

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**DIOGO AUGUSTO FEDERIZZI SCHARDOSIN**

**CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO  
NAS PRÉ-CONFERÊNCIAS**

**FLORIANÓPOLIS**

**2012/2**

**DIOGO AUGUSTO FEDERIZZI SCHARDOSIN**

**CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO  
NAS PRÉ-CONFERÊNCIAS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Tânia Regina Krüger

FLORIANÓPOLIS  
2012/2

**DIOGO AUGUSTO FEDERIZZI SCHARDOSIN**

**CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO  
NAS PRÉ-CONFERÊNCIAS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como recurso parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora:

---

Professora Dr<sup>a</sup> Tânia Regina Krüger  
Departamento de Serviço Social - UFSC  
Orientadora

---

Professora Dr<sup>a</sup> Keli Regina Dal Prá  
Departamento Serviço Social - UFSC  
Primeira Examinadora

---

Professora Dr<sup>a</sup> Doroti Martins  
Departamento de Filosofia - UFSC  
Segunda Examinadora

Florianópolis, 01 de Março de 2013.

Dedico este trabalho a minha amada mãe, Salete Maria Federizzi, profissional da área da saúde que exerce sua função com tanta dedicação e orgulho; e em lembrança de meu pai César Augusto Schardosin Jr. que sempre lutou para me ver formado. Acima de tudo, dedico este trabalho ao Mestre Jesus Cristo, meu amigo inseparável.

*“O amor fundamenta o diálogo e instaura a confiança”  
(Paulo Freire)*

## AGRADECIMENTOS

A meu pai, César Augusto Schardosin Jr. que desde minha infância me incentivou e apoiou para estudar e ter um bom futuro. Por ser um bom pai, trabalhador e perseverante. Este curso também é fruto dos seus conselhos e cuidados. Obrigado pai.

À minha querida Mãe, por todo seu amor e dedicação, que me apoiou não apenas financeiramente, mas acima de tudo, com sua proteção e carinho que só ela sabe dar. Minha amiga, minha base forte e meu refúgio familiar. A pessoa mais importante de minha vida. Agradeço a ela também por seu exemplo de profissional, como técnica de enfermagem, que muito me ensinou com sua ética e excelência. Te amo, mãe.

Aos meus primos-irmãos Christian Fedrizzi e William Fedrizzi por estarmos sempre juntos desde a infância. Obrigado pelo amor de vocês e por estarem sempre perto, nos momentos mais importantes. Este é mais um deles.

Ao meu primo Samuel Slaifer por tantas aventuras e conversas sinceras e sua ajuda nestes anos de faculdade.

A todos os meus tios e familiares de Porto Alegre, pelo cuidado com minha mãe e também apoio para que eu concluísse esta faculdade. Tio Valmor e Tia Eunice; Prima Marla; Tio Carlos e Tia Cleuza; Tio Antenor e Tia Arlete; Primo Cléber e Susan e todos os demais que posso não lembrar, mas que agradeço imensamente pelos anos que ajudaram a mim e à minha mãe neste período de faculdade. Se não fosse por vocês eu não teria segurança para continuar.

Aos meus familiares paternos, muito bem representados por minha Tia Seila e Tio Dago que também fizeram parte da minha vida acadêmica e me apoiaram.

A todos os meus amigos que me deram apoio em todos estes anos de batalha para finalizar meu curso. Amigos do movimento estudantil, que me ensinaram a lutar, mas com vida e alegria sempre. Amigos do CALISS e DCE. Amigos como Jonathan Jaumount, fraterno e amoroso, que tantas vezes esteve me ajudando e sendo um companheiro não apenas de lutas na sociedade, mas também na vida. Foi um irmão quando mais precisei. Amigos como Jonathan Carvalho de Faria, sempre paciente e pronto a estender a mão e auxiliar a todos ao seu redor, sem dúvida com um grande coração.

A esta Universidade por toda Assistência que me prestou desde o início de minha formação acadêmica, com os projetos de bolsa permanência e os auxílios para alimentação. Estes mais do que a expressão de uma necessidade, são resultado de reivindicações dos estudantes por seus direitos.

Ao Corpo de Cristo: Igreja Evangélica de Confissão Luterana (IECLB) com os amigos da JESF; e Igreja Nova Aliança (INA) com a galera do GV, que independente do período vivido com vocês me ensinaram e continuam a me ensinar o amor entre irmãos e a caminhada com Deus. Obrigado também a todos os amigos da 2ª Igreja Batista de Florianópolis.

Obrigado colega de curso e irmã de fé Graziela Ecco, por sua amizade e carinho. Por ser usada por Deus para me apoiar nos dias mais sombrios de minha vida. Obrigado também por seu exemplo e amor cotidiano.

A meu querido líder de célula, Rafael Visolli, pela amizade e cuidado. Por todas as vezes que se dispôs a orar por mim e a me dar ânimo. Por me ensinar princípios Bíblicos que me fortaleceram e a me discipular com tanta dedicação e amor.

Obrigado também à Douglas Martins pelas conversas e comunhão em tempos de dificuldade e pela amizade que sei que irá perdurar por toda vida. Minha admiração e respeito por você, amigo. Agradeço também a Edgar Correa Veras, por saber utilizar muito bem os “talentos” que Deus lhe concedeu, ajudando a todos ao seu redor (inclusive eu) não apenas com seus recursos, mas também com sua sabedoria e companheirismo.

Obrigado aos colegas de PET-Saúde e às coordenadoras deste: professoras Liliane Moser e Keli Regina Dal PrÁ, pela grande experiência vivenciada neste projeto.

Aos colegas de estágio e profissionais das ESF e NASF. Obrigado, Débora Martini por sua supervisão. O período de estágio foi fundamental para meu amadurecimento profissional.

Obrigado também a Tânia Regina Krüger, minha orientadora, por tanta paciência depois de tantas falhas. Por me orientar e me ajudar neste processo final da Universidade. Não só por isto, mas também pelo conhecimento repassado na área da saúde.

Obrigado à Secretaria Municipal de Saúde, e em especial a Marcos Pinar pelas informações disponibilizadas que auxiliaram na construção deste Trabalho.

Por fim, e mais importante de todos os agradecimentos e pessoas lembradas: ao Senhor Jesus por ser um amigo sempre perto em toda esta etapa de minha vida que finalizo com alegria e orgulho. Agradeço por todas estas pessoas já citadas, usadas pelo Senhor e também por cada vez que fui ajudado a continuar avançando, mesmo com percalços e quedas. Toda honra e toda Glória a Deus e ao seu Filho Jesus Cristo!

## RESUMO

Este Trabalho tem como objetivo refletir sobre a participação da comunidade nas Pré-conferências, enquanto etapas da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis. As Pré-Conferências são canais de participação próximo da população usuária dos serviços de saúde e por isto podem ter a capacidade de diálogo com as comunidades para percepção de suas necessidades. Este trabalho também tem como objetivo conhecer a forma de organização, divulgação e metodologia utilizada nas Pré-conferências. É um estudo exploratório que se baseou em pesquisa documental e observação das Pré-Conferências. O texto inicialmente apresenta alguns elementos da construção do SUS e da Lei 8.142/1990 enquanto partes de um projeto maior de Reforma Sanitária e sobre a conjuntura de implementação do SUS nos anos de 1990 e 2000 considerando a conjuntura de desmonte das políticas de saúde pública. A participação da comunidade enquanto uma das diretrizes do SUS também foi problematizada no trabalho a partir das referências de Estado ampliado e da educação popular. As Pré-Conferências de Florianópolis foram caracterizadas por Distrito Sanitário e observamos que participação mostrou-se tímida diante da tarefa a que se propõem de primeiro contato com a população, apesar da construção significativa de propostas para melhora da saúde no município. A participação majoritária foi de profissionais da área e nota-se a necessidade de uma maior aproximação com a *comunidade*. Propõe-se então o método de educação popular enquanto categoria fundante de um diálogo e construção de saberes, sinalizando para um trabalho de educação política sobre a saúde em conjunto com espaços organizados da sociedade civil em etapa anterior às Pré-conferências.

**Palavras Chaves:** SUS, Conferência de Saúde, Participação, Comunidade.

## **LISTAS DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CF – Constituição Federal  
CLS – Conselho Local de Saúde  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CS – Centro de Saúde  
DAGEP – Departamento de Apoio à Gestão Participativa  
DS – Distrito Sanitário  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EPS – Educação Popular em Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OS – Organização Social  
PCCS – Plano de Cargos Carreiras e Salários  
PT – Partido dos Trabalhadores  
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	111
<b>CAPÍTULO 1 - A PARTICIPAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	155
<b>CAPÍTULO 2 - A PARTICIPAÇÃO NAS PRÉ-CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE</b> .....	355
<b>2.1 – A dinâmica de realização das Pré-conferências</b> .....	355
<b>2.2 - O método utilizado nas Pré-conferências e o seu papel educativo</b> .....	522
<b>2.3 – A participação nas pré-conferências de saúde e o trabalho de divulgação</b> .....	588
<b>2.4 – As propostas para a política municipal de saúde das Pré-Conferências</b> .....	611
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 7
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	700
<b>ANEXOS</b> .....	744
<b>Anexo A (Propostas do Distrito Continente)</b> .....	74
<b>Anexo B (Propostas do Distrito Sul e Leste)</b> .....	76
<b>Anexo C (Propostas do Distrito Norte)</b> .....	80
<b>Anexo D (Propostas do Distrito Centro)</b> .....	82
<b>Anexo E (Lista de Presença Distrito Continente)</b> .....	84
<b>Anexo F (Lista de Presença Distrito Sul)</b> .....	88
<b>Anexo G (Lista de Presença Distrito Leste)</b> .....	91
<b>Anexo H (Lista de Presença Distrito Centro)</b> .....	94
<b>Anexo I (Fotos Distrito Continente)</b> .....	98
<b>Anexo J (Fotos Distritos Sul e Leste)</b> .....	100
<b>Anexo K (Fotos Distrito Norte)</b> .....	101
<b>Anexo L (Fotos Distrito Centro)</b> .....	104

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso apresenta reflexões sobre a participação da população de Florianópolis nas etapas das Pré-Conferências de Saúde da 8ª Conferência Municipal de Saúde. Desta forma pretendemos analisar a partir de uma experiência de participação em todas as Pré-Conferências dos Distritos Sanitários, uma busca de conhecimento sobre a efetividade do controle social na saúde do município. Sendo desta forma, o controle social, um potencial mobilizador e articulador de movimentos para promoção de saúde de toda população, principalmente de comunidades marginalizadas de Florianópolis onde o acesso a serviços e bens de consumo é dificultado.

O referencial teórico deste estudo bebe das fontes da Reforma Sanitária, movimento organizado dentro e fora dos muros institucionais do país em anos de ditadura, época onde o povo teve seus direitos mais essenciais como a saúde negado e sua voz calada. Este movimento tem responsabilidade em grandes mudanças neste cenário: a abertura do Estado, a mobilização popular para um projeto de saúde que contemplasse a maioria do povo brasileiro, e a construção de um entendimento crucial na área, o debate sobre o conceito ampliado de Saúde. Saúde em seu sentido amplo, como uma totalidade de fatores (econômicos, políticos e sociais) que influem no bem-estar dos sujeitos individuais e coletivos, caracterizado por NETO (2003, p.130):

Isto é, a política de Saúde é vista e compreendida como a convergência das políticas sociais e econômicas para a produção da qualidade de vida e do bem-estar coletivo, ou seja, como política global.

A capacidade destes sujeitos de conquistar sua autonomia nas escolhas da saúde de seu município, participando dos espaços e deliberando *com* a gestão é compreendida neste trabalho como fator fundante de um processo de libertação da sociedade brasileira.

A Educação Popular enquanto método de aproximação entre o Estado e sociedade civil e entre as convicções e lutas dos setores progressistas permeia o debate de um controle social que não se limite apenas aos moldes institucionalizados de participação e mobilização social. Em conjunto com os movimentos sociais e lideranças populares, o controle social pode dimensionar a atuação destes para multiplicar os atores políticos em uma conscientização que alcance os cenários de *participação da comunidade* instituídos pela Lei complementar 8.142/1990.

Acompanhar a implementação e o desenvolvimento do campo do controle social, tão

complexo na saúde (e em outras áreas sociais) apesar de demandar cuidados de análise e observação cautelosa, também tem um valor sem igual, já que pude desde o início de minha vida acadêmica participar de espaços de mobilização social, vendo esta como a única saída para a transformação da sociedade em que vivemos. A experiência que tive junto aos espaços do Movimento Estudantil, com o Centro Acadêmico Livre de Serviço Social (CALISS) e o Diretório Central dos Estudantes (DCE) contribuiu muito para aprofundar a ação política e afirmar um posicionamento crítico baseado na prática dinâmica da mobilização estudantil de maneira criativa, propositiva e sempre bem fundamentada. O trabalho que desenvolvi nas gestões destas entidades de representação estudantil contribuíram teoricamente para uma compreensão da situação Latino Americana e seus diferentes desdobramentos nas Instituições de Ensino Superior, capacitando-me em inúmeras atividades coletivas de organização autônoma e popular, despertando meu interesse por respostas à Questão Social através da mobilização vinculada a realidades locais.

O campo da saúde potencializou este interesse colocando-me em contato com a atenção primária através do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde da Família (PET-Saúde) no ano de 2010 e no estágio obrigatório nos semestres de 2011, junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Distrito Sanitário Centro (NASF-Centro) em Florianópolis. Com o PET-Saúde pude desenvolver um trabalho interdisciplinar com abordagem a estudantes de 7ª séries da Escola Getúlio Vargas, no bairro Saco dos Limões, sobre conteúdos como drogas e direitos sexuais e reprodutivos, utilizando os círculos de cultura com método de aproximação. Junto ao NASF o primeiro semestre de estágio serviu para me inserir no cotidiano institucional dos Centros de Saúde e do trabalho fundamental realizado pelas Equipes de Saúde e dos próprios Núcleos. O semestre de 2011.2, por sua vez, foi um referencial em minha vida profissional, já que em meu estágio pude desenvolver um trabalho de mobilização da rede sócio-comunitária e institucional no sentido de gerar discussões sobre a saúde das áreas adscritas do Centro de Saúde Trindade (Morro da Penitenciária, Trindade e Serrinha) e para a criação do Conselho Local de Saúde da Trindade, hoje consolidado e atuante na região. Esta duas experiências na área da saúde desde o início puderam servir de canal para minha militância convicta e um agir coerente com a crítica apreendida e posta em prática em anos de faculdade. Em especial o trabalho de mobilização desenvolvido junto ao Centro de Saúde Trindade e as comunidades de sua área deram aporte para a materialização do horizonte que sempre vislumbrei como ideal para transformação da sociedade e, especificamente, da situação de vida das comunidades em

Florianópolis: o processo organizativo da população em resposta aos espaços de participação institucionalizados (e por vezes burocráticos) existentes hoje no município. Este é o tom que tentaremos empreender neste trabalho, o questionamento sobre como andam os espaços de participação da comunidade e se estes dão estímulo à organização comunitária, para que esta busque respostas para a situação da saúde em sua localidade.

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer e refletir sobre a participação na construção da Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis a partir de uma análise das Pré-Conferências, enquanto primeiro contato e espaço privilegiado pela proximidade com a população usuária nos Distritos. Os objetivos específicos são: observar o processo de organização, divulgação e mobilização das 5 Pré-Conferências de Saúde; e, observar e descrever a dinâmica de realização das Pré-Conferências de Saúde.

O método de pesquisa utilizado neste trabalho foi um estudo exploratório envolvendo pesquisa participativa e de análise documental. Através do método de estudo exploratório que segundo TRIPODI (1975) *tem a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias a fim de fornecer hipótese pesquisáveis para estudos posteriores*, utilizando-se do meio da observação participante as descrições estão em forma quantitativa e qualitativa. Ao realizar pesquisa participativa nas Pré-Conferências meu foco se deteve em sua maioria à observação e registro. Todos os registros foram feitos no momento das pré-conferências, sendo o total de cinco (5) Pré-Conferências, uma (1) para cada Distrito Sanitário, mas com o acontecimento concomitante das Pré-conferências dos Distritos Sul e Leste. O trabalho foi realizado através de pesquisa empírica em quatro Pré-conferências (dos Distritos Sanitários Continente, Sul, Norte e Centro). No processo de pesquisa não me detive apenas em registrar os aspectos de falas, debates, impressões, mas em alguns momentos me aproximei de profissionais e usuários para saber suas impressões sobre toda organização do evento. Também houve um contato mais próximo de Marcos Pinar, acessor técnico da Secretaria Municipal de Saúde para fins de controle social, que me auxiliou com inúmeras informações desde o momento das atividades até minhas visitas à Secretaria Municipal de Saúde para esclarecer detalhes importantes para este trabalho. Análises junto ao site da Secretaria Municipal de Saúde também auxiliaram esta pesquisa. Documentos como as listas de presença das Pré-conferências, os relatórios de propostas das Pré-conferências e o relatório final da Conferência Municipal de Saúde também foram utilizados para a pesquisa.

O presente estudo foi dividido em 2 capítulos onde na primeira parte fazemos um retrospecto da história de conquista do direito de participar, com o Movimento de Reforma Sanitária e a promulgação da Constituição de 1988 e conseqüente criação do SUS. Neste

capítulo ainda abordamos a trajetória de implementação da Lei 8.142/90, com os desafios da conjuntura neoliberal às práticas exercidas nos Conselhos e Conferências.

No 2º Capítulo há, inicialmente, uma descrição detalhada das Pré-Conferências nos quatro (4) Distritos Sanitários, considerando o formato destas Pré-Conferências e o método utilizado nos encontros, a forma de organização e divulgação das Pré-Conferências. Caracterizamos algumas propostas com debates que perpassaram os quatro (4) encontros dialogando com a problemática da grande ausência de usuários (diga-se *comunidade*) e seu papel transformador. Por fim, nas considerações finais pontuamos sugestões para um trabalho mais próximo à comunidade.

Um tema como o abordado neste Trabalho de Conclusão de Curso tem contribuições grandiosas para a área do Serviço Social. A profissão, permeada de contradições tem como categoria importante o protagonismo dos sujeitos e o papel de educador político que o Assistente Social tende a exercer para mudar a realidade de opressão vivida pela maioria da população brasileira. É possível ao profissional da saúde ver o usuário dos serviços não apenas como uma possibilidade de alteração do jogo político, mas construir *com ele* uma forma de fazer política que dê sentido à sua ação *no mundo* e *com* as pessoas ao seu redor, auxiliando no papel de facilitador da possibilidade de conscientização que gere vida e esperança, consolidando, por isso mesmo, as conquistas do Sistema Único de Saúde através do fortalecimento de lutas pelos direitos, hoje minados por uma política de saúde privatista e pragmática

## Capítulo 1 - A participação no Sistema Único de Saúde

Observar as Conferências de Saúde e Conselhos de Direitos e Políticas Sociais como instâncias participativas resultantes do processo de democratização do Estado brasileiro leva-nos a esboçar um pouco a respeito da trajetória que a saúde e, de maneira mais ampla, a sociedade brasileira tomou para chegar aos mecanismos de participação no SUS hoje.

Baseando-se na concepção de Estado Ampliado de Gramsci podemos compreender melhor os mecanismos de influência da população nas decisões governamentais. PAIM (2008, p. 39), nos dá apontamentos da influência desta categoria e do pensamento em geral de Gramsci na Reforma Sanitária Brasileira:

A opção pelo marxismo, enquanto corrente teórica (PAIM, 2006b), e pelo pensamento desse filósofo da Práxis deve-se ao fato de suas categorias de análise serem passíveis de contextualização para a realidade brasileira, além de terem fundamentado, segundo alguns autores, a concepção de Reforma Sanitária Brasileira (GALLO; NASCIMENTO, 1989, GRYNSZPAN, 2005) e serem utilizadas para esboço de uma teoria para tal reforma (OLIVEIRA, 1988), alvo de produtiva polêmica (CAMPOS, 1988a, FLEURY, 1988a, CAMPOS, 1988b).

PAIM (2008, p.40) nos apresenta assim a contribuição o qual nos interessa mais neste estudo, qual seja, a categorização do conceito de Estado, tomado antes da teoria gramsciana como separado da sociedade civil:

A partir da contribuição gramsciana ao marxismo, realiza-se uma crítica à dicotomia Estado (concebido como sociedade política) e sociedade civil, quando esta “distinção metodológica é transformada e apresentada como distinção orgânica” (GRAMSCI, 2000b, p.47). Esta confusão entre sociedade civil e sociedade política pode ser explicada por se incluir na noção geral de Estado: “elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil” (GRAMSCI, 2000b, p. 244).

Seguindo uma visão da conjuntura do período ditatorial Carlos Nelson Coutinho (2002) nos mostra como o momento vivenciado pôde caracterizar-se com uma separação entre Estado e sociedade civil:

Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças. Este contexto caracterizou uma pseudodicotomia entre Estado e sociedade civil e uma pseudo-homegeinização dessa última como se ela fosse composta unicamente por setores progressistas, ou pelas classes subalternas. A sociedade civil era tratada como a condensação dos setores progressistas contra um Estado autoritário e ditatorial, tornando-se comum falar da necessidade do controle da sociedade civil sobre o Estado (COUTINHO, 2002, apud CORREIA, 2009, p.123-124)

PAIM (2008, p. 40-41) argumenta da importância do referencial marxista gramsciano para uma análise lúcida da atuação do Estado na fase em que se encontra no capitalismo em nosso país, destacando que uma das primeiras vezes em que esta teoria auxiliou na

compreensão de processos políticos teve como cenário o período de regime ditatorial:

No Brasil, uma das primeiras utilizações das categorias gramscianas para a análise da realidade brasileira teve como foco o “golpe de classe” de 1964 (DREIFUS, 1981), (...)

O estudo das contribuições marxistas para uma “teoria crítica do Estado” (GRUPPI, HABERMAS, 1986), tem favorecido um entendimento mais aproximado do papel do Estado no capitalismo, particularmente, do sentido das políticas sociais (OFFE, 1984). Na medida em que a determinação econômica é insuficiente para a construção do conceito de classe social e para o exame do papel e das funções do Estado contemporâneo, caberia considerar a determinação política e ideológica, a partir das relações sociais. Essas relações sociais, políticas e ideológicas constituem os sujeitos e dão concretude à noção de natureza humana. Assim, a *filosofia da práxis*, em vez de confrontar o sujeito com as estruturas e sustentar um determinismo econômico, aponta possibilidades para a ação social e para a constituição daquele [...]

Essa abordagem rejeita a concepção instrumentalista do Estado, o fatalismo e a dicotomia entre o protagonismo do sujeito e as determinações estruturais, pois reconhece a autonomia relativa da práxis, inscrita no jogo das instituições e nas lutas sociais e de grupos. Ao contrário do que consideram alguns autores da Saúde Coletiva (BURLANDY; BODSTEIN, 1998, MINAYO, 2001) o marxismo, desde o 18 Brumário e as lutas sociais na França não se reduz ao componente da estrutura, nem subestima a subjetividade.

Desta forma, a *filosofia da práxis*, citada por PAIM (2008) vem a ser a ação histórica dos sujeitos sociais coletivos, pautada na capacidade de não se limitar apenas à estrutura econômica posta, mas também sendo influenciados e fazendo-se influência através da cultura das classes subalternas no Estado e pela sociedade civil:

É assim que, ao se utilizar o aparato teórico de Gramsci para analisar a relação Estado/sociedade civil, pode-se qualificar a expressão ‘controle social’. Primeiro, é preciso considerar que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica, visto que a separação é apenas metodológica, pois a sociedade civil é um momento do Estado. Segundo, deve-se levar em conta que a sociedade civil não é homogênea, nela circulam interesses das classes antagônicas que compõem a estrutura social. Terceiro, deve-se considerar a concepção ampliada de Estado que, na sua função de mantenedor da hegemonia da classe dominante, incorpora interesses das classes subalternas. É na luta para a incorporação desses interesses que se abre a possibilidade de as organizações das classes subalternas, presentes na sociedade civil, controlarem de alguma forma as ações do Estado e, conseqüentemente, influenciarem na alocação dos recursos públicos. Assim, o que há de fato é a disputa pelo controle social entre as classes para obtenção da hegemonia na sociedade civil e, conseqüentemente, no Estado. (CORREIA, 2005, p.54).

Desta forma tomamos como interpretação para este trabalho que os mecanismos de controle social, as Conferências e os Conselhos de políticas sociais – e, aqui, especificamente, a Conferência Municipal de Saúde – “são resultado do processo de democratização da sociedade brasileira” (CORREIA, 2009) e do Estado onde à medida que setores organizados na sociedade civil estão representados em sua composição, estes espaços institucionais podem influir na política de saúde e seus recursos.

O controle social, ou seja, o controle dos segmentos que representam as classes

subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização. (CORREIA, 2009, p.129)

De acordo com BRAVO (2006, p.83), o conceito de Controle Social foi historicamente tomado como do setor empresarial ou do Estado sobre a população, sendo usado este termo na sociologia clássica com esta concepção. Porém,

[...] o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

Uma forma de controle social histórica é a de controle do Estado sobre a população, sem qualquer forma de influência desta nas decisões. A ditadura militar ao contrário do que podemos imaginar também teve seu controle social, mas a diferença crucial estava no fato deste controle ser exercido por setores conservadores do Estado (no controle do poder) em relação aos grupos progressistas da sociedade civil, por meio de muita repressão e sem qualquer forma de negociação com os setores organizados da população, proibindo até mesmo a formação destes e calando-os. Diversos meios foram utilizados para controlar a população (Decretos, Atos Institucionais, além de mortes e tortura) com um único objetivo: promover a economia e fortalecer o capitalismo monopolista existente no país.

Segundo ESCOREL (2005) os anos de ferro da ditadura tiveram consequências drásticas para a questão social no país, já que apesar do crescimento econômico de 10,9% ao ano e do controle inflacionário, a extrema desigualdade e a falta de uma cobertura mínima da saúde pública para a população sem vinculação trabalhista levaram a um acirramento das forças políticas contrárias (governo e movimentos sociais). A saúde nestes anos era centralizada pelo governo federal, com atenção médica privada e apenas para trabalhadores formalmente vinculados e da área urbana, e a saúde pública resumia-se a campanhas pouco eficazes, sendo muito ineficiente, dados os poucos recursos (que à época chegavam a menos de 2% do PIB) e as péssimas condições de vida das regiões metropolitanas. Na década de 1970 ocorreu a maior expansão da Previdência até o momento, mas com a corrupção em níveis incontroláveis. A medicina, curativa, e o investimento na construção e reforma de clínicas e hospitais, bem como uma enorme expansão do número de faculdades particulares de medicina com enfoque na especialização e indústria médico-hospitalar e farmacêutica também fizeram parte das características da área da saúde neste período.

ESCOREL, NASCIMENTO & EDLER (2005) relata que com o fim do Governo Médici (1970-1974) havia muita insatisfação por parte da população dada a concentração de

riqueza e consequências sociais; e o desfavorecimento da Brasil na balança comercial, subordinação ao mercado mundial que tornou o país vulnerável às crises internacionais e perda do poder aquisitivo do salário mínimo e migrações urbanas piorou ainda mais as condições sociais. Como resultado em 1974 tanto as camadas populares quanto a classe média deixam claro nas eleições a negação de seu apoio ao regime e pesquisas são divulgadas sobre a situação da saúde pública e efeitos do modelo econômico, além de haverem denúncias sobre a saúde pública e sobre a saúde previdenciária. Há, neste contexto, a articulação de sindicatos de categoria da saúde com movimentos sociais para conquista da democracia e direitos.

Com os anos do governo do General Ernesto Geisel (1974-1979) há a reabertura do diálogo com movimentos sociais, abertura ‘lenta, gradual e segura’, sendo, em suma, forma de legitimação social do regime, fazendo frente ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB), único partido de oposição existente, e dando abertura para basear o início do movimento sanitário:

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo do general Geisel (1974-1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005, p. 67).

Segundo PAIM (2008, p.159-160) a Reforma Sanitária deixaria um legado que teria tido influência nas alterações dos serviços de saúde:

A reflexão teórica sobre a Reforma Sanitária fundamentaria uma práxis no sentido da superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde, a partir da mobilização de um bloco de forças políticas pelo movimento sanitário, sem perder o horizonte de transformações nos planos econômico, político e cultural. Assim, a “dinâmica contraditória introduzida pelas determinações situadas ao nível das lutas políticas na esfera da reprodução e dos valores e ideologias que se reproduzem no campo da saúde e no interior da prática médica” (TEIXEIRA, 1989, p. 19) revelou a participação de atores políticos na conjuntura, articulados ou não à classe trabalhadora, que apostaram no desenvolvimento da cidadania no Estado moderno.

Percebemos, por tanto, a ocupação de espaços institucionais do Estado por parte de setores progressistas vinculados à Reforma Sanitária para atuarem na luta pela alteração da política dentro da área da saúde, como observa SCOREL (2005, p.76-77):

Mesmo antes do advento da chamada Nova República, o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis. Articulado com as lideranças políticas do país, promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área da saúde, mas, sim, influir na sua adoção.

Programas e projetos como Montes Claros (MOC), o Plano de Localização de Unidades de Serviços (Plus), o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Prev-saúde e o Plano de reorientação da Assistência à Saúde na Previdência Social (Plano Conasp) com suas Ações Integradas de Saúde (AIS) foram algumas das formas de pressão criadas institucionalmente para transformação da estrutura de saúde e Previdência no Estado, tendo em comum aspectos como a regionalização, hierarquização, integralidade, participação popular, a universalização, acessibilidade, descentralização. A promoção de encontros por parte destes setores do governo também caracterizam formas de influência do pensamento advindo do movimento sanitário, exemplos disto são o I e II Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ocorridos em 1980 e 1985, respectivamente, e a reunião de Montes Claros em 1985, que apresentou princípios do I Simpósio e propostas como a Unificação do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

As ações no Estado demonstram não apenas a organicidade de Movimento de Reforma Sanitária, que atuando dentro das instituições deixa clara a existência de posicionamentos políticos opostos neste setor. Acima de tudo, estas ações simbolizaram um campo fundamental na tentativa de alteração da política de saúde e para dar corpo de discussão e chegar ao modelo do SUS. São, desta maneira, formas de luta política de setores progressistas do Estado para construção de uma hegemonia que beneficie a maioria da população, em concordância com a teoria de GRAMSCI, onde o setor político pode abarcar demandas dos trabalhadores (ou da maioria da população).

Da mesma forma nas ruas, fora das instituições, durante a década de 1980 um amplo processo de mobilização popular também ocorre, pressionando a ditadura, como relata KRÜGER (2008, p.77):

As mobilizações populares, profissionais e estudantis, as greves nas indústrias e no setor público, e o debate político e nas universidades forjaram uma situação inédita no contexto histórico brasileiro, através das indicações de elementos de um Estado de Bem Estar Social que se formalizou em 1988.

A mobilização popular, mais do que uma das formas de oposição à ditadura, foi essencial para mudar a situação política e social vivida no Brasil enquanto país com capitalismo tardio e economia dependente:

Enquanto a tendência mundial do capitalismo era a reestruturação produtiva e a retomada das concessões feitas em nome dos direitos democráticos, no Brasil se começava a dar alguns passos no sentido de alargar os mecanismos políticos democráticos da cidadania burguesa até então inexistentes. Esse arcabouço legal, que indicou algumas bases da cidadania e democracia moderna e alguma

possibilidade na redução das taxas de exploração do trabalho na sociedade brasileira, representou uma conquista social que só foi possível graças à mobilização dos setores populares no momento em que as forças ditatoriais agonizavam (KRÜGER, 2008, p.77)

Uma das mais importantes ações desenvolvida pelos setores progressistas do Estado brasileiro ainda viria: a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Contando com a presença de mais de 4 mil pessoas esta conferência foi um marco na história da saúde pública no país, sendo considerado “o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma de estratégias do ‘movimento pela democratização da Saúde em toda sua história’ ” (Rodrigues Neto, 2003 p.49, apud Escorel, Nascimento, Edler, 2005, p. 78) debatendo questões como a estatização (ou não), a forma de implantação deste novo sistema de saúde, a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde e aprofundando, acima de tudo, debates como o própria ampliação do conceito de saúde.

Nesta Conferência, de maneira oposta ao ocorrido nas Conferências anteriores, o quadro de participação da sociedade civil muda, através da composição de setores organizados nesta frente de debate que, mais tarde, construiria a proposta que sustenta o modelo SUS. Sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde, declara Correia (2005, p.62):

A participação no Sistema Único de Saúde na perspectiva do controle social foi um dos eixos dos debates dessa Conferência. Em seu relatório, a participação em Saúde é definida como o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde. O controle social do sistema é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como via imprescindível para a sua democratização.

O Movimento de Reforma Sanitária, composto por profissionais, intelectuais e lideranças da saúde – tem agora novos *agregados*, pois reunia uma gama de movimentos sociais, sindicatos e parlamentares para pressionar a Assembléia Nacional Constituinte com o objetivo de aprovar o SUS. Após muita disputa entre as diferentes forças políticas, conservadores e progressistas, a nova Constituição foi aprovada com enormes contradições (expressões da luta de setores representantes das diferentes classes), mas também com avanços significativos para a área da saúde. E o movimento sanitário, como lembra Eleutério Rodrigues Neto, teve papel fundamental na conquista setorial da Saúde na Constituição:

É aí que o movimento social permanentemente articulado para pressionar os constituintes acabou por ter um papel fundamental, a despeito da queixa de muitos de estarem trabalhando sob pressão. [...]

Apesar disso, nem todos os segmentos sociais entenderam essa possibilidade e investiram nela. Talvez o que se vai considerar como ‘avanço relativo’ da área da saúde tenha muito a ver com o investimento que o movimento sanitário fez sobre o processo, para assegurar que suas conquistas prévias fossem inscritas no texto

constitucional; era questão de lutar pelo reconhecimento do ‘direito adquirido’.  
(NETO, 2003, p. 93)

A saúde como direitos de todos e dever do Estado, a universalização (ambos pertencentes ao artigo 196); a descentralização, o atendimento integral, e a participação como diretrizes da saúde constantes no artigo 198 simbolizam os maiores ganhos.

Neto (2003, p. 139) destaca a respeito da conquista do SUS:

[...] a despeito de todas as críticas que os setores mais conservadores faziam ao modelo SUS, acusando-o de estatizante e atrelado às fórmulas socializantes e do *welfare social-democrata*, em declínio no mundo, o SUS conseguiu constituir-se como um forte instrumento de democratização da Saúde ao estabelecer alguns pilares, como a universalização do direito à Saúde, a equidade, a integralidade e o reconhecimento ao direito democrático da participação social de todos os seus atores no processo de elaboração e controle da execução das políticas e práticas de Saúde.

A diretriz da participação da comunidade, especificamente, vem afirmar a importância de uma nova forma de fazer política, não apenas na área da saúde, mas em todas as políticas públicas, tendo a população como protagonista e aproximando a gestão de serviços dos usuários. Resultado de pressões por parte da sociedade civil e do Estado, depois de anos de uma política centralizada junto ao governo federal e sem canais de comunicação com a população, este novo modelo teve como horizonte democratizar o Estado brasileiro. Em uma análise sobre os ganhos da Saúde com o texto constitucional, Neto (2003, p. 94) enfatiza a questão da democracia na saúde:

A avaliação das conquistas da Saúde deve ser feita em duas vertentes: a primeira, mais subjetiva, em relação aos aspectos gerais relacionados com a possibilidade e os riscos assegurados pela nova Constituição à saúde e à doença, respectivamente; [...] Em relação à primeira vertente, assume-se como questão de princípio que “quanto mais democracia, mais saúde”. Ainda que esta afirmativa não seja suficiente, considera-se que é absolutamente necessária e, nesse sentido, as conquistas referentes às liberdades e aos direitos individuais não deixam margem de dúvida sobre um significativo avanço formal na direção da democracia, [...]

O Artigo 198 da Constituição de 1988 estabelece diretrizes para o SUS: descentralização, integralidade e participação da comunidade. A partir da década de 1990 as Leis complementares 8.080 e 8.142 regulamentam o SUS no que tange às atribuições e competências da União, estados e municípios, bem como quanto à participação através das instâncias dos Conselhos e Conferências. Os Conselhos como instâncias colegiadas de caráter deliberativo e as “conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política específica nas três áreas de governo” (CORREIA, 2005, pág. 63). A Lei 8.080, datada de setembro de 1990, em seu Capítulo II, Art. 7º define princípios para as ações e serviços (públicos ou privados) que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, dentre eles: universalidade; integralidade; igualdade; descentralização; e, como destaque

desta pesquisa a participação da comunidade. Parágrafo VIII deste Artigo, a participação da comunidade transforma-se (após veto presidencial no governo Collor de Mello) na Lei complementar nº 8.142 em Dezembro de 1990, que *dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde* (Lei Nº 8.142/90). Esta Lei operacionaliza a participação através das instâncias colegiadas de Conferência de Saúde e Conselho de Saúde em cada esfera do de governo (municípios, Estados e União), sendo que *A Conferência reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde* (BRASIL, 1990a). Já o *Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.*(BRASIL, 1990a). Nos incisos 4º e 5º do mesmo Artigo a Lei define como paritária a representação dos segmentos e dispõe que as normas e funcionamento e organização ficarão a cargo de regimento próprio, aprovados pelo Conselho. A mesma Lei 8.142 também esclarece como será realizado o repasse de verbas para os Estados e Municípios, via Fundo de Saúde estabelecendo em seu Art. 4º que para receberem estes recursos, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal devem contar com: *I-Fundo de Saúde; II-Conselho de Saúde; plano de saúde; IV-relatórios de gestão; V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).*

A participação como uma diretriz do SUS é resultado de uma luta social e política que se organizou em torno do Movimento da Reforma Sanitária, mas que não esteve restrita ao seu campo. O movimento pela redemocratização brasileira tinha em sua pauta a reivindicação do reconhecimento de um amplo leque de direitos sociais inéditos em nossa história. E a reivindicação era de que estes direitos sociais se realizassem junto com acompanhamento, fiscalização, deliberação, avaliação e proposição da população. Por isto o SUS e os demais direitos sociais possuem em seu arcabouço legal diretrizes e princípios de participação popular.

A diretriz de participação da comunidade “significa a garantia constitucional de que a

população, através de suas entidades e movimentos, participará do processo de formulação das políticas sociais e do controle de sua execução nos três níveis do governo” (Krüger, 2008, p. 81)

A diretriz constitucional de *participação da comunidade* altera profundamente a relação entre a gestão de saúde e a população usuária em termos de legalidade, porém grandes desafios ainda encontram-se à frente deste projeto chamado SUS, pois a reestruturação do capital, iniciada após a crise de 1970, chega ao país com força na década de 1990 com sua ideologia neoliberal de quebra dos direitos sociais conquistados em lutas anteriores e a intencionalidade de projetos de reformas estruturais. Com este cenário posto, a implantação dos direitos agora reconhecidos tem que ultrapassar obstáculos maiores, com uma conjuntura econômico-política contrária a qualquer prática Estatal de reconhecimento de direitos que prejudique a expansão do capital e sua estratégia alternativa de lucro através da super-exploração. Como ressalta BRAVO:

Neste sentido, propõe-se reduzir a ação do Estado no enfrentamento da questão social através da redução dos gastos sociais em decorrência da crise fiscal (BRAVO, 2006, p.76)

A regulamentação e implementação dos direitos à saúde (SUS) e outros direitos sociais tem, em um contexto de perda do referencial progressista na democracia do país, a necessidade de existir e, “algumas leis para regulamentação sofreram vetos parciais ou totais no executivo” (KRÜGER, 2008, p. 77).

O SUS, “pautado na concepção de Estado democrático e de direito, tem no controle social com os conselhos e conferências, uma das suas inovações. Ao longo destes 20 anos tem sido atacado por iniciativas que tem por objetivo diminuir o potencial do papel do Estado de direito na implementação de políticas sociais (BRAVO, 2006). Nesta estratégia conduzida pelo capital para desresponsabilização do Estado sobre os rumos do que é público, o SUS sofre o risco de ter suas bases alteradas pois:

O projeto saúde articulado ao mercado ou reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços no nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (BRAVO, 2006, p.78-79)

Como explica BRAVO (2006), “a questão central continua sendo o desfinanciamento das políticas sociais e sua submissão às políticas econômicas” e com este desfinanciamento

“a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida” fortalecendo um projeto de política focalista, de um SUS voltado para os pobres. Ressalta NETO (2003, p.139):

No Brasil, pode-se, sim, dizer que o SUS foi e está sendo comprometido pela política neoliberal, mas na perspectiva do seu brutal desfinanciamento, como consequência das políticas de ajuste fiscal e do monetarismo vigente.

Nesta conjuntura de iniciativas e desmonte das políticas públicas a realização de um controle social eficaz torna-se dificultado pelos entraves macro-econômicos, apesar de ser imprescindível para transformar a realidade posta:

Neste contexto adverso, o compromisso tem que ser com o debate público, a participação democrática que possibilita aos cidadãos organizados interferir e deliberar nas questões de interesse coletivo, em busca de proposições para resolver conflitos. (BRAVO, 2006, p.77)

De acordo com CORREIA (2009), três projetos são apresentados para a política de saúde brasileira, o do capital, com “reformas recomendadas pelo Banco Mundial”; o projeto que defende o SUS e seus princípios, vinculados ainda à proposta de reforma sanitária; e, ainda o projeto do setor privado, compondo este grupo de interesse donos de hospitais, diretores de hospitais filantrópicos e beneficentes, grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, que tem “aliados no governo e na burocracia estatal, e tem conseguido influenciar a política de saúde” de acordo com o projeto neoliberal.

CORREIA (2009) explica ainda que apesar dos ataques ao projeto de SUS pensado pela reforma sanitária – e ainda em fase de implementação, alguns setores organizados tem conseguido contrapor-se à investida neoliberal: Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Plenárias Nacionais de Conselheiros de Saúde e Conselhos de Saúde nas três esferas, principalmente no Conselho Nacional de Saúde, que tem contribuído para frear a implementação de muitas recomendações do Banco Mundial para a política de saúde no país. Deixando claro, a partir da própria exposição do autor, que esta ação de resistência teve origem nas representações progressistas deste órgão:

Não houve um automatismo das imposições econômicas dos organismos financeiros internacionais na política nacional de saúde, devido às resistências das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas. Esses interesses se expressaram no CNS e deram o seu sentido político predominante em defesa da saúde pública universal, criando resistências às contra-reformas recomendadas pelo BM. (CORREIA, 2009, p.135)

Observamos, porém que estes mesmos órgãos como os conselhos e as conferências dependem de certa organicidade por parte dos movimentos sociais que o compõem,

sabendo-se que estes é que darão condução para os respectivos representantes. Ora, todas estas mudanças nas condições históricas causam impacto também na atuação dos movimentos sociais, como analisa NETO (2003, p. 139-140) e BRAVO (2006, p. 79):

Todavia, se foram enfrentadas adversidades decorrentes do nosso processo histórico recente, também houve um certo esgarçamento do *movimento* social que dava suporte e pressionava pela Reforma Sanitária, explicado, talvez, pelas mesmas razões históricas que têm comprometido o próprio processo de democratização, associado ao período de compreensão das políticas sociais e, também, pelo corporativismo que, em muitos momentos, tem imobilizado os avanços sociais genuínos.

Neste contexto [...] diversas entidades progressistas têm substituído suas lutas coletivas por lutas corporativas, restritas a grupos de interesses. Essa concepção está de acordo com o ideário das classes dominantes que tem como perspectiva a americanização da sociedade brasileira, neutralizando os processos de resistência com a utilização de estratégias persuasivas, obrigando os trabalhadores a uma prática política defensiva (Viana, 1999). O projeto coletivo, cuja construção iniciou-se nos anos 1980, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa.

Segundo BRAVO (2006) com todas as mudanças no mundo do trabalho, compreendidas entre qualificação e desespecialização da classe trabalhadora, precarização e intelectualização de setores da indústria, “a classe trabalhadora fragmentou-se, heterogeneizou-se e complexificou-se ainda mais” tornando mais difícil a organização do movimento sindical e criou “obstáculos na constituição de uma consciência de classe” necessária para uma resistência à reestruturação produtiva. A ineficiência dos partidos de esquerda para defesa da seguridade social e da Reforma Sanitária também é outro aspecto abordado pela autora. BRAVO (2006, p.82) ainda aponta dois movimentos como parte desta refração na ação política:

O movimento popular tem priorizado a disputa com o poder local e também encontra-se com dificuldade de mobilização e organização de uma agenda que contemple as políticas sociais e a saúde em particular. Suas lutas têm se concentrado nas reivindicações locais por políticas setorializadas e, muitas vezes, assistencialistas.

O movimento sanitário, sujeito político fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 1980, ficou recuado a partir dos anos 1990. As suas principais entidades não estão conseguindo articular propostas nacionais em defesa da Reforma Sanitária. A agenda de lutas tem se restringido à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, por sua vez, não engloba todas as proposições da Reforma Sanitária com destaque para a intersetorialidade e a necessidade de reformas sociais mais amplas.

Com esta conjuntura nos movimentos sociais fica visível na década de 1990 uma postura meramente reacionária aos ditames governamentais, oposta à ação destes nos anos 1980, que praticavam uma constante proposição às políticas públicas.

Além dos problemas enfrentados pelos setores progressistas com relação às políticas neoliberais também podemos caracterizar com base em KRÜGER (2008) várias situações

complexas e que também merecem atenção nas políticas de participação. Uma das situações enfrentadas seria em alguns casos a relação onde os representantes dos movimentos sociais nos Conselhos e Conferências tendem a ser manipulados conscientemente para *ajudar* as administrações públicas, quando há disputa de recursos orçamentários para o setor executivo, enquanto que estes tem certo grau de suas demandas atendidas para legitimação de suas lideranças, o que KRÜGER (2008) denomina de *relação de cumplicidade*. Certo é que para setores conservadores da sociedade e do Estado estes espaços de participação não são vistos da mesma forma que a esquerda concebe:

A diferença é que, pelos liberais, eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, e pela esquerda como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder. (BRAVO, 2006, p.85)

A falta de capacitações de conselheiros também “é colocada pelos próprios conselheiros, assim como pelos analistas do tema, como um impasse decisivo para decisões autônomas” (KRÜGER, 2008, p.86). Lembrando a importância da formação que os conselheiros tem, já que, além de participarem dos espaços dos Conselhos, estes tem por função também fiscalizar a implementação das propostas construídas nas conferências.

Em relação às conferências a autora destaca que as plenárias podem ser “espaços de manipulação, de reivindicações isoladas, de propostas consistentes e de experiências bem sucedidas”, e que as propostas perdem um pouco do seu sentido original durante todo processo de debate, de relatoria e de aprovação. KRÜGER (2008, p. 86) também destaca:

È um processo saturado por contradições, uma vez que muitas reivindicações estão aquém dos princípios constitucionais em relação aos direitos sociais e aos de saúde, outras são contraditórias em relação aos princípios de universalidade e integralidade por priorizarem necessidades de determinados grupos sociais ou interesses corporativos.

A autora sugere que esta situação ocorre provavelmente devido ao “pouco acúmulo que segmentos populares têm de luta política”. Com relação a este pouco acúmulo BRAVO (2006), lembra de todo processo histórico de exclusão das decisões políticas que segmentos organizados da sociedade civil tiveram ao longo da construção desta cultura política em nosso país, sabendo-se do autoritarismo do Estado brasileiro e da “desarticulação da sociedade civil na atual conjuntura provocada pela alterações na forma de produção e gestão do trabalho frente às novas exigências do mercado oligopolizado”, conforme já citado neste trabalho. A afirmação a seguir pode esclarecer bastante o aspecto de exclusão política, ou podemos dizer, exclusão política formal em dispositivos legais:

As classes subalternizadas, embora participantes ativas na produção de riquezas do país, não influíram na sua direção política e cultural nem partilharam com

equidade dos bens produzidos, não sendo cidadãos de direitos sociais, econômicos e políticos. (BRAVO, 2006, p. 93)

Ainda assim concordamos que esse espaço vem a ser como menciona KRÜGER (2008, p.86-88), “o grande espaço de inserção e vocalização de inúmeros grupos sociais: associações de moradores, pastorais, associações de portadores de deficiências ou patologias (hanseníase, oncologia, renais, celíacos, deficiência visual ou física etc.), mulheres, agricultores, índios e negros que historicamente não tinham espaço para apresentar e publicizar suas demandas”, além de cumprirem um papel pedagógico na educação política, socializando o debate do SUS e qualificando conselheiros (pág.88).

Seguindo esta lógica, confirmada por KRÜGER (2008), nos vemos novamente na conclusão de que a resposta para uma atuação dos conselhos e conferências que corresponda às exigências e desafios na atual conjuntura provém principalmente da relação de organicidade dos representantes e participantes ativos destes espaços participativos com suas bases, com seus movimentos sociais, com discussão sobre as posições políticas nos conselhos e conferências além de agendas de lutas sociais que ultrapassem este cenário.

KRÜGER (2008, p.89) analisa de maneira lúcida as conquistas realizadas com os espaços constitucionais de *participação da comunidade* regulamentados pela Lei 8.142/90:

A implementação da diretriz constitucional de participação da comunidade para as políticas sociais não promoveu mudanças de paradigmas, mas abriu um espaço para os segmentos populares começarem a conhecer e debater a agenda pública estatal. Por tanto, esse espaço tem que ser ocupado e qualificado com bases nos interesses e necessidades coletivas.

No que diz respeito à gestão do governo Lula e o Partido dos Trabalhadores, a década de 2000 para a Saúde no país esteve, segundo PAIM (2008) sempre envolvida com uma ambiguidade política: ao mesmo tempo em que tentava minimamente realizar ações coerentes com o SUS, também era refém do jogo macro-econômico, que não via como prioridade as políticas sociais.

Muitos setores do Ministério da Saúde na gestão do Governo Lula tiveram seus cargos preenchidos com quadros que eram adeptos da Reforma Sanitária Brasileira, sendo todas as secretarias contempladas com dirigentes do movimento (PAIM 2008). Este talvez tenha sido um dos grandes avanços por parte do governo Lula em suas duas gestões, onde a própria estrutura do Ministério foi organizada de forma a priorizar assuntos senão relevantes à RSB em sua totalidade, ao menos ao SUS. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), da Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) nomeando Sérgio Arouca, importante liderança no movimento sanitário, como

primeiro Secretário, foram ações positivas no sentido de fortalecer o Ministério da Saúde e suas políticas (BRAVO, 2009) (PAIM, 2008).

A avaliação positiva da política de saúde no Governo Lula deve-se a iniciativas caracterizadas por PAIM (2008, p.250):

[...] a exemplo da ampliação da atenção básica através do PSF, da implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da política de Saúde Bucal. Os esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar, urgências, “média e alta complexidade”, bem como a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a aprovação dos Pactos pela Saúde, também podem ser consideradas intervenções relevantes para o SUS (BRASIL, Ministério da Saúde..., 2006c)

Porém grandes problemáticas enfrentadas pelo próprio Ministério como a rotatividade de equipes e Ministros, escândalos de corrupção como o “mensalão” em 2005 e, principalmente, o segmento da política de ajuste macroeconômico prejudicaram o desenvolvimento dos setores de políticas sociais em sua integralidade. Em relação a isto BRAVO (2009) nos lembra que “a questão do desfinanciamento é a mais séria pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política social, de precarização e terceirização dos recursos humanos”. Alguns exemplos do desfinanciamento do SUS nos primeiros anos de governo Lula são lembrados por BRAVO (2009, p. 105):

[...] proposta de desvinculação da CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda, de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde”, incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar, o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS.

Citando CARVALHO (2006), PAIM (2008, p.250) também destaca pontos a respeito do que denomina “embate econômico X social”:

O uso de 5 bi do fome zero contabilizado duas vezes, uma saúde e outra como Fome Zero; a defesa de gasto com saneamento como responsabilidade financeira da saúde; a tentativa de desvinculação das receitas dos estados e municípios diminuindo a base do percentual dos recursos da saúde [...]; a farmácia popular como a introdução oficial o co-pagamento na saúde; [...] débito de 2 bilhões de reais da União com a saúde como somatória dos anos 2001, 2002, 2003 por descumprimento da EC-29; [...]; 101 caixinhas de repasse, características dos planejamento normativo centralizado; [...]; 10 portarias a cada dia útil; [...] iniquidade de dar mais para quem mais pede e tem: o Complexo Médico Industrial, Comércio e Midiático”

Apesar de ter sido ampliada, a Participação Social não mostra diferenças tão grandes quanto aos problemas enfrentados até então, quando falamos do período do governo Lula. Segundo PAIM (2008), questões como a falta de capacitação de conselheiros, burocratização, corporativismo e a “partidarização e disputa de interesses dos conselhos em

razão da interferência política, são apenas algumas das problemáticas do período. A falta de autonomia na participação social é um dos pontos mais citados na gestão do PT, autonomia questionada por participantes dos Conselhos devido à inclusão de quadros do governo junto às instâncias de participação da comunidade, como nos mostra PAIM (2008, p.248-249):

Não obstante as conquistas na democratização do Estado no setor saúde, os conselhos parecem reproduzir os velhos problemas da política convencional, particularmente no caso em que partidos de sustentação do governo são os mesmos dos conselheiros: “há uma dificuldade no governo Lula, decorrente do fato de que grande parte da militância da saúde é composta por representantes de partidos que estão na base do governo” (FEGHALI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, pag. 246)

Um ponto importante de destacar em relação à Participação Social junto à gestão do governo Lula é o acontecimento da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2003. Esta Conferência foi um evento esperado com expectativa pelos setores progressistas, já que a idéia de retorno às propostas da Reforma Sanitária e consolidação do SUS eram tidas como certas para as ações do governo Lula. Outros motivos são o envolvimento de Sérgio Arouca com a preparação da Conferência, além de militantes históricos da Reforma Sanitária como Eduardo Jorge, Ana Maria Costa e Sarah Escorel. A divisão em dez eixos temáticos também foi outra surpresa, “sinalizando para os alvos de políticas de saúde do governo que se iniciava. (PAIM, 2008, p. 243). Apesar da expectativa esta Conferência que “teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde” (BRAVO, 2009, p. 103), esta não conseguiu alcançar o nível de ações que o movimento sanitarista havia esperado, apesar dos esforços empreendidos. Esforços ainda anteriores à 12ª CNS, que, segundo BRAVO (2009) teve em eventos importantes em 2003 como o 5º Congresso Nacional da Rede Unida, o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 41º Congresso Brasileiro de Educação Médica o papel de pré-conferência cumprido. O método utilizado durante a 12ª CNS também contribui para uma escolha adequada das propostas, como ressalta ESCOREL & BLOCH (2005, p. 110):

Tanto a escolha dos delegados quanto a elaboração do documento-base para ser discutido na etapa nacional se deu de forma ascendente. Foram realizadas conferências municipais e estaduais, nas quais as discussões seguiram a estrutura proposta pelo Conselho Nacional de Saúde, em torno dos dez eixos temáticos.[...] A partir de experiências de conferências anteriores, nas quais foi observado que apenas um dia de plenária realizada no último dia da conferência não era suficiente, a programação da 12ª CNS contou com dois dias para a realização do processo final de votação, garantindo assim sua objetividade e legitimidade (Noronha, 2003).

Mesmo com esta preocupação por parte de membros do Ministério da Saúde e de algumas entidades a 12ª CNS foi considerada como inacabada, dado o fato de seu relatório

não ter concluído a aprovação de todas as propostas na plenária final, senão apenas os denominados ‘aspectos polêmicos’, e os demais assuntos ficando a cargo de votação em domicílio. Somente em setembro de 2004 o Relatório Final da 12ª CNS foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (SCOREL; BLOCH, 2005, p.112). BRAVO (2009, p.104) considerou como prejudicial esta questão de método de aprovação do Relatório final:

Esse fato tem sérias consequências como, por exemplo, a falta de debate para votação das propostas e, principalmente, a não influência das deliberações da conferência na elaboração das diretrizes a serem seguidas na política de saúde. A convocação da conferência, a partir do exposto, não conseguiu ser um mecanismo de democratização da política de saúde.

SCOREL & BLOCH (2005) caracterizam que a *ausência de uma carta política da 12ª CNS sugere a hipótese de que os atores políticos na 12ª CNS confundem-se (ou as suas propostas) com o governo* sinalizando para o problema da simbiose entre membros da gestão Lula com os movimentos empreendidos na saúde, tendo por risco a mera legitimação dos primeiros como objetivo. Já PAIM (2008, p. 247) sugere que a preocupação do movimento sanitário em contribuir para que a 12ª Conferência *não ficasse um evento parado no ar* (EDITORIAL, 2004, p. 189) pode revelar a noção de que o formato das conferências não segue mais a lógica de redefinição advinda da 8ª CNS de 1986.

Outra questão negativa levantada nos anos de governo Lula refere-se à Reforma da Previdência e à desvinculação da discussão sobre a Seguridade Social.

PAIM (2008) nos mostra como a trajetória da saúde levou o movimento de Reforma Sanitária a distanciar-se do polo institucional e de uma gestão governamental que neutralizava a possibilidade de implementar políticas condizentes com o projeto sanitário para o país. Mais do que um afastamento, as ações do Movimento Sanitário deram foco a uma aproximação com a sociedade civil e ações de fortalecimento do movimento.

No governo Lula ocorre um desvio dos princípios da Reforma Sanitária por parte dos quadros ligados à gestão, como nos mostra SOARES (2010, p. 342):

[...] Todavia, no governo Lula, se corporifica um novo projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto *SUS POSSÍVEL*, defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

Um transformismo de lideranças dos movimentos trabalhistas com valores neoliberais também acompanha essa nova fase da saúde e a partir da colaboração dos defensores do projeto SUS possível, a gestão Lula lança bases para a entrada das Fundações Estatais de Direito Privado em gestões de instituições da saúde. Por meio do projeto de Lei 92/2007 um modo de gestão privatizada, com autonomia de gastos, contratação, gestão de

recursos humanos, PCCS e sem controle social (SOARES, 2010, p. 343-344). Um segundo projeto lançado em 2007 pelo governo que condiz com esta lógica de contra-reforma é o “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2001”, que ligado ao Programa de Aceleração do Crescimento concebe *a saúde como campo estratégico de integração do país, num novo patamar de desenvolvimento*. O perigo destas ações está no fato de que estes dois projetos contém elementos da racionalidade instrumental do Estado burguês e também na lógica de que os problemas do SUS são vistos como questões de ordem gerencial e de gestão, para justamente fundamentar as Parcerias Público-Privadas na gestão da saúde (SOARES, 2010, p. 343-344).

Com os planos adotados pelo governo no sistema de saúde, algumas formas de pensar a política social perpassam as instituições e se concretizam no cotidiano dos serviços: tecnificação; ampliação restrita; ênfase na assistência precária, fragmentada e focalizada; privatização e mercantilização da saúde pública; precarização e superexploração do trabalho e promoção da saúde restrita (SOARES, 2010, p. 346)

Todas estas situações de ataque aos princípios da saúde pública, pensada como projeto de Reforma Sanitária leva os setores ainda resistentes do movimento organizado da área a distanciar-se do governo. Com o afastamento da gestão Lula, ou melhor, com a aproximação da sociedade civil, por parte do Movimento de Reforma Sanitária novas possibilidades estariam abertas para uma mudança de paradigma na área.

Um fato positivo da ação do Ministério da Saúde em 2003 foi a criação de um setor voltado para a área da participação social e Educação Popular em Saúde: a *Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social* que faz parte do *Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP)*, e que integra a *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (SGEP)*. (GUIMARÃES, 2009)

Estes setores, além de terem como objetivo gerenciar e estimular a questão participativa no país, através do controle social, também se caracterizam pela opção ao método de Educação Popular (EP) e apoio à *mobilização dos movimentos sociais pelo direito à saúde* (BRASIL, 2013b). Como uma das ações formalizadas do DAGEP, a Educação Popular é vista como um instrumento facilitador das relações entre a sociedade civil e o Estado, fortalecendo o diálogo entre os setores nas duas instâncias que estão interessados na construção de uma política participativa:

O fortalecimento da mobilização da sociedade em defesa do Sistema Único de Saúde pressupõe um diálogo permanente e articulado com os movimentos populares que lutam pelo direito à saúde, visando a efetiva ampliação e qualificação da participação nos espaços de formulação, monitoramento, avaliação

e fiscalização das ações de saúde. Esse processo de diálogo com as entidades da sociedade civil se estabelece, também, mediante o reconhecimento dos múltiplos saberes e na efetivação de diversos canais de comunicação entre os cidadãos e o governo. Com essa perspectiva, a promoção da educação popular é um dos dispositivos que permite aos sujeitos envolvidos o reconhecimento dos fatores determinantes sociais na saúde, favorecendo, assim, intervenções para a melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 2013c).

Antes de se transformar em política do governo a Educação Popular já fez parte da história de ações da Saúde:

No vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão se configurando iniciativas de busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico [...]

O setor Saúde é exemplar neste processo. Nos anos 70, junto aos movimentos sociais emergentes, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, onde profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. [...]

Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor Saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. (BRASIL, 2007, p.19)

A Educação Popular se define a uma aproximação de intelectuais latino-americanos que desde a década de 1950 se aproximaram da realidade popular, buscando um novo método oposto ao autoritarismo das elites e que:

Foram descobrindo que as classes populares, ao contrário de uma massa de carentes passivos e resistentes a mudanças, eram habitadas por grandes movimentos de busca de enfrentamento de seus problemas e por muitas iniciativas de solidariedade. Tinham um saber muito rico que as permitia viver até com alegria em meio a situações tão adversas. Esses intelectuais foram descobrindo que, quando colocavam o seu saber e o seu trabalho a serviço dessas iniciativas populares, os resultados eram surpreendentes. (BRASIL, 2007, p. 31)

Este método teve como seu principal expoente Paulo Freire (1921-1997), educador e filósofo Pernambucano que foi o primeiro a sistematizar esse método através de seu livro *Pedagogia do Oprimido*, escrito em 1966. GUIMARÃES (2009) menciona a respeito:

Que os explorados e oprimidos sejam sujeitos de sua própria história. Esse é o resumo do que Eduardo Stotz, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), caracteriza como o “compromisso com uma democracia radical” de um dos educadores mais conhecidos e respeitados do mundo. O educador é Paulo Freire e o “compromisso”, com cara de método e conceito, foi batizado com o nome de Educação Popular.

Importante destacar que a Educação Popular em Saúde caracteriza-se como facilitadora do contato entre a sociedade política e a sociedade civil (utilizando os termos de GRAMSCI) na busca constante por um saber que contribua para a política de saúde e em defesa do SUS, enquanto conquista da Reforma Sanitária Brasileira. Por tanto, este método utilizado nas relações institucionais cotidianas de atendimento à população e nas ações de

mobilização popular potencializa a perspectiva de Estado ampliado, contribuindo também para fortalecer os espaços de *participação da comunidade* enquanto uma das formas de controle das ações do poder público nas escolhas de suas políticas. GUIMARÃES (2009) afirma este direcionamento citando a opinião de José Ivo Pedrosa, responsável pela coordenação da área de EPS no Ministério da Saúde, desde a criação, no início do governo Lula:

No formato atual, a coordenação de Educação Popular é, segundo José Ivo, uma estratégia para o fortalecimento e a qualificação da **participação social na saúde**

Analisar um trabalho junto ao Estado que *é contraditório porque é perpassado constantemente pelas lutas políticas, sociais e econômicas* (GADOTTI, 1992) não compreende uma tarefa fácil, mas há alguns elementos que podem ser apontados e os quais não podemos deixar de considerar, como por exemplo, a possibilidade dos movimentos sociais explorarem estes espaços contraditórios da sociedade política:

Minha tese é de que a educação popular na América Latina não soube explorar adequadamente essas contradições do Estado, em alguns casos opondo-se mecanicamente a ele, em outros, isolando-se e perdendo sua força. Por isso ao mesmo tempo, coloco também em questão uma educação popular que não reconhece as contradições do Estado ou não luta pela sua transformação concreta. A educação popular implica não só a formação consciente do cidadão – sua *função organizadora*. Só o *controle político da sociedade civil*, altamente organizada, sobre o Estado, pode garantir as conquistas democráticas e o socialismo, o qual também pressupõe as conquistas democráticas como o pluralismo político e o Estado de direito. (GADOTTI, 1992, p. 65)

Segundo GADOTTI (1992) *saber lidar com essa contraditoriedade, constitui o desafio mais importante a ser enfrentado pela educação popular*.

O Estado (ou sociedade política) tende a ser centralizado como o detentor das alterações na sociedade:

[...] Esse processo de centralização do poder no Estado encontra respaldo na tradição política, histórica e cultural de nossas sociedades que foi criando, aos poucos, uma *mentalidade estadolatra*. Foi-lhe atribuída toda a capacidade de transformação social. (GADOTTI, 1992, p. 64)

Rever o posicionamento do Estado (sociedade política) como um dos agentes de trabalho para mobilização social é visto como possibilidade de cooperação conjunta com os movimentos populares:

Recolocar o papel do Estado como base de discussão de qualquer proposta de educação popular progressista na América Latina parece-me sumamente importante. (GADOTTI, 1992, p. 64)

Esta relação entre o Estado e a sociedade civil organizada deve sempre priorizar a autonomia dos movimentos sociais e grupos da sociedade civil. FARAH (2012) destaca que

Desde o início do Governo Dilma a Secretaria Geral da Presidência da República, dando continuidade às conquistas do Governo Lula, estabeleceu como meta a consolidação e formalização de uma política e um sistema nacional de participação social. Um dos elementos mais desafiadores desta política refere-se à transformação da cultura política da sociedade brasileira, no sentido de incentivar uma maior organização popular e participação política.

Em 2011 foi criado o Departamento de Educação Popular em Mobilização Cidadã, para articulação de setores sociais e governamentais em ações de Educação Popular e cidadã. Algumas ações deste Departamento já foram realizadas, como por exemplo, a Rede Cidadã mas o desafio está em:

[...] dar institucionalidade para as diferentes atividades de educação não-formal, em geral fora das escolas, a partir da Sociedade Civil.

Neste sentido, o referido departamento vem se empenhando na construção de um Programa Integrado de Formação para coordenar e articular as diversas, porém dispersas atividades de formação existentes no Governo. É um grande trabalho, mas que aponta para a gradual superação da carência de construção de uma educação para a participação. (FARAH, 2012)

## Capítulo 2 - A participação nas Pré-Conferências Municipais de Saúde

### 2.1 – A dinâmica de realização das Pré-conferências

A realização das Pré-conferências municipais de saúde do município de Florianópolis, como etapas da 8ª Conferência Municipal da Saúde, aconteceram por Distrito Sanitário, todas aos sábados à tarde, com duração média 4 horas e meia. Na tabela a seguir está detalhado cada uma destas pré-conferências:

Tabela 1 – Pré-conferências municipais de Saúde por Distrito Sanitário, datas e número de participantes, Florianópolis, 2011

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Número de Participantes</b>
Continente	21/05/2011	Biblioteca Pública do Estreito, Rua João Evangelista da Costa, nº 1160, Bairro Estreito	52
Sul	04/06/2011	Escola Henrique Veras Rua João Pacheco da Costa, 249, Bairro Lagoa da Conceição	43
Leste	04/06/2011	Escola Henrique Veras Rua João Pacheco da Costa, 249, Bairro Lagoa da Conceição	43
Norte	11/06/2011	Escola Estadual Jacó Anderle Rua Francisco Fausto Martins, Bairro Vargem Grande	
Centro	02/07/2011	Colégio Professor Henrique Stodieck Rua Esteves Júnior, número 65, Bairro Centro	60

Fonte: Elaboração do autor

Na sequência passaremos a descrever cada uma das Pré-Conferências, pois as assistimos como pesquisador e estudante, já com a finalidade de construir este trabalho monográfico.

#### **Distrito Sanitário Continente**

Este Distrito Sanitário possui uma população de 92.301 habitantes, comportando 12 Centros de Saúde para prestar serviços básicos de saúde, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), um almoxarifado, um laboratório CTA para exames e uma policlínica. (FLORIANÓPOLIS, 2012e).

Este Distrito possuía em Setembro de 2011, de acordo com dados da Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos e do Departamento de Territorialização e Cadastramento da Secretaria Municipal de Saúde, um total de 20 áreas de interesse social.

No Distrito Sanitário Continente a Pré-Conferência se realizou no dia 21 de maio de 2011 junto ao auditório da Biblioteca Pública Barreiros Filho, localizada na Rua João Evangelista da Costa, nº 1160, Bairro Estreito. Na abertura Marcos Pinar, Acessor Técnico da Secretaria Municipal de Saúde, falou do objetivo das pré-conferências, apresentou a programação, a dinâmica dos grupos de trabalho e da plenária final e as duas palestrantes: Maria Estela da Conceição, Conselheira Municipal falaria sobre *Contextualização histórica do surgimento do SUS e da participação nos conselhos gestores no Brasil*; e Elizimara Ferreira Siqueira, coordenadora do distrito Continente, estava responsável por apresentar aos participantes a estrutura do Distrito Sanitário e a realidade que este estava passando, suas necessidades, seus desafios e seu desenho atual.

De acordo com a lista de presença, passada entre os participantes estavam presentes no local 52 pessoas, o que condiz com o que pudemos observar, já que o auditório, que comporta em torno de 100 lugares tinha várias cadeiras sobrando. Destes 52 participantes, 27 eram profissionais da área da saúde, 4 eram estudantes, 8 faziam parte da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, 5 pessoas não são identificáveis na própria lista e apenas 6 participantes são moradores do Continente.

O Secretário de Saúde do município, João José Cândido da Silva, estava presente e falou durante alguns instantes, afirmou seu posicionamento a favor do SUS, chegando mesmo a afirmar sobre a Secretaria: “nós estamos construindo um SUS mais justo para todos”. Segundo o próprio Secretário, Florianópolis até aquele momento era a capital com maior número de equipe de saúde da família e que “o município de Florianópolis é a favor da municipalização”, citando o prosseguimento de políticas descentralizadas de saúde. O Secretário também destacou: “tem que fazer funcionar o que existe e tem que ser público”, referindo-se à defesa de um sistema de saúde público. Citou ainda: “somos todos participantes do Ministério da Saúde” e, “vamos trabalhar juntos”.

Na seqüência a palestra da conselheira municipal Maria Estela da Conceição, que contou com a colaboração de dois estudantes de enfermagem da UFSC para tratar da *Contextualização histórica do surgimento do SUS e da participação nos conselhos gestores no Brasil*.

Na seqüência surgiu um debate polêmico em função de um profissional ter relatado a problemática da marcação de consultas no Centro de Saúde do bairro Aracy Vaz Calado.

Alguns participantes afirmaram que deveria haver alguma forma de comunicação para alterar situações como a relatada. Os coordenadores pontuam que não seria possível, dado que o próprio sistema de “fila” funciona de maneira automática na marcação de consultas, encaixando os usuários de acordo com as vagas. Sucedem-se muitas respostas sobre o questionamento do profissional, tentando explicar o funcionamento da atenção primária e da marcação de consultas, inclusive de parte da própria coordenadora do distrito.

Outros participantes levantaram vários problemas como: o mau atendimento de um médico em Capoeiras e a demora de atendimento. Um profissional da área da medicina fez uma colocação sobre a qualidade nas condições de trabalho dentro dos municípios, onde a resolutividade deveria partir não apenas como meta para os profissionais, mas acima de tudo como um horizonte para melhorar o estímulo destes mesmos profissionais que muitas vezes tinham que se sujeitar a salários mais baixos do que o mínimo necessário para valorizar este serviço público. O médico chegou a falar sobre a troca de médicos de grandes cidades, como o caso de Florianópolis, para municípios no interior de Santa Catarina e outros Estados devido a uma melhor remuneração, ou mesmo a troca para o setor privado, dado além da questão salarial, terem uma maior tranquilidade para trabalhar. Para o médico o Brasil tem tentado forçar a Estratégia Saúde da Família a funcionar, sem dar condições reais para uma evolução do sistema.

Elizimara Ferreira Siqueira iniciou sua apresentação sobre o Distrito Sanitário Continente falando dos fundamentos do SUS e de que “não devemos achar que o SUS é ruim, tal idéia tem interesses por trás”. Na seqüência caracterizou o Distrito como o maior em densidade demográfica e também com maior demanda de usuários. Elizimara explicou o motivo da divisão em Distritos Sanitários, onde tal divisão transcende o conceito de espaço geográfico, com o objetivo principal de melhorar a intercomunicação entre áreas. A palestrante declarou em relação às dificuldades encontradas com a falta de profissionais na atenção primária “infelizmente ainda estamos em uma época ruim de RH”. O médico Uelson questionou sobre o motivo de faltarem médicos na rede.

A coordenadora do Distrito Continente passou então a fazer um resgate histórico do próprio distrito, apontando as 21 Áreas de Interesse Social e muita precariedade de recursos humanos para atender à enorme demanda da região. Pontuou a evolução no número de equipes de Saúde da Família e apresentou o organograma dos diferentes Distritos Sanitários. Também considerou os serviços oferecidos anteriormente e os serviços oferecidos atualmente por todo sistema de saúde do Continente, citando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o CAPSad como novos parceiros, UPA Continente, Centro de Tratamento

de Feridas, aquisição de Raio X panorâmico, Laboratório de Prótese Dentária, aquisição de um aparelho de eletro encefalograma entre outros. Houve a explicação de que até aquele momento, duas microáreas estavam descobertas sem os serviços das Agentes Comunitárias de Saúde, sendo um dos casos devido a tratamento de saúde da profissional em questão e que fora feito um remanejamento de profissionais da região do Monte Cristo para substituir as microáreas descobertas na Coloninha. A pergunta feita à Coordenadora em relação a isso foi: porque remanejar se na Lei há a prerrogativa de os Agentes Comunitários de Saúde serem moradores da região em que trabalham. E porque então não se contrata mais Agentes? Segundo Elizinara não há prerrogativa legal que estabeleça uma obrigação para esta moradia e, segundo uma perspectiva de potencializar uma melhor gestão do dinheiro público optou-se por aproveitar os ACS's que já foram treinados e se dispõem a realizar este trabalho.

Na seqüência os participantes foram divididos em dois grupos e Marcos Pinar explicou para cada um o objetivo de tirar propostas tanto para o âmbito municipal, Estadual e Federal, que seriam levadas como sugestão para a Conferência Municipal e se acatadas pelos pequenos grupos desta, passariam pela votação na Plenária Final. Após as discussões os dois grupos voltaram a se encontrar no auditório para iniciar a Plenária Final. Ficou claro nos dois grupos a preocupação em alterar a configuração das condições de trabalho dos profissionais da saúde no Distrito e no município. Propostas levantadas na Plenária Final se caracterizaram principalmente em ter uma estrutura mais adequada de trabalho, com a criação de um único Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) para valorização dos trabalhadores da saúde, um apoio psicológico qualitativo aos trabalhadores, melhora no sistema de saúde oferecido à população, com quadro de funcionários adequado e com suporte de reserva de funcionários em casos de afastamento, ouvidoria ativa e divulgada, educação em saúde especificamente sobre o funcionamento do SUS. Às 18h a plenária conclui seu texto com 19 propostas no nível municipal, 3 no nível estadual e 4 propostas para o nível federal.

Como participante e pesquisador observador nesta plenária ao final conversei com algumas lideranças comunitárias, dentre eles Aurélio Pereira, representante da Associação de Moradores do Estreito (AME); e Dinaerte, representante do Conselho Local de Saúde do Monte Cristo e morador da comunidade Nova Esperança (CAMONCRIS). Questionei a estes se o processo de divulgação da Pré-Conferência tinha sido adequado para ter uma participação de todos os moradores e usuários da saúde. Para Aurélio a divulgação ocorreu muito próximo do evento, havendo pouco tempo para as pessoas se organizarem e mesmo com a divulgação sendo realizada houve pouca participação da população. Já Dinaerte disse

que viu pouca divulgação. E que recorda-se apenas da divulgação com carro de som em sua comunidade.

Segundo Marcos Pinar uma das grandes problemáticas foi o fato de a nova gestão do Conselho Municipal de Saúde assumir somente em 01/04/2011, o que resultou em pouco tempo para os preparativos para as Pré-Conferências. Segundo Marcos, outra problemática foi não ter o apoio da mídia.

### **Distritos Sanitários Sul e Leste**

Apresentaremos em conjunto a dinâmica de organização da pré-conferência nos Distritos Sanitários Sul e Leste, pois esta ocorreu no mesmo local, porém em ambientes e com discussões separadas.

O Distrito Sanitário Sul possui um total de 86.730 habitantes e o Distrito Leste um total de 71.119 habitantes. O Distrito Sul possui 13 Centros de Saúde, uma policlínica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA-Sul). Já o Distrito Leste possui 9 Centros de Saúde, um Centro de Controle de Zoonoses, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad) e uma Farmácia Escola (vinculada à UFSC). (FLORIANÓPOLIS, 2012e)

De acordo com informações do Departamento de Territorialização e Cadastramento Este Distrito possuía em setembro de 2011, de acordo com dados da Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos e do Departamento de Territorialização e Cadastramento da Secretaria Municipal de Saúde, um total de 14 áreas de interesse social. Já o Distrito Leste teria um total de 6 áreas de interesse social

Nas Pré-conferências destes Distritos, realizadas no mesmo dia e local, de acordo com a lista de presença, estavam presentes: no Distrito Sul, 43 participantes, sendo 29 profissionais da área da saúde, 3 integrantes da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, 2 estudantes e 7 moradores; Já no Distrito Leste, também 43 pessoas participaram do processo, dentre estas, 26 eram profissionais da área da saúde, 4 eram da gestão da secretaria Municipal de Saúde, 4 eram estudantes, uma representante do Conselho Regional de Psicologia e 5 eram moradores de regiões do Distrito.

Deixamos claro que, apesar de estarem sendo realizadas em um mesmo local, foram momentos distintos, onde houve apenas algumas falas iniciais para ambos distritos, mas logo após, cada um destes realizou suas dinâmicas (com apresentação sobre o SUS, sobre a realidade do distrito em questão e suas discussões) em ambientes separados (em salas de aulas).

No dia 04 de Junho de 2011 às 13hs45min. deu-se início às Pré-conferências dos Distritos Sanitários Sul e Leste junto à Escola Henrique Veras, localizada na Rua João Pacheco da Costa, 249, bairro Lagoa da Conceição. Os primeiros pronunciamentos ocorreram no pátio da escola com o discurso de um dos Conselheiros Municipais de Saúde e também do Vereador Renato Geske, onde por cerca de 10 minutos expôs as dificuldades nacionais e as locais que o SUS têm enfrentado. Depois Marcos Pinar, acessor técnico da Secretaria Municipal de Saúde passou a dividir os participantes para seus devidos Distritos Sanitários, Sul e Leste, um em cada sala de aula.

Um dos grupos se dirigiu à sala do Distrito Sanitário Sul e o secretário executivo do Conselho Municipal de Saúde Darcy Zamorra, que estava presente deu início à sua apresentação, que assim como estava previsto para todas as Pré-conferências, abordaria sobre o histórico do SUS e suas conquistas. Estavam presentes na sala Brenda Porto Matos, socióloga e acessora da Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e o Coordenador do Centro de Saúde do Rio Tavares e Coordenador do Distrito Sul Armindo Santoro. Fora passado o contato do Conselho Municipal de Saúde e às 14h38min encerrou a 1ª apresentação/palestra da pré-conferência. Com o fim da apresentação de Darci, Marcos Pinar questionou se a plenária gostaria de fazer alguma pergunta antes do início da próxima apresentação e então passaram a palavra a Armindo Santoro, Coordenador do Distrito Sul para apresentar a realidade deste Distrito.

Armindo Santoro definiu a todos qual a tarefa de um Distrito, enquanto coordenação, que seria o de apoiar administrativa e financeiramente as atividades dos Centros de Saúde, junto com seus coordenadores. Santoro também falou sobre a Missão e Visão da Secretaria Municipal de Saúde e passou a apresentar dados do Distrito do ano da Conferência (2011), como população (77.215 habitantes), área territorial (a maior área dos cinco distritos), seus serviços de saúde oferecidos (Centros de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento e Núcleo de Apoio à Saúde da Família), bem como o organograma do distrito. Foi apresentado o setor de Vigilância Epidemiológica e um gráfico sobre agravos investigados. Depois fora apresentado o setor de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

O Coordenador do Distrito passou então a apresentar mais a respeito da atenção primária, focando sua fala nos Centros de Saúde espalhados pelo Distrito, com sua produção de atividades e seus serviços disponíveis como o NASF, por exemplo, que nas palavras de Santoro é uma “estratégia nova, porém de extrema importância” onde as atividades são pactuadas com as equipes de saúde da família. Fora então apresentado mapas com as áreas do Distrito que estão classificadas como sendo de interesse social, mostrando um gráfico

com o número de atendimentos em cada bairro pelos serviços dos Centros de Saúde. Armindo Santoro identificou nestes mesmos Centros a existência de oito (8) Conselhos Locais de Saúde e por fim apresentou uma série de fotos dos CS's e os projetos de reformas e novas construções a serem alcançados.

Os serviços da UPA Sul foram explicados através da classificação de risco (com organograma de funcionamento) e do gráfico de resolutividade (segundo este mesmo gráfico há aproximadamente 2% de encaminhamentos e 98% de resolução nas situações que chegam à UPA). Da mesma forma a Policlínica Sul também foi apresentada através de dados do Infosaúde, o sistema de armazenamento de dados e gerenciamento de informações em toda rede municipal de saúde da atenção primária à média complexidade.

Com o término da apresentação de Santoro houve um momento de debate instigado pelos participantes. Uma das participantes do evento, Assistente Social, questionou a inexistência de um profissional do Serviço Social no NASF Sul, ainda mais levando em consideração o seu tamanho e quantidade de áreas de interesse social. O coordenador do Distrito concordou com sua colocação, admitindo ser esta legítima.

Uma moradora do Alto da Caiera do Saco dos Limões perguntou se havia aprovação para construção de um Centro de Saúde em seu bairro, já que o centro de saúde que abrange esta área localiza-se no Saco dos Limões, bairro afastado da comunidade. Santoro explicou que já é uma das obras aprovadas para ser construída, havendo verba, mas que faltava implementá-la.

Outro questionamento importante levantado no debate foi sobre como devem proceder os Conselhos Locais de Saúde para repassar as solicitações ao Conselho Municipal de Saúde e se são discutidas as demandas do Conselho Local de Saúde nas reuniões do Conselho Municipal.

O Darci Zamorra pontuou que é entrado em pauta e registrado em ata nas reuniões do Conselho Municipal as demandas expressas pelos Conselhos Locais. O Conselho Local do Rio Vermelho, segundo ele, está pelo menos um ano exigindo algumas resoluções junto ao CMS. Já Marcos Pinar pontuou que o Conselho Municipal de Saúde abre espaço para os Conselhos Locais falarem e que é importante que estes utilizem o espaço.

Com o fim das intervenções começa a organização para dividir a plenária em grupos e Marcos Pinar enfatizou que além das sugestões de propostas para o município os pequenos grupos também devem pensar em propostas para os âmbitos Estadual e Federal. Uma das participantes questionou se a dinâmica iria ser igual na Conferência Municipal de Saúde, já que seria interessante que houvesse espaço para os usuários se colocarem, fazerem suas

próprias análises. Marcos responde que todo o espaço foi pensado para que o usuário, de maneira geral, possa participar. Durante pouco mais de uma hora estes grupos debateram e elencaram propostas.

Durante os trabalhos de grupos esta pesquisa focou sua observação no grupo da região próxima ao Rio Tavares.

Logo no início da apresentação um dos participantes dá a sugestão de contar quantos usuários e trabalhadores há no grupo. Apesar de começarem a contagem dos participantes nas duas “categorias”, profissionais e usuários, a sugestão é prontamente negada por vários participantes, dentre eles o Coordenador de um Centro de Saúde, que argumenta que também pode estar classificado como usuário do sistema de saúde. Na qualidade de participante do debate apresento uma colocação junto ao grupo, para que este refletisse por que havia poucos usuários, ou melhor, por que havia poucos moradores das comunidades atendidas, sendo um total de dezenove (19) pessoas ao todo e apenas duas (2) usuárias (sendo uma desta moradora do bairro Campeche)? A partir deste comentário há uma discussão a respeito da participação nas Pré-Conferências, a divulgação destas, a falta de interesse da população e as possibilidades de alterar este quadro.

Uma das propostas consensuadas pelo grupo foi, inclusive, sobre o tema, com a sugestão de serem empreendidos mais esforços para realizar a divulgação das pré-conferências em tempo hábil, abarcando mais os usuários. Tal proposta foi até mesmo aceita na plenária final da Pré-conferência do Distrito Sul.

Em meio às propostas levantadas pelo grupo se destaca a de a Secretaria ser contra Organizações Sociais – OS's e quaisquer outras formas de gestão do SUS que venha a ferir seus próprios princípios, conquistados em um amplo processo de mobilização. Apenas alguns profissionais tinham informações a respeito deste tema e estes de maneira resumida explicaram um pouco sobre o assunto ao restante do grupo, sendo aprovada além desta proposta a de haver um espaço na Conferência Municipal de Saúde para ampliar a discussão sobre OS.

A Plenária final da Pré-Conferência do Distrito Sul, em que estive presente na qualidade de pesquisador (a Pré-Conferência do Distrito Leste não pôde ser acompanhada por estar ocorrendo ao mesmo tempo, mas em sala separada) ocorreu com um método mais rígido em relação à Pré-Conferência do Continente, onde Marcos Pinar à frente de todos lia as propostas para todos e a relatoria editava esta a partir das colocações e explicações das pessoas dos grupos que estavam sentadas. Também ficou claro um controle maior quanto ao

tempo de debates, com o propósito de agilizar o processo de escolha das propostas dos três grupos, dado que o tempo era limitado.

Em meio à apresentação do 3º e último grupo, já passado das 18 horas, ficou visível a pressa de Marcos e da organização do evento para finalizar a Plenária, já que a Escola em que estava acontecendo de modo concomitante as duas Pré-Conferências seria fechada, a princípio, às 18 horas. Um dos integrantes do grupo faz uma reclamação quanto à forma rápida e atropelada de condução com aprovação das propostas. Marcos Pinar explicou que devido o tempo infelizmente tivera que acelerar um pouco a condução, mas logo depois o fez com mais calma. A apresentação das propostas continuou e em 15 minutos se encerrou a Plenária Final da Pré-Conferência do Sul com aprovação das 52 propostas à Conferência Municipal. Marcos lembrou a todos que nos dias 14, 15 e 16 de Julho de 2011 seria extremamente importante o comparecimento de todos à Conferência Municipal de Saúde para defender as propostas construídas.

### **Distrito Sanitário Norte**

O Distrito Norte possui uma população de 92.031 habitantes, compondo em seus serviços de saúde: 11 Centros de Saúde, uma Policlínica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). (FLORIANÓPOLIS, 2012e)

De acordo com informações Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos e do Departamento de Territorialização e Cadastramento da Secretaria Municipal de Saúde, este Distrito possuía em Setembro de 2011, de possuía um total de 7 áreas de interesse social em Setembro de 2011.

No dia 11 de Junho de 2011 teve início a Pré-conferência do Distrito Sanitário Norte às 14 horas na Escola Estadual Jacó Anderle, localizada na Rua Francisco Fausto Martins, bairro Vargem Grande. Marcos Pinar, enquanto um dos coordenadores do evento dá o primeiro informe sobre a Conferência Municipal de Saúde que irá acontecer nos dias 14, 15 e 16 de Julho de 2011. Na sequência explicou a metodologia da Pré-conferência, com apresentações sobre o SUS e realidade do Distrito no início, seguido por discussões e construção de propostas em pequenos grupos e Plenária final com sistematização de todas as propostas.

Os organizadores entregam para todos uma cópia do documento orientador da Conferência Nacional de Saúde que abarca as Conferências Estaduais e Municipais em todo território nacional.

Na sequência é passada a palavra para o Vereador Renato Geske, representante da Comissão Permanente de Saúde da Câmara de Vereadores que afirma o apoio da Comissão e coloca esta à disposição no auxílio ao evento.

Professora Tânia Regina Krüger, do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, convidada para palestrar sobre o SUS tem a palavra e sugere começar com uma apresentação de todos os participantes do evento e nota-se a presença de poucos usuários, dentre eles uma moradora do bairro Vargem do Bom Jesus e um representante da Associação da Vargem do Bom Jesus. É clara a presença de um maior número de usuários presentes na Pré-conferência do Norte em relação às pré-conferências anteriores, porém com um número menor de participantes no total. Tânia questiona se o Distrito está realmente bem representado neste evento, expressando seu pesar pelo número de participantes e principalmente, dentre eles, de usuários do sistema de saúde na região. José Guerrero Peixoto de Mattos, representante da Secretaria Municipal de Saúde lembra que estas Pré-Conferências tem tido a maior participação popular.

Depois da apresentação de todos, Tânia iniciou sua apresentação sobre um contextualização da Saúde no Brasil. A professora passou a explicar a participação da comunidade enquanto diretriz que organiza as ações e serviços públicos na área da saúde, explicou a Lei 8.142/1990, bem como a diferença entre conselhos e conferências enquanto espaços de controle social. Tânia mencionou a importância da questão de financiamento na saúde, criticando o déficit existente nas graduações da área no estudo deste assunto e analisou o aspecto positivo dos conselhos locais de saúde para participação, dado sua proximidade e o seu não-engessamento por regulamentação nacional.

Ainda na apresentação, a professora levantou algumas reflexões sobre a 14ª Conferência Nacional de Saúde abordando o tema da 8ª Conferência Municipal de Saúde “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”, que segundo Tânia consistiria em desafio dada a dificuldade de reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como de transformá-la em patrimônio dado processo de privatização nas gestões.

A palestrante, novamente inicia uma reflexão sobre o porquê da não-participação. A este questionamento houveram algumas hipóteses lançadas: José Guerreiro, da comissão de eventos da Secretaria Municipal de Saúde comentou sobre a necessidade de a população se apropriar da lógica do SUS, que este pode dar certo e compreender a proposta de organização. Já Lívia Fontana, também representante da organização do evento e conselheira municipal comentou sobre o aparelhamento das instâncias de Controle Social no

município, onde nos espaços dos Conselhos, principalmente no Conselho Municipal, há uma estrutura que tende a dificultar a voz da população, ou de organizações comunitárias. Uma das usuárias lembrou da influência do sistema capitalista de produção, que gera como reflexo esta falta de interesse coletivo. O Vereador Renato Geske caracterizou, por sua vez, que há a necessidade de ficar mais claro à população, o que é possível alcançar através dos movimentos realizados institucionalmente. Por fim, Tânia lembrou a problemática da mídia, que grande parte das vezes não mostra aspectos positivos do SUS e que mina as consciências da população em geral. Também citou a falta de uma cultura política, que influencie os espaços de decisão, com disputas de projetos e discussão sobre os diferentes pontos de vista, pautados por interpretações opostas da realidade que os cerca e, neste contexto, da realidade do SUS. A professora convidou a todos para refletir sobre que sentido há para os usuários participar destes espaços, bem como sobre o papel que a Conferência tem de traduzir os anseios e reclames da população, e mais, o papel de alterar a realidade, para não culpabilizar os indivíduos pela não-participação.

Encerrada a palestra o Secretário de Saúde de Florianópolis chegou ao evento e tomou a palavra. Seu discurso caracteriza-se por uma análise de conjuntura não apenas local, mas nacional em relação ao SUS. Destacou que apesar de a Presidente Dilma se reunir com seus assessores e especialistas na área da saúde para discutir a atenção primária, o quadro mostra um avanço das formas de gestões privadas, a exemplo do Estado de Minas Gerais e especialmente a cidade de Belo Horizonte que tem pensado a saúde a partir de gestões familiares e por fundações, bem como o Estado de Pernambuco onde as OS's – Organizações Sociais são a forma utilizada de gestão da saúde pública. O Secretário também citou a falta de investimento na atenção primária e no SUS como principal entrave para um crescimento, comparando a saúde de Florianópolis com de outras gestões, como Joinville, por exemplo, que segundo ele, não chega a atingir 47 equipes de saúde da família, enquanto que Florianópolis tem 105 equipes, estando no limite permitido da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Além da problemática de administração da atenção primária, o Secretário João Cândido da Silva também comentou a respeito da focalização de algumas gestões da saúde na média e alta complexidade, principalmente na construção de hospitais, tendo por visão a contratação de especialistas, mas esquecendo a atenção primária. Cândido citou como um mau exemplo o fato de políticos brasileiros se tratarem no Hospital Sírio-Libanês, já que através desta atitude estes deixam claro que não acreditam no SUS. Acrescentou ainda que existe um sub-financiamento de um SUS para pobre, onde existe a verba fixa de R\$ 18,00

por habitante por ano para financiamento da atenção primária, sendo esta muito limitada para um investimento que possa alterar a condição da ESF. Segundo o Secretário, segurança, educação e saúde devem ter financiamento público e controle pleno e as Organizações Sociais vem a ser um entrave em relação a um SUS com controle público, pois desde a participação até o seu funcionamento favorece formas privadas e empresariais de gestão.

O Secretário de Saúde de Florianópolis encerrou sua fala e foi dada a palavra para o Coordenadora do Distrito Sanitário, Mariza Dirceia Hoffman Rigo, para iniciar sua apresentação sobre a realidade do Distrito. Esta apresentou: o Organograma do Distrito; a missão e a visão da Secretaria; a Vigilância Sanitária e a Vigilância Ambiental; os recursos humanos do Distrito; um mapa da área de abrangência e divisão dos Centros de Saúde existentes; dados da Estratégia Saúde da Família e população dos Centros de Saúde do Distrito; as atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde; o Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF (sua composição, seu conceito e ação no Distrito); um quadro dispendo as áreas de interesse social e seus respectivos Centros de Saúde; gráficos com dados de atendimento (consultas médicas, enfermagem, atendimento odontológico) com base no info-saúde dos anos de 2008 a 2010; o trabalho de controle social desenvolvido, com seis (6) conselhos locais de saúde formados; as reformas desenvolvidas e os futuros projetos que estão no planejamento (através de fotos das estruturas dos Centros de Saúde e de seus novos projetos); apresentação da Policlínica Norte (descrição das especialidades, exames, procedimentos e outros serviços); apresentação da UPA Norte, com seu conceito, ação, modo de funcionamento, classificação de risco, equipe de atendimento, produção, proporção de atendimento, produção. A apresentação durou aproximadamente 30 minutos.

Marcos Pinar apresentou a proposta de trabalho dos pequenos grupos e perguntou à plenária qual a preferência por trabalhar: dois ou três grupos e todos decidem dividir em apenas dois grupos. Este grupos poderiam construir suas propostas por pouco mais de uma hora.

O grupo 1 iniciou teve como coordenador Lívia Fontana, enquanto que, na qualidade de pesquisador e participante do debate fiquei responsável pela relatoria. A professora Tânia Krüger enquanto participante deste mesmo grupo sugeriu pensar em propostas que abarquem os três níveis do Estado (municipal, estadual e federal). Estavam presentes neste Grupo 1: Três (3) estudantes do curso de Serviço Social da UFSC; duas professoras, sendo uma delas trabalhadora da UDESC e Fisioterapeuta da Policlínica Sul; a professora Tânia, da UFSC; Lívia, representante da comissão organizadora das Pré-conferências e conselheira municipal de saúde; duas enfermeiras e uma moradora do Bairro Vargem do Bom Jesus.

De maneira geral este grupo pautou sua discussão em questões como a atualização do número de profissionais de acordo com o número de equipes, através da revisão da legislação competente à contratação e à Lei de Responsabilidade Fiscal; alterar a configuração da Rede Docente Assistencial para melhorar esta interação entre o Ensino e o Serviço da Secretaria de Saúde; ampliar e adequar os serviços dos CAPS, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental; alterar a escolha de coordenadores de Centros de Saúde e Coordenador do CMS, por meio de eleições; e a criação de um PCCS Único para os trabalhadores do SUS.

A plenária final iniciou às 17h25min e, no momento restavam apenas 27 pessoas ainda participando do evento. Marcos conduziu a mesma, fazendo sua inicial explicação sobre o método em que aconteceria a plenária, através da exposição das propostas, debate e aprovação. Desta vez, Marcos afirmou que a apresentação das propostas seria feita por cada pessoa que a sugeriu e seria feito um debate em cada proposta sugerida, método diferenciado às demais plenárias das Pré-conferências ocorridas até então – estas com propostas sendo apresentadas pela comissão organizadora e debatida pela plenária. O debate ocorreu de maneira conturbada, com muitas falas paralelas e os dois grupos finalizam suas propostas por volta das 18 horas.

No final da Plenária, Marcos Pinar lembra novamente a todos que as propostas terão possibilidade de ser aprovadas se os participantes da Pré-conferência forem mobilizados e comparecerem à Conferência Municipal. Marcos explicou que as Pré-conferências são momentos de construção e consulta à população e profissionais da região, mas na etapa final (na Conferência Municipal de Saúde) estas propostas serão novamente discutidas e aprovadas ou não. De qualquer forma, um debate mais atento às peculiaridades de cada região tende a ocorrer nestas etapas iniciais, o que vem a somar, ou melhor, vem a dar um conteúdo mais rigoroso de debate à Conferência em geral, principalmente pelo fato de ser mais aproximado à população e teoricamente contar com sua participação ativa no debate.

### **Distrito Sanitário Centro**

Este Distrito Sanitário possui uma população de aproximadamente 85.017 pessoas, contendo em seus serviços: 5 Centros de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi) e uma Policlínica (FLORIANÓPOLIS, 2012e)

Em Setembro de 2011 este Distrito possuía um total de 17 áreas de interesse social de acordo com informações da Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de

Recursos e do Departamento de Territorialização e Cadastramento da Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo consta na própria lista de presença estiveram no evento 60 pessoas, dentre estas, 27 profissionais da área da saúde, 13 representantes da gestão municipal de saúde (SMS), 3 estudantes da UFSC, 2 representantes do Conselho Municipal de Saúde, 11 moradores, 2 participações não identificadas e uma representante do Conselho Regional de Psicologia (CRP).

A Pré-conferência do Distrito Sanitário Centro ocorreu no dia 02 de Julho de 2011, no Escola Professor Henrique Stodieck, localizada na Rua Esteves Júnior, número 65 no bairro Centro. Marcos Pinar, um dos organizadores do evento deu às boas vindas a todos e, após falar brevemente sobre os objetivos da plenária passou a palavra à Mario Bastos, Conselheiro Municipal de Saúde e Diretor de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Este fez menção à expectativa da Comissão e da Secretaria de Saúde do município de haver a participação de pelo menos 800 pessoas na Conferência Municipal, convidando à todos a participarem nos dias 14, 15 e 16 de julho de 2011, no Instituto Federal de Santa Catarina – IFSC, no Centro de Florianópolis.

Marcos passou a explicar como estava disposta a programação que estava organizada na seguinte ordem: uma palestra inicial de 40 minutos sobre o SUS; Uma segunda palestra de 40 minutos sobre a realidade local do Distrito, a divisão em grupos pequenos para elencar propostas e a plenária final com debate e aprovação das propostas dos dois grupos. Na sequência, Lívia Fontana, Conselheira Municipal de Saúde interveio lembrando que a dinâmica utilizada deve ser uma dinâmica mais leve, que estimule o debate e não em método de aula. A Conselheira também questionou o número de usuários que estavam no local, sendo estes cerca de apenas 10 pessoas, em um auditório com aproximadamente 100 lugares. Fato que em todas as Pré-Conferências se repetiu, este detalhe pode trazer indagações diversas sobre a efetividade do controle social no município de Florianópolis, ou mesmo se a forma como tem sido tratadas estas atividades por parte dos poderes públicos tem sido a ideal para compreensão de sua importância junto aos moradores.

Lívia realizou a apresentação sobre o histórico do SUS. Após o término desta palestra, Mario Bastos, Conselheiro Municipal tomou a palavra e citou a presença do Vereador integrante da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores, Renato Geske. Falando sobre o SUS, Bastos foi questionado por um representante do Conselho Local de Saúde do Centro quanto às filas existentes para atendimento, pergunta esta que não conseguiu sanar apesar de pontuar que todos tem acesso ao SUS, que esta é uma política

universal. Mario Bastos também lembrou a todos sobre a importância de construir propostas para os níveis Estadual e Federal.

O Conselheiro municipal de Saúde Darci Zamorra estava presente e lembrou da problemática da precarização dos hospitais do Estado.

Marcos Pinar passou a palavra para o Presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores que como ocorrera nas outras Pré-conferências reafirmou a posição de auxílio da Comissão para as atividades da Conferência Municipal de Saúde.

Marcos comentou sobre o investimento feito pela Secretaria Municipal de Saúde na Estratégia Saúde da Família, bem como sobre o perigo de haver um misto entre o público e o privado na saúde como já ocorre em grande parte do país. Este também lembrou que o foco da mídia está justamente voltado para as filas do sistema de saúde, mas não divulga o acontecimento das Pré-conferências e a Conferência Municipal de Saúde.

Em seguida Flávia Henrique Coordenadora do Distrito Sanitário Centro e da Atenção Primária iniciou sua apresentação sobre a realidade do Distrito. Começou a apresentação falando sobre a área territorial, a dinâmica populacional e os equipamentos sociais. Segundo Flávia, o Centro é o Distrito com menor área, porém com maior densidade populacional. E dentro desta área, o Maciço do Morro da Cruz é onde se concentra as maiores necessidades e o bairro Centro onde há maior quantidade de famílias de classe média. Depois foram apresentados alguns dados sobre a população com gráficos sobre: mortalidade; morbidade; e notificação de doenças.

É feita a apresentação de cada Centro de Saúde e uma usuária questiona o tamanho da área da Unidade de Saúde do Centro. Flávia confirma a real necessidade de ampliação ou alocação deste Centro, disposto atualmente junto à policlínica do Bairro, mas pondera sobre a grande dificuldade de encontrar aluguéis adequados (abaixo de R\$ 15.000,00). Também é questionado o número de equipes disponível para prestação de serviços neste Centro de Saúde e Flávia concorda, porém sinaliza as melhoras não apenas para este Centro de Saúde, mas em geral em relação ao Distrito: o Centro de Saúde Centro passa de uma para três equipes de Saúde, com pretensão de melhora para atender à toda população de aproximadamente 34 mil pessoas; A Policlínica dobrou o número de equipes para atendimento; Os CAPS e CAPS i ampliaram seu horário (das 8 às 18 horas), melhorando o acesso à população.

Flávia passa a mostrar uma tabela sobre os Recursos Humanos do Distrito (trabalhadores/funcionários vinculados até aquele momento), o que gera alguns questionamentos por parte da Plenária. Um profissional da Educação Física questiona a

quantidade de profissionais e a necessidade imperiosa de contratação de mais profissionais da área da Educação Física, além da adequação ou mesmo construção de espaços de trabalho para esta área desenvolver suas atividades junto às demais da atenção primária. A coordenadora fala sobre as praças de atividades físicas que estão para ser construídas, onde haverá a orientação de profissionais da área contratados para esta função.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é apresentado através de fotos de seus profissionais, sendo apresentado também como novo profissional do grupo o Fisioterapeuta contratado. Há críticas da plenária em relação à vinculação deste profissional ao NASF, já que não tem acesso ao mesmo pagamento e benefícios que os demais profissionais.

Após estes comentários Flávia passa a apresentar as competências do Distrito Sanitário Centro (com seus serviços de saúde prestados e seus respectivos Centros dispostos). Também apresenta o número de trabalhadores (319 até aquele momento), os Coordenadores dos Centros de Saúde e a Equipe Gestora do Distrito, ambos através de fotos. A Conselheira Municipal Lívia pergunta sobre o número de equipes de saúde incompletas no Distrito até o momento, e Flávia localiza um total de cinco equipes incompletas.

Após o término da apresentação sobre o Distrito Sanitário Marcos Pinar passa a consultar a plenária sobre a dinâmica utilizada de discussão em pequenos grupos e auxilia na divisão dos três grupos para construção das propostas após o intervalo.

Ao grupo 1 uniu-se outro grupo por ter apenas 8 pessoas. Este grupo observado na pesquisa tinha uma composição diversificada em relação aos profissionais da área da saúde (Assistentes Sociais, Enfermeiras, médicos, coordenadores de centros de saúde e usuários).

As propostas escolhidas no debate do pequeno grupo incluem: elaboração e implementação de um PCCS único para todos os trabalhadores do SUS, com isonomia salarial (âmbito federal); implementação do Plano Nacional de Saúde Penitenciário; adequação do número de equipes de Saúde à população; adequação do número de NASF's, sendo um NASF para cada 8 equipes; Hospitais Universitários com serviços totalmente públicos pelo SUS (âmbito federal); realização imediata de processos seletivos para contratação de Agentes Comunitários de Saúde; ampliação/alocação do C.S. Centro; construção de um C.S. no Alto da Mauro Ramos; auxílio combustível para todos os profissionais; adequação/ampliação de um sistema de transportes de urgência; habilitação de Florianópolis e o Estado no Programa Rede Cegonha para melhoria dos recursos (âmbito Estadual); regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29 (âmbito federal); Qualificação dos profissionais para um melhor atendimento ao usuário. Dou destaque para a última

proposta, criada a partir de um comentário de uma das usuárias que estava no pequeno grupo. Segundo esta usuária ela percebeu a falta de humanidade como uma problemática corrente no tratamento dos profissionais à população.

Próximo das 18 horas dá-se início à Plenária Final. Neste momento permanecem apenas 32 pessoas no evento, além de três representantes da comissão organizadora. Na apresentação das propostas do Grupo 1, anteriormente esboçadas, há uma discussão sobre a proposta de alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal para ampliação do quadro civil de profissionais da Secretaria, dada a urgência de adequação das equipes de saúde em todos os Centros de Saúde. Representante da própria Secretaria de Saúde do Município tem opiniões contrárias, Flávia Henrique percebe a Lei como uma irresponsabilidade, já Brenda Porto Matos lembra à todos da função de fiscalização da Lei, cumprindo um papel social inquestionável, não podendo por este motivo ser alterada.

Outro importante debate se dá em relação à proposta de rejeição à criação de Organizações Sociais na gestão e execução do sistema público de saúde. A Plenária, de maneira geral, parece compreender a relevância desta proposta e quais as consequências nefastas destas formas de gestão da saúde pública.

No momento da apresentação do segundo Grupo havia apenas 24 pessoas participando da plenária. Algumas das propostas levantadas por este pequeno grupo foram: ampliação da saúde mental no município (com adequação dos CAPS); agilização na marcação de consultas; regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29; fiscalização do Programa do Idoso; melhorar a triagem no encaminhamento para os hospitais (nível Estadual); respeitar o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso no que diz respeito à política de saúde (atendimentos prioritários, adequação da política de saúde à realidade específica destes dois públicos, por exemplo)

Às 18h20min a Plenária teve fim com escolha de todas as propostas para os três níveis (Municipal, Estadual e Federal) e Marcos Pinar lembrou a todos da importância de participar do último momento deste evento na Conferência Municipal de Saúde, a acontecer em Julho do mesmo ano, para fazer valer a construção das propostas em todas as cinco (5) Pré-Conferências.

Algumas intervenções ainda ocorreram mesmo após a Plenária final, com o questionamento de profissionais do Serviço Social quanto à liberação dos funcionários da Secretaria para participar da Conferência, deixando claro certo impedimento ou mesmo limitação que existe na dinâmica de trabalho para participação de atividades como esta. Lívia, uma das organizadoras do evento afirmou seu auxílio neste aspecto para pedir a

liberação dos funcionários que serão relatores e facilitadores na Conferência. A respeito disto Marcos explica que mais pressão do que este pedido não há como fazer para liberar os trabalhadores da saúde.

## **2.2 - O método utilizado nas Pré-conferências e o seu papel educativo**

As palestras ocorreram sempre no início das pré-conferências e tiveram em média um período de 30 a 50 minutos, com os palestrantes já escolhidos anteriormente pela organização do evento, dispostas nesta ordem: 1º a palestra sobre o SUS e em 2º lugar a palestra sobre a realidade dos Distritos.

Em relação às palestras iniciais sobre o SUS, estas se caracterizam com uma média de aproximadamente 40 minutos e abordaram temas muito relevantes como as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, os princípios do SUS, a diretriz de participação da comunidade e, com base nestas, os instrumentos dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (ambos nos níveis municipal, estadual e federal). Falou-se também sobre o e histórico do SUS (com suas conquistas e transformações para a saúde pública) e do movimento anterior a este, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e o Movimento Sanitarista. A abordagem destes temas tem ganhos inquestionáveis do ponto de vista de despertar de consciências críticas, tanto por parte da população, quanto por parte dos trabalhadores, sabendo que o conhecimento destes sobre a organização coletiva da população (usuários e trabalhadores da saúde) fez e pode fazer diferença quando firmada nas necessidades concretas e propostas que traduzam estes anseios.

Porém, dada a importância e proporção de conteúdos que o tema aborda, verificamos como inadequada a realização desta exposição nas pré-conferências e nos momentos anteriores aos debates. O formato utilizado também não auxiliou na construção do conhecimento destes eventos, já que este foi somente expositivo e teve a semelhança de uma aula.

Também nota-se que há uma diferença de método de condução em relação aos palestrantes. Por exemplo, enquanto em algumas Pré-conferências houveram assuntos sendo repassados através de exposições apenas interrompidas por questionamentos inesperados, como ocorreu no Distrito Continente, sendo conduzidas as apresentações na maior parte do tempo sem qualquer dinâmica que extrapolasse o ato de o palestrante dar a conhecer a história, os ganhos e o caráter do SUS. Em comparação com as pré-conferências do

Continente e Sul, conduzidas por conselheiros municipais de saúde temos as apresentações do Distrito Norte, feita por uma professora da UFSC, Tânia Regina Krüger, e a apresentação do Distrito Centro, conduzida por uma profissional da psicologia e também conselheira, Lívia Fontana ambas militantes da área da saúde. Estas apresentações que apesar de abordarem na maior parte do tempo os mesmo temas, trouxeram à tona reflexões atuais, bem como sobre o próprio espaço da pré-conferência em si.

O fato de haver uma reflexão por parte destas palestrantes sobre o número de participantes e, em especial, o número de usuários que estavam participando do evento, já caracteriza um grande diferencial. Além da indagação deste fato, gritante a todos que estavam nos espaços das Pré-Conferências, as palestrantes fizeram uso de uma dinâmica mais interativa com os participantes, onde a professora convidada da UFSC, por exemplo, solicitou a todos da plenária que se apresentassem e, a conselheira e profissional da psicologia, Lívia pontuou no início de sua apresentação a importância destas ocorrerem de maneira mais leve a todos.

As provocações, mais do que transparecerem mero contraponto por parte destas palestrantes, conotam uma maneira de agir fora dos padrões de repasse de informações sobre o SUS aos participantes, fazendo estes pensarem, refletirem, acima de tudo, para expor suas próprias conclusões, suas opiniões, sendo, por tanto, o oposto do que ocorreu nas demais apresentações que além de não indagar, em algumas situações dava respostas prontas, opiniões pessoais, a certas problemáticas como a da falta de participação.

Cabe ponderar sobre o método de condução das Pré-Conferências por parte da organização, que apesar de democrático, não percebeu esta problemática, pois torna-se simbólica a figura de profissionais, conselheiros, Vereadores, Professores, Secretário de Saúde e mesmo funcionários da Secretaria Municipal de Saúde terem direito às falas no início de todos os eventos, seja para expor sua posição política (como foi no caso do Secretário Municipal de Saúde) ou mesmo para palestrar sobre os conteúdos. Estes homens e mulheres escolhidos para *falar aos* participantes e não *com os* participantes podem gerar uma impressão equivocada de hierarquia e diferenciação entre *os que sabem* e *os que não sabem* (principalmente usuários). Como lembra FREIRE (2005, p. 67):

O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processo de busca.

O autor esclarece a problemática desta concepção:

Não é de estranhar, pois, que nessa visão “bancária” de educação, os homens sejam vistos como seres da adaptação, do ajustamento. Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos. (FREIRE, 2005, p. 68)

Esta visão da educação que FREIRE (2005) denomina *bancária* em si mesma tende a cumprir objetivos contrários aos de estímulo à participação neutralizando respostas positivas aos espaços e temas.

Sabemos que há uma diferenciação em relação aos escolhidos ou convidados para falar, não apenas pelo conteúdo, mas pelo posicionamento político. A fala foi aberta a importantes personalidades da cena política, como Ricardo Geske, representando a comissão de saúde da Câmara de Vereadores e mesmo ao próprio Secretário de Saúde do Município que apesar do discurso coerente com a proposta do SUS, tinha seus interesses como gestor. Apesar de tratarem de conteúdos iguais (sobre as conquistas do SUS e a realidade dos Distritos) os palestrantes são diferenciados facilmente pela forma de discursar a respeito das transformações dos serviços de saúde, utilizando estas como aporte para um debate crítico pautado na realidade vivida e na atividade da Conferência ou então utilizando-as como motivo para construir coletivamente um consenso de que “as coisas estão melhorando”. Os atores políticos responsáveis pelas Palestras também representam interesses diversos ou opostos. Como exemplo desta contraposição política em um mesmo espaço das Pré-Conferências temos Lívia Fontana, Conselheira Municipal que demonstrou um espírito crítico aberto ao debate, e, Flávia Henrique, coordenadora da Atenção Primária e integrante da SMS, que no momento de sua exposição deu claros indícios de defesa à Gestão. Da mesma forma podemos caracterizar como figuras simbólicas da proximidade com a política da SMS Darcy Zamorra e Marcos Pinar, cargos de confiança da própria Secretaria. Os discursos e interesses são opostos e alguns tomavam claro posicionamento crítico e favorável a mudanças nas estruturas da saúde e mesmo do próprio evento. Porém, o método utilizado pode ser profícuo ao diálogo ou reproduzir a opressão que existe hoje em nossa sociedade. Ainda que estejamos habituados a esta forma de aprendizado, em um ambiente com o objetivo de debater, expressar, trocar informações, diferenciações como estas revelam a insegurança que ainda há em ousar ser diferente, de acreditar no saber popular, logo, não deveriam ocorrer. Declara uma das propostas construídas na Pré-conferência do Distrito Sul:

*Diminuição de discursos e palestras durante a conferência (menos discursos políticos, mais políticas públicas).*

Esta proposta, aprovada pela plenária, formaliza uma opinião de desgaste do espaço, relacionado a uma excessiva preocupação dos organizadores em informar a todos os participantes as conquistas do SUS no país e no município. Não estamos aqui questionando a importância devida a estes conteúdos, nem tão pouco descaracterizamos o saber dos palestrantes, mas sim que este deve ser construído a partir de realidades de vida de todos os participantes na plenária em um trabalho mais prolongado de formação que, por isso mesmo torna-se imperativo seu acontecimento em momentos anteriores às Pré-Conferências. Estas, por sua vez, devem ser por excelência um espaço de debates sobre as problemáticas encontradas e o confronto de interesses que circundam os serviços, mesmo com o conhecimento pleno e prévio sobre todos os avanços na saúde pública. Mais ainda, cabe dizer: o que transpareceu foi a proposta de apenas conscientizar sobre todo trabalho feito até o momento presente para, no momento das exposições de problemas reais enfrentados não manchar a história construída na saúde pública.

Ainda que existam muitas variáveis e circunstâncias que influam no processo de participação, como por exemplo, a condição histórica de autoritarismo na política nacional que não deixou uma herança de construção coletiva nas coisas públicas, a sociedade política com seus setores mais progressistas têm o importante papel de mobilização a cumprir, desconstruindo a idéia de despertamento da população nas decisões públicas. Desde a base, com ações que valorizem a opinião popular, a própria Secretaria Municipal de Saúde tem a possibilidade de multiplicar o conhecimento explicitado nas Palestras ministradas nas Pré-Conferências em um processo que KRÜGER denomina *educação política*. Esta educação consiste em etapas de formação com os setores organizados da sociedade civil onde as Pré-Conferências representa apenas um dos estágios, como parte de um plano de estratégias para a participação na saúde e mobilização em outros cenários políticos importantes da área.

As palestras sobre os Distritos Sanitários e suas respectivas realidades de maneira geral apresentaram dados importantes como a área territorial e a demografia, os serviços oferecidos, os trabalhadores dos distritos vinculados à secretaria até aquele momento, a atenção primária e os Centros de Saúde dispostos, as UPAS e Policlínicas, o Controle Social através dos Conselhos Locais, as reformas e/ou construções já efetuadas e os projetos futuros para os Centros de Saúde, o Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dados sobre atendimento na atenção primária, dados sobre mortalidade e morbidade, organogramas dos Distritos, e setores como a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental. A missão e a visão da Secretaria Municipal de Saúde também foram apresentados. Em todas as

apresentações a plenária pôde ter um conhecimento atualizado dos serviços oferecidos, da equipe e estrutura que compõem os Distritos, sendo por este motivo, momentos relevantes no tocante a informar o panorama geral dos serviços nos Distritos de Saúde. Porém, o formato adotado de *aula*, onde o conteúdo era passado a todos de maneira expositiva, com fotos e gráficos em PowerPoint, da mesma forma que as palestras sobre o SUS acabou por se tornar limitado e por vezes fechado à dinâmica de debate. Apesar de intervenções terem ocorrido em praticamente todas as apresentações - não apenas no final destas, como também durante seu transcorrer - estas se davam por iniciativa dos integrantes da plenária, que não se resignou apenas em ouvir as melhoras na saúde apresentadas pelos Palestrantes, mas com questões também baseadas na sua própria realidade abordou e questionou. Os palestrantes respondiam a todos os questionamentos, apenas afirmando que as situações vivenciadas eram realmente preocupantes ou mesmo argumentando, em alguns casos, quantas melhoras significativas houveram em setores diversos e o quanto estava sendo lutado para alterar as situações problematizadas.

A questão a ser levantada aqui é justamente o método adotado de *consenso* e a dinâmica engessada, compatível com um formato específico de participação caracterizado pela literatura como comum ao neoliberalismo dos anos 1990. Vejamos o que ressalta NEVES (2007, p. 399) sobre a participação neste período:

Nos anos 90, a participação deixa de ser um confronto ao Estado para se caracterizar como “participação negociada” na disputa entre projetos distintos, em processo de co-gestão entre o Estado e a sociedade nos novos espaços públicos.

Percebeu-se até mesmo certa agitação por parte de alguns palestrantes com as indagações imprevistas ocorridas durante as apresentações, e o fato de os debates serem realizados após as exposições conotou um inadequado controle, já que esta postura inibe questionamentos e participações tangentes ao conteúdo *ministrado* ou à realidade vivenciada. Para além do fato destes mesmos palestrantes assumirem o papel de apresentar os serviços da saúde nos Distritos Sanitários por ocuparem funções administrativas de Coordenação, damos destaque às suas posturas políticas defensivas à gestão do qual faziam parte à época. Ainda assim, partindo do pressuposto de que o espaço era especialmente preparado para incentivar a participação de usuários, e sabendo do anseio destes em falar da sua realidade, o pensamento lógico a ser adotado deveria ser o de potencializar a opinião dos participantes e não inibi-la com formatos cansativos de exposição.

Exposições como as tais realizadas, tanto por parte do conteúdo sobre o SUS, quanto aos distritos tornar-se-iam menos exaustivas e pedagogicamente viáveis se concretizadas em

momentos anteriores e em formato de formação, como uma forma de preparo ideal para um aprofundamento futuro dos assuntos já previamente conhecidos, estudados e discutidos por toda população, sejam estes trabalhadores ou usuários.

Já a dinâmica de pequenos grupos pôde contribuir para impulsionar as participações, principalmente da parte dos usuários, em geral menos ativos nos debates, pois em situação de minoria. As dinâmicas de pequenos grupos foram os momentos percebidos como o de maior aprofundamento das questões debatidas, não apenas pelo método diferenciado, em círculo, mas também pelo número de pessoas em cada pequeno grupo. Estes espaços foram muito positivos e apresentaram algumas características do chamado *círculo de cultura* um dos instrumentos do que chamamos de *Método Paulo Freire*, que segundo BRANDÃO (2006, p. 43),

“Círculo”, porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho que não tem um professor ou um alfabetizador, mas um animador de debates que, como um companheiro alfabetizado, participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem.

Um dado interessante a levantar neste diagnóstico é que estes pequenos grupos contaram com o conhecimento do segmento de profissionais (em maioria em todos os cenários da Conferência Municipal de Saúde), que a par dos desafios encontrados dentro da dinâmica institucional pôde dar base às discussões e apontar as exigências mais proeminentes na Saúde do município. O fato fundamental do conhecimento sobre a realidade dos Distritos proporcionar coerência entre as propostas construídas e a realidade concreta não pode ser negado, mas este saber teve uma sustentação muito maior na experiência cotidiana de trabalho na saúde do que necessariamente nas informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Esta hipótese pode ser confirmada pelo exame detido dos relatórios das Pré-Conferências, onde em sua maioria as propostas dizem respeito a condições de estruturas de trabalho urgentes, à alteração de serviços e à criação de políticas e serviços ainda não implementados, todas estas questões sentidas pelo conjunto dos trabalhadores da saúde. O que não altera o fato de haver uma primícia na necessidade de realizar um processo de educação sobre saúde na sociedade civil. Pelo contrário, com esta educação uma visão mais totalizante de tudo que é oferecido na Saúde do município e em cada região sinalizaria um diagnóstico de quais as prioridades que a própria gestão tem elencado para utilizar seu orçamento.

As plenárias finais foram conduzidas com debates, defesa de propostas e contrapropostas. Ocorreram de maneira muito rápida e conturbada em alguns momentos. A Plenária, em sua grande maioria composta por profissionais da saúde, não pôde ter um

tempo adequado para um debate mais aprofundado sobre algumas questões. Isso também deveu-se à forma programática escolhida pela organização do evento.

### **2.3 – A participação nas pré-conferências de saúde e o trabalho de divulgação**

Um ponto fundamental para compreendermos a repercussão desta etapa das pré-conferências está na análise da divulgação, pois esta ação se realizada adequadamente pode potencializar um envolvimento maior por parte principalmente das comunidades e dos moradores.

Os dados apresentados a seguir foram coletados a partir de contato feito com Marcos Pinar junto à Secretaria Municipal de Saúde em período posterior à Etapa da 8ª Conferência Municipal de Saúde e tem por objetivo elucidar os caminhos empreendidos para levar a informação deste evento até a população, usuários e trabalhadores do SUS. Marcos Pinar foi o responsável por este contato com as comunidades e suas instituições e organizações representativas, bem como os Centros de Saúde e seus profissionais. Cada Distrito Sanitário será descrito a seguir.

#### **Distrito Sanitário Continente**

No Distrito Sanitário Continente houve divulgação junto ao conselho local de saúde do bairro Abraão; também em uma reunião de um movimento em prol do Hospital Florianópolis e do Colégio Otília Cruz, que havia sido fechado; e ligações para lideranças comunitárias.

#### **Distritos Sanitários Sul e Leste**

Nestes Distritos Marcos visitou: três vezes a Associação de Moradores do Rio Tavares; a Associação de Moradores do Morro das Pedras; o Conselho Local de Saúde do Pantanal; a Associação de Moradores da Fazenda do Rio Tavares; e, a Escola Henrique Veras, que sediou o evento no Sul da Ilha, com conversa diretamente com a direção para participação do processo.

#### **Distrito Sanitário Norte**

No Distrito Sanitário Norte houve divulgação: no Conselho Comunitário do Bairro Vargem Pequena; no Conselho Local de Saúde do bairro Vargem Pequena; por meios eletrônicos junto ao Blog do bairro Santo Antônio de Lisboa; nas ruas em dois dias em que um carro de som anunciou o evento; no Conselho Local de Saúde do bairro dos Ingleses e junto ao Conselho Local do bairro Rio Vermelho.

### **Distrito Sanitário Centro**

A divulgação no Distrito Sanitário Centro ocorreu: no Conselho Local e no Conselho Comunitário do bairro Monte Serrat; no Conselho Local do bairro Centro; no Centro de Saúde Prainha (em reunião de planejamento); através de rede de e-mail's e redes sociais; junto aos Sindicatos dos Comerciantes e Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Estadual de Santa Catarina (SINTESPE); e junto à Coordenação de Movimentos Sociais, que foi um parceiro estratégico local como articulador de lideranças para o evento.

Acreditamos que dois pontos devem ser ressaltados para analisar este ítem, o tempo de divulgação que antecedeu à realização das Pré-Conferências na etapa da 8ª Conferência Municipal de Saúde; e, acima de tudo, a forma de trabalho para preparo dos Conselhos Locais de saúde e os movimentos da sociedade civil para formar e informar todos os participantes. A partir da reunião do Conselho Municipal de Saúde para formação da comissão organizadora da Conferência (formada em 12/04/2011) e início dos trabalhos de divulgação foram pouco mais de um mês (39 dias) de antecedência para alertar toda a população do importante evento que estaria acontecendo. Segundo Marcos Pinar, o trabalho de divulgação não parou após a pré-conferência do Distrito Continente e ocorreram cerca de 10 a 15 dias antes da data de acontecimento de cada pré-conferência posterior.

Em conversa com o próprio Marcos Pinar na Pré-Conferência do Distrito Continente este avaliou como prejudicial a nova gestão do Conselho Municipal de Saúde assumir somente em Abril, o que, por consequência levou a uma formação atrasada da comissão que trata dos assuntos da Conferência e o início do trabalho para as Pré-Conferências.

As Pré-conferências foram realizadas pelo trabalho de algumas pessoas da Comissão Organizadora da Conferência Municipal. Marcos Pinar ficou como responsável pela articulação com a comunidade e foi a pessoa que, por fim organizou a maior parte dos encontros, com reserva de locais, contato com os profissionais da saúde e comunidade, divulgação e mesmo condução das atividades. Segundo informações de Marcos, a questão da divulgação (ou mobilização) também foi dividida para membros da comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde, que se responsabilizariam em mobilizar

profissionais da saúde e lideranças: Maria Estela Conceição ficou responsável pelo Distrito Continente; Lívia Fontana pelos Distritos Norte e Centro; Nicolau Almeida Neto; todos Conselheiros Municipais. Gerusa Machado e José Guerrero Peixoto de Mattos (responsável pela comissão de eventos da Secretaria), ambos alocados junto ao Departamento de Formação e Qualificação profissional da Secretaria Municipal de Saúde, também auxiliaram nas tarefas de logística e estrutura.

Um pressuposto deve embasar a lógica deste estudo: é fato que as Pré-Conferências não obtiveram uma participação mínima necessária por parte da população para discussão de suas necessidades para transformação de sua realidade. Isto se comprova com os números de usuários expressos nas listas de presença: no Distrito Continente 6 usuários de um total de 52, no Distrito Sul 7 pessoas de um total de 43; no Distrito Leste 5 também de 43; e no Distrito Centro 11 usuários, em um público de 60 pessoas (a pré-conferência com maior participação de usuários). Como já fora explicado anteriormente, no Distrito Norte não há informações precisas do número de usuários participantes, dado o extravio do documento da lista de presença.

Além das listas de presença, nossa exposição dos acontecimentos em todas as pré-conferências também pôde confirmar os inúmeros debates com relação à falta da participação de usuários nos espaços das quatro (4) Pré-Conferências acompanhadas. Não somente esta falta, mas também o método utilizado teve suas contradições. O desenho pensado pela comissão, ou por algumas pessoas da comissão, democratizou o debate em alguns momentos, mas inibiu o mesmo em outros, a exemplo das palestras iniciais.

Acreditamos que o período de pouco mais de um mês não pode contemplar uma divulgação necessária para atividades de participação como estas, levando em conta o tamanho das regiões, suas áreas de interesse social, seus Conselhos Locais (pelo menos 28 Conselhos Locais atuantes, segundo Darci Zamorra) os movimentos sociais atuantes na sua localidade e seu perfil demográfico. Em relação aos Conselhos Locais, segundo o Secretário Executivo do CMS os Conselhos atuantes em período anterior às Pré-conferências eram: Centro, Agrônômica, Monte Serrat, Abraão, Coloninha, Continente, Estreito, Vila Aparecida, Barra Da Lagoa, João Paulo, Pantanal, Saco Grande, Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Rio Vermelho, Santo Antonio da Lisboa, Vargem Pequena, Armação, Campeche, Carianos, Costeira de Pirajubaé, Fazendo do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pantano do Sul, Rio Tavares.

As etapas das Pré-Conferências deveriam ser os momentos de maior concentração de opiniões da população e, com isto, configurar-se em influência para a 8ª CMS tentar alterar a

política de saúde a partir das necessidades mais sentidas pela população. Em tese este é o objetivo, apesar da compreensão de todas as circunstâncias avessas ao processo de mobilização que também tem peso na decisão de participar em espaços como as Conferências e Conselhos. Ousamos dizer que o processo de divulgação (prejudicado também pelo atraso na posse da nova gestão do Conselho Municipal de Saúde) pode configurar-se como uma destas circunstâncias, apesar de não ser a única, como nos lembra KRÜGER (2008) a respeito do histórico de autoritarismo que não contribuiu para uma cultura participativa no país. É fato que a Lei 8.142/1990 foi um marco legal que tem como objetivo dar o direito à população mais subalternizada mostrar seu interesse coletivo e sua realidade. Também é um fato que a utilização de espaços como as Pré-Conferências na etapa da 8ª Conferência Municipal de Saúde traz um choque entre as diferentes realidades e interesses, onde a disputa tende a favorecer a classe mais preparada no embate político, e isto também remete à quantidade de usuários presentes nos encontros.

#### **2.4 – As propostas para a política municipal de saúde das Pré-Conferências**

Não é objetivo deste trabalho apresentar e refletir sobre as propostas das Pré-Conferências, mas sim conhecer seu processo participativo. No entanto, entendemos como importante deixar aqui destacado e também no anexo, os temas que perpassaram estas plenárias, pelo seu valor histórico e com pouco registro e arquivo no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Como já havíamos citado anteriormente neste trabalho, todas as Pré-Conferências e ainda a Conferência Municipal de Saúde tinham como meta aprovar propostas para a área da saúde nos três âmbitos: Municipal, Estadual e Federal. A aprovação das propostas nas Pré-Conferências não caracterizavam a certeza da aprovação também na Conferência Municipal de Saúde. Porém estas propostas serviram de base importante para o debate dos pequenos grupos na própria Conferência, pois cada pequeno grupo, dividido por tema recebeu um relatório de todas as propostas aprovadas na etapa regional e pôde não apenas potencializar suas discussões, mas, com base neste texto, principalmente, os participantes puderam adiantar grande parte dos assuntos propostos, separados em propostas para as três esferas do poder.

De acordo com uma análise sobre as propostas mais debatidas nas quatro (4) Pré-Conferências pesquisadas (Distritos Sanitários Continente, Sul, Norte e Centro) fizeram

parte deste escopo temas como: a construção, aprovação e implementação de um Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) único à todos os trabalhadores da saúde; a adequação do número de equipes às áreas atendidas na Estratégia Saúde da Família; um consenso quanto à negação de qualquer forma de privatização através de novas propostas de gestão no SUS, atualmente já em prática em diversos municípios e órgãos federais, a exemplo das Organizações Sociais (OS's); A regulamentação da Emenda Constitucional N° 29 para definição de um percentual do Ministério da Saúde de repasse dos recursos para a saúde; Uma ação entre União, Estados e Municípios para informar a população sobre o funcionamento dos serviços e valorização do SUS. E, por fim, uma das questões mais debatidas e polêmicas: a problemática da falta de profissionais para adequar ao quadro necessário na Saúde do Município ligada à limitação de contratação pela Lei de Responsabilidade Fiscal do município.

Quanto às propostas referentes à Lei de Responsabilidade Fiscal, esta Lei Complementar de N° 101 de 4 de Maio de 2000 é a regulamentação do artigo 163 da Constituição e trata do estabelecimento de normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, prevenindo riscos e corrigindo *desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar* (BRASIL, 2000). *É um código de conduta para os administradores públicos que passam a obedecer a normas e limites para administrar as finanças públicas, prestando conta de quanto e como gastam os recursos da sociedade* (SOUZA, 2004, p. 14). O objetivo é melhorar a administração de contas públicas, *Sendo seus principais pontos de destaque a fixação dos limites para despesas com pessoal, para dívida pública e, ainda, determina que sejam criadas metas para controlar receitas e despesas* (SOUZA, 2004, p. 14). Esta Lei prevê aos Municípios um limite 60% de despesas da Receita Corrente Líquida com pessoal, ou seja, com funcionários. Este limite ainda é especificado em 54% para o âmbito Executivo e 6% para o Legislativo. Há ainda a observação do Art. 22, Parágrafo Único desta mesma Lei que restringe o ente estatal ultrapassar 95% deste percentual.

Como podemos observar a Lei de Responsabilidade Fiscal tem por característica auxiliar no controle da gestão pública, mas segundo pôde ser observado nos momentos de debate das Pré-Conferências onde a questão da adequação de profissionais com urgente

abertura de concurso público vinha à tona, esta mesma legislação era lembrada por participantes da plenária como o motivo de engessamento à contratação de mais profissionais com ampliação e adequação do quadro de efetivos na Saúde. A necessidade de mais profissionais contratados com abertura de concurso talvez tenha sido a questão mais discutida nos encontros, o que torna evidente ser um problema concreto sentido por grande parte dos profissionais da área. Também podemos ligar à questão: a adequação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para cumprir o estabelecido na Portaria 154 de uma (1) equipe NASF para cada oito (8) Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF); bem como a adequação do número de equipes de saúde da família conforme a proporção populacional de 3.500 hab/equipe e 2.500 hab/equipe em áreas de interesse social, conforme a Portaria nº 648. Há ainda propostas construídas em todos os Distritos referentes à criação de equipes de volante para substituição de funcionários afastados por motivo de férias, licença maternidade, entre outros.

CONILL (2002, p.198) observa esta questão da problemática de quadro civil dentro da saúde no município a partir da análise na atenção primária na primeira década de implantação da ESF, apesar de avanços obtidos:

A grande unanimidade, no entanto, é de que esses avanços são prejudicados pelo dimensionamento inadequado entre equipe e população. Cita-se que com isso, o tempo torna-se um impedimento à realização do menos complexo.

Havendo problemas na referência para especialidades, o mais complexo torna-se também difícil. Estes fatos podem comprometer os avanços na integralidade.

[...] São citados como conseqüências desse mau dimensionamento, dificuldades para realização de visitas, grupos e seguimento de pacientes com curativos domiciliares, por exemplo. De um modo geral, a estrutura, a área física, seu estado de conservação e os equipamentos são considerados adequados para o exercício da atenção primária. As dificuldades apontadas pela coordenação quanto ao acesso, coincidem com a percepção das famílias em obterem consultas no posto ou com especialistas.

CONILL (2002, p. 201) segue explicando as conseqüências deste déficit de funcionários e adequação das equipes, já apontando para caminhos opostos como conseqüências:

Os problemas no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação que este estudo identifica como das mais relevantes. A barreira do acesso pode vir a dificultar as vantagens obtidas nos demais itens da integralidade, impedindo a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas). Havendo problemas na referência para especialidades, o mais complexo toma-se também difícil e a qualidade prejudicada. Ou ao contrário, como citado por alguns integrantes da gestão, isto pode vir a constituir-se num mecanismo de pressão para ajuste: os agentes ao identificarem problemas, mobilizam a comunidade gerando um contexto favorável para que se ampliem os recursos. O encaminhamento desta questão dependerá da capacidade de gestão aliada à conjuntura nacional, principalmente no que se refere ao financiamento das políticas públicas, de forma a permitir a ampliação do programa consolidando os avanços obtidos.

Independentemente da pesquisa abordar os primeiros anos de implantação dos serviços de atenção primária em saúde, o que estamos mostrando a partir da análise é o fato desta questão já transcorrer como uma das primeiras problemáticas da saúde no município, com a necessidade imediata de resolução.

Uma das propostas aprovadas nas Pré-Conferências dos Distritos Continente e Centro tinha como objetivo informar a população usuária do sistema de saúde do seu funcionamento, vejamos como estas se configuraram em cada um destes Distritos:

Distrito Continente:

- *Realizar campanhas de divulgação do sistema único de saúde (SUS) nos três níveis de atenção, inclusive em escolas e espaços de mídia, explicando a sua composição, o seu funcionamento, tudo o que realiza, instigando a participação popular através dos conselhos de saúde.*

Distrito Centro:

- *Criar uma ampla campanha de divulgação do SUS nas mídias em geral*

Relatório Final da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis:

- *Criar uma campanha publicitária para divulgar a seguridade social, esclarecendo aos usuários sobre o acesso, os direitos e os serviços prestados pela Assistência Social, Saúde e Previdência. (proposta nº24 do eixo 1: Políticas de saúde na seguridade social: o SUS legal e o SUS real)*
- *Realizar campanhas de divulgação do sistema único de saúde (SUS) nos três níveis de atenção, inclusive em escolas e espaços de mídia, explicando a sua composição, o seu funcionamento, tudo o que realiza, instigando a participação popular através dos conselhos de saúde. (proposta nº28 do eixo 2: Participação da Comunidade e Controle Social)*

Estas propostas que tem como meta informar a população de como está de fato os serviços de saúde foram discutidas em todas as Pré-Conferências e tinham no plano de fundo de seus debates a real necessidade de a população conscientizar-se da importância dos serviços de saúde e seu funcionamento. Apesar de seu método meramente expositivo dos serviços oferecidos, a implementação desta proposta auxiliaria na divulgação de como está configurado o SUS atualmente, com seus avanços e desafios. Estas informações não seriam por si só capazes de alterar a relação de diálogo entre os profissionais e gestores, enquanto responsáveis por prestar os serviços, e os moradores, enquanto usuários destes mesmos serviços, mas teriam a chance de potencializar um saber da maneira de estruturação da saúde de acordo com o planejamento da parte dos Gestores. Este saber caracterizaria mais um estímulo à participação.

Muitas propostas construídas nas Pré-Conferências foram positivas no processo de afirmação da estrutura adequada da saúde pública em Florianópolis, sendo inclusive aprovadas na Conferência Municipal de Saúde. Propostas que diziam respeito principalmente à alteração do quadro de precariedade dos serviços, com acréscimo de mais profissionais para completar os *espaços vazios* distribuídos dentro da saúde do município. Propostas que também exigiram o incentivo, a qualificação e o cuidado destes profissionais com o desenvolvimento da saúde do trabalhador e Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o município, inclusive com adequação de determinadas profissões que tinham vinculação diferenciada com a Secretaria de Saúde do município. Outras propostas, que continham principalmente reivindicações de caráter mais amplo e abordavam problemáticas em âmbito Estadual e Nacional, como a implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, a negação a todo tipo de alteração da administração pública do SUS nos serviços de saúde por meio de projetos de gestão privados, como Organizações Sociais, Fundações, e correlatos hoje concretizados em diversas regiões do país.

Poderíamos mencionar outras inúmeras propostas nascidas das Pré-Conferências que são positivas para a defesa, o desenvolvimento e ampliação do projeto do SUS, construídos em parte por influência de pressões de profissionais da área, que caracterizou-se como o setor em maior número tanto nas Pré-Conferências como na Conferência Municipal sendo configurado como setor mais progressista em relação ao seu quadro de participação. Observadas os limites desta participação, em muitos aspectos com conotações corporativistas na defesa de suas propostas, este setor pôde contribuir também na discussão de questões mais amplas, e que se somaram aos anseios coletivos de evolução do Sistema Único de Saúde, dizendo respeito, por tanto, à população usuária deste sistema.

O dilema enfrentado na construção deste espaço e de tantos outros espaços participativos é justamente a limitada presença dos setores populares na proposição de idéias. Poderíamos concluir que a atuação de militantes da área, profissionais e até mesmo parte dos gestores conduziram a hegemonia deste trabalho para um peso das necessidades mais graves ou palpáveis do sistema de saúde e que, por consequência atinge diretamente aos usuários, entretanto, o que queremos afirmar aqui é: uma alteração com radicalidade que faça avançar as políticas sociais (a saúde como foco neste debate) só pode ocorrer de fato se compreendermos que o poder de transformação da sociedade está não só, mas principalmente nas mãos da maioria subalternizada dos usuários (ou dos que nem mesmo acessam aos serviços).

A ação de profissionais e gestores *com os* usuários, *com a* população subalternizada e não *para* esta, através do método de educação popular, pode vir a refletir diretamente na atuação deste segmento nos espaços participativos dos Conselhos e Conferências, podendo estimular também uma busca contínua e autônoma dos próprios moradores no processo de libertação, onde espaços não institucionalizados poderão ser criados ou ocupados por grupos e individualmente, contando com a presença ativa da população em todos os âmbitos da vida social:

Permanece o grande desafio de repensar a representação dos usuários e investir nas articulações com os movimentos e associações populares, colaborar para estimular sua auto-organização e auto-representação, considerando que os usuários permanecem sub-representados em grande parte dos Conselhos.

De fato, há um vazio de representação própria dos usuários, das suas associações e formas autônomas de organização. A pobreza é relação social que se expressa também pela ausência nos espaços públicos. Todos falam em nome dos usuários, mas eles comparecem no espaço público através da carência e de uma espécie de substituísmo por entidades e organizações que lhe roubam a fala e a presença autônoma. (RAICHELIS, 2009, p.85)

Com este cenário de baixa na participação efetiva dos usuários, e fragilidade dos espaços deliberativos, RAICHELIS (2009) percebe a necessidade de optar também por espaços extra-institucionais para a busca de uma ação completa de proximidade e ação política com toda população:

Diante desta dinâmica sociopolítica, é fundamental estimular a organização de fóruns mais amplos de representação e participação social e política, não-institucionalizados, menos formalizados e burocratizados, por isso, mais permeáveis à participação popular, como instrumentos dinamizadores e ativadores dos Conselhos (**e aqui acrescentamos também as conferências**) no sentido de garantir que estes possam ganhar maior representatividade e legitimidade social. (RAICHELIS, 2009, p. 86)

A construção de um projeto de saúde que condiga com as necessidades concretas da ampla maioria da população de Florianópolis deve contar com a opinião destes, pois uma transformação dos setores sociais como a saúde, e da sociedade de maneira geral se concretizará quando toda a população perceber-se oprimida e vendo-se dentro desta situação buscar libertar-se.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a utilização adequada destes espaços de participação social, com vistas à construção de uma visão mais coletiva para os serviços da saúde só pode de fato ocorrer, em nossa perspectiva, se um movimento de estímulo através da educação popular adentrar as comunidades, gerando em conjunto com a população mais subalternizada a capacidade de expressar suas idéias, falar de suas necessidades, propor mudanças para os serviços, situando-se dentro deste movimento de democratização do Estado.

Inúmeras formas de trabalho com as comunidades poderiam ser sugeridas, mas pontuaremos apenas exemplos de conduções importantes por parte da Secretaria Municipal de Saúde que alterariam significativamente o movimento de participação de moradores das comunidades nos espaços de participação conquistados no Estado.

A sugestão de uma campanha de informação sobre os serviços de saúde e seu funcionamento à população, descrita nos relatórios da Pré-Conferência do Distrito Continente e Centro, bem como no Relatório Final da Conferência Municipal e relatada anteriormente no item 2.4 é uma ótima sugestão de ação política. Porém esta divulgação teria que ocorrer de forma paralela a outra importante ação: a proximidade com lideranças e a população em geral. Não apenas no oferecimento dos serviços, mas na construção coletiva destes mesmos serviços de saúde, com amplas discussões em todos os distritos através de reuniões, assembléias e fóruns, que com um método horizontal de troca de experiências captasse no saber popular a expressão das necessidades da população que hoje, podemos dizer, está distante dos espaços de deliberação.

Apesar do distanciamento dos espaços das Conferências e Conselhos, não há como negar que muitos avanços foram conquistados na saúde do município de Florianópolis, principalmente no que trata à Atenção Primária. A proximidade dos serviços de saúde com a população avançou, através das Equipes de Saúde e o papel fundamental das Agentes Comunitárias de Saúde. Mas é preciso avançar mais para que a população perceba o peso de seu papel político nas decisões tanto na área da Saúde quanto em outras áreas sociais. Para que a população se sinta enquanto *ser em construção, em processo de libertação* .

Esta conscientização não vem do dia para a noite, é um trabalho local, contínuo, mas que a longo prazo tende a radicalizar a postura participativa. Os resultados podem ser adequados ou contrários ao pensamento implícito das estruturas de saúde hoje, porém, é certo que com o diálogo aberto às comunidades, a configuração da saúde vai mudar e a direção desta mudança também depende também do trabalho dos intelectuais da saúde

(profissionais, líderes comunitários, sindicatos da categoria) no auxílio à conscientização popular para compreensão própria de sua opressão, cumprindo o papel de facilitadores na construção horizontal do conhecimento, onde todos os envolvidos tendem a aprender e a ensinar.

Também podemos caracterizar que a divulgação da Conferência Municipal de Saúde e também as suas etapas das Pré-Conferências podem ser melhoradas, já que com um trabalho mais próximo às comunidades a articulação entre a Secretaria e a população e suas lideranças, se amplificam, obtendo respostas mais positivas na participação. Já foi relatado neste trabalho a problemática deste processo de divulgação, dado o tempo separado pelo Conselho Municipal para a realização desta tarefa. Porém, com o desenho atual, cumprir este objetivo torna-se muito mais complexo, graças ao afastamento da gestão em relação à comunidade. Através da Educação Popular as Pré-Conferências seriam uma etapa posterior de um trabalho muito maior, caracterizando-se, por tanto, em uma tarefa descentralizada da Secretaria, onde lideranças e movimentos tornar-se-iam colaboradores e em um prazo maior de tempo para divulgação.

Como já fora demonstrado anteriormente há setores institucionais do Ministério da Saúde responsáveis pelo apoio às ações referentes à Educação Popular em Saúde e Participação Social: a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP). Mais do que apenas uma formalização, este fato traduz a conquista da atenção do poder público para este assunto de relevância na alteração das políticas de saúde. Aproveitar este posicionamento por parte do Governo Federal e implementar um trabalho de educação política em saúde seria a oportunidade para contribuir com a construção de uma mobilização social em nível municipal, acima de tudo, podendo contar com o apoio das instâncias competentes do Ministério, o que facilitaria o trabalho desenvolvido.

Obviamente que a responsabilidade por este trabalho não deve recair somente sobre a secretaria, e nem mesmo esta poderia ocupar o espaço destinado aos Movimentos Sociais, de contato privilegiado com a população, mas a Secretaria de Saúde, em seus setores mais progressistas pode estimular o debate sobre o SUS e sobre a saúde em seu conceito ampliado, construindo com o trabalho de auxílio de lideranças comunitárias, um ambiente preparado em todos os Distritos Sanitários para a participação nos espaços dos Conselhos Locais, da Conferência Municipal e em especial das Pré-Conferências. Este trabalho não poderia atingir somente líderes comunitários e conselheiros, mas deveria traçar estratégias de participação aberta a todos os trabalhadores da saúde do município e toda população,

principalmente das comunidades com áreas de interesse social. É certo que há muitos interesses no fato da maioria da população do município não participar dos espaços de discussão das políticas de saúde e que estes mesmos interesses seriam confrontados com um trabalho com a amplitude que estamos sugerindo, porém a configuração da participação social, com ocupação qualitativa dos espaços expressos na Lei 8.142/1990 por parte da maioria da população de Florianópolis tem maiores chances de ocorrer com este horizonte.

## REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, C. R. **O que é Método Paulo Freire**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.
- BRASIL. **Cadernos de Educação Popular e Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde: Brasília, 2007, p. 18-31.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Senado Federal, Brasília, 2008, p. 131-133.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde, 1990a.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde, 1990b.
- \_\_\_\_\_. **Lei complementar Nº 101**, de 4 de Maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça a Secretaria. In: **Portal da Saúde**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=384](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384) Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013a.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça o DAGEP. In: **Portal da Saúde**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1442](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1442) Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013b.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Educação Popular. In: **Portal da Saúde**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1595](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1595) Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013c.
- BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.88, 2006, p. 75-100.
- \_\_\_\_\_. Maria I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. (*et al*), (Org.). **Serviço Social e Saúde – formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18(suplemento), 2002, p.191-202.
- CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- \_\_\_\_\_. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete (ET AL.), (Org.). **Serviço**

**Social e Saúde – formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009, p. 111-138.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; FLÁVIO, C. E. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

\_\_\_\_\_, BLOCH, R. A.. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). **Saúde e Democracia história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 83-119.

FARAH, M.F.A. **O Desafio da Educação Para Participação Social** In: Rede de Educação Cidadã. 2012. Disponível em: < <http://www.recid.org.br/component/k2/item/930-participa%C3%A7%C3%A3o-social-e-educa%C3%A7%C3%A3o-popular.html>>. Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FLORIANÓPOLIS. 8ª Conferência Municipal de Saúde. **Listas de Presença das Pré-conferências.** Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Galeria de imagens.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4405>. Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Galeria de imagens.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4509>. Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Galeria de imagens.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4555>. Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Galeria de imagens.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4700>. Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Propostas da Regional Continente.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4405>. Acesso em: 12 de Abril de 2012a.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Propostas da Regional Sul e Leste.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4509>. Acesso em: 12 de Abril de 2012b.

FLORIANÓLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Propostas da Regional Norte**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4555>. Acesso em: 12 de Abril de 2012c.

FLORIANÓLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Pré-conferência de Saúde. **Propostas da Regional Centro**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&noti=4700>. Acesso em: 12 de Abril de 2012d.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>. Acesso em: 10 de Dezembro de 2012e.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Localização das Áreas de Interesse Social por Centros de Saúde e Distrito Sanitário Continente, Setembro 2011**. Florianópolis, 2011.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Localização das Áreas de Interesse Social por Centros de Saúde e Distrito Sanitário Sul, Setembro 2011**. Florianópolis, 2011.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Localização das Áreas de Interesse Social por Centros de Saúde e Distrito Sanitário Leste, Setembro 2011**. Florianópolis, 2011.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Localização das Áreas de Interesse Social por Centros de Saúde e Distrito Sanitário Norte, Setembro 2011**. Florianópolis, 2011.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Localização das Áreas de Interesse Social por Centros de Saúde e Distrito Sanitário Centro, Setembro 2011**. Florianópolis, 2011.

GADOTTI, M. Estado e Educação Popular: Bases para uma Educação Pública Popular. In: GADOTTI, M.; TORRES, C.A. (Org.) **Estado e Educação Popular na América Latina**. Campinas: Papirus, 1992, p. 63-83.

GUIMARÃES, C. Educação Popular em Saúde. In: **Revista Poli - saúde, educação e trabalho n° 8**, de novembro/dezembro de 2009, p.25-26. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Glossario&Num=14&Destques=1> Acesso em: 25 de Fevereiro de 2013.

KRÜGER, T. R.. Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional. In: **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, n.8 (2), 2008, p. 75-90.

NETO, E. R. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

NEVES, A. V. Espaços públicos e práticas políticas: os riscos de despolitização da

participação da sociedade civil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Democracia, Sociedade Civil e Participação**. Chapecó: Argos, 2007, p. 395-420.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira – Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RAICHELIS, R. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In: MOTA, A.E. (*et al*), (Org.). **Serviço Social e Saúde – formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 73-87.

SOUZA, R. S. **Despesa de Pessoal segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2004 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Curso de Ciências Contábeis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SOARES, R. C. Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Serviço Social nos Anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). **As Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2010, p. 337-373.

TRIPODI, T.; FELLIN, P.; MEYER, H. **Análise de Pesquisa Social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1975.

## ANEXOS

### “A” – Propostas Distrito Continente

#### MUNICIPAIS

- Ampliar o quadro civil dentro de suas especificidades na SMS/PMF, conforme mudanças urgentes na legislação específica e contemplando o desenvolvimento de um PCCS nos diferentes níveis do funcionalismo.
- Implantar uma lei orgânica da saúde, amplamente discutida com a sociedade civil, que contemple também a regulamentação dos distritos sanitários na Prefeitura Municipal de Florianópolis.
- Realizar campanhas de divulgação do sistema único de saúde (SUS) nos três níveis de atenção, inclusive em escolas e espaços de mídia, explicando a sua composição, o seu funcionamento, tudo o que realiza, instigando a participação popular através dos conselhos de saúde.
- Implantar uma política de discussão ampliada e sistemática entre gestores, servidores e a população, quanto às atribuições e forma de trabalho dos servidores, dessa forma não havendo a possibilidade de tomada de decisões unilaterais.
- Implantar uma política de hierarquização e controle de qualidade do plano de construções e reformas na SMS.
- Criar mecanismos de redução do absenteísmo nas consultas especializadas e exames incluindo a regionalização do SISREG III.
- Divulgar expressivamente a ouvidoria como espaço de sugestões reclamações ou elogios.
- Proporcionar espaços próprios aos servidores da saúde e também apoio psicológico, desenvolvendo ações visando à saúde do trabalhador.
- Implantar pré-requisito de formação na Estratégia de Saúde da Família nos concursos públicos para provimento de servidores para a atenção básica.
- Utilizar as reuniões de equipe para a elaboração de projetos de acordo com as especificidades locais, garantindo a participação de todos da equipe.
- Ampliar o atendimento em saúde mental com a criação de CAPS III, capacitação dos profissionais, residências terapêuticas e ampliação dos NASF's reduzindo a proporção de equipes.
- Possibilitar a execução de grupos de promoção de saúde após as 17h.
- Adequar as Equipes de Saúde da Família de acordo com a proporção populacional conforme a portaria 648, através da ampliação do quadro civil por meio de lei municipal.

- Implantar equipes volantes para substituição de funcionários em férias ou licença.
- Realizar diagnóstico organizacional e acompanhamento do diagnóstico referente ao quadro de RH, afastamentos e satisfação dos servidores, clima organizacional, prover ambiência e melhores condições de trabalho.
- Divulgar as reuniões dos conselhos locais de saúde nas unidades locais e nas comunidades associado ao esclarecimento do papel do conselho local de saúde.
- Fortalecimento dos CLS por parte do CMS e da SMS, dando apoio e intensificando a comunicação.
- Implantar um processo de educação permanente e educação introdutória para os profissionais de saúde instrumentalizando-os para a atuação no SUS e para adequação às constantes transformações.
- Valorizar o trabalhador do SUS através do PCCS, de melhores condições de trabalho, treinamentos e capacitações e que o trabalhador do SUS tenha sua carreira reconhecida como carreira de estado.

## ESTADUAIS

- Realizar campanhas de divulgação do sistema único de saúde (SUS) nos três níveis de atenção, inclusive em escolas e espaços de mídia, explicando a sua composição, o seu funcionamento, tudo o que realiza, instigando a participação popular através dos conselhos de saúde.
- Manter o Hospital Florianópolis 100% público, e com funcionamento integrado com o restante da rede de saúde, principalmente tendo em vista a implantação em um futuro próximo da UPA continente.
- Implantar urgentemente um sistema de regulação estadual dos leitos hospitalares, leitos psiquiátricos em hospitais gerais

## FEDERAL

- Realizar campanhas de divulgação do sistema único de saúde (SUS) nos três níveis de atenção, inclusive em escolas e espaços de mídia, explicando a sua composição, o seu funcionamento, tudo o que realiza, instigando a participação popular através dos conselhos de saúde.
- Regular a emenda 29/ financiamento do SUS.
- Otimizar a sistemática de funcionamento do programa SISREG III, de forma a reduzir os índices de absenteísmo dos usuários em decorrência de agendamentos duplicados, e também permitir a integração de sua plataforma com a de outros sistemas de prontuário eletrônico nas redes municipais.
- Valorizar o trabalhador do SUS através do reconhecimento como carreira de estado.

**“B” – Propostas Distrito Sul e Leste****RESULTADO DO SUL**

- Fazer gestão intersetorial e participativa CLS na criação de áreas de lazer e esporte, áreas verde de lazer, áreas de interesse social, área comunitária institucional
- Conselhos locais de saúde descobrirem as áreas institucionais nos bairros e que fizessem discussões de quais estruturas poderão ser construídas.
- Abertura de concurso público e contratação imediata para as áreas.
- Estrutura no local de trabalho.
- SISREG – integrar o sistema de fila e ele ser automático.
- Implantar estratégias de conscientização e formação em relação as faltas nas marcações especializadas, valorização do SUS por parte dos usuário.
- Ter capacitação permanente para os prof. Da rede.
- Divulgação ampliada aos usuários em relação ao atendimento de urgência e emergência.
- Discussão de promoção de saúde com a população nos CLS e outros espaços comunitários.
- Atendimento do SAMU com a ULS e transporte do usuário em caso de urgência.
- Ampliar o acesso as consultas, debater e informar os critérios de agendamento a população nas ULS com a participação do CLS.
- Intersetorialidade na elaboração de proposições de gestão territorial em saúde.
- Recursos humanos: adequar o numero de profissionais com a população território e regulação na lotação de cargos existentes.
- Autonomia da SMS na gestão de RH.
- Regularização dos serviços, corrigindo os desvios de função.
- Capacitação profissional.
- PCCS – único para todos os servidores SUS.
- Implantação PCCS.
- SUS para todos – continuar público com vínculo federal.
- Estimular, manter e ampliar os CLS.
- Participação paritária por distrito no conselho municipal.
- Ampliações de área de lazer.
- Aproximar a vigilância ambiental e centro de zoonoses, bem estar animal no território.
- Estabelecer o Planejamento de vigilância ambiental delimitando as áreas de risco ambiental (natural, físico, químico e biológico).
- Alocação de recursos para a saúde de forma equânime, considerando os mapeamentos de risco.
- Ampliar a infraestrutura das ULS.
- Implantar comissão para avaliação de Tecnologias em saúde.
- Fortalecer a supervisão em saúde na atenção primária/média complexidade pelos distritos no que se refere acompanhamento dos programas ministeriais.
- Continuar serviços e servidores públicos.
- As ULS deverão ter um Coordenador administrativo e colegiado gestor com o CLS
- Promoção da saúde do trabalhador de saúde.
- Adequar ambiência do CS.
- Assistência social, ampliação da avaliação com estudos levantados dos ACS.

- Aumentar a divulgação da conferencia e pré-conferencia.
- Diminuição de discursos e palestras durante a conferencia (menos discursos políticos, mais políticas públicas).
- Implantação PCCS.
- Contratação de Equipe volante para substituição de férias, faltas, licenças.
- Política de recursos humanos na saúde.
- Fiscalização de RH/fixação (condições de trabalho).
- Implantação de políticas de recursos humanos que de conta do SUS.
- Qualificação da gestão de RH.
- Estabelecimento de Condições mínimas para funcionar de forma adequada nos níveis de atenção.
- Contratação Urgente de ACS em área descoberta.
- Fiscalização de RH através do controle social e ouvidoria.
- Concurso público.
- Um NASF para 8 equipes de saúde da família. Adequando a composição dos profissionais com a realidade local.
- inclusão do fisioterapeuta nas equipes do NASF considerando lista de espera municipal/necessidade epidemiológica.
- Implementar política de mobilidade urbana adequada ao desenvolvimento de Florianópolis.
- Incluir Florianópolis na política de cidades saudáveis.
- Regulamentação da emenda 29.
- Controle social: conselho municipal eleito durante a conferência, secretário de saúde não presidir o conselho municipal, qualificação do controle social.
- Implementação no município e estado do PLANO OPERATIVO DE SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL e manutenção a nível nacional da política nacional da saúde no sistema penitenciário. Nas três esferas de governo
- Ampliar a discussão durante a conferencia municipal sobre organização social em saúde.
- 14 conferencia nacional de saúde seja contraria a formação das OSS na gestão do SUS.

## **RESULTADO DO LESTE**

- Completar as ESF, adequando a população ao parâmetro de 2.500 pessoas nas áreas de interesse social e de 3.500 pessoas nas outras áreas.
- Garantir uma ESB para cada ESF.
- Assegurar a substituição dos profissionais que saem em qualquer tipo de licença prolongada (premio, de saúde, férias, maternidade...) para garantir continuidade do trabalho.
- Mudar o vinculo empregatício dos ACS´s para estatutários.
- Garantir a equipe mínima de ESF com dois técnicos de enfermagem, completando todas as micro-areas de ACS.
- Ampliação e inclusao de outros profissionais por ULS (psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros), elevando esse numero com as áreas de interesse social do local.

- Ampliação e inclusão de outros profissionais na equipe mínima ESF (psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros).
- Agilizar o andamento do PL \_\_\_\_, que reformula a lei que criou o CMS, garantido a eleição de todos os componentes da mesa diretora entre os conselheiros e elegendo 1 representante dos conselhos locais de saúde de cada distrito como membro do CMS.
- Contratação de ACS's via concurso público, enquadrando-os no quadro civil do servidor público municipal, levando em conta a emenda 51.
- Implementar, de fato, ações de prevenção ao adoecimento do trabalhador e reabilitação do trabalhador, implementando um programa de saúde do trabalhador.
- Criação do cargo de ACS no município.
- Não abusar dos trabalhadores quanto aos seus deveres, funções e competência, sobrecarregando-os. Tratar o trabalhador como deve ser tratado.
- Efetivar a postura de acolhimento nas ULS's.
- Reforma e ampliação da ULS Pantanal
- Garantir 1 equipe de NASF para cada 8 ESF, o mínimo estabelecido pela portaria 154-2008.
- Eleger, entre trabalhadores e comunidade, os coordenadores das ULS's com critérios claros que assegurem a qualificação técnica e legitimidade na comunidade deste profissional para o exercício da função.
- Que o DS fomente a participação popular, através de um GT. auxiliando a formação de novos CLS no distrito.
- Construir uma creche no Morro do quilombo.
- Diminuir a burocracia de acesso ao distrito.
- Mapear e apresentar as áreas verdes e de lazer de uso coletivo do bairro para a comunidade.
- Mais acesso às reuniões do CMS, garantindo voz aos conselhos locais de saúde.
- Garantir a manutenção dos especialistas na rede.
- Cargo de coordenação de unidade de saúde exclusivo para a função de coordenação, sem carga horária de assistência.
- Implantar um serviço de transporte de pacientes de baixa gravidade entre ULS's e serviços de média e alta complexidade.
- Incluir todas as NORMAS REGULADORAS -NR's na secretaria de saúde

\*Trabalhar com todos os segmentos de saúde a importância do controle social nas diferentes etapas da conferência, para avanço das políticas públicas.

\*Ampliar o número de efetivos de RH, via concurso público, para atender a demanda funcional, incluindo os atuais ACS's.

\*Rever a política de RH no âmbito municipal, estadual.

\*Fazer gestão junto ao poder executivo e legislativo a fim de rever o número de vagas municipais para concurso (diagnóstico situacional da área)

\*Que a SMS faça uma pesquisa para investigar número de afastamentos para tratamento de saúde x trabalhador na área da saúde, com as respectivas causas de afastamento.

\*Criar parcerias (todas as secretarias, órgãos de classe, MP, equipes de perícia) para ampliar o número de ações preventivas e de tratamento para a saúde do trabalhador e readaptação funcional.

\*Referendar as propostas aprovadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

\*Implantação imediata das políticas públicas previstas na reforma psiquiátrica em Florianópolis (CAPS III, residência terapêuticas e leitos em saúde mental em hospitais gerais).

\* Operacionalizar a referencia e contra-referencia no âmbito da política de saúde mental nos níveis primário, secundário e terciário de atenção.

\*Realizar um projeto paisagístico para as ULS's de forma que assegure a ambiência e o acolhimento dos funcionários e usuários.

\*Ampliação do numero de vigilantes para as ULS's via concurso publico. ok

\*Assegurar a reimplantação da vacina contra a varicela no município de Florianópolis. ok

\*Dar maior visibilidade a prestação de contas do orçamento da saúde e que os conselhos locais se apropriem dos dados da SMS, via CMS.

**“C” – Propostas Distrito Norte****GT 1 NORTE****MUNICIPAL**

1. Inclusão de novas profissões de saúde e ampliação dos profissionais já existentes nas equipes de ESF.
2. Garantia da equipe mínima completa de ESF para cada CS, respeitando a população adscrita da área de abrangência.
3. Garantia de 1 equipe de NASF para cada 8 equipes de ESF.
4. Eleição direta para o cargo de coordenador dos CS, sendo que este seja membro da equipe técnica do CS e eleito entre trabalhadores e comunidade.
5. Executar a pactuação que repassa a maternidade Carmela Dutra, o Hospital Florianópolis e a Associação Santa Catarina de Reabilitação para o município de Florianópolis.
6. Garantia da regionalização dos CAPS´s II e a implantação de CAPS III, conforme preconiza a política nacional de saúde mental.
7. Rever a legislação competente para a contratação de profissionais da área.
8. Rever a contratação de RH dos profissionais da área da saúde e educação, sem ferir a lei de responsabilidade fiscal, mantendo-se publico (não à OS).
9. Criação de estatuto e legislação específica para a saúde do município, junto com a criação do PCCS do SUS.
10. Agilizar o andamento do PL de reformulação do CMS que tramita na câmara de vereadores, que inclui a representação dos CLS, no segmento usuários, na composição do CMS e eleição do presidente do CMS.
11. Reavaliar a distribuição dos projetos de ensino e serviço na rede e fortalecer a RDA com inclusão da UDESC e outras universidades.

**NACIONAL**

1. Inclusão dos seguintes conteúdos nos currículos das profissões da área da saúde: políticas de saúde, financiamento, planejamento, administração de serviços, gestão e vigilância.
2. Regulamentação da nova versão da EC 29, com definição de 10% do recurso da união para aplicação em saúde.
3. Garantir um SUS 100% publico, com gestão pública, contra qualquer forma de privatização: OS's, fundação pública de direito privado...
4. Contra a transformação dos Hospitais Universitários Federais em Empresas Brasileiras De Serviços Hospitalares ou em qualquer tipo de empresa privada ou privada-pública.

**GT 2 NORTE****MUNICIPAL**

1. Atualização dos dados demográficos, de acordo com o censo de 2010, para a 8ª conferência municipal de saúde Florianópolis, tendo como eixo orientador o financiamento da saúde.
2. Construção de CS no bairro Vargem do Bom Jesus, o qual já foi encaminhado na 7ª conferência municipal de saúde.
3. Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no norte da ilha

4. Aumentar as ações de promoção a saúde no norte da ilha.
5. Implantação de um plano municipal de saneamento básico em Florianópolis e grande Florianópolis assegurando 100% de cobertura da população.

#### ESTADUAL

1. Reavaliar a regionalização dos serviços de hemodiálise em SC.
2. Fazer um estudo para viabilizar a construção de um hospital público, fora da região central do município, e que dê suporte à realização de atendimento e cirurgias eletivas.

**“D” – Propostas Distrito Centro****MUNICIPAL**

- 1) Adequar o número de equipes de saúde da família à população, observando a proporção de 3.500 hab/equipe e 2.500 hab/equipe em áreas de interesse social.
- 2) Manter as equipes de saúde da família com o número completo de profissionais.
- 3) Realizar processos seletivos para a contratação imediata de agentes comunitários de saúde, complementando as áreas descobertas da ESF, com vistas a implantar concurso publico para ACS.
- 4) Revisar a legislação sobre o auxílio-combustível para as equipes NASF e ESF, sem distinção de categorias profissionais.
- 5) Ampliar o Centro de Saúde do Centro e do Centro de Especialidades Odontológicas.
- 6) Construir o CS do Alto da Caieira do Saco dos Limões e o CS do Alto da Mauro Ramos.
- 7) Ampliar o sistema de transporte de pacientes e implantar um sistema de transporte de pacientes em urgência (que não são função do SAMU).
- 8) Habilitar o município na Rede Cegonha para obter os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.
- 9) Implantar a política de Educação Permanente dos profissionais de saúde para humanização e qualificação do atendimento.
- 10) Exigir, nos concursos públicos para o NASF e ESF, especialização ou formação específica em saúde da família.
- 11) Regionalização do SISREG
- 12) Ampliar o quadro de vagas para o setor saúde, aplicando a EC 29.
- 13) Criar uma ampla campanha de divulgação do SUS nas mídias em geral
- 14) Ampliar o numero de profissionais da área da saúde mental com uma orientação voltada para os princípios da Reforma Psiquiatrica com recursos humanos suficientes, que esta muito precário.
- 15) Estruturar e ampliar a rede de saúde mental em todos os níveis de atenção, incluindo a criação de CAPS III e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.
- 16) Agilizar a marcação de consultas e exames, melhorando o acesso do usuário as informações sobre o seu encaminhamento.
- 17) Adequar a oferta de serviço, em toda a rede de saude (atenção primaria e especializada), de acordo com a demanda.
- 18) Realizar concurso público para contratação de mais profissionais da área da saúde, com a ampliação do quadro civil da PMF.
- 19) Estender a gratificação de PSF para os ACS.
- 20) Adequar o espaço físico das ULS.
- 21) Implantar uma política efetiva de RH, desvinculando a saúde do quadro civil da PMF, estabelecendo um estatuto da saúde, com legislação específica, implantação do PCCS – SUS e isonomia salarial entre os níveis de escolaridade (nível médio e nível superior) e não por categoria profissional.
- 22) Fiscalizar o programa do idoso e garantir a prevenção de doenças e agravos na terceira idade, garantindo leitos de internação do idoso
- 23) Criar uma equipe volante para a substituição de profissionais que saiam em qualquer tipo de afastamento.
- 24) Ampliar a equipe mínima de ESF com a inserção de psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.
- 25) Garantir 1 equipe de NASF para cada 8 equipes de ESF, incluindo o fisioterapeuta e o medico sanitaria.

- 26) Criar uma comissão, no âmbito do CMS, compostos por diversos profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, para analisar e avaliar a inserção de outros profissionais da equipe mínima de ESF.
- 27) Garantir que as pessoas que trabalham num determinado território possam fazer uso das ações e serviços de saúde daquele território.
- 28) Efetivar a implantação do cartão SUS no município de Florianópolis
- 29) Contratar mais médicos geriatras.
- 30) Implantar o prontuário eletrônico em todas as instituições públicas do SUS.
- 31) Criar a rede nacional e municipal de atenção integral a prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde que são programas voltados a prática de atividades físicas regulares.
- 32) Qualificar os profissionais do SUS para melhor atendimento e para melhor recepcionar o usuário
- 33) Garantir espaço físico com cadeira e banheiro enquanto o usuário espera pelo atendimento nas instituições de saúde
- 34) Respeitar o ECA e o estatuto do idoso.

### **ESTADUAL**

- 1) Implantar o Plano Nacional do Sistema Penitenciário em articulação com os municípios e com o governo federal.
- 2) Ampliação e melhoria dos atendimentos de emergência dos hospitais estaduais.
- 3) Efetivar a implantação do cartão SUS no estado de SC
- 4) Implantar o prontuário eletrônico em todas as instituições públicas do SUS
- 5) Melhorar a triagem/encaminhamento para os hospitais do SUS.
- 6) Qualificar os profissionais do SUS para melhor atendimento e para melhor recepcionar o usuário
- 7) Garantir espaço físico com cadeira e banheiro enquanto o usuário espera pelo atendimento nas instituições de saúde
- 8) Respeitar o ECA e o estatuto do idoso.

### **FEDERAL**

- 1) Implantar o Plano Nacional do Sistema Penitenciário em articulação com os municípios e com os estados.
- 2) Manter e fortalecer o caráter público dos hospitais universitários e o atendimento exclusivo aos usuários do SUS
- 3) Rejeitar a criação de Organizações sociais na gestão e execução dos serviços públicos de saúde.
- 4) Elaborar e implementar o Plano de Cargos e Salários do SUS.
- 5) Regulamentar a Emenda Constitucional nº 29.
- 6) Definir o percentual do Ministério da Saúde de repasse dos recursos para a saúde, regulamentando a EC 29.
- 7) Criar a rede nacional e municipal de atenção integral a prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde que são programas voltados a prática de atividades físicas regulares.

## "E" - Lista de frequência Distrito Continente

PRÉ-CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE. REGIÃO CONTINENTE 21/05/2011			
NOME	BAIRRO	INSTITUIÇÃO	TELEFONE
Luiz Paulo Ferreira	Beneditinos	HU - SC - Residência	8414-6544
Carla da Silva Laska	Sds Paulo	HU - SC - Residência	5602-3837
Suzanna Vitoria Dakostogian	Comunian	CS Vila Aparizada	99926339
Dioniz A.F. Sanches	Coqueiros	(UFSC)	9147-8884
Edna de Souza	Continente	ACS continente	99167931
Luciana de Souza	Continente	CLS - Continente	32233764
Clarissa Heidrich	caps AD continente	caps AD continente	88313553
Monica Hoffelder	Centro	UFSC	32241048
Cristine Schmidt	Centro	UFSC	99536268
Gracinda T. Porto	Coqueiros	SMS	32991587
André Sessing Mergues	União de Coqueiros	CAPS 20 - SMS - PMF	99336707
ANA SCHUMACHER	Centro	SMF - CSC DU	9602537
Flávia Sôbe	COQUEIROS	USUÁRIO - SUS	84138877
Therese Parigemann	Continente	Fhflha	32415724
Wladimir Chippa	Coqueiros	Geb. Ver. Ricardo Vieira	980 97112
Denise Siqueira	Coqueiros	Geb. Ver. Ricardo Vieira	8826-2192
Paulo João Rodrigues	BAIRRO ABRÃO	CONSELHO LOCAL DE SAÚDE	9653073133
Julio César de A. Fogliatto	Continente	PMF / SMS / CS	9941-5253
			3248 1620

PRÉ-CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, REGIÃO CONTINENTE 21/05/2011

NOME	BAIRRO	INSTITUIÇÃO	TELEFONE
Patrícia da Silva Catão	Bomfim / Vigorosa	UFSC / Residência	88.15.3433
Keina C. N. Conceição	Campinas / Sofole	PMF / Polic. Continente	99621209
Mário José Hassler	Estreito / Felis	PMF / D.S. CONTINENTE NASC	8843-578
CHRIS DE BRIDA	CAMPINAS / S. JOSE	PMF / POLI CONTINENTE	9958-9664
Maíra de Bruda	campinas / S.J	PMF / DS continente	9998-7099
FRANCIELE MACIEL SILVA	ESTREITO	ANSAI / VLS CENTRAL	99282855
JADIELLE CHARES	MANAÍMA	SMS / POLIS	3271715
Luílla P. Pramentina	Monte Cristo	SMS / CS Monte Cristo	99246633
Daniel Perceyppu	CS Continente	SMS / CS Continente	99711588
Mary Maíel	ESTREITO	SMS / Policiais	99893787
Maria Bastos		SMS / Planif.	32381583
MAROS C. Liva	COQUELROS	SMS	84363383
Geusa Machado	Campinas	SMS	32391551
Cecília A. Estagin	Centro	SMS	32391540
Kelly Maril Silva	São João	SMS / CS Colônia	32572056
Deisi Lucia deivid	Colônia	SMS / CS Colônia	96024137
Julia Virginia Melo	Campinas	HU / UFSC - Residência	9915-2398
Marina Marques Galdani	Campinas	HU / UFSC - Residência	96212868
João Gilberto Mattos	Abraço / Macaçu	SMS	84328880

NOME	BAIRRO	ENTIDADE	CONTATO
Sandra Carvalho Ventura		CS Moreno da Caixa	8401-3192
Beate Annen Kemp		CS Capoeiras	997744314
Antonia Mendes Bualob	Capoeiras	ACS Capoeiras	88070591
UCILENE APARECIDA WOLFF	COQUEIROS	USUÁRIA SUS (ESTUDANTE) - NASF - D'S CONTINENTE P	9617 9830 - Lucilene.wolff@fhaq.com.br
ECILIA STAPELIN COELHO			9927 2051 - SOELEN.CECLIA@GMAIL.COM
ILANE E. BAUER	VILA APARECIDA	CS VILA APARECIDA P	96374598
LOUIZ TADEU DA SILVA	Colônia Nova	C.M. Saúde q	32408382 ou 6602
LESSANDRA AZEREDO GARCIA	SARDIM ATLANTICO	SMS - CS SAPE	3249-5962 ou 5844
JENÍCIO BERNARDES LAUS	Estreito	E.S. ABRÃO P	9638-4855
Ana Carolina Cunha	Monte Cristo		
Blair Lopez	Colônia Nova	Junta da gente	85651693
SERGIO CIVIL PIRES	ESTREITO	WILIANE BARREY	99650697

Nome	Bairro	Endereço	Contato
Grécia B. Divisa de Resourças	Restaurado	UFSC	84 59 3767

## LISTA DE PRESENÇA: Pré Conferência DS Sul

DATA: 04/06/2011

Horário: 13h30min

LOCAL: Colégio Henrique Veras



PARTICIPANTE (letra legível)	Entidade	TELEFONE/EMAIL/site
SONIA REGINA FENNER	Ribeirão da ILHA	8407.0925 / SOLFENU@HOTMAIL.COM
LIZAMARIA MAENUS DA SILVA	CS ARMADOR	33340216 / LIZAMARIENUS@HOTMAIL.COM
Brenda Tereza R. de Sousa	Seu - Saúde	32391583 / btmstos@hotmail.com
Vanilka	CS - SEU LOCAL	04164190 / vcoqueiroa.com.br
Priscila Regina Dalverde	C.S. Pântano do Sul	3034.0362 / priscilayamin
Andressa Silva da Rosa Pires	C.S. Armador	99620028 / andressa.rosa.pires@hotmail.com
Deise b. Huttenes Lopes	Distrito São Sul	deisehuttenes@yahoo.com.br
Maura da Silva Eckardt	DS Sul - VEG	ec.kardt@yahoos.com.br
Isabela Augusto Rodrigues Lyra	CS Jayara Rio Juruá	3233.4347 - cslajara@riojuruas.com.br
Luciana Montagna da Rosa	C.S. do Meio do Pântano	3338.7627 - csmontagna@pntano.com.br
Eduardo Nunes da Silva	CS Meio das Terras	3389.3772 - eduxaxim@yahoo.com.br
Ígorilton de Jesus	MSF Sul 2 - DS Sul	8418-5412 - thuytis@yahoo.com.br
Fernanda Nadia Silvano	CS Armador	91382532 / fepisciana@hotmail.com
Gláucia Feres Uastenho	C.S. Pântano do Sul	34533569 / glaucia.mantenho@hotmail.com
Marivânia Fritzer	C.S. Pântano de Sul	9918-6330 / marivania1@HOTMAIL.COM
Diogo A.F. Soares dos S	UFSC (Sul) - MSF Centro	9147-8884 / d.schardos1@gmail.com
Lucia Helena Divina de Souza	UFSC Exp Saúde Pública	81593367 / luciahsouza@ufsc.br
Diego Bigano	CS Juruá	caapa - sc@hotmail.com
Patrícia Polato Corrêas	Pedreira Sul	99344218 / leticiacorrêas@pntano.com.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**LISTA DE PRESENÇA: Pré Conferência DS Sui**

DATA: 04/06/2011

Horário: 13h30min

LOCAL: Colégio Henrique Veras

PARTICIPANTE (letra legível)	Entidade	TELEFONE/EMAIL/site
Apresentado de Carne Rabelth	ULS Fazenda / CLS Fazenda	9921-9099 / cassia_rabelth@hotmail.com
Almedeuma Borges Pereira (vinda)	ACS ALTO RIBEIRÃO	9902.5003
Paulie Luis Pereira	ALTO RIBEIRÃO	8441/1981
JARDEL CARREÁ DE OLIVEIRA	CS TAPERA/SMS/PNF	(48)99796895 / jardel_cali@ya.hoo.com.br
Valte Eulides da Seloza	UNIVERSIDADE RIO BRANCO	91331837 / vales@univ.br
Mariane Tessari	CLS Mourões Pebras	99131152 / marianetessari@hotmail.com
Milha Alves Raimondes	CS Campeche	30374074 / cscompche@prof.sc.gov.br
Luciana Ribeira	SOCIEDADE UNIDAS	8801-6201
MARCELO KRATHE EBEQUEISS	CS RIO TAMARIS	99366981 / MARCELEBEQUEISS@YAHOO.COM
Ana Luísa de Souza	CS Costeira	99181596 / ana-costeira@hotmail.com
Reinholda Lourel	CS Costeira	3206-3742 / reinholda@netmail.com
Evá Karim Machado	CS Costeira	84184882 / evalenir@hotmail.com
Wenise Aluiz Martins Freire	CS São dos Limões	3333-6804 / Maria_Martins@hotmail.com
Marielene Teodora Ferreira	CS São dos Limões	99080641 / marielene@hotmail.com
Ingrid Valéria Mony	CS Ribeirão da Ilha	9109-9732 / ingridmony@hotmail.com
Angela M <sup>rs</sup> Maximiano de Lenc	CS Campeche	84088351 / angela.lenc@hotmail.com
Franicilene Santos G. Rodrigues	ACS - Campeche	33363369 / francilene@hotmail.com
Francimara Surucano Barnett	CS Campeche	96246743 - francimara_sb@hotmail.com
Regina Maria Valéria Magaldi	CS Campeche	3879056 / xmvma@campeche.com

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



## "G" - Lista de frequência Distrito Leste



## LISTA DE PRESENÇA: Pré Conferência DS Leste

DATA: 04/06/2011

Horário: 13h30min

LOCAL: Colégio Henrique Veras

PARTICIPANTE (letra legível)	Entidade	TELEFONE/EMAIL/site
Carissimi Amândea Galdi	Distrito Saúde Leste	3234 0097 / regionalleste@pmf.sp.gov.br
Aline de Azeite Ramos	CS Córcepo Grande	88335787 / alineazeite@yahoos.com.br
Mônica Rita Garcia da C. Freitas	CS Cordeiro Grande	9155 6963 / monicarita.freitas@br
Keivina Mendes	CS Cordeiro Grande	3234 1323 - CA-RESIDENCIAL @ VILA DO COM-171
Adriane Costa Teijina	HU - UFSC	9615 2850 / adrianeviana_spa@hotmail.com
Juliana Araújo Martins	CS - Barrada Baixa	88350605 / juliana_cyf_martins@hotmail.com
JULIANA MACCHIARELLI	HU - UFSC	9152-1816 / juliana_macci@hotmail.com
Thamy Camara da Coruggio	HU - UFSC	843110 86 / thamydacoruggio@gmail.com
Thaine Gomes	HU - UFSC	991699 13 / thaine_tise@yahoo.com.br
Patrícia Freitas Scheres Assumpção	HU - UFSC	9923-4996 / patriciaufsc@yahoo.com.br
Daviana Dardona Dias	DSS - UFSC	9162-8022 / daviana_dia@hotmail.com
Glauce Pereira de Oliveira e Braga	estudente	9609 - 3210 / glauceraga@hotmail.com
Marcos Antonio Pesce	COMS. LOCAL S. BARRA	3232-4075 / marcoantonio_pesce@yahoo.com.br
Natalia Herlinda A. Rauspield	Coms - Local Saúde Barrada	3232 3741 / nataliaobous@gmail.com
Rosângela Elber dos Santos	ACS Cacorubi SMS PMF	9167-4773 - r-elber@br.com.br
Regilda Jacsony Silva	ACS CACORUBI	3232 7155 - SE 11-52620 - CACORUBI
Felícia L da S. Vargas	ACS Barrada	84265919 ou 99682242
Dionísio Regina Romão	ACS Barrada	3304 1653 / 3232 4880
LORI BERNARDO	ACS ITAPECURJI	99218817 / lori_bernardo@hotmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**LISTA DE PRESENÇA: Pré Conferência DS Leste**

DATA: 04/06/2011

Horário: 13h30min

LOCAL: Colégio Henrique Veras

PARTICIPANTE (letra legível)	Entidade	TELEFONE/EMAIL/site
Giselle Cunha	NASF USTU	91192179 guleubw7@hotmail.co
Resangela Amelin dos Anjos	COMPAG. SLS SAO GLE	91123647
Tunguêda AP. Fontini Nunes	AMASSARA Vin. Ricardo	84365854 / ItamJuni@hotmail
Quêto Gustavo Della Mella	PEF-SAUDE - Serviço Saúde	99086598 / DANILODELLA1679@G
Saia Rodrigues	Conselho Regional de Engenharia	89374300 / jaia_foi@hotmail.co
Lina M <sup>o</sup> Fontana	CM5	9914-9137 / linafontana@gmail.co
Julia de Souza, Advogado	PET Social/Estégio NASF - Serviço Social	8455-2350 / pmajicialde Souza@gmail
Priscila de Almeida	UET/SC m. saúde	9117-3682
Helange Alberti Andreg. Pereira	DS Desk - Fpols/SM5	49901137 / pmajicialde Souza@gmail
Flávia Denise Alves Castilho	ULS AG-001 DA CONCESSÃO	84178775 / lauricas2003@yahoo.com
Elisaviana de S. Arnual de M <sup>o</sup>	A.S. Invest - SM5	99026011 / de.arnualde M <sup>o</sup> @gmail.com
Ana Cristina Goette Schmidt	CS Coresq Grande	84225704 anacws03@gmail.co
Carla Santos Pires	HU/UFSC - Saúde	99490449 / carlasp88@gmail.com
Paula Bignonel	HU/UFSC - Saúde	91219398 / paulabignonel@hotmail.com
Patricia fernanda de Almeida Cabal	PT Serviço Itacorubi - Saúde	9601-2556 / patifac@yahoo.com.br
Sérgio Beatriz Raugi	MORADORA DA LAGOA/Prof. de Saúde	SMAP 99710511 sbdraugi@hotmail.c
MC-ITD CATZ	ACS LAGOA	vittpires@SMSLZ.com 91211929
Renata Gouart Castro	CS - Praia da Lagoa	84113040 renata_gouart@yahoo.com
Van D. Perorick	ACS - Lagoa	91330043

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



"H" - Lista de frequência Distrito Centro

nome	Via conferência Centro	Prod Conferência Distrito Centro - Institucional	e-mail	02/07/2012 Assinatura
Daniela Travençolo		3254167		
Alexi Arenas Kami		HN UFSC	Alexi_arenas_kami@yahoo.com.br	
Joel Batista		ULS Agromécica	BATISTA-Joel@ulscat.com.br	
Luciana Maria Prazeres		CSCUTHO - PMF	luciana.prazeres.2702@hotmail.com	
Fernanda de S. Ogibane		ULS Tenisbol	fernanda730000@hotmail.com	
Gerusa Machado		S.M.S.	GERUSAMACHADO@HOTMAIL.COM	
Esthania S. Lopes		Reservaria		
Thaísa Almeida		SMS - DSC	fabfev@ulscat.com.br	
MARLOS César Pinho		SMS	MARLOS CAESAR PINHO@GMAIL.COM	
Diosio A.F. Siqueirosin		UFSC	d.siqueirosin@gmail.com	
Glauce Kreitz de Oliveira e Braga		USURIO	glauce7@gmail.com	
Selma Loch		SMS	selmaloch@ulscat.com	
Fernanda Calado Carneiro		Policlínica Centro	fernanda.calado@ulscat.com	
Roberto F.C. MARINHO		USURIO	ffcmachado79@gmail.com	
Olíndia Renaul Pacheco de Campos		SMS - Florianópolis	olinda@ulscat.com	
Jancine Conceição Dias		Federação Cat. Mulheres	diasjc@ulscat.com	
Umberto de Botolim Damasceni		C.S. Agromécica	dedetche@yahoo.com.br	
José Guilherme Perato de Mattos		SMS - API	guilherme.p5@hotmail.com	
RENATO GEBRÃO		C17F	RENATOGEBRÃO@ULSCAT.COM	

Nome	Instituição	e-mail	Assinatura
Ana Gabriela Esterem Brito	HU-UFSC	amagadmiralae@ gmail.com	Ana Gabriel's Br
Daiane Bassi	HU-UFSC	daiane_bassi@ gmail.com	Daiane
Jonessa Mungatto	HU-UFSC	vonessomungatto@yahoo.com.br	Jonessa Mungatto
Tereza D'Ogaito	SLL		
Julia Aulay	CLS	ja.imoveis@hotmail.com	Julia Aulay
Juliana Luna Distrato	UFSC	ju-pisato@yahoo.com.br	Juliana Luna
MARIA LUCIA G. DEPOZZA	MORADORA USUARIA	marlucian1979@ yahoo.com.br	Maria Lucia G. de Pozza
	CLS		
Gabriela Daniel da Costa	HU-UFSC	gabrilacosta_enf@yahoo.com.br	
Leonilo Louisi Basso Junior	HU-UFSC	leonilobasso@yahoo.com.br	
Felipe Faria Basso Jr.	Cesurra	lfbasso@gmail.com	
Livia Nê Fontana	CMS	livi_fontana@gmail.com	Livia Nê Fontana
Carolina Calado Garrins	SMS-UFSC	Carlastrutius51@gmail.com	
Brenda Yvessa P. de Rêgo	SMS	brtmato@hotmail.com	
MACY E. ZAMORA	CMS - Sec. Exec.	DE_ZAMORA@AHO.com.br	MACY E. ZAMORA
Débora Martini	SMS - NSF Centro	deb_martini@yahoo.com.br	Débora Martini
Carmen R B Santoro	DS Centro		Carmen R B Santoro

nome	Instituição	e-mail	Assinatura
Luiziani Costa Lima	Policlínica Centro	lucibas35@hotmail	
Cláudio Kieulles dos Santos	Policlínica Centro	claudon@bol.com.br	
Babyton Santos da Costa	CUFA, RECID	babyton.santos@hotmail.com	
Marcelo Ramos dos Santos	conselho Municipal de Saúde	reschof@uol.com.br	
Adriana Bregimski de Almeida	HU - UFSC	adriabregimski@gmail.com	
Mário Bastos	SMS	BASTOS@ufsc.br	
Regina Laise Sarges	Universidade	regina.laise.sarges@hotmail.com	
Raimunda Maria Múcio	Univânia	raimunda.marcia.ribesce@ufsc.br	
Jesulina Chaves Robeze	Pr.E. Policlínica	jesulinachaves@hotmail	
Tricks Luiza de Almeida	Policlínica Centro		
Marinech Sereia Azeite	ACS - Centro		
Daura Poca dos Santos	ACS - Centro		
Fabrizio Pery Fery de Mello	HU - UFSC	fabrizio_pfm@ufsc.com.br	
Angela Semarilla Higoka	HU - UFSC	angelahigoka@gmail.com	
Ricardo Fernandes	HU - UFSC	RICARDOINTR@HOTMAIL.COM	
Sofianis M. Rodrigues	Sec. Saúde - SES	Sofianis para o povo.com.br	
Angela Borges	Sec. Saúde	angelapborges@ufsc.br	
Quiana Bacchi Soares	Sec. de Saúde	q.bacchi@ufsc.com.br	



## “I” – Fotos Distrito Continente





Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

“J” – Fotos Distrito Sul e Leste



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

## “K” – Fotos Distrito Norte



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de saúde



Fonte Secretaria Municipal de Saúde



Fonte Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

## “L” – Fotos Distrito Centro



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde