de algumas dimensões: do controle democrático, da gestão participativa democrática, da autonomia e emancipação, nos princípios e diretrizes do SUS, nos princípios éticos, filosóficos, teóricos e profissionais, nas ações educativas e preventivas, na mobilização, articulação e organização social, no planejamento, monitoramento e avaliação das ações, em estudos e pesquisas, na democratização das relações, nas ações interdisciplinares.

Assim, como reafirma Pedrini (2007, p. 227), “a curta história democrática do nosso país nos sugere, no mínimo, não subestimar as conquistas protagonizadas pelos movimentos sociais brasileiros, sempre presentes com maior ou menos intensidade em cenários, muitas vezes desfavoráveis, pela restrição dos direitos humanos e sociais.”

A realização deste trabalho apresentou outros desafios, além dos já enumerados inicialmente sob aspectos teóricos, políticos. Trata-se da localização e acesso ao acervo documental, relacionado à saúde, alguns só encontrados graças à iniciativas pessoais. Sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde criar e implementar um Núcleo de Estudos e Pesquisas – organizando um acervo documental virtual e impresso – acesso à biblioteca e videoteca, afim de democratizar as informações acerca do processo histórico da consolidação da saúde em Goiânia e/ou Goiás. Observa-se a escassez de pesquisas e sistematização das experiências realizadas no município, bem como a sua socialização delas.

Esse estudo de alguma forma contribuiu com a organização de informações e/ou dados que historicamente foram abandonados no processo de consolidação de uma saúde pública, no município de Goiânia-Goiás, período de 1997 a 2004, no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Possibilitou ainda, o conhecimento das condições contemporâneas do SUS, seus recuos e avanços nas dimensões da gestão e do controle democrático. Permitiu também identificar os avanços, recuos e possibilidades nos dois mandatos e as divergências e convergências entre as experiências. Ressalta-se ainda, que as entrevistas realizadas se caracterizam como instrumentos indispensáveis ao conhecimento da temática estudada, demonstraram uma riqueza e amplitude de informações, embora não

tenham sido aproveitadas na íntegra. Portanto, trata-se de uma pesquisa processual, cujos resultados serão compartilhados com os sujeitos envolvidos em diferentes cenários.

As categorias eleitas foram fundantes na análise da realidade social, calcadas no método dialético e possibilitaram captar o movimento do real e reproduzi-lo intelectivamente. O desafio é realizar sem conformismos, mas ao contrário, com indignação e rebeldia – se não for com o pessimismo da razão, sugerido por Gramsci (1978) – com o máximo de criticidade, a análise da realidade. Dessa forma, essa perspectiva possibilita retomar o conjunto de concepções que reafirmam, no dizer de Behring e Boschetti (2006, p. 198), a materialização do projeto ético-político profissional do serviço social, que

a visão histórico processual da realidade (...) ao reconhecer os limites da estrutura econômica capitalista, significa acreditar que todas as coisas e idéias se movem, se transformam e se desenvolvem. (...). Entretanto só se tornam processos pela ação de homens e mulheres – sujeitos coletivos – capazes de transformar a história e [construir] cotidianamente as condições objetivas e subjetivas.

Assim, as configurações presentes na consolidação da política de saúde e a compreensão do SUS, evidenciam nos depoimentos a seguir:

Como eu vejo o processo de consolidação do SUS em Goiânia, eu sinto que SUS ainda é uma utopia meio longe de ser realizado (Entrevista 5, usuário).

E isso não foi embora, isso não perdeu no vento, estão lá os conselheiros, estão lá, as pessoas capacitadas, qualificadas pra inclusive aprovar ou não um relatório de gestão, (...). O que se enraíza a gente percebe que não perde. (...) a gente vê núcleos de resistências, às vezes, dá a sensação de que ninguém reage, mas se você vai pros serviços, se você vai para, os programas, em que os técnicos ficaram. Os técnicos estão lá, existe um movimento de resistência, de garantia, de salvar o que ainda dá pra salvar. Isso é muito claro, e muito bonito. (...) eu acho que existe uma história, ela vai e vem (Entrevista 7, trabalhador).

A saúde, como parte da seguridade social, assume relevância na efetivação dos direitos sociais, uma vez que é um dos temas que compõem a agenda contemporânea do profissional de Serviço Social no Brasil, sobretudo, no contexto atual. Por outro lado, a saúde como condição de vida é uma conquista dos trabalhadores expressa na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Brasil, 1990). Entende-se política social como um conjunto de medidas ou programas, bens e serviços que visam o atendimento às necessidades humanas. Portanto, torna-se imperativo prosseguir essa caminhada com a perspectiva de que o processo histórico como diz Marx é construído,

"na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade destas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral da vida social, político e espiritual" (Marx, 1978, p. 129-130).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, Perry. *Balanço do neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.
- ANDRADE, Carlos Drummond. *Acabou*. Antologia poética. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2002.
- \_\_\_\_\_. *No meio do caminho*. Antologia poética. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2002.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 4. ed. Campinas: Cortez/Universidade Estadual de Campinas, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 7. ed. São Paulo: Boitempo, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Crise capitalista contemporânea e as transformações do mundo do trabalho*. In: CFESS/ABEPSS/UnB-CEAD, Política social de capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: UnB – Centro de Educação Aberta Continuada à Distância, 2000.
- ARENDT, Hannah. *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ivanete Boschetti. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social 2).
- \_\_\_\_\_. *Principais abordagens teóricas da política social e cidadania*. In: CFESS/ABEPSS/UnB-CEAD, Política social de capacitação em Serviço Social e Política Social Módulo 3. Brasília: UnB – Centro de Educação Aberta Continuada à Distância, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia*. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: ano 24, n. 73, p. 101-119, mar. 2003.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Condição (não) salarial, seguridade social e exclusão*. Ser Social. Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Brasília: n. 3, p. 83-118, jul. 1998.
- \_\_\_\_\_. *Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. 2. ed. Brasília: Gesst/SER/UnB, 2003.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Questões correntes no debate sobre metodologias de avaliação de políticas públicas*. Brasília: UnB, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. *Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira*. Psicologia e Sociedade. Porto Alegre: v.15, n. 1, p.57-96, Jan./Jun. 2003.

BRASIL. Presidência da República. Ato Institucional n. 5, 13 de dezembro de 1968. Brasília, 1968.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 86.329/1981*, de 2 de dezembro de 1981. *Dispõe sobre a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp)*. Brasília, 1981.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1987.

\_\_\_\_\_. Assembléia Nacional Constituinte. *Constituição Federal*. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde (LOS). Estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da sociedade no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. Resolução Inamps nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS nº 01/1991, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. *Diário Oficial da União*. Brasília, 10 jan. 1991.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/1993. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1993a.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. *Lei Orgânica da Assistência Social*, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no *Diário Oficial da União*. Brasília, 8 dez. 1993b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei Orgânica da Seguridade Social*, nº 8.212, de 24 de jul. de 1991, atualizada e publicada no *Diário Oficial da União*. Brasília, 11 abr. 1996a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Lei Orgânica da Previdência Social*, nº 8.213, de 24 de julho de 1991, atualizada e publicada no *Diário Oficial da União*. Brasília, 11 abr. 1996b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/1996. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1996c.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Resolução 196*, de 10 de outubro de 1996. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2002.

BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara A. P. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez/UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. [et al.], *Saúde e Serviço Social*. COHN, Amélia/ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil Políticas e Organizações de Serviços 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UERJ, 2006.

\_\_\_\_\_. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. Inscrita. Cfess. Brasília, n. 9, p. 10, nov. 2004.

\_\_\_\_\_. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez/Ed. UFRJ, 1996.

CAMPOS. Francisco Itami. *Coronelismo em Goiás*. 1 reimp. Goiânia: Editora da Universidade Federal de Goiás (UFG), 1987.

CHIZOTTI, Antônio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Notas sobre cidadania e modernidade. Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1. p. 145-165 1º sem.1998.

\_\_\_\_\_. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. *O estruturalismo e a miséria da razão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

\_\_\_\_\_. *Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia*. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: 2006.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. Trad. Gilson César Cardoso de Souza. 20. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. *A política social do Estado capitalista. As funções da previdência e assistência social*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

\_\_\_\_\_. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1997.

FIORI, J.L. *Os moedeiros falsos*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GOIÁS. *Decreto nº 2.737, de 20 de dezembro de 1932. Dispõe sobre a criação da cidade de Goiânia-Goiás*. Goiânia, 1931.

GOIÂNIA. *Lei nº 4.272, de 30 de dezembro de 1969. Dispõe sobre a nova estrutura do sistema administrativo da Prefeitura Municipal de Goiânia e dá outras providências*. Goiânia, 1969.

GOIÂNIA. *Decreto nº 134*, de 4 de março de 1974. *Aprova o estatuto da Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec)*. Goiânia, 1972.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 149*, de 30 de dezembro de 1972. *Autoriza a instalação da Fumdec*. Goiânia, 1972.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 4.655*, de 30 de dezembro de 1972. *Autoriza a instalação da Fumdec*. Goiânia, 1972.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 40*, de 30 de janeiro de 1976. *Aprova o Estatuto da Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec)*. Goiânia, 1976.

\_\_\_\_\_. Boletim Informativo. Assessoria de Relações Públicas/Fumdec. Goiânia, 1985.

\_\_\_\_\_. Jornal da Fumdec, set./out. Goiânia, 1985.

\_\_\_\_\_. Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec). Relatório elaborado pelo Departamento de Comunicação Social, maio de 1986. Goiânia, 1986.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 6.362*, de 7 de janeiro de 1986. *Autoriza a criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)*. Goiânia, 1986

\_\_\_\_\_. *Lei nº 6.591*, de 26 de abril, 1988. *Criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)*. Goiânia, 1988.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Goiânia. *Decreto 784*, 31 de agosto 1988. *Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Municipal da Saúde (SMS)*. Goiânia, 1988.

\_\_\_\_\_. Câmara Municipal de Goiânia. *Lei nº 7.047*, de 30 de dezembro de 1991. *Dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS)*. Goiânia, 1991.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Goiânia. *Decreto 1.426*, de 14 de novembro de 1991. *Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde (CMS)*. Goiânia, 1991.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Decreto nº 854*, de 20 de julho de 1992. *Regulamenta o Fundo Municipal de Saúde de Goiânia (FMS) e dá outras providências*. Goiânia, 1992.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Decreto nº 1.585*, de 28 de dezembro de 1992. *Aprova Regimento interno acompanhado, da classificação de confiança das chefias das sub-unidades, integrantes da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)*. Goiânia, 1992.

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 1993-1996. Goiânia, 1996.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 2.486*, de 11 de novembro de 1993. *Dispõe sobre as alterações no Decreto nº 1.426 de 14 de novembro de 1991, que criou o Conselho Municipal de Goiânia*. Goiânia, 1993.

\_\_\_\_\_. *Lei complementar nº 018*, de 18 de outubro de 1993. *Cria os Conselhos Locais de Saúde e dá outras providências*. Goiânia, 1993.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Goiânia. *Decreto nº 2.954*, de 24 de novembro de 1995.

*Regimento interno que incorpora as atribuições das unidades – assessorias, coordenações, núcleos e setores.* Goiânia, 1995.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.747, de 13 de novembro de 1997. *Reorganiza a estrutura administrativa da Prefeitura de Goiânia e dá outras providências.* Goiânia, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Goiânia (SMS). *Plano Diretor/1997.* Goiânia, 1997.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 18.083, de 22 de dezembro 1998. *Termo de Municipalização.* Diário Oficial do Estado de Goiás. Goiânia, 1998.

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 1997-2001. Goiânia, 2001.

\_\_\_\_\_. Lei nº 2.486, de 11 de novembro de 2002. *Cria o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e dá outras providências.* Goiânia, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Diretor/2001.* Goiânia, 2001.

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2001-2004. Goiânia, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.293, de 7 de dezembro de 2004. *Dispõe sobre as condições de acesso e garantia às necessidades, a organização e o funcionamento da Assistência Social no município de Goiânia e dá outras providências.* Goiânia, 2004.

GRAMSCI A. *Cadernos do Cárcere*, volume 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

\_\_\_\_\_. *Os intelectuais e a organização da Cultura*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

\_\_\_\_\_. *Concepção Dialética da História*. 4. ed. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

\_\_\_\_\_. "Socialistie comunisti" (12 mar.1921). In: *Socialismo e facismo. L'Ordine Nuovo: 1921-1922.* Turim: Einaudi, 1966, pp. 104-105.

IAMAMOTO, Marilda. *A questão social no capitalismo. Temporalis.* Rio de Janeiro, ano 2, n. 3. p. 9-32., jan./jun. 2001.

\_\_\_\_\_. CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – esboço de uma interpretação histórico-metodológica.* 12. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.* 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social – ensaios críticos.* 2. ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1994.

IANNI, Otávio. *Classe e nação.* Petrópolis: Vozes, 1986.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto.* 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1989.

LAURELL, Asa Cristina. *Avançando em direção ao passado. A política social do neoliberalismo*. In: LAURELL, Asa C. (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995, p. 151-178.

\_\_\_\_\_. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LÖWY, Michael. *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen. Marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento*. 12. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MANDEL, Ernest. *O Capitalismo tardio*. Apresentação Paul Singer. tradução de Carlos Eduardo Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo. 2 edição. São Paulo: Nova Cultural, 1985 (Os Economistas).

MARTINS, Omari Ludovico. *A organização dos servidores da Universidade Federal de Goiás*. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

MARX, Karl. *O 18 Blumário de Luis Bonaparte*. 19. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Os Pensadores)

\_\_\_\_\_. *A desordem do trabalho*. São Paulo: Scritta, 1996.

\_\_\_\_\_. *O Brasil desempregado – Como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.

\_\_\_\_\_. *Para a Crítica da Economia Política*. Trad. Edgar Malagodi. *Coleção Os Pensadores*. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MATTOSO, Jorge. *Tecnologia e emprego: uma relação conflituosa*. São Paulo: Perspectiva, 2000, v.14, n. 3.

MÉSZÁROS, István. *Para além do capital*. Tradução de Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

MISHRA, Ramesh. *Marx and welfare. Sociological Review*. Tradução revista por Potyara Pereira. Brasília, v. 23, n. 2, p. 1-45, maio, 1975.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da crise e seguridade social. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. *O Serviço Social na contemporaneidade: a questão social e as perspectivas ético-políticas*. In: ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 29, *Anais*. Maceió. 2000.

NETTO, José Paulo. *FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras*. In: *O desmonte da nação – balanço do governo FHC*. Petrópolis, Vozes, 1999, p. 79.

NETTO, José Paulo. *Transformações societárias e Serviço Social – Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr.1996.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e serviço social. *Serviço Social e Sociedade*, S. Paulo/SP, v. 50, n. abril/96, p. 87-132, 1996.

\_\_\_\_\_. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. *Sobre uma dialética do desespero*. Encontros com a civilização brasileira, Rio de Janeiro/RJ, v. 29, p. 226-237, 1982.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *As possibilidades da política: idéias para reforma democrática do Estado*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

OLIVEIRA, Francisco de. *Neoliberalismo à brasileira* In: SADER, E.; GENTILI, P. (orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 24-34.

\_\_\_\_\_. *Neoliberalismo à brasileira* In: SADER, E.; GENTILI, P. (orgs). *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1995, p. 68-78.

PAOLI, Maria Célia Pinheiro Machado. *A Era da Indeterminação*. v. 1.1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

PEDRINI, Dalila Maria. Org. *Controle social e fortalecimento da democracia participativa*. São Paulo: Paulus, 2007.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. *Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo*. In: BOSCHETTI, I. PEREIRA, P; CÉSAR, M. A; CARVALHO, D (orgs.) *Política social: alternativas ao neoliberalismo*. Brasília: UnB/Programa de Pós-graduação em Política Social, 2004, p. 135-159.

\_\_\_\_\_. *Características gerais da análise comparada da política social*. *Ser Social*. Programa de Pós Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB, Brasília, n. 14. p. 251-259. jan./jun. 2004.

\_\_\_\_\_. *Estado, regulação social e controle democrático*. In: PEREIRA, P.A.P. & BRAVO, M.I. (orgs) *Política social e democracia*. Rio de Janeiro, Cortez/UERJ, 2001, p. 25-42.

\_\_\_\_\_. *Por uma nova concepção de seguridade social*. *SER Social*, Brasília, v. 07, p. 81-96, 2000.

\_\_\_\_\_. *Por uma nova concepção de seguridade social*. *Ser Social*. Programa de Pós Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB. Brasília, n. 07, p. 81-96, jul./dez. 2000.

\_\_\_\_\_. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. *A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais*. In: CFESS/ABEPSS/UNB-CEAD. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília:

Módulo 1. Brasília, UnB – Centro de Educação Aberta Continuada à Distância, 1999, p. 45-58.

\_\_\_\_\_. *A assistência social na perspectiva dos direitos - crítica aos padrões – no Brasil*. Brasília: Thesaurus, 1996. p. 142.

\_\_\_\_\_. *Reordenamento institucional e descentralização político-administrativa na Constituição Federal de 1988: oportunidades e riscos*. In: *A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*. Brasília: Thesaurus, 1996.

\_\_\_\_\_. *Concepções e propostas de políticas sociais em curso: Tendências, perspectivas e conseqüências*. Neppos/Ceam/UnB. Brasília: Neppos, 1994. p. 1-19.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder, o socialismo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

RAICHELIS, Raquel. *Organização e gestão das políticas sociais no Brasil*. In: (orgs) UnB/CEAD/CFESS/ABEPSS. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 3. Brasília, 2000.

RUA, Maria das Graças. *Análise de política públicas: conceitos básicos* In(orgs) *O estudo da política: tópicos selecionados*. Brasília: Paralelo 15, 1998.

ROSA, J. G. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro, J. Olympio, 1979.

SCHERER-WAREN, Ilse. *Organizações não-governamentais na América Latina: seu papel na construção da sociedade civil*. In: OLIVEIRA, Francisco et al. (orgs.), *Sociedade civil: organizações e movimentos*. São Paulo: Sead, 1994, p. 6 -14.

SIMIONATO, Ivete. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. 3. ed. Florianópolis/São Paulo: UFSC/Cortez, 2004.

SOARES, Laura Tavares. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. J. L. FIORI (orgs.). *(Des)Ajuste global e modernização conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 127-193.

STEIN, Rosa. *Implementação de políticas sociais e descentralização político-administrativa*. In: UnB/CEAD/CFESS/ABEPSS. *Organização e gestão das políticas sociais no Brasil – Capacitação em Serviço Social e política social*. Módulo 3. Brasília: UnB – Centro de Educação Aberta Continuada à Distância, 2000, p. 71-85.

\_\_\_\_\_. *A (nova) questão social e as estratégias para seu enfrentamento*. In *Ser Social*. Programa de Pós Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB, Brasília, n. 6, p. 133-168. jan./jun. 2000.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### ROTEIROS PESQUISAS DOCUMENTAL E EMPÍRICA (DE 1997 A 2004)

#### GESTÃO – PESQUISAS DOCUMENTAL E EMPÍRICA

##### Categorias

- 1 Organização da rede – organograma, quantas unidades, o que avançou – na descentralização, articulação com o Ministério da Saúde (MS), terceirização, concentração.
- 2 Concepção de saúde – Expansão e a qualidade dos serviços – programas, o que há de novo? Redimensionamento dos serviços?
- 3 Gestão do Trabalho – concursos, terceirização, ampliação da equipe de trabalho, ação interdisciplinar.

Obs. Em todas as categorias tratar dos desafios

- 1 Como você vê o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiânia – gestão, financiamento, controle democrático?
- 2 O que você entende por controle democrático?
- 3 Como se deu sua inserção nessa militância?
- 4 Em que critérios o Conselho Municipal de Saúde (CMS) se apóia para a escolha da sua direção?
- 5 Como se pode caracterizar a atuação do CMS em relação ao órgão gestor e à sociedade? Como se dá sua articulação e/ou interação com fóruns, conselhos – locais, estadual e nacional?
- 6 O conselho vem exercendo seu papel com autonomia política, administrativa e financeira? Em que momentos?
- 7 Como se dá a socialização de informações – divulgação e comunicação para a sociedade?
- 8 Como se dá a participação e controle do orçamento público, plano de gestão, e outros?
- 9 Como cada segmento se organiza e atua no CMS? Qual é o posicionamento do conselheiro, da conselheira na defesa de interesses da sua entidade/movimento? E da sociedade?
- 10 Existe uma proposta de capacitação continuada dos conselhos instrumentalizando-os para o efetivo exercício do controle?

- 11 Que avanços podem ser destacados no processo histórico do CMS?
- 12 Quais os desafios que o CMS enfrentou ou ainda enfrenta hoje?
- 13 Em relação as conferências, quem faz a convocação? Cumpre-se com a periodicidade e condições de realização? E o cumprimento das deliberações das conferências?

## CONTROLE DEMOCRÁTICO

### **Conselhos/mandatos da década de 1997 a 2004<sup>47</sup>:**

Selecionar e analisar os documentos relativos ao Conselho Municipal:

- a) mapear os mandatos existentes nesse período.
- b) verificar o nome da gestão e duração/período dos mandatos do conselho.
- c) levantar a representação/composição do conselho. Quais foram seus presidentes?
- d) registrar os nomes membros/instituição da mesa diretora do conselho.
- e) mapear as pautas e periodicidade das reuniões do conselho.

### **Conferências realizadas nas décadas de 1997 a 2004<sup>48</sup>**

Análise das

- a) deliberações que tiveram impacto na gestão, em que contribuíram.
- b) resoluções (não foi possível ter acesso).
- c) dificuldades de exercício do controle democrático no município.
- d) relatórios e análise das falas dos sujeitos – o que avançou, o que continua, explicitar as dificuldades.

Selecionar e analisar os documentos relativos às conferências:

- a) levantar quantas conferências foram realizadas de 1997 a 2004.
- b) verificar as datas e periodicidade das conferências.
- c) registrar os temários e subtemas das Conferências realizadas
- d) registrar o objetivo das conferências.
- e) levantar a participação das representações/Instituições
- f) registrar o número de participantes
- g) solicitar os relatórios, deliberações e folders/programação das conferências realizadas nesse período.

---

<sup>47</sup> Selecionar e analisar as atas das deliberações das conferências e das gestões do conselho.

<sup>48</sup> Cópias de relatórios, folders, organizar todo o material.

### Eixos norteadores da pesquisa

MANDATO 1997 a 2000 Nion Albernaz (PSDB)	CONTROLE DEMOCRÁTICO Presidências Mesa Diretora Composição	GESTÃO
Entrevistas	Presidências do Conselho	Sec. Mun. de Saúde Trabalhador Gestor do Planejamento
Documentos	Resolução Deliberações Conferências (Relatório)	Relatório de Gestão
Indicadores	Condições de funcionamento Autonomia Respeitabilidade Organização política e administrativa Articulação	Nº de Distritos Número de postos de saúde Concursos/quadro ESF <sup>49</sup> Número de Programas preventivos Fluxograma
MANDATO 2001 a 2004 Pedro Wilson Guimarães (PT)	CONTROLE DEMOCRÁTICO Presidências Mesa Diretora Composição	GESTÃO
Entrevistas	Presidências do Conselho	Sec. Mun. de Saúde Trabalhador Gestor do planejamento
Documentos	Resolução Deliberações de conferências (relatório)	Relatório de gestão
Indicadores	Condições de funcionamento Autonomia Respeitabilidade Organização política e administrativa Articulação	Número de distritos Número de postos de saúde Concurso/quadro ESF Número de programas preventivos Fluxograma

<sup>49</sup> Equipe Saúde da Família



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Programa de Pós-Graduação em Política Social

**Ficha de Identificação**

Nome completo: -----  
Estado civil: -----  
Data de nascimento: -----/-----/----- . Idade: -----  
Escolaridade:- -----Profissão: -----  
Endereço residencial:- -----  
-----  
-----  
Telefones: -----  
Endereço eletrônico: -----  
Endereço trabalho: -----  
-----  
Telefones: -----

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>50</sup>*

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título da pesquisa:** *Condições contemporâneas do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Goiânia-Goiás, período de 1997 a 2004*

**Pesquisadora responsável:** Mestranda/Neimy Batista da Silva

Matricula nº 06-50099/UnB. Fone: 3202-2523/9614-4136 e.mail: [neimibatista@cultura.com.br](mailto:neimibatista@cultura.com.br)

**Orientadora:** Profa. Dra Ivanete Salete Boschetti/UnB.

E-mail: [ivanete@unb.br](mailto:ivanete@unb.br); [ser@unb.br](mailto:ser@unb.br) Fone: (61) 3273-7536 ou 3307-2290/2772

O(A) sr(a) está sendo convidada a participar como voluntária desta pesquisa que tem como finalidade, contribuir com o resgate e sistematização da história da política de saúde em Goiânia e o processo de

---

<sup>50</sup> Modelo construído com referência na Resolução nº 196/1996, 10 de outubro de 1996, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

consolidação do SUS, nas dimensões da gestão, controle democrático e financiamento, parte integrante da dissertação de mestrado em Política Social/UnB, para uma maior compreensão desse processo serão prestados os seguintes esclarecimentos:

**Dos objetivos** – Esta pesquisa será realizada por Neimy Batista da Silva, aluna regular no curso de mestrado em Política Social da Universidade de Brasília (UnB), tem como objetivos:

- a) sistematizar a reconstituição histórica do processo de organização da saúde como campo de política pública, na cidade de Goiânia, no período de 1997 a 2004, identificando, sobretudo, a concepção de direitos sociais, de gestão e de controle democrático que permeia essa experiência, tendo como parâmetro a Constituição Federal de 1988.
- b) identificar as relações sociais que se estabelecem os diversos sujeitos históricos, na construção de uma saúde pública com universalidade e equidade, fornecendo subsídios para análise teórica que possam contribuir no aprofundamento desta temática.

**Participantes da pesquisa** – gestores, trabalhadores e usuários do SUS em Goiânia-Goiás, envolvidos nos mandatos estudados, de 1997 a 2004.

**Envolvimento na pesquisa** – a participação na pesquisa é livre, sendo possível que os envolvidos possam desistir da participação, sem nenhum prejuízo. Sempre que julgar necessário, deve solicitar mais informações sobre a pesquisa por meio dos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Conselho Municipal de Saúde de Goiânia (CMS).

**Sobre as entrevistas** – estão sendo realizadas com agendamento prévio, conforme disponibilidade da entrevistada ao participar deste estudo o(a) sr(a) permitirá que a pesquisadora Neimy Batista da Silva, utilize as informações com ética e respeito.

**Riscos e desconforto** – a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética em pesquisa, conforme Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

**Confidencialidade** – todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e orientadora terão acesso aos dados, e ainda que todo material transcrito será submetido a apreciação da entrevistada. A identificação da participante será mantida em sigilo, e, caso queira, seu nome será substituído por pseudônimo para preservar sua identificação. A entrevista será gravada e algumas referências serão usadas na dissertação do mestrado em Política Social e em possíveis publicações posteriores.

**Benefícios** – a participar desta pesquisa a sr(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que este estudo possa subsidiar as discussões do Conselho Municipal de Saúde - sobre a política de saúde, mediante o conhecimento que será construído com os dados desta pesquisa. Ainda, espera-se contribuir para o processo de consolidação de uma saúde pública com universalidade, equidade e justiça social. Na condição de pesquisadora, comprometo-me a divulgar os resultados obtidos.

**Pagamento** – O (a) sr(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após esses esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens:

Consentimento livre e esclarecido: considerando os itens acima apresentados, eu, -----  
-----, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
-----  
Nome e assinatura da participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Neimy Batista da Silva  
Assinatura da pesquisadora/mestranda

\_\_\_\_\_  
Profa Dra Ivanete Salete Boschetti  
Assinatura da orientadora

Goiânia, 27 de fevereiro de 2008.

## ANEXO 2

### Rede de Serviços no município de Goiânia, em 1997.

Federal	1 Hospital Universitário (HC)
Estadual	<p>1 Hospital de Doenças Tropicais (HDT)  1 Hospital de Urgência (HUGO)  3 Hospitais Maternidade:  Hospital Materno Infantil  Maternidade Dona Íris  Maternidade N. Sra. de Lourdes  1 Hospital de Dermatologia Sanitária (Colônia Santa Marta)  1 Hospital de Terapia Alternativa  1 Hospital Geral (fechado)  1 Núcleo de Saúde Mental (Wassily Chuc)</p> <p>1 Hemocentro  7 CAIS .  3 CIAMS  6 Centros de Saúde</p> <p>2 Postos de Saúde</p>
Municipal	<p>30 Centros de Saúde  7 Módulos Odontológicos  2 CAIS  1 CIAMS  1 Unidade Móvel Odontológica  1 Centro de Saúde Mental  1 Centro de Endodontia  1 Unidade Referência de Apoio ao Diagnóstico (Laboratório e DST/AIDS)  4 Ambulatórios</p> <p>1 Centro de Controle de Zoonoses</p>
Organizações filantrópicas	<p>1 Hospital de Referência em Oncologia (Araújo Jorge)  1 Hospital de grande porte (Santa Casa de Misericórdia)  1 Sanatório Espírita Eurípides Barsanulfo  1 Sanatório Espírita Batuira  1 Clínica Espírita de Repouso</p> <p>1 Associação de Saúde Mental Infantil de Goiânia (ASMIGO)</p>
Setor privado	<p>55 Hospitais/Institutos  05 Maternidades  05 Unidades de Pronto Atendimento  49 Clínicas Médicas e Associações Sindicais  81 Laboratórios de Patologia Clínica</p> <p>36 Unidades de Imaginologia (RX, US, RNM, outros)</p> <p>7 Unidades Sindicais que prestam atendimento odontológico</p>



## ANEXO 3

### Origem e escolaridade de trabalhadores/SMS 1997 a 2000

		1997		
ESCOLARIDADE	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	OUTROS <sup>51</sup>
Superior	659	-	-	4
Médio	527	-	-	42
Elementar	871	-	-	109
Total por Origem	2.057	-	-	155
		1998		
ESCOLARIDADE	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	OUTROS
Superior	647	578	67	42
Médio	509	743	174	209
Elementar	508	332	-	398
Total por Origem	1.664	1.653	241	649
		1999		
ESCOLARIDADE	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	OUTROS
Superior	865	565	69	68
Médio	611	720	178	108
Elementar	552	337	-	177
Total por Origem	2.028	1.622	247	353
		2000		
ESCOLARIDADE	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	OUTROS
Superior	905	548	71	385
Médio	676	703	273	520
Elementar	770	314	-	870
Total por Origem	2.351	1.565	344	1.775
ANO	1997	1998	1999	2000*
Total nível superior	663	1.334	1.567	1.909
Total nível médio	569	1.635	1.617	2.172
Total nível elementar	980	1.238	1.066	1.954
Total Geral	2.212	4.207	4.250	6.035

Fonte: GOIÂNIA. Relatório geral 1997 a 2000, SMS, Goiânia-GO.

<sup>51</sup> Funape 1615; TCM 86; Contratos Especiais 02; Prestadores de Serviços 05; Credenciados 66; ITA 01= 1.775

## ANEXO 4

### Quadro – Cargo e Lotação dos Trabalhadores/SMS – Gestão 1997 a 2000

GESTÃO 1997 a 2000	
CARGOS /LOTAÇÃO	SUJEITOS
Prefeito Municipal	Nion Albernaz
Secretário Municipal de Saúde	Elias Rassi Neto
Chefe de Gabinete	Viviane Moraes Batista de Paula
Secretária Executiva	Conceição de Maria
Secretária do Gabinete	Irene José de Souza
Divisão de Expediente	Eli Regina Juliano Antoniazzi
Assessoria de Planejamento	Maria Carolina Ferreira
Divisão de Convênios e Contratos	Jeferson Leite da Silva
Departamento do Contencioso	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby
Divisão de Apoio Administrativo	Jader Addad Abed
Departamento de Rede Básica	Marilucia Batista Antônio
Divisão de Insumos Básicos e Medicamentos	Anizieta Oliveira Bezerra
Divisão de Apoio e Diagnóstico	Nemes Maria Anastácio
Divisão de Saúde Mental	Lilia Arrais Barbosa
Divisão de Programas Especiais	Maria Zélia Pinheiro Fernandes
Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza
Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas	Vânia Maria Balestra Cassiano
Divisão de Normas Técnicas, Acompanhamento e Avaliação	Juliana Guimarães Borges
Departamento de Saúde Bucal	Lilaine Nogueira Alves
Divisão de Atenção Odontológica Integral	Josias Evangelista da Rocha Neto
Departamento de Vigilância Sanitária	Liberato Nunes Taguatinga Filho
Assessor Técnico em Fiscalização	Cimenne Marques Gomes de Brito
Divisão de Expedição de Alvará	Wayne Romão Borges Naves
Maria Aparecida Alves Dantas ia	Divisão de Educação Sanitária
Divisão de Produtos Químicos e Farmacêuticos	Paulo César Mendonça Freitas
Divisão de Alimentos	Paulo César Aliam
Divisão de Saneamento Ambiental	Nildemar Vieira de Souza
Divisão de Estabelecimento de Saúde	Aldo Nunes Hidalgo
Divisão de Fontes Ionizantes	Patrícia da Mata Pedrosa
Divisão de Apoio Administrativo	Cristiane Morgado Barreto

Departamento de Epidemiologia	Cristina Aparecida Borges Pereira Laval
Divisão de Imunização	Maria das Graças Ribeiro
Divisão de Informação em Saúde	Maria Ana Rezende
Setor de Digitação e Conferência	Dorení Rodrigues dos Santos
Divisão de Doenças transmissíveis	Adriana Maria de Oliveira
Setor de Estatística	Maria Abadia da Silva
Departamento de Zoonoses	Armando Oliveira Almeida Diretor
Divisão de Controle de Raiva Animal	Ivanir José Cândido
Divisão de Controle de Roedores e Vetares	Edson José de Almeida Gomes
Divisão Técnico Administrativo	Eraldo Alves de Santana
Departamento de Controle e Avaliação	José Alberto Alvarenga
Divisão de Controle Ambulatorial	Jorge Francisco Goetz
Setor de Faturamento de Contas SAI/SUS	Nanci Rocha de Oliveira
Divisão de Controle Hospitalar	Doris Day de Fátima Lopes Coimbra
Setor de AIH's e Arquivo	Maria de Fátima Sousa Lobo
Setor de Distribuição de Vagas	Beatriz Maria do Nascimento
Divisão de Serviços Especiais	Márcia de Macedo Campos Silva
Setor de Tratamento Fora do Domicílio	Maria das Graças de Siqueira Melo
Setor de Controle de procedimento de Alto Custo	Marcos Aurélio Seixas de Brito
Divisão de Auditoria e Vistoria	Marcelo Neto do Carmo
Departamento Administrativo	Paulete Sandra da Rocha Nogueira
Divisão de Patrimônio	Suely Barbosa dos Reis
Divisão de Serviços Auxiliares	Selma Monteiro Guedes
Divisão de Material e Almoxarifado	João Jubé
Divisão de Manutenção	João Pereira dos Santos
Divisão de Recursos Humanos	Valéria de Cássia Rodrigues Lobo
Setor de Pessoal	Maria Divina Borges de Brito
Fundo Municipal de Saúde	Getúlio Pereira da Silva
Divisão de Compras	Regina Celda Alves Granja
Divisão de Tesouraria	Nelson Afonso da Silva
Divisão de Controle e Prestação de Contas	Haula Karan Tansi
Assessores de Municipalização	Eduardo Abrão da Silva Renato Pedrosa Jeferson Leite da Silva Regina Celda Alves Granja

Fonte: GOIÂNIA. Relatório de gestão 1997-2000.

## ANEXO 5

### Cargo e Lotação dos Trabalhadores/SMS – Gestão 2001 a 2004

GESTÃO 2001 A 2004	
CARGOS/LOTAÇÃO	SUJEITOS
Prefeito Municipal de Goiânia	Pedro Wilson Guimarães
Secretário Municipal de Saúde	Otaliba Libânio de Moraes Neto
Chefia de Gabinete	Maria Aparecida Alves da Silva
Divisão de Expediente	Joana D'Arc de Paula Dias
Assessoria de Gabinete	Carla Ghader Paulinelli Rezende Denise Barros Nascimento Mara Lúcia Evangelista da Rocha
Assessoria de Planejamento	Sérgio Norio Nakamura
Divisão de Contratos e Convênios	Regina Celda Alves Granja
Assessoria de Comunicação Social	Luísa Dias
Divisão de Relações Públicas	Vera Lúcia dos Santos
Assessoria a Movimentos Sociais para o Controle Social	Ronaldo José Ferreira
Assessoria Jurídica	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby
Assessoria Técnica de Vigilância em Saúde	Luiz Cláudio de Alencar
Departamento do Contencioso	Mauro José de Souza
Divisão de Apoio Administrativo	Lorena Rodrigues Lourenço
Departamento de Gestão da Atenção à Saúde	Mônica Ribeiro Costa
Assessoria de Saúde Mental	Carlene Borges Soares
Assessoria de Saúde Bucal	Hugo Montalvão Dias de Melo
Divisão de Apoio e Diagnóstico	Suely Cardoso Gomide

Divisão de Medicamentos	Luiz Henrique de Lima
Divisão de Gestão Hospitalar e de Urgência	Lucinda Milani
Divisão de Gestão Ambulatorial	Ivana Alvarenga da Silva Faria
Departamento de Vigilância em Saúde	Marta Maria Alves da Silva
Divisão de Imunização	Luzimar Pereira da Silva Petres
Divisão de Doenças Transmissíveis	Flúvia Pereira Amorim da Silva
Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis	Kátia Regina Borges
Divisão de Saúde da Mulher	Elza Gomes Finotti Nogueira
Divisão de Saúde da Criança e Adolescente	Maria Cláudia Honorato da Silva
Div. Vigilância e Ações Programáticas em Saúde Bucal	Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis
Divisão de Informações em Saúde	Maria Ana Rezende
Divisão de Saúde do Trabalhador	Helena Ribeiro da Penha Dias
Serviço de Verificação de Óbitos	Renato Vicente da Silva
Departamento de Zoonoses	Consuelo Vidica França
Divisão de Controle de Populações Animais	Sérgio Maurílio Tavares
Divisão Administrativa e Operacional	Karla Freire Baeta
Departamento de Vigilância Sanitária	Paulo César Eliam
Divisão de Expedição de Alvarás	Wayner Borges Romão Naves
Divisão de Alimentos	Jadson Tavares de Oliveira
Divisão de Educação Sanitária	Elsa Maria de Macedo Paranaguá Lago
Divisão de Produtos Químicos e Farmacêuticos	Mirtes Barros Bezerra
Divisão de Saneamento Ambiental	Nildemar Vieira de Souza
Divisão de Estabelecimentos de Saúde	Fátima Maria Machado Barbosa
Setor de Fontes Ionizantes	Dagoberto Luís Suzana Costa
Divisão de Apoio Administrativo	Cleonice Gomes da Silva
Departamento de Regulação, Controle e Avaliação	Juliana Guimarães Borges

Divisão de Regulação	Alice Batista Coelho Chaveiro
Central de Regulação	Beatriz Maria do Nascimento
Central Mun. Regulação da Alta Complexidade	Dorivan M. da Silva Torres
Setor de Autorização	Marcos Aurélio Seixo de Brito
Divisão de Auditoria	Maurício Ananias Santana
Divisão de Controle e Avaliação	Maria Heloiza Mesquita Carrijo
Setor de Faturamento	Maria Aparecida Rodrigues Andrade
Setor de Cadastro e Orçamento	José Souto Tiago
Departamento Administrativo	Terezinha de Jesus Aguiar
Divisão de Patrimônio	Suely Barbosa dos Reis
Divisão de Serviços Auxiliares	Eva de Jesus Nunes dos Santos
Divisão de Material e Almoxarifado	Rita Olímpia dos Santos
Divisão de Transporte	Chrystiano dos Santos e Silva
Divisão de Manutenção	Luiz Carlos Campos
Divisão de Recursos Operacionais	Anisiêta de Oliveira Bezerra
Fundo Municipal de Saúde	Paulo Edson Fleury Carvalho de Oliveira
Divisão de Tesouraria	Nelson Afonso da Silva
Divisão de Controle e Prestação de Contas	Dalva Maria de Paula Tavares
Divisão de Contabilidade	Marcos Henrique Antoniazzi
Divisão de Compras	Leila Cristina de Assis Faria
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Maria Carolina Ferreira
Divisão de Administração de Pessoal	Maria Divina Borges de Brito
Coordenador da Central de Informática	Raimundo Tiago de Lima Pires
Coordenador Geral do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)	Heitor Alarico de Freitas
Coordenadora do Cartão Nacional de Saúde	Vera Regina Barêa

Distrito Sanitário Região Central	Diretora Geral - Fátima Rodrigues de M. Mendes Diretor Administrativo - João Gilberto Cruvinel
Distrito Sanitário da Região Sul/Sudeste	Diretora Geral - Inácia Araújo Silva Supervisora Técnica - Cláudia Cleinne Barcelos Cunha Supervisora Administrativa - Hilda Maria Ferreira Silva
Distrito Sanitário da Região Oeste	Diretora Geral - Dercyra Miranda de Souza Supervisora Técnica - Márcia Cristina Cordeiro Supervisora Administrativa - Marly Batista de Moraes Araújo
Distrito Sanitário Região Meia Ponte/Mendanha	Diretora Geral - Hortênci Moller Malvert Silveira Supervisora Técnica - Valéria Batista Pouzo Supervisora Administrativa - Jaqueline Borba Ferreira
Distrito Sanitário da Região Norte	Diretora Geral - Clara Scheider Supervisora Técnica - Maria Félix de Sousa Martin Supervisora Administrativa – Francisca Nilva Carneiro Lim
Distrito Sanitário da Região Noroeste	Diretora Geral - Fátima Bernadete Andrade Neves Supervisora Técnica - Maria Aparecida de Sousa Ramos Supervisora Administrativa - Alair Pereira da Silva
Distrito Sanitário da Região Leste	Diretora Geral - Dalvani Rodrigues da Silva Ponciano Supervisora Técnica - Vânia Maria Balestra Cassiano Supervisora Administrativa - Iraci Helena Bento de Oliveira

Distrito Sanitário da Região Sudoeste	Diretora Geral - Ana Lúcia Prudente de Araújo Diretora Técnica - Sônia Maria Rangel Alves Supervisora Administrativa - Eleuza Maria neves Vieira
Distrito Sanitário da Região Campinas	Diretora Geral - Sílvia Rosa de Souza Toledo Supervisora Técnica - Elodi Fernandes Vaz Supervisora Administrativa - Neide Garcia de Menezes

Fonte: GOIÂNIA. Relatório de gestão. 2001-2004.



## ANEXO 6

### Conferências Municipais de Goiânia - Período/Data, Local, Tema e Sub-temas. 1991 a 2007

CONFERÊNCIAS	PERÍODO/DATA	LOCAL	TEMA	SUB-TEMAS
I Conferência Municipal de Saúde	08 a 10 de outubro de 1991	Auditório da Faculdade de Educação da UFG	<i>Municipalização é o Caminho</i>	Política Nacional de Saúde; Municipalização da Saúde; Controle social; Financiamento e Gerenciamento; Recursos Humanos; Relatórios; Regulamento.
Conferência Municipal de Saúde	13, 14 e 15/08/1993	Auditório do Tribunal da Justiça - Palácio da Justiça.	<i>Construindo a Saúde que Queremos</i>	Financiamento; Modelo Assistencial; Implantação do SUS; Recursos Humanos e Controle Social
III Conferência Municipal de Saúde	Setembro a dezembro de 1995. 02/12/1995	Auditório Lago Azul - Centro de Convenções	<i>Juntos, conquistando a saúde que queremos.</i>	Situação do SUS; Municipalização; Humanização no novo modelo de atenção.

IV conferência Municipal de Saúde	Fevereiro a maio de 1998  Etapas – local, Regional e Municipal.	Centro de Convenções - Auditório Teatro Rio Vermelho	<i>SUS É SAÚDE TOTAL: DE TUDO PARA TODOS</i>	A Saúde e sua interface com outras políticas; O processo de municipalização e seus atores: visão de cada um no processo (modelo assistencial e organização do SUS em Goiânia; Instância de controle social do SUS - refletindo e avaliando a representatividade; O financiamento da política de saúde; A política de recursos humanos que viabilize o SUS.
V Conferência Municipal de Saúde  360 delegados	Maio a outubro de 2001  25 a 27/10/2001	Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás	<i>Controle Social no SUS: Construindo para Conquistar Saúde</i>	Assistência à saúde; gestão e financiamento do sistema; controle social; recursos humanos; legislação e ações intersetoriais.
VI Conferência Municipal de Saúde	Março a Maio de 2004	Câmara Municipal de Goiânia.	<i>Consolidando o SUS com controle social</i>	----- -
VII Conferência Municipal de Saúde	30/31 de agosto e 1º setembro de 2007	Jóquei Clube de Goiás	<i>Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento, Universalidade, Integralidade e Equidade.</i>	Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade, e Padrões de Desenvolvimento; Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade e Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

Fonte: Relatórios das referidas Conferências Municipais de Saúde. Organizada por NBS, Goiânia, fevereiro de 2008.

## Anexo 7

### Objetivos, avanços e desafios das conferências realizadas em Goiânia, no período de 1991 a 2007

CONFERÊNCIAS	OBJETIVOS	AVANÇOS	DESAFIOS
ICMS 1991	<p>Avaliar a situação do município e fixar as diretrizes da política municipal de saúde.</p> <p>Escolher delegados para a etapa estadual e fornecer subsídios para a etapa Estadual e Nacional da IX Conferência Nacional de Saúde.</p>	<p>Criação do Conselho Municipal de Saúde<sup>52</sup></p> <p>Assinatura do Convênio de municipalização da saúde<sup>53</sup></p> <p>Localização e crachás diferenciados; Confecção de anais; Criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS)</p>	<p>Mudança de Secretário; municipalização.</p>
II CMS 1993	<p>Implantar o SUS. Criar os Conselhos Locais.</p> <p>Eleição dos novos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Descentralizar informações do SUS. Incentivar a participação popular; Adequar o Plano Municipal de Saúde aos novos preceitos.</p>	<p>Produção de farto material educativo em seus <i>folders</i> e cartilhas.</p> <p>Publicação do I Boletim Informativo do CMS.</p> <p>Implantação dos seis primeiros Conselhos Locais de Saúde no decorrer da conferência.</p> <p>Promulgação da Lei nº 18 que institui os CLS.</p>	<p>Escassez de recursos financeiros.</p> <p>Despolitização política da população.</p> <p>Equívoco na compreensão da saúde vista como tratamento de doenças, ter acesso a consulta médica e remédios.</p> <p>Equívoco dos Conselhos Locais de Saúde no exercício de suas atribuições.</p>

<sup>52</sup>Decreto nº 1426, de 14 de novembro de 1991.

<sup>53</sup> Signatários do Convênio - Prefeito de Goiânia, o Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o Secretário Municipal de Saúde.

<p>III CMS  1995</p>	<p>Avaliar e propor novos caminhos para a situação da saúde de Goiânia</p>	<p>Implantação do programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino e Mama em todas as unidades de saúde.</p> <p>Incentivo para vacinação de rotina em todos os postos de saúde.</p> <p>Obrigatoriedade de cinto de segurança para motoristas e do capacete para motociclistas.</p> <p>Maior divulgação e interesse pela saúde mental.</p> <p>Atuação efetiva do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Renovação na composição da Mesa Diretora do Conselho municipal de saúde com a participação efetiva da sociedade civil.</p> <p>Aprovação da PEC da saúde.</p>	<p>A não-garantia do cumprimento do repasse de recursos financeiros das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), para o Fundo Municipal de Saúde, que representa no mínimo 10% dos orçamentos estadual e municipal.</p> <p>Pouco apoio da Secretaria Municipal, do governo anterior, em uma dimensão política na efetivação do SUS.</p> <p>Lentidão no processo de municipalização e descentralização.</p> <p>A política nacional de saúde reduz o papel do Estado nessa área suprimindo sua responsabilidade e atuação.</p>
<p>IV CMS  1998</p>	<p>Promover a reflexão e o debate sobre a saúde, numa dimensão política, visando orientar a construção do SUS.</p> <p>Estimular a participação popular e a organização da sociedade civil para sua efetiva parceria na solução dos problemas de saúde, por meio do fortalecimento do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais de Saúde.</p> <p>Debater formas de intervenção local, bem como, a articulação dos três níveis de governo na implantação do novo modelo assistencial.</p> <p>Analisar as deliberações da III Conferência Municipal de Saúde e o que se cumpriu, até o momento.</p> <p>Renovar a composição do Conselho Municipal de Saúde; Eleger delegados para a Conferência Estadual de Saúde.</p>	<p>Amplio material elaborado e arquivado.</p> <p>Ampla divulgação do evento e mobilização da sociedade civil (visita a órgãos e entidades, confecção de cartazes, folders e outros).</p> <p>Elaboração de material de apoio (cartilha) para etapas locais e preparação.</p> <p>Preocupação com garantia de paridade e legitimidade dos representantes (arts, 7 ao 9 e parágrafo único do capítulo V do regimento).</p>	<p>Necessidade de uma elaboração mais precisa do material de apoio, divulgação e registro.</p> <p>Prestadores de serviços e filantrópicos tiveram pouca participação na etapa local (2%) comprometendo a paridade.</p> <p>O relatório final não incluiu registro dos debates/conferência.</p> <p>Equívocos na definição da representação (critérios utilizados).</p>

V CMS 2001	<p>Avaliar a situação e a política municipal de saúde.</p> <p>Propor diretrizes para a formulação da Política Municipal de Saúde de Goiânia.</p> <p>Eleger a nova diretoria do Conselho Municipal de Saúde</p>	<p>Renovação da composição da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Aprovação do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 29 da saúde.</p> <p>Ampla divulgação e interesse pela saúde mental.</p> <p>Atuação mais efetiva do Conselho Municipal de Saúde.</p>	<p>Pouco apoio na dimensão política, na construção do SUS, para resolução dos problemas da saúde.</p> <p>Lentidão no projeto de municipalização e na descentralização das atividades da saúde.</p> <p>A política atual reduz o papel do Estado, na política de saúde, suprimindo sua atuação.</p>
VI CMS 2004	<p>Avaliar a situação e a política de saúde no âmbito do SUS.</p> <p>Propor diretrizes para a formulação da Política de Saúde no âmbito do SUS.</p> <p>Eleger os membros do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a Lei nº 8.088 de janeiro de 2002.</p>	<p>Produção ampla de material – coletâneas de leis, caderno de textos, cadernos sobre o controle social</p>	<p>Falta de recursos financeiros.</p> <p>Sistema desorganizado.</p> <p>Falta de política de recursos humanos.</p> <p>Retorno da centralização do poder de decisão.</p> <p>SUS como saúde para pobre.</p> <p>Tentativa de desmonte do Controle Social.<sup>54</sup></p>
VII CMS <sup>55</sup> 2004	<p>Avaliar a situação e a política de saúde no âmbito do SUS, em Goiânia.</p> <p>Propor diretrizes para a formulação da política de saúde municipal, no âmbito do SUS.</p> <p>Discutir as diretrizes da VI Conferência Estadual de Saúde de Goiás e 13ª Conferência Nacional de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Eleger as entidades para renovação do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a Lei nº 8.088, de Janeiro de 2002.</p> <p>Eleger os delegados para a VI Conferência Estadual de Saúde de Goiás.</p>	<p>A estrutura física e condições de realização foram fundamentais no processo.</p> <p>Envolvimento significativo dos trabalhadores nas etapas locais/distritais e temáticas.</p>	<p>Organização interna do Conselho Municipal de Saúde meio confusa.</p> <p>Disputas acirradas.</p> <p>População meio desmobilizada e apática.</p> <p>Intensas problemáticas na gestão no atendimento das condições básicas de trabalho.</p>

Fonte: GOIÂNIA.Relatórios finais das conferências. Goiânia, fevereiro de 2008.

<sup>54</sup> Extraído do Caderno de Textos – publicado e divulgado na VI Conferência Municipal de Saúde.

<sup>55</sup> 08 vagas/gestores e 08 prestadores – ambos 04 titulares e 04 suplências; 16 trabalhadores – 08 titulares e 08 suplências; e 32 usuários – 16 titulares e 16 suplências.

## ANEXO 8

### Periodicidade das conferências realizadas no Estado de Goiás.

CONFERÊNCIAS ESTADUAIS	DATAS
1ª Conferência	1986
2ª Conferência	1991
3ª Conferência	1996
4ª Conferência	2000
5ª Conferência	6 a 8 de novembro de 2003
6ª Conferência	3 a 5 de outubro de 2007

Fonte: Relatórios e entrevistas no Conselho Estadual de Saúde.

## ANEXO 9

### Periodicidade e características das Conferências Nacionais de Saúde

CONFERÊNCIAS NACIONAIS	DATAS	CARACTERÍSTICAS
1ª Conferência	1941	Convocada pelo Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema.
2ª Conferência	1950	Seguindo o mesmo estilo da primeira. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, proposta discutida nas duas conferências nacionais de saúde.
3ª Conferência	1963	Diferencial – surgem movimentos democráticos na área da Saúde, ampliando o espaço de discussão. Os problemas sanitários brasileiros aparecem pela primeira vez e são apontados e discutidos. As propostas apontam a necessidade de um plano nacional que atinja as três esferas de governo.
4ª Conferência	1966	Na ditadura militar, as conferências aconteceram sob a forte repressão do Estado – participação tímida devido ao clima da época.
5ª Conferência	1975	
6ª Conferência	1977	
7ª Conferência	1980	
8ª Conferência	1986	A abertura democrática no Brasil – luta de movimentos sociais, movimento de reforma sanitária – marcada pela ampla participação popular. A 8ª Conferência aprovou as diretrizes do SUS, inseridas na Constituição de 1988, sob pressão da mobilização na Assembléia Nacional Constituinte.
9ª Conferência	1992	Reafirmou os princípios constitucionais em vigor e aprovou estratégias de descentralização e municipalização. O encontro teve a participação mais de dois mil delegados.
10ª Conferência	2 a 6 de setembro de 1996	Momento de aprimoramento do SUS e teve o tema: <i>O SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida</i> . Priorizou debates de financiamento do SUS e estabeleceu estratégias de lutas pela aprovação da PEC nº 169/1996, sendo vitoriosa em 2000, com aprovação da Emenda Constitucional (PEC) nº 29.
11ª Conferência	15 a 19 de dezembro de 2000	<i>Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social</i> , esta foi a temática da II Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que reuniu 2.500 delegados e teve uma participação ativa e entusiasmada destes delegados nos trabalhos de grupos. Nessa Conferência, o grande debate foi o fortalecimento do controle social no SUS, com aprovação de questões relativas aos conselhos de saúde.

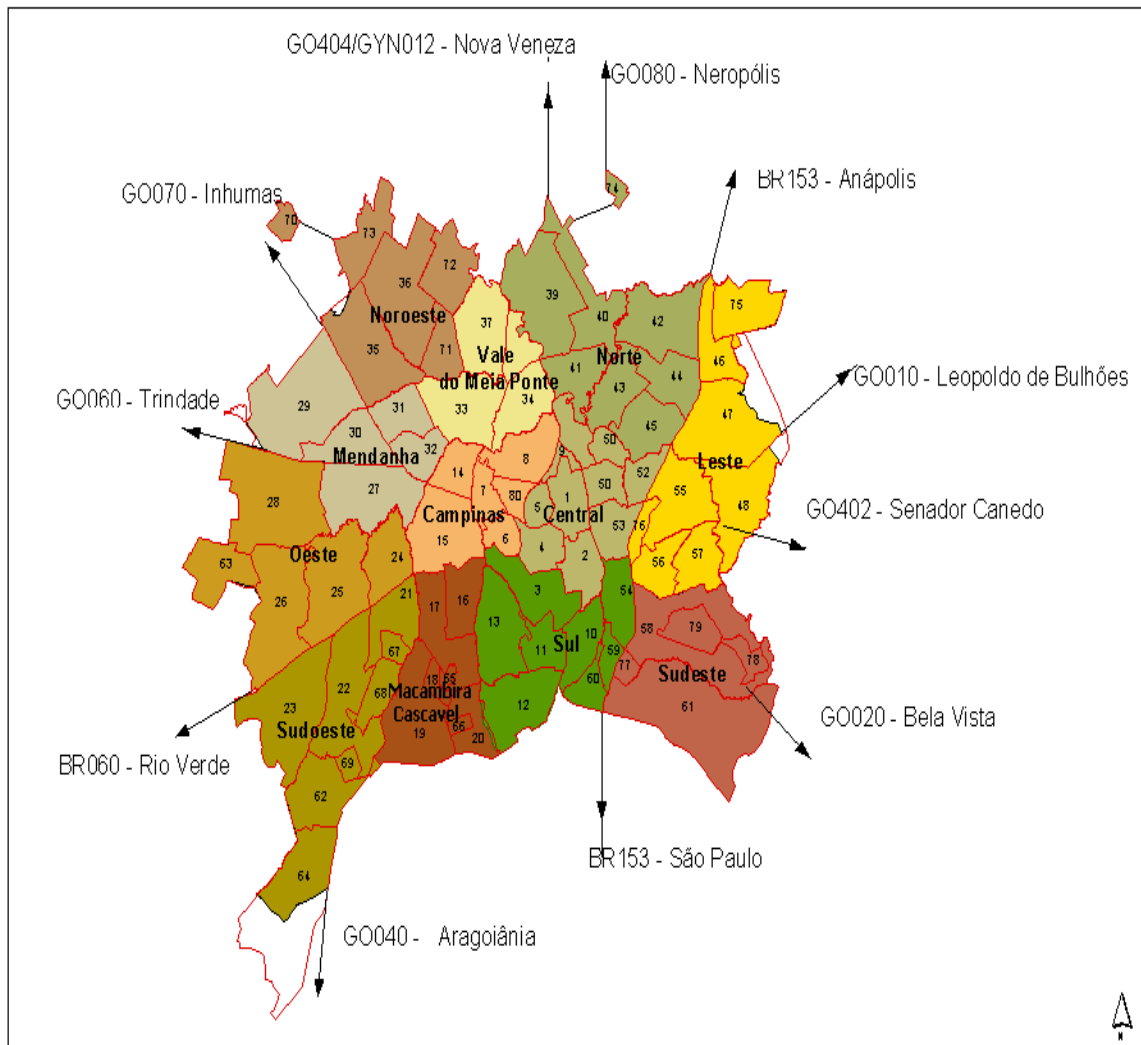
12ª Conferência	7 a 11 de dezembro de 2003	O tema: <i>Saúde é um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos e o SUS que queremos</i> , começou outro capítulo para o SUS, a 12ª CNS debateu dez eixos temáticos que orientaram o Plano Nacional de Saúde e garantiram a democratização do Conselho Nacional de Saúde. A 12ª CNS reuniu cinco mil pessoas, entre eles 3.500 delegados.
13ª Conferência	14 a 18 de novembro de 2007	Com o objetivo de avaliar os vinte anos do SUS e seus principais problemas, propondo soluções para que o SUS seja uma política de Estado sem oscilações em seu funcionamento de um governo para o outro.

Fonte: CONSELHO Nacional de Saúde. 2007



## ANEXO 10

### Regionalização de Goiânia



Base Cartográfica: Prefeitura de Goiânia/SEPLAM/DPGED - Agosto/2003  
Elaboração: SEPLAM/DPSE

Figura 1 – Mapa da Cidade de Goiânia – Região Metropolitana e organização regional do município

## ANEXO 11

### Dinâmica, promoção e responsáveis pela realização das conferências municipais de Goiânia

CONFERÊNCIAS	DINÂMICA	PROMOÇÃO	GOVERNO/GESTORES
I CMS  1991	Realizada em três dias com o intuito de cumprir o preceito da Lei Orgânica do Município.	Secretaria Municipal de Saúde.  Prefeitura Municipal de Goiânia – <i>Prefeitura Trabalhando.</i>	Prefeito Nion Albernaz (PMDB).  Secretário Municipal de Saúde: Cairo Alberto de Freitas.  Governador do Estado: Íris Rezende (PMDB).  Secretário Estadual de Saúde: Ronei Edmar Ribeiro.
II CMS  1993	Realizada em três etapas regionais – criação dos Conselhos Locais.	Secretaria Municipal de Saúde.  Conselho Municipal de Saúde.  Prefeitura – <i>Goiânia: Cidade Viva.</i>	Prefeito: Darci Arcosi (PT).  Secretário Municipal de Saúde: Déo Costa Ramos (PT).  Governador: Maguito Vilela (PMDB).  Secretário Estadual de Saúde: Ronei Ribeiro (PMDB)
III CMS  1995	Realizada em três etapas – local, regional e municipal.	Conselhos: Locais e Municipal de Saúde.  Secretaria Municipal de Saúde.  Prefeitura de <i>Goiânia: Cidade Viva.</i>	Prefeito: Darci Accorci (PT).  Secretário Municipal de Saúde: Déo Costa Ramos (PT).  Governador: Maguito Vilela (PMDB).  Secretário Estadual de Saúde: Carlos Hassel Mendes (PMDB).

IV CMS 1998	Três Etapas – local, regional e municipal	SUS; <i>Governo da cidade de Goiânia – Prefeitura Municipal.</i>  Secretaria Municipal de Saúde	Prefeito: Nion Albernaz (PSDB).  Secretário Municipal de Saúde: Elias Rassi Neto (PSDB).  Governador: Maguito Vilela (PMDB).  Secretário Estadual da Saúde: Cairo Alberto de Freitas (PMDB)
V CMS 2001	Foram realizadas nove etapas local/distritais e oito etapas temáticas todas com caráter deliberativo	SUS.  CMS.  Prefeitura Municipal – <i>Você fazendo parte.</i>	Prefeito: Pedro Wilson Guimarães (PT).  Secretário Municipal de Saúde: Otaliba Libânio Netto (PT).  Governador: Marconi Perillo (PSDB).  Secretário Estadual da Saúde: Fernando Cupertino (PSDB).
VI CMS 2004	Foram realizadas nove etapas local/distritais e oito etapas temáticas todas com caráter deliberativo	SUS.  CMS.  Prefeitura Municipal – <i>Você fazendo parte.</i>	Prefeito: Pedro Wilson Guimarães (PT).  Secretário Municipal de Saúde: Otaliba Libânio Netto (PT).  Governador: Marconi Perillo (PSDB).  Secretário Estadual da Saúde: Fernando Passos Cupertino (PSDB)
VII CMS <sup>56</sup> 2007	Foram realizadas nove etapas local/distritais e oito etapas temáticas todas com caráter deliberativo	Ministério da Saúde.  SUS.  CNS.  Prefeitura Municipal <i>de Goiânia – o futuro que você vê.</i>  Secretaria Municipal de saúde.	Prefeito: Íris Rezende (PMDB).  Secretário Municipal de Saúde: Paulo Rassi (PMDB).  Governador: Alcides Rodrigues (PP).  Secretário Estadual da Saúde: Cairo Alberto de Freitas (PMDB).

Fonte: GOIÂNIA. Documentos SMS e Relatórios CMS, 1991 a 2007.

<sup>56</sup> 08 vagas/gestores e 08 prestadores – ambos 04 titulares e 04 suplências; 16 trabalhadores – 08 titulares e 08 suplências; e 32 usuários – 16 titulares e 16 suplências.

## ANEXO 12

### Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia – gestão 1989 a 2008

Prefeito	Ano/período	Secretário	Período Conf.	Mandato/Presidência e vice	Representação
Nion Albernaz	01/01/1989 a 31/12/1992	José Henrique da Veiga Jardim e Cairo Alberto de Freitas	I CMS  1991	Cairo Alberto de Freitas	Gestor
			II CMS  1993	Déo Costa Ramos	Gestor
Darci Accorsi	01/01/1993 a 31/12/1996	Déo costa	III CMS  1995	Déo Costa Ramos	Gestor
Nion Albernaz	01/01/1997 a 31/12/2000	Elias Rassi	1996/199 7	Elias Rassi	Gestor
			IV CMS  1999	Mauro Rubem Walderez Loureiro Miguel	Trabalhador e prestadora
Pedro Wilson Guimarães	01/01/2001 a 31/12/2004	Otaliba Libâneo	V CMS  2001	Katherine Marie Popowich Maria de Lourdes Afonso Ribeiro	Usuária e trabalhadora
			VI CMS  2004	Ângela Maria Barbosa de Sousa Vice Maria de Lourdes Afonso Ribeiro	Usuária e trabalhadora
				Albertina de Souza	Usuária
Íris Rezende Machado	01/01/2005 a 01/01/2008	Paulo Rassi	VII CMS <sup>57</sup>  2007	Maria Dalva da Silva Pinheiro Vice – Luzinéia Vieira dos Santos	Usuário e trabalhadora

Fonte: GOIÂNIA. Relatórios CMS. Goiânia, 2008

<sup>57</sup> 08 vagas/gestores e 08 prestadores – ambos 04 titulares e 04 suplências; 16 trabalhadores – 08 titulares e 08 suplências; e 32 usuários – 16 titulares e 16 suplências.

## ANEXO 13

### Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde de Goiânia

PREFEITO	SECRETÁRIO DE SAÚDE	ANO/PERÍODO
Íris Rezende Machado	Paulo Rassi	01/01/2005 a 01/01/2008
Pedro Wilson Guimarães	Otaliba Libâneo	01/01/2001 a 31/12/2004
Nion Albernaz	Elias Rassi	01/01/1997 a 31/12/2000
Darci Accorsi	Déo Costa	01/01/1993 a 31/12/1996
Nion Albernaz	Cairo Alberto de Freitas (26/07/1991 a 31/12/1992)	01/01/1989 a 31/12/1992
	José Henrique da Veiga Jardim (26/04/1990 a 25/07/1991)	
	Jovair de Oliveira Arantes (01/01/1989 a 20/03/1990)	
Joaquim Domingos Roriz <sup>58</sup>	Armando da Silva Faria (19/09/1988 a 31/12/1988)	23/03/1987 a 17/10/1988
	Afonso Honorato da Silva e Souza (03/08/1988 a 19/09/1988)	
Daniel Antônio de Oliveira	-----	01/01/1985 a 26/03/1987
Nion Albernaz	-----	18/03/1983 a 31/12/1985
Daniel Borges do Campo	-----	15/03/1983 a 18/03/1983
Goianésio Ferreira Lucas	-----	17/05/1982 a 14/03/1983
Índio do Brasil Artiaga Lima	-----	30/06/1979 a 14/05/1982
Daniel Antônio de Oliveira	-----	10/04/1979 a 30/06/1979
Hélio Mauro Umbelino Lôbo	-----	17/05/1978 a 10/04/1979
Francisco de Freitas Castro	-----	21/03/1975 a 17/05/1978
Rubens Vieira Guerra	-----	27/05/1974 a 21/03/1975
Manoel dos Reis e Silva <sup>59</sup>	-----	02/07/1970 a 14/04/1974
Leonino de Ramos Caiado <sup>60</sup>	-----	22/10/1969 a 30/06/1970
Íris Rezende Machado	-----	31/01/1966 a 20/10/1969

Fonte: Dossiê de Goiânia, entrevistas e outros. Goiânia, fevereiro de 2008.

<sup>58</sup> Autoriza a criação da SMS 1986

<sup>59</sup> Instalação Fumdec é feita em 1972

<sup>60</sup> Autoriza a Criação da Fumdec, em 1969, que foi formulada no governo anterior – Íris Rezende Machado – no Plano Integrado de Goiânia.

## ANEXO 14

### Governadores do estado de Goiás

<b>NOME</b>	<b>SECRETÁRIOS DE SAÚDE</b>	<b>ANO/PERÍODO</b>
Alcides Rodrigues (PTB)	Cairo Alberto Freitas	01/01/2006 – 31/12/2009
Marconi F. Perillo Júnior (PSDB)	Fernando Cupertino	01/01/2002 – 31/12/2005
Marconi F. Perillo Júnior (PSDB)	Henrique Santillo	01/01/1999 – 31/12/2002
Naphtali Alves de Souza		04/05/1998 - 31/12/1998
Luiz A. Maguito Vilela (PMDB)	Carlos Hassel Mendes	01/01/1995 - 04/05/1998
Agenor R. de Rezende (vice)		02/04/1994 - 01/01/1995
Iris Rezende Machado	Ronei Edmar Ribeiro	15/03/1991 - 02/04/1994

Fonte: Relatórios da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, 2008.

## ANEXO 15

**Quadro – Presidentes do Brasil e ministros de Saúde**

NOME/PRESIDENTE	PERÍODO	MINISTROS DA SAÚDE	ANO/PERÍODO
Luiz Inácio Lula da Silva	1º/01/2006 a 01/01/2009	José Gomes Temporão	16/3/2007 a .../...../.....
Luiz Inácio Lula da Silva	1º/01/2003 a 01/01/2006	José Saraiva Felipe	11/7/2005 a 15/03/2006
		Humberto Sérgio Costa Lima	01/1/2003 a 11/7/2005
Fernando H. Cardoso	1º/01/1999 a 1º/01/2003	Barjas Negri	21/2/2002 a 31/12/2002
Fernando H. Cardoso	1º/01/1995 a 1º/01/1999	José Serra	31/3/1998 a 20/2/2002
		Carlos César de Albuquerque	13/12/1996 a 30/3/1998
		José Carlos Seixas	07/11/1996 a 12/12/1996
Itamar Franco	02/10/1992 a 1º/01/1995	José Goldemberg	24/1/1992 a 12/2/1992
		Adib Domingos Jatene	13/2/1992 a 01/10/1992
		Jamil Haddad	08/10/1992 a 18/8/1993
		Saulo Pinto Moreira	19/08/1993 a 30/08/1993
		Henrique Antônio Santillo	30/8/1993 a 31/12/1994
		Adib Domingos Jatene	01/1/1995 a 06/11/1996
Fernando Collor	15/03/1990 a 02/10/1992	Alceni Ângelo Guerra	15/3/1990 a 23/1/1992

José Sarney	15/03/1985 a 15/03/1990	Carlos Correa de Menezes Sant'anna	15/3/1985 a 13/2/1986
		Roberto Figueira Santos	14/2/1986 a 22/10/1987
		Luiz Carlos Borges da Silveira	23/10/1987 a 16/01/1989
		Seigo Tsuzuki	17/1/1989 a 14/3/1990
Tancredo Neves	-----	----- ---	-----
João B. Figueiredo	15/03/1979 a 15/03/1985	Waldyr Mendes Arcoverde	30/10/1979 a 14/3/1985
Ernesto Geisel	15/03/1974 a 15/03/1979	Mário Augusto J/ Castro Lima	15/3/1979 a 29/10/1979
		Paulo de Almeida Machado	15/3/1974 a 14/3/1979
Emílio G. Médici	30/10/1969 a 15/03/1974	Mário Machado de Lemos	19/6/1972 a 14/3/1974
		Francisco de Paula da Rocha Lagoa	30/10/1969 a 18/6/1972
Márcio Melo	31/08/1969 a 30/10/1969	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	15/3/1967 a 29/10/1969
Augusto Rademaker	31/08/1969 a 30/10/1969		
Aurélio Lyra	31/08/1969 a 30/10/1969		
Costa e Silva	15/03/1967 a 31/08/1969		

Fonte: Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS/MS) – Galeria dos Ministros



## ANEXO 16

Carta de Maceió assinada pelos assistentes sociais presentes no XXIX Encontro Nacional Cfess-Cress, Maceió/Alagoas. 2000.

### CARTA DE MACEIÓ

#### **Seguridade Social Pública: É Possível!**

Os delegados reunidos no XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, na cidade de Maceió (AL), entre os dias 3 e 6 de setembro de 2000, representando o conjunto dos assistentes sociais brasileiros, afiançam publicamente a importância da luta em defesa da Seguridade Social pública no país.

Reafirmam, ainda, sua concepção de seguridade, entendida como um padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universal para as situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros. A Seguridade Social, assegurada num plano legal, tem sido atropelada pelas reformas neoliberais que atentam contra o aprofundamento da democracia e da cidadania na sociedade brasileira.

A defesa da Seguridade faz parte da agenda do Conjunto CFESS/CRESS, batizada no projeto ético-político profissional do Serviço Social. Hoje, diante da investida do grande capital especulativo, insistimos entre os segmentos dos trabalhadores que mantêm a sua defesa. É sabido que muitos abandonaram a luta e pragmaticamente aderiram à proposta focalista e privatista em curso. Outros priorizaram a inserção e mobilização em torno das políticas setoriais. Poucos mantiveram a perspectiva da seguridade social, a qual vimos reforçar neste momento como parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando a construção de uma sociedade justa e igualitária. Por quê? Algumas razões nos parecem decisivas na reafirmação dessa direção política. Vejamos:

- O conceito de seguridade social expresso na Constituição de 1988 foi um dos grandes avanços no processo de redemocratização da sociedade brasileira desencadeado em fins dos anos 70, que culminou na constituinte, ainda que tenha se mantido restrito à previdência, saúde e assistência social.
- Com ele, deu-se passos no sentido de uma maior socialização da política, por meio dos mecanismos de gestão e controle social com participação popular - Conselhos e Conferências nos três níveis de governo. Assim, a implementação cotidiana das políticas de seguridade politizou-se mais, tornando-se um ambiente relevante de disputa de projetos societários.
- Apontou-se também para uma alocação mais democrática dos recursos públicos, a partir do orçamento da seguridade social, na perspectiva de uma ampliação da cobertura, tendo em vista a idéia da universalidade do acesso a direitos sociais legalmente definidos. Portanto, a seguridade social é um espaço de disputa de recursos - uma disputa política que expressa projetos societários, onde se movem os interesses das maiorias, mas estão presentes as marcas históricas da cultura política autoritária no Brasil, que se expressa pela pouca distinção entre público e privado, pelo clientelismo e pelo patrimonialismo. O resultado desse embate tem forte impacto sobre uma parcela enorme da população que conta com as políticas de seguridade para sua sobrevivência. É de vida que se trata sob os números, e cada "tesourada" ou manutenção de recursos interfere no cotidiano de milhares, milhões de pessoas.
- Portanto, a seguridade social é, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil, de organização dos trabalhadores. Um terreno de embate que requer competência teórica, política e técnica. Que exige uma rigorosa análise crítica da correlação de forças entre classes e segmentos de classe, que interferem nas decisões em cada conjuntura. Que força a construção de proposições que se contraponham às reações das elites político-econômicas do país,

difusoras de uma responsabilização dos pobres pela sua condição, ideologia que expressa uma verdadeira indisposição de abrir mão de suas taxas de lucro, de juros, de sua renda da terra.

- Os assistentes sociais, pela sua inserção profissional histórica nas políticas sociais, realizaram a crítica do assistencialismo, do clientelismo e da ausência de mecanismos democráticos de controle social. Participaram da luta na constituinte, na definição da legislação complementar das políticas de seguridade, com destaque para a assistência social. Enfim, constituímos uma referência política para os demais segmentos dos trabalhadores e outros movimentos sociais nesse campo. E vimos, neste duro contexto de recrudescimento das tendências mais perversas da formação social e política do Brasil, acirrado pelas políticas neoliberais, sendo um pólo crítico, propositivo e combativo, na resistência à verdadeira inviabilização da seguridade social pública preconizada pelo governo Fernando Henrique Cardoso. O Conjunto CFESS/CRESS teve e tem um papel indiscutível nesse processo.

Considerando essa perspectiva estratégica, é que, reunidos em Maceió, levantamos algumas orientações gerais para tornar a Seguridade Social pública possível no Brasil, superando essa condição ambígua de possuir uma existência legal/formal, mas que pouco se realiza na prática, apesar de alguns avanços pontuais, tendo em vista garantir melhores condições de vida para a população, bem como avançar num processo de profunda democratização do Estado e da sociedade brasileiras. São elas:

1. Manter uma posição firme contra a perspectiva da focalização, denunciando publicamente propostas restritivas do acesso aos direitos constituídos;
2. Denunciar o desvio de recursos da seguridade social para a sustentação da política macroeconômica regressiva do governo federal, a exemplo do PROER, do FEF e do pagamento das dívidas interna e externa, que cresceram exponencialmente para subsidiar os especuladores, os grandes beneficiários deste Estado máximo para o capital e mínimo para os trabalhadores, enunciado pelo neoliberalismo;
3. Interferir na definição dos orçamentos, junto aos demais atores da sociedade civil com compromissos democráticos, no sentido de assegurar recursos para a seguridade social e que tais recursos sejam de uso exclusivo da mesma;
4. Superar a fragmentação setorial engendrada à revelia do princípio constitucional da seguridade social, a partir de sua tematização por meio dos eixos da gestão, controle social e financiamento e de propostas no sentido da articulação das três políticas;
5. Apontar para um conceito mais amplo de seguridade social, que incorpore outras políticas sociais, constituindo um verdadeiro padrão de proteção social no Brasil;
6. Manter a inserção nos espaços de controle social, com vistas a assegurar os princípios da universalidade, da cidadania, da democracia e da justiça social, obter informações relevantes para a luta social e promover a articulação política no âmbito da sociedade civil. A intervenção nos Conselhos e Conferências requer a construção dos fóruns, com o objetivo de definir as propostas e estratégias do campo democrático e popular nessas instâncias.
7. Desenvolver um trabalho profissional que fortaleça junto aos usuários a noção de direito social, e a possibilidade da ação coletiva dos mesmos em sua defesa.

Conjunto CFESS-CRESS  
Maceió-Alagoas, setembro de 2000.

## ANEXO 17



*A Ousadia de fazer cumprir a lei da Saúde.*



*Conselho Municipal de Saúde de Goiânia - GO*

**Goiânia, 09 de março de 2007.**

**Parecer**  
**Nº 002/2007**

**Nome do Projeto Mestrado:** Condições contemporâneas do SUS no Município de Goiânia no Período de 1997 a 2007.

**Entidade Proponente:** Universidade de Brasília

**Pesquisadores:** Neimy Batista Silva

**Período de Execução:** Outubro de 2006 a Agosto de 2007.

**Objetivo da Pesquisa:** Identificar avanços e recuos no processo de Consolidação do SUS em Goiânia no período de 1997 a 2007, em relação à Gestão, controle democrático e Financeiro.

**Parecer:** Após Análise do Projeto de pesquisa, Condições Contemporâneas do SUS no Município de Goiânia no período de 1997 a 2007, e após apresentação deste, na Plenária deste Conselho, a Mesa Diretora decide emitir parecer favorável à realização desta pesquisa, entendendo que a mesma será de grande relevância para o Controle Social uma vez que contribuirá para o entendimento da construção do SUS no Município de Goiânia e também será de grande valia, considerado a escassez de Literatura sobre tema em questão.

Goiânia, 16 de março de 2007.

**Encaminhamento de Pesquisa**


DA : Divisão de Recursos Humanos

PARA: Conselho Municipal de Saúde

Tendo em vista que o projeto de pesquisa “*Condições contemporâneas do Sus, no Município de Goiânia, Período de 1997 a 2007*” foi autorizado pelo Sr Secretário, estamos encaminhando a profissional Neimy Batista da Silva para proceder pesquisa científica junto ao Conselho Municipal de Saúde de Goiânia e Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Certos de contarmos com a vossa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

  
Valtelina Pinchemel Cerqueira  
Chefe da Divisão de Recursos Humanos

## **ANEXO 18**

## **ANEXO 19**

**ANEXO 20**

## **ANEXO 21**



**ANEXO 22**

## **ANEXO 23**

**ANEXO 24**

**ANEXO 25**

**ANEXO 26**

**ANEXO 27**

**ANEXO 28**

## **ANEXO 29**



**ANEXO 30**

**ANEXO 31**