



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

BRUNA CAROLINA DA ROSA

**PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: INDICAÇÕES SOBRE OS ESPAÇOS DE
PARTICIPAÇÃO NO SUS**

FLORIANÓPOLIS

2017

BRUNA CAROLINA DA ROSA

**PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA: INDICAÇÕES SOBRE
OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Doutora Tânia Regina Krüger.

FLORIANÓPOLIS

2017

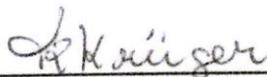
BRUNA CAROLINA DA ROSA

**PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA: INDICAÇÕES SOBRE
OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO NO SUS**

Trabalho de Conclusão De Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Florianópolis (SC), 06 de Julho de 2017.

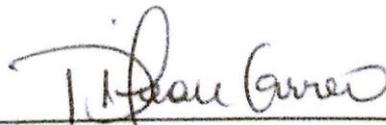
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dr.ª Tânia Regina Krüger

Orientadora

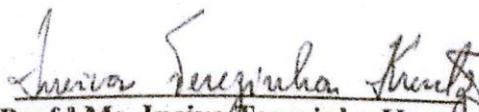
Departamento de Serviço Social - UFSC



Prof.ª Dr.ª Dilceane Carraro

Primeira examinadora

Departamento de Serviço Social - UFSC



Prof.ª Ms. Ineiva Terezinha Kreuz

Segunda examinadora

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Dedico este trabalho aos meus avós.

Vocês são meus exemplos!

AGRADECIMENTOS

*A gente não faz amigos, reconhece-os.
(Vinícius de Moraes)*

É com imensa alegria que teço meus agradecimentos a cada um que participou desse processo de crescimento pessoal e profissional. Nesse momento só uma palavra define meu sentimento: gratidão.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por me iluminar nessa caminhada, e me dar forças para continuar lutando pelos meus sonhos. És minha fortaleza!

Agradeço imensamente aos meus avós, Cristovão e Maria das Graças, que estão presentes em todos os momentos da minha vida. Obrigada por sempre me incentivarem a alcançar meus objetivos. Com certeza sem vocês esse sonho não estaria se realizando agora. A vocês todo o meu amor e carinho!

Ao meu pai Claudir, por sonhar esse sonho junto comigo, buscando sempre me amparar para que eu permanecesse ocupando este lugar na Universidade. *“Pai, você foi meu herói, meu bandido. Hoje é mais muito mais que um amigo.”*

À minha mãe, Eledir, que mesmo longe sempre se fez presente. Amo você!

Às minhas irmãs Laiza, Lucielly, Ludmila e meu pequeno Gustavo, vocês são minha fonte de inspiração. À minha irmã Gabriela, que se tornou tão próxima nos últimos meses, trazendo luz e alegria nos meus dias. Amo vocês!

Ao melhor trio da UFSC, Sheylla e Manuela. Vocês são os presentes mais lindos que a UFSC me proporcionou nessa trajetória. Através dessa amizade verdadeira, a caminhada se tornou mais leve e agradável. Gratidão pela parceria, boas risadas, conselhos, e principalmente, pelo ombro amigo quando precisei. WHO RUN THE WORLD? GIRLS!

Sheylla Beatriz, agradeço pela amizade que construímos nesses anos. Sua luz interior me trouxe serenidade nessa jornada, e com certeza você fez toda diferença nesse processo de aprendizado. Sinto que esse é apenas o começo da nossa amizade.

Manuela Darosci, és minha prova viva que os opostos se atraem. Às vezes parecemos tão diferentes, e ao mesmo tempo tão próximas. Com esse teu jeito especial de ser, conquistaste um lugarzinho no meu coração.

À Sophie, minha amiga de quatro patas, pelo companheirismo nesses anos.

Ao Fórum Desembargador Eduardo Luz - Comarca da Capital/SC e ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de crescimento e aprendizado. À Lilian da Silva Domingues por estar disposta a me instruir no primeiro estágio: muito obrigada!

Aos servidores do Fórum, principalmente para a Cris e o Djanir, por me acolheram e compartilharam comigo sua experiência profissional. Também aos outros estagiários que convivi nesse tempo, muito obrigada!

À Maria Aparecida Fagundes, minha supervisora, por me apresentar o campo de estágio com seu conhecimento e experiência profissional. Através do estágio compreendi de perto a profissão e suas particularidades. Agradeço também as outras assistentes sociais que tive contato nesse tempo, cada troca de conhecimento fez diferença na minha formação. À equipe multiprofissional da Clínica Médica II, em especial para os profissionais da Onco-hematologia, pela receptividade, e por construírem coletivamente as intervenções realizadas com os usuários.

Aos professores que compartilharam comigo seus conhecimentos, e ampliaram meus horizontes profissionais. Muito obrigada!

À minha orientadora Tânia por aceitar me acompanhar nessa empreitada. E pelos aprendizados nesse processo de construção. Muito obrigada!

À banca examinadora, professora Dilceane Carraro e Ineiva Terezinha Kreutz. Agradeço pela prontidão em aceitar o convite, e pelas contribuições ao presente trabalho.

A todos que não estão citados, mas que de alguma forma contribuíram nesse processo. Muito obrigada!

*“Enquanto eles capitalizam a realidade,
eu socializo meus sonhos.”*

(Sérgio Vaz, 2007)

ROSA, Bruna Carolina da. **“Planos Municipais de Saúde de Santa Catarina: indicações sobre os espaços de participação no SUS.”** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso possui como objetivo identificar e analisar as referências que os Planos Municipais de Saúde - PMS - fazem aos Conselhos Municipais e Conferências Municipais de Saúde, bem como os objetivos, ações e metas que são propostos para estes colegiados de participação social. Para isto foi realizada uma revisão da literatura e análise das tendências teórico-políticas sobre a política de saúde no Brasil, considerando os fundamentos da Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde e as tensões no campo da participação social nos anos 2000. Também buscou identificar e refletir sobre as perspectivas teórico-políticas do SUS na literatura sobre participação social da saúde pública. Como metodologia de trabalho utilizou-se a pesquisa documental e bibliográfica. Esta pesquisa contemplou 15 municípios de Santa Catarina, sendo: Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Curitibanos, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Rio do Sul, São Francisco do Sul, São Joaquim, São Miguel do Oeste e Tubarão. A escolha dos municípios abrangeu a diversidade regional, porte populacional e características socioeconômicas de Santa Catarina. A vigência dos Planos Municipais de Saúde pesquisados é de 2014 a 2017. As informações obtidas foram analisadas e sistematizadas, os quais fomentaram as discussões sobre o material. Através da pesquisa identificou-se que dez municípios fazem referência aos Conselhos e Conferências Municipais, e em sete planos são descritos outros espaços de controle social, sendo: auditoria, ouvidoria e reuniões para prestar contas sobre os gastos públicos. Também identificamos preocupações com este espaço de participação social no processo de gestão. Essa preocupação se explicita numa reprodução generalizada do arcabouço legal do campo da participação no SUS, nas indicações de algumas diretrizes ou objetivos para fortalecer a participação e realizar capacitações aos conselheiros.

Palavras-chave: Controle Social; SUS; Reforma Sanitária.

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 01 – Mapa do Estado de Santa Catarina com os municípios escolhidos em destaque	35
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Municípios contemplados na pesquisa por região de Santa Catarina, população estimada em 2016 e IDHM.	36
QUADRO 02 – Amostra de municípios, prefeitos, vice-prefeito e partidos contemplados na pesquisa eleitos para gestão entre 2013 e 2016.	36
QUADRO 03 - Relação dos documentos e normativas que os municípios da pesquisa se pautaram para elaborar o Plano Municipal Plurianual de Saúde 2014 a 2017.	39
QUADRO 04 - Relação dos municípios e seus eixos, diretrizes, objetivos em relação aos espaços de participação no SUS para o período de 2014 a 2017.	47
QUADRO 05 - Relação dos municípios e suas ações e metas em relação aos espaços de participação no SUS para o período de 2014 a 2017.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBs – Comunidades Eclesiais de Base
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
CLS – Conselho Local de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMS – Fundo Municipal de Saúde
HSCC – Hospital Santa Cruz de Canoinhas
HUs – Hospitais Universitários
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOA – Lei Orçamentária Anual
NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OS – Organização Social
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PIB – Produto Interno Bruto
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização

PP – Partido Progressista

PPA – Plano Plurianual

PPP – Parcerias Público-Privadas

PSD – Partido Social Democrático

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PT – Partido dos Trabalhadores

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 TENDÊNCIAS TEÓRICO-POLÍTICAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	17
3 AS PERSPECTIVAS TEÓRICO-POLÍTICAS SOBRE PARTICIPAÇÃO NO SUS .	28
4 PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: as referências e considerações ao Conselho e Conferência Municipal	35
4.1 As bases de construção Planos Municipais Plurianuais de Saúde.....	38
4.2 Os espaços de participação no SUS: indicações gerais dos Planos de Saúde	42
4.2.1 Referências que os Planos Municipais de Saúde fazem aos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde.....	42
4.3 Eixos, diretrizes, objetivos, ações e metas sobre os espaços de participação no SUS nos Planos de Saúde	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	62
REFERÊNCIAS DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	66
APÊNDICE A – Aprovação do Plano Municipal de Saúde no Conselho Municipal de Saúde	68
APÊNDICE B – Referências legais mais utilizadas na construção dos Planos (apresentação e introdução).....	68
APÊNDICE C – Outras referências utilizadas para subsidiar a elaboração dos Planos	69

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado na Constituição de 1988 foi resultado do acúmulo de lutas do Movimento da Reforma Sanitária, que emergiu na década de 1970 num período ditatorial, e envolveu um longo processo de mobilização de trabalhadores e movimentos sociais.

A grande mobilização social culminou na inserção da participação da comunidade na Constituição Federal de 1988, como diretriz do SUS na lei 8080/1990, e posteriormente, na lei 8142/1990, que dispõe sobre a operacionalização da participação da comunidade na gestão do SUS. Esta última lei indica que a participação será realizada através de dois espaços colegiados, sendo estes, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

O presente trabalho tem como objetivo analisar as referências que os Planos Municipais de Saúde (PMS) fazem aos Conselhos Municipais e às Conferências Municipais de Saúde, bem como que objetivos e ações propõem para estes colegiados de participação social.

Como objetivos específicos do trabalho, foram definidos: realizar revisão da literatura e análise das tendências teórico-políticas sobre a política de saúde no Brasil, considerando os fundamentos da Reforma Sanitária, do SUS e as tensões no campo da participação social nos anos 2000; identificar e refletir sobre as perspectivas teórico-políticas do SUS na literatura sobre participação social da saúde pública; pesquisar nos Planos Municipais de Saúde (PMS) as referências ao Conselho Municipal e Conferência Municipal de Saúde, e identificar os objetivos, ações e metas para estes espaços.

Esta pesquisa contemplou 15 municípios de Santa Catarina para conhecer as referências que os PMS fazem aos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde, e quais os objetivos e ações que são propostos para estes colegiados de participação. A escolha dos municípios abrangeu a diversidade regional, porte populacional e características socioeconômicas de Santa Catarina. Para o estudo os seguintes municípios foram escolhidos: Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Curitibanos, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Rio do Sul, São Francisco do Sul, São Joaquim, São Miguel do Oeste e Tubarão. A vigência dos Planos Municipais de Saúde pesquisados é de 2014 a 2017.

Os Planos Municipais de Saúde (2014-2017) foram localizados através da busca na internet, em sites institucionais, como do governo do Estado de Santa Catarina (www.controlesocial.saude.sc.gov.br). No município de Blumenau, o documento foi

disponibilizado através da Secretaria Executiva do CMS¹, e em Florianópolis por meio do site institucional da Prefeitura Municipal.

Os Planos Municipais de Saúde se organizam de diversas formas, em que alguns estão completos desde a caracterização dos municípios até na definição de metas, ações, etc. Com isso, os Planos também se diferenciam no tamanho, sendo os Planos de Curitiba, Florianópolis, Joinville, Rio do Sul, São Francisco do Sul e São Joaquim os mais sucintos entre 12 a 66 páginas. Os municípios de Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Joaçaba, São Miguel do Oeste contam com seus Planos entre 84 a 145 páginas. Os Planos de Itajaí e Tubarão são os maiores, com mais de 200 páginas²

Uma referência para apreciar os Planos, foi a Portaria nº 2135/GM, de 25 de Setembro de 2013, que indica que os Planos devem apresentar a análise situacional do município, definir as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que serão realizadas no período do Plano, e descrever como será o processo de monitoramento e avaliação dos Planos. Assim, verificamos quais Planos contemplam esses três pontos.

No estudo dos documentos dessa pesquisa, buscou-se nos itens de apresentação e introdução identificar as referências legais que embasaram a construção dos Planos. Também no início dos documentos, nos atentamos para os sujeitos que participaram no processo de construção dos Planos. Em relação à aprovação dos Planos no Conselho Municipal de Saúde, foi observado se há alguma referência acerca dessa informação e/ou se há anexo da resolução referente à aprovação. Ainda observou-se em qual item há referências acerca do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências. E também se criaram item próprio pra falar sobre o tema, bem como, identificar se outros espaços de participação social são referenciados nos Planos.

Na sequência dos Planos, procurou-se identificar no item: eixos, diretrizes, objetivos, ações e metas, quais são as prioridades para os espaços de participação no SUS para o período de 2014 a 2017.

¹ A disponibilização desse Plano aconteceu a orientadora dessa monografia em agosto de 2015, quando esta realizou capacitação no Conselho Municipal de Saúde de Blumenau. A versão então usada na pesquisa é uma versão que não consta a data de finalização e nem de aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Chamamos neste trabalho de versão preliminar do Plano. No entanto, nele não há referência alguma de ser preliminar ou versão final. Cabe esclarecer que até o dia 25 de junho de 2017, nenhuma versão definitiva ou preliminar do PMS de Blumenau 2014-2017 foi localizada no site da Secretaria Municipal de Saúde e no site da SES/SC no link do controle social (http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=199).

² Os Planos dos municípios de Araranguá, Concórdia, Curitiba, Rio do Sul e São Joaquim não foram paginados, assim foram contadas as folhas dos documentos.

Assim, o presente trabalho ficou dividido em três capítulos, sendo: o primeiro, para abordar as tendências teórico-políticas sobre a política de saúde no Brasil; o segundo, com a finalidade de discutir as perspectivas teórico-políticas sobre participação no SUS; e no último capítulo, reconhecer e analisar as referências e considerações que os Planos Municipais de Saúde fazem ao Conselho e à Conferência Municipal de Saúde.

2 TENDÊNCIAS TEÓRICO-POLÍTICAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Em 1920 foram iniciadas as primeiras ações referentes à intervenção estatal na saúde pública, sendo que na maioria das vezes significava trato com a higiene e saúde do trabalhador. Isso se deu através da mobilização da classe trabalhadora, e tendo como fruto a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves — sendo financiadas pela União, e organizadas pelas empresas empregadoras — com os seguintes benefícios inclusos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes; e auxílio-funeral. Os primeiros trabalhadores que conseguiram essa conquista foram os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926, e os demais somente após 1930 (BRAVO, 2006).

As transformações societárias vivenciadas na década de 1930, como a expansão da indústria, propiciaram a intervenção do Estado na área da saúde, no qual era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de *saúde pública* tinha como objetivo fornecer condições sanitárias para os trabalhadores urbanos e, minimamente, para os do campo. A *medicina previdenciária* surge com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), para ampliar o número de trabalhadores urbanos assegurados, abafando assim, possíveis reivindicações da classe trabalhadora, com o intuito de não expandir a cobertura dos benefícios (BRAVO, 2006).

Nos anos 20, a assistência médica era atribuição central, permanente e obrigatória das CAP's; já no período dos IAP's, especialmente no momento autoritário – 1930-1945 – onde a preocupação da Previdência Social era de caráter contencionista, com vistas a uma acumulação, a assistência médica coloca-se como função provisória e secundária (MENDES, 1995, p.21).

A política Nacional de Saúde pensada na década de 1930 foi colocada em prática no período de 1945-1950, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que contou com investimento norte-americano. Contudo, a situação da saúde da população era precária, e entre 1945 a 1964 não foi possível “[...] eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade geral” (BRAVO, 2006, p. 92).

Na década de 1950 surgem os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) que iniciaram a produção de conhecimentos sobre a saúde da população. No entanto, a medicina preventiva focava sua atenção no indivíduo e na família, negligenciando os impactos que as determinações sociais provocam na saúde da população e, esquecendo

também a prática política do conhecimento que produziam (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Com base nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), o Movimento da Reforma Sanitária surge para repensar o processo saúde-doença, buscando aproximar o conhecimento produzido com a luta política por uma saúde melhor para a população.

[...] o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política constitui-se a partir dos DMP num confronto teórico com o movimento preventista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.64).

De acordo com Bravo (2006), o período do regime militar (1964-1985) foi permeado pelo avanço econômico-social e político que propiciou um país novo. Todavia, os problemas estruturais foram aprofundados e ampliados, em vez de serem solucionados. Nesse sentido, para que o Estado conseguisse legitimidade para o regime, utilizaram a intervenção binômio repressão-assistência:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2006, p.93).

Entre os anos 1968 e 1973, ocorreu o chamado *milagre econômico brasileiro*³ em que houve uma reorientação na administração estatal, inclusive na política de saúde, que ficou centrada na visão do médico, e acabou se tornando um bem de consumo que deveria ser suprido através do mercado. Em suma, aconteceu um elevado crescimento econômico, mas, em consonância, decorreu o aumento da repressão exercida contra a população pelo grupo que estava no poder, e a desigualdade continuava a crescer desenfreadamente (LUZ, 1991, p.81).

Em 1966 as aposentadorias, pensões e a assistência médica passam a serem geridas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fruto da fusão entre os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) existentes na época. Com isso, o acesso à assistência médica continuou restrito a uma parcela da população, já que era necessário estar inserido no trabalho formal. Também permaneceram excluídos, os trabalhadores rurais, bem como os trabalhadores informais e desempregados (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.60 e 61).

³ Período entre 1968 a 1974 (para alguns, 1967 a 1973) marcado pelo crescimento econômico elevado e pelos atos institucionais e decretos presidenciais arbitrários aos direitos da população, sendo essa época avessa a medidas ou políticas sociais que favorecessem a participação da sociedade civil (LUZ, 1991, p.81).

Durante essa parte da história brasileira, a saúde foi colocada em segundo plano por conta dos desvios de verba pública, em benefício do capital. Como fruto da falta de financiamento e vontade política na área da saúde, surgiu como resultando o adoecimento da população com epidemias, e na diminuição da qualidade de vida da sociedade. Com o descontentamento dos usuários, e dos profissionais da saúde com essa realidade, começaram a aflorar discussões acerca da saúde da população.

O SUS criado pela Constituição de 1988 foi resultado do acúmulo de lutas do Movimento da Reforma Sanitária que emergiu na década de 1970, num período ditatorial, em que envolveu um longo processo de mobilização de trabalhadores e movimentos sociais. Entre as bandeiras de luta do Movimento destacam-se: o Estado democrático e de direito; a saúde como um direito universal abrangendo a promoção, prevenção, assistência e reabilitação; o conceito ampliado de saúde⁴; a participação da comunidade; determinação social da saúde, integralidade e igualdade de acesso. Diversos segmentos da sociedade foram sujeitos protagonistas do movimento, como: membros do partido comunista, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), Frente Parlamentar pela Saúde, Fórum Popular de Saúde, Movimento Estudantil, Sindicatos de Médicos, entre outros.

A VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 foi o grande marco para a Reforma Sanitária. Pela primeira vez estavam presentes diferentes representantes dos segmentos da sociedade, inclusive, os usuários. Assim, a representatividade foi assegurada com a participação da sociedade civil, ao ouvir suas experiências e dúvidas. A Conferência teve como objetivo de preparar propostas para assegurar a saúde como um direito no processo constituinte (AROUCA, 1986).

Na Constituição Federal de 1988, em especial, nos artigos 196 a 200, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado. A aprovação da Lei 8.080/1990⁵ expressa às conquistas da população brasileira, através da Constituição Federal, servindo de apoio para a continuidade na luta política na arena sanitária.

⁴ “[...] Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até as informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam do povo [...]” (AROUCA, 1987, p.36).

⁵ A lei 8080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Incorpora os principais mandamentos constitucionais: saúde como direito e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; o Sistema Único de Saúde com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com mando único em cada esfera de governo (MENDES, 1995, p.48).

Contudo no processo constituinte estavam presentes grupos com interesse em minimizar a interferência do Estado, para abrir espaço na área da saúde ao mercado. Assim, por meio dos artigos 197 e 199 da Constituição Federal, a assistência à saúde fica livre à iniciativa privada, sendo que a execução das ações e serviços públicos de saúde poderá “ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

No processo da constituinte, além do projeto da Reforma Sanitária, também estava em disputa o projeto liberal privatista de saúde que buscava hegemonia na área da saúde. O projeto liberal privatista visava um Estado mínimo que suprisse as necessidades daqueles que não tivessem condições de custear seu atendimento, sendo destinado o acesso à saúde no mercado para todo o restante da população (PAIM, 2008, p. 112).

No projeto liberal privatista a saúde é considerada uma mercadoria, em que a melhor alternativa para suprir as necessidades dos sujeitos, se daria através da compra dos serviços de saúde no mercado. Assim, os indivíduos com condições financeiras suficientes, arcariam com as suas despesas na área da saúde com a compra dos serviços no setor privado. E aqueles que não possuíssem tais condições, o Estado deveria financiar o atendimento para que tivessem acesso à saúde (PAIM, 2008, p.112).

Os ideais do projeto liberal privatista abrangem os interesses de diversos segmentos do capital privado no ramo da saúde, como as “[...] empresas médicas, seguradoras e operadoras de ‘planos de saúde’, indústrias de medicamentos e de equipamentos, parte de entidades médicas e de profissionais da saúde, além da mídia e de empresas de publicidade” (PAIM, 2008, p. 112).

Após a regulamentação do SUS era chegado o momento da implantação. Todavia, acirra-se a disputa entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto liberal privatista da saúde, sendo que nos anos de 1990 com o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), através do discurso de modernização do Estado, sucederam contrarreformas que surtiram na privatização de empresas estatais, em favor da acumulação do capital e de não implementação dos direitos sociais recém-conquistados.

Contribuiu para esse acirramento a chegada do ideário neoliberal no país, que trazia como consequência a minimização da responsabilidade do Estado em prover o bem-estar social, abrindo espaço para usufruir de serviços essenciais mediante aquisição no mercado. Em consonância, a responsabilidade para suprir suas necessidades é voltada para o indivíduo. Como fruto desse pensamento, acabou respingando nos recentes direitos conquistados com a Constituição Federal de 1988, no qual se percebeu o desmanche da proteção social que recentemente havia sido pensado para o país (DRAIBE, 2003).

O governo de FHC (1995-2002) realizou uma implementação formal do SUS, priorizando o atendimento das demandas do mercado (setor filantrópico e privado). Bem como, sucateou e desfinanciou a saúde pública, deixando até mesmo de realizar concursos públicos e ignorando os espaços de participação popular como o Conselho Nacional de Saúde.

Como ações do governo FHC podemos citar a desresponsabilização do Estado perante as questões sociais, as sucessivas privatizações estatais, o discurso de responsabilidade social, o estímulo à reestruturação produtiva do capital e aos programas de qualidade total. Este governo buscou inviabilizar o arcabouço legal da saúde, todavia utilizou o sucateamento e o desfinanciamento como mecanismo para inviabilizá-lo em seus princípios e competências. A estratégia de governo de FHC não priorizou a implementação do SUS, mas deu preferência a questões pontuais que causavam comoção social (HELENA et al., 2013).

Em 2003, as políticas sociais e o SUS pareciam ter condições favoráveis para serem efetivadas, visto que, o povo elegeu pela primeira vez um governo que em sua origem não parecia apresentar os mesmos interesses da classe dominante. Entretanto, em relação ao plano econômico, o governo Lula manteve as mesmas decisões tomadas por Fernando Henrique Cardoso em relação ao avanço neoliberal no país, como a contrarreforma da Previdência Social. Em tese, o governo Lula apresentou como foco a centralização das políticas públicas, e a criação do programa de transferência de renda Bolsa Família, que se tornou a política de governo mais importante na área social (BRAVO; MENEZES, 2011).

Bravo e Menezes (2011) elencaram alguns pontos importantes para o fortalecimento das bandeiras de luta do movimento da Reforma Sanitária, como a reorganização do Ministério da Saúde pelo governo do Partido dos Trabalhadores:

[...] como aspectos de inovação da política de saúde que poderiam fortalecer o primeiro projeto: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos noventa, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO; MENEZES, 2011, p.18).

Em relação à área da saúde, havia a expectativa de que no primeiro mandato de Lula, seu governo retomasse as bandeiras de luta da Reforma Sanitária. Entretanto, no início do governo, o ministro da saúde já sinalizou que os dois projetos ainda estavam em disputa: o da reforma sanitária e o modelo privatista. Nesse sentido, em algumas situações a presidência tendeu para o fortalecimento das bandeiras da Reforma Sanitária, e em outras, propiciou a privatização da saúde pública (BRAVO; MENEZES, 2011).

Por conta da correlação de forças entre os dois projetos, autores que são referências na área da saúde, como Ana Maria de Vasconcelos, reconhecem recuos e avanços que sucederam as décadas posteriores à implantação do SUS.

Dentre os obstáculos, Vasconcelos (2006) os descreve, como: o aparecimento dos planos de saúde, com a lógica da mercantilização; o sucateamento da saúde pública ao dar ênfase nos hospitais, esquecendo assim, a atenção básica, ou seja, deixam de trabalhar a prevenção, para tratar as doenças de possível prevenção e/ou controle nos leitos hospitalares; a falta de formação crítica dos profissionais de saúde, que acabam não compreendendo a concepção de saúde como um direito, muito menos trabalhando na defesa da saúde pública; o planejamento está sendo esquecido, ao quantificar o número de atendimentos sem planejar as ações para responder as demandas da população, etc.

Em contrapartida, visando estimular a continuidade do projeto neoliberal na área da saúde, foi mantida a focalização da política pública, precarização, terceirização dos trabalhadores da saúde, ausência de financiamento e falta de vontade política para cumprir com a Seguridade Social (BRAVO; MENEZES, 2011).

Santos (2013) especifica impasses referentes ao que a saúde vem enfrentando desde que foi inserida na Constituição Federal de 1988, como política pública de Estado. Dessa maneira, os quatro obstáculos destacados pelo autor são: *subfinanciamento federal*, no qual os municípios e Estados se tornaram os maiores responsáveis pelo financiamento da saúde pública; *subsídios federais ao mercado de planos privados e saúde*, em que acontece a renúncia fiscal, o cofinanciamento público de planos privados para servidores públicos, e o não ressarcimento determinado pela Lei 9656/1999⁶; *grande rigidez da estrutura administrativa e burocrática do Estado*, em que o Estado está gerenciando de forma centralizada e burocrática, afetando o atendimento aos usuários, com grande resistência à reforma da estrutura gerencial estatal da prestação de serviços; e a *entrega do gerenciamento*

⁶ A Lei 9656/1998, referente aos planos de saúde, determina o ressarcimento pelas operadoras dos serviços de atendimento à saúde, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

de estabelecimentos público a entes privados, através do discurso que o setor público é incapaz de gerir com eficiência os serviços públicos, o Estado entrega ao setor privado o gerenciamento de serviços públicos necessários para a população, nascendo assim, as Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e as Parcerias Público-Privadas (PPP).

Devido aos obstáculos que o SUS vem encarando durante esses últimos anos, foram acumuladas diversas consequências, algumas com aspectos negativos e outras experiências positivas pelo Brasil, entre elas: precarização da Atenção Básica, sendo focalizado o atendimento de baixo custo para a parcela mais empobrecida da população, com foco nas situações mais graves, deixando de lado outras ocorrências consideradas mais leves. Ademais, a classe média e os trabalhadores sindicalizados foram cada vez mais aderindo aos planos privados de saúde. Por fim, o SUS incluiu grande parte da população que estava desassistida na área da saúde, e certas experiências locais nos mostram a potencialidade da Atenção Básica em resistir aos desmanches, no intuito de aplicar as diretrizes do direito à saúde (SANTOS, 2013).

Baseado nas consequências que os quatro obstáculos acarretaram na área da saúde, Santos (2013) ressalta possíveis saídas para superar essa realidade no SUS. Em seu entendimento, é preciso buscar a reaproximação dos movimentos sociais, entidades e usuários, com a democratização das informações referentes aos avanços e recuos enfrentados pelo SUS, para que aconteça uma retomada de consciência na luta por uma saúde pública de qualidade. Para que isso se realize, os conselhos de saúde, em conjunto com os gestores, detêm um papel importantíssimo no compartilhamento de informações com o restante da sociedade, com o propósito de pensar em conjunto e mobilizar forças sociais em prol de mudanças na melhoria na saúde pública.

Em meados da primeira década dos anos 2000, além do projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, uma nova perspectiva entra na disputa, denominada *revisionista*, que passa a ser conhecida como novo desenvolvimentismo. Esse novo projeto é caracterizado pela combinação das ideias propostas pelo projeto da Reforma Sanitária e do projeto liberal privatista da saúde, com a flexibilização dos princípios do primeiro projeto. Em suma, essa nova vertente caracteriza-se pela busca de congregar o desenvolvimento econômico com o desenvolvimento social, visto que, propõe minimizar os impactos sociais acarretados pelo sistema capitalista nos países periféricos, mas ao mesmo tempo, não reafirma os direitos sociais que através da luta dos trabalhadores foram conquistados na Constituição Federal de 1988. Portanto, acaba conduzindo as políticas sociais numa lógica mercadológica, em que a

saúde não é reconhecida como um direito universal, mas como uma oportunidade do mercado obter lucro sobre os direitos sociais (KRÜGER, 2014).

A autora supracitada especifica as inúmeras implicações na área da saúde que a nova vertente desencadeou e que estão sendo notadas desde 2003, como: a Política Nacional de Humanização (PNH), que encobre as contradições, os interesses de mercado e acaba se restringindo acerca das relações entre trabalhador e usuário nos serviços; o Pacto pela Saúde, firmado em 2006, que acarretou em melhorias na gestão no que se refere às Normas Operacionais Básicas (NOBs) e às Normas Operacionais de Atenção a Saúde (NOAS) do SUS, porém acaba situando a pactuação como mera concorrência entre os gestores para apresentar sua produtividade; a proposta de criação das Fundações Estatais de direito privado; o Conselho Nacional de Saúde retorna a eleger o ministro da saúde como seu presidente, sendo que desde 2006 o presidente eleito pertencia ao governo; o Decreto n. 7.508/2011⁷, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990, em que não deixa claro se o serviço do SUS deve ser prestado pelo gestor público e se o trabalhador da saúde deve ser contratado pelo regime público, deixando assim aberto para a gestão do direito privado; aprovação da EBSEH⁸ dias após a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, visto que, a Empresa ao ser gerida pelo direito privado, para aumentar seus recursos, poderá abrir serviços aos usuários do SUS que tenham planos privados. Em suma, a gestão dos Hospitais Universitários (HUs) encontra-se nas mãos da EBSEH, no qual poderá limitar a vinculação dos HUs às Universidades e com os princípios do SUS; a sanção da nova versão da Emenda Constitucional n. 29, pela Lei Complementar n. 141/2012, que decreta que a União irá aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante proporcional ao valor aplicado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior.

Particularmente sobre o segundo mandato da presidente Dilma em relação ao SUS a Abrasco (2016) avalia que seu governo foi marcado pela redução do financiamento na área da saúde, no qual cortou recursos em programas como Farmácia Popular. Além disso, se

⁷ O Decreto n. 7.508/2011 dispõe sobre a organização, o planejamento, a assistência e a articulação inter-federativa do SUS.

⁸ “A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. A EBSEH tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária” (BRASIL, 2016).

apropriou da área da saúde com o intuito de conquistar estabilidade política, o que gerou mais fragilidade na política pública. A falta de uma coordenação na área da saúde deixou como consequência o aumento dos indicadores de doenças infecciosas, em que o número de casos e mortes causadas pela dengue aumentou drasticamente em 2015. A epidemia de zika, que provocou o aumento do número de bebês com microcefalia, e a chikununya também transmitida pelo *Aedes aegypti* se propagaram de forma significativa no último ano. Além disso, o programa Mais Médicos, através de um contrato com a Organização PanAmericana de Saúde, recrutou profissionais do exterior sem a necessidade de validação do diploma para atuar no país, o que mobilizou entidades profissionais contra a dispensa do exame. O documento elogia o aumento no acesso ao atendimento básico promovido no governo de Dilma, que acarretou melhorias nos indicadores, como a redução significativa da mortalidade infantil. Em suma, a qualidade do atendimento é questionável, mas ele vem sendo realizado.

O cenário da disputa entre o projeto da reforma sanitária, do projeto liberal privatista e do projeto revisionista, está com novos contornos no cenário político brasileiro com a cassação do mandato da presidente Dilma Rousseff, e com o desmanche dos direitos conquistados pela luta dos trabalhadores nas últimas décadas, inclusive na área da saúde. Segundo o CNS (2016), o governo de Michel Temer, ao propor a PEC 241/2016 declarou em seu discurso que visa estabelecer um teto de despesas públicas para os próximos 20 anos. Contudo, na prática isso representará um retrocesso de 30 anos, com o desmonte do SUS e da Seguridade Social prevista na Constituição Federal de 1988.

Segundo Miguel (2017, p.3), a Constituição Federal de 1988 escrita na perspectiva de garantir a democracia e os direitos sociais, se perdeu com a destituição de uma presidente da República que, sem amparo legal, foi retirada do cargo, pela simples vontade daqueles derrotados nas urnas. No mais, a Constituição Federal foi perdida, já que todo o arcabouço criado para proteger a democracia, foi utilizado para destruí-la, como: Poder Judiciário, Ministério Público, a Polícia Federal, entre outros.

O regime que emerge com o golpe arquitetado pela elite, possui como enfoque o retrocesso nos direitos e reforço das desigualdades sociais, ficando assim em defesa do capital, e contra os trabalhadores. O governo de Temer está sendo permeada pela destruição dos direitos trabalhistas e previdenciários; redução das políticas redistributivas através do congelamento de gastos públicos; ataque aos povos indígenas e quilombolas com o intuito de que as riquezas nacionais estejam livres para a acumulação privada; e ameaça aos direitos das mulheres e da população LGBT, pensando que o conservadorismo possa aumentar a

popularidade do governo e/ou por conta da redução das políticas sociais, em que a família precisará suprir as necessidades dos seus membros (MIGUEL, 2017, p.3).

O governo está realizando cortes nas políticas sociais, através da forte influência da mídia ao moldar a opinião pública para proteger os interesses do Estado:

A austeridade é celebrada pela grande mídia como se fosse destinada a estancar a gastança do governo além de plantar a falsa ideia de combate à corrupção associada à gestão das verbas públicas. Essa mesma mídia que corrompe a informação, omite à sociedade as consequências do sacrifício do financiamento das políticas sociais para bem-estar cotidiano das pessoas. Assim, submete a opinião pública a valorar o cumprimento das obrigações de pagamentos de juros da dívida pública do País impostas por seu alôz, o sistema financeiro (COSTA, 2017, p. 6).

O ministro da saúde do governo de Michel Temer, Ricardo Barros, também pronuncia inverdades sobre a ausência de financiamento:

A falsa polêmica frequente nas declarações do atual ministro da saúde relativiza a falta de recursos financeiros para depositar as responsabilidades das mazelas do SUS a problemas da gestão. Essa falácia exige reafirmar que a ausência de financiamento suficiente pode ser responsável, inclusive, pelos conhecidos e reais problemas de gestão presentes no SUS (COSTA, 2017, p.7).

Além disso, também declara em entrevista que um sistema universal de saúde para a população brasileira é utópico, em que o limite orçamentário não consegue arcar com os custos para realizar o atendimento para todos os segmentos da sociedade. Nessa lógica, foi criado um grupo de trabalho dentro do ministério, que inclui representantes de planos de saúde, que visam elaborar "planos de saúde acessíveis" para a população de baixa renda acessar a assistência médica. Em oposição a essa ideia que possui como direção a redução do SUS, diversas associações médicas e outras entidades como a Proteste, contestam os objetivos da proposta que vem na contramão da ampliação na área da saúde que estava efetivada nos últimos anos no país (SCHREIBER, 2016).

De acordo com Costa (2017, p.6), "o Brasil vive uma profunda recessão, com altas taxas de desemprego, juros elevados e redução do poder de compra do salário mínimo". Em momentos como esse, o Estado deveria preservar os seus cidadãos, ampliando os investimentos, gerando empregos e expandindo políticas sociais. Contudo, as vontades do sistema financeiro estão sendo priorizadas, e a população está sendo deixada de lado.

A saúde é uma das áreas com mais reclamações por parte da população, por conta dos constantes cortes ao seu financiamento. "É preciso reafirmar que o nível de investimento em saúde é insuficiente, seja comparando com outras experiências internacionais, seja observando o gasto privado per capita e a renda média brasileira" (COSTA, 2017, p.7).

Além do subfinanciamento, o futuro do SUS é incerto com a promulgação da Emenda Constitucional 95:

[...] que estabelece teto para os gastos públicos sem afetar a polpuda fatia do Orçamento destinada ao superávit primário. Na prática, significa a impossibilidade de o SUS cumprir seus desígnios constitucionais para garantia da saúde como direito universal. Estima-se que a aplicação dessa EC retira do SUS aproximadamente R\$ 400 bilhões em 20 anos se for considerado o crescimento anual do PIB a 2,0% e a taxa de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) em 4,5% (COSTA, 2017, p.7).

Segundo Miguel (2017), o país poderá vivenciar o aumento da repressão contra os movimentos sociais, bem como o cancelamento das eleições de 2018 por algum motivo conveniente para a elite, através do discurso de que se trata de uma medida provisória, como aconteceu em 1964. No entanto, a implantação da ditadura acarretaria em inúmeros ônus. Logo, o caminho mais viável para os controladores seria a “normalização” do golpe, ou seja, o presidente que será eleito em 2018 terá legitimidade política, por meio do voto popular, e governará com todos os retrocessos fruto do governo Temer, com os direitos perdidos e as políticas sociais estagnadas.

Para que esse cenário não se concretize, o autor descreve uma alternativa para o futuro do país, que vise os interesses da classe trabalhadora:

O único caminho para ele não é fácil, e não permite atalhos: é uma reconstrução democrática em novas bases. Uma democracia que, para ser sustentável, tem que ser sustentada na mobilização social. Da mesma maneira que a resistência ao golpe e à perda de direitos depende do enfrentamento cotidiano, para além das instituições políticas, por meio das greves, ocupações, manifestações, “perturbações da ordem pública” e outros atos de desobediência civil, a produção de um regime democrático mais ordem pública” e outros atos de desobediência civil, a produção de um regime democrático mais substantivo depende da existência permanente desse mesmo arsenal de formas de ação. Sem eles, a pressão dos poderosos sempre curvará a “democracia” em seu favor. Sem eles, permaneceremos prisioneiros do dilema que sempre assombrou a política brasileira: o regime democrático só sobrevive quando abre mão do enfrentamento das desigualdades (MIGUEL, 2017, p. 4 e 5).

3 AS PERSPECTIVAS TEÓRICO-POLÍTICAS SOBRE PARTICIPAÇÃO NO SUS

De acordo com Moroni (2009, p. 107), participar na esfera pública significa:

Incidir politicamente nas questões que dizem respeito à vida concreta das pessoas, mas, também, nos processos de tomada de decisão do Estado e dos governos, o que, por sua vez, afeta de uma forma ou de outra a vida concreta das pessoas e o interesse dos diversos grupos e classes sociais.

A participação da sociedade interferindo na tomada de decisões do Estado poderia desestabilizar as estruturas de dominação, com isso a ideia de participação de todos e de todas foi abandonada, sendo reduzida na possibilidade de escolha dos representantes por meio de eleições. Esse encolhimento da participação foi justificado através do discurso ideológico, em que todos dispõem das mesmas oportunidades, e as desigualdades entre os sujeitos são geradas pelas diferentes capacidades e/ou dependerá da sorte de cada sujeito (MORONI, 2009).

Ao reduzir a democracia e participação numa escolha de representantes, em conjunto com a igualdade sendo vista apenas do modo formal, trará como consequência uma sociedade baseada no privilégio, ou seja, uma sociedade para poucos, excluindo os direitos que deveria ser para todos. O Estado por sua vez atua para a manutenção dessa conjuntura (MORONI, 2009).

Assim, a história da participação democrática da classe trabalhadora foi permeada de conquistas e ajustamento aos ideais da classe burguesa, em que a classe dominante busca anular a luta da classe trabalhadora, sendo a utilização dessa artimanha a possível explicação para a adesão da classe trabalhadora ao ideal burguês (DANTAS, 2014).

Na conjuntura nacional, o horizonte na área da saúde foi ampliado através do Movimento da Reforma Sanitária que defendia a retomada da democracia no país, com a efetiva participação da sociedade civil no controle das decisões, através de entidades e movimentos sociais, assim como, a formulação e acompanhamento da execução das ações do Estado nos três níveis de governo (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em relação à participação na área da saúde, os primeiros passos foram alcançados nos anos de 1983 e 1984, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) em que pela primeira vez foi proposto a participação da sociedade nos colegiados de gestão (Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS, e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS), com o objetivo de modificar a correlação de forças, ao buscar aliados que almejassem um sistema de saúde, e que visasse encarar o setor privado subsidiado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (SCOREL; MOREIRA, 2009, p.232).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, houve alterações na composição das Conferências de Saúde, já que até então participava desse espaço somente os técnicos e representantes governamentais. Todavia, “a composição da 8ª Conferência Nacional de Saúde ainda ficou na parte da paridade dos representantes dos usuários que passaria a vigorar a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992)” (SCOREL; MOREIRA, 2009, p. 233).

No processo constituinte (1986-1988), devido à intensa mobilização social, foi apresentada a emenda popular da saúde pela plenária de entidades de saúde, e o seu conteúdo acabou sendo aprovado como o capítulo de saúde na nova constituição brasileira.

No processo constituinte de 1986-88, essas concepções políticas foram detalhadas e aprofundadas. O movimento social levou para a Constituinte, além da luta pela democratização e publicização do Estado, a necessidade do controle social, incorporando cinco dimensões: (1) formulação, (2) deliberação, (3) monitoramento, (4) avaliação e (5) financiamento das políticas públicas (orçamento público). A Constituição de 1988 transformou essas questões em diretrizes de diversas políticas, especialmente as chamadas políticas sociais (MORONI, 2009, p.109).

Moroni (2009) afirma que no decorrer do processo constituinte (1986-1988), houve um paradoxo entre: o momento de discussão do processo de elaboração e implantação da Constituição Federal de 1988; e a conjuntura política e econômica no contexto internacional. Ou seja, ao mesmo tempo em que buscavam elaborar uma Constituição, em prol da construção do “Estado de bem-estar social”, estávamos entrando nos ideais neoliberais com a eleição de Fernando Collor de Melo para a Presidência da República.

A concepção liberal e o movimento social divergiam-se em relação ao discurso de descentralização e participação, visto que:

[...] O movimento social falava em descentralização no sentido de o poder de decisão estar mais perto da população e não concentrado em “Brasília”, isto é, no município e não mais na União. Falava-se em participação das organizações da sociedade civil na definição das políticas de forma autônoma e independente. A concepção neoliberal entendia a descentralização como estratégia de enfraquecimento do Estado (desregulamentação), e a participação como meio de repassar para a sociedade atribuições do Estado, sobretudo na área social (MORONI, 2009, p.111).

A criação de outros mecanismos de participação política foi crucial, pois a democracia representativa não estava sendo suficiente para a complexidade da sociedade atual. “Reduzir a democracia e a participação política apenas aos procedimentos eleitorais atende aos interesses das elites políticas e econômicas, pois abafam a voz e as demandas dos dominados” (MORONI, 2009, p.108).

Por sua vez, a legitimidade da democracia participativa fundamenta-se no reconhecimento do direito à participação, da diversidade dos sujeitos

políticos coletivos e da importância da construção do espaço público de conflito/negociação. Por isso, amplia-se os processos democráticos, não havendo atuação em substituição ou oposição à democracia representativa. (MORONI, 2009, p.113).

Assim, a grande mobilização social culminou na inserção da participação da comunidade na Constituição Federal de 1988, como diretriz do SUS na lei 8080/1990, e posteriormente, na lei 8142/1990, que dispõe sobre a operacionalização da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta última lei indica que a participação será realizada através de dois espaços colegiados: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

A Resolução do CNS nº 453, de 10 de maio de 2012⁹, referente às diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, o define como “uma instância colegiada, deliberativa e permanentemente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo [...]” (BRASIL, 2012).

De acordo com a lei 8142/1990 as Conferências de Saúde acontecem a cada quatro anos com “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”. Bem como, o conselho de saúde que “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente” (BRASIL, 1990).

Após a aprovação da lei 8142/1990, os mecanismos de controle social na saúde foram garantidos. Como descreve Mendes (1995):

Ficam assegurados os Conselhos e Conferências de saúde, a forma e alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, a regularidade e automatismo dos repasses federais a estados e municípios e as condições para estados e municípios receberem recursos federais (fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários) (MENDES, 1995, p.49).

Nos anos de 1990, diversos conselhos e conferências de políticas e direitos sociais já estavam em pleno funcionamento, sendo então que sua prática começa a ser denominada de controle social. Entretanto, o controle social passa a ser compreendido de forma distinta ao que acontecia no regime ditatorial (1964 – 1985), visto que, anteriormente a Constituição Federal de 1988, o controle social era exercido como forma de fiscalização do Estado sobre a sociedade, com o objetivo de reprimir e censurar qualquer tipo de atitude contrária ao regime (CORREIA, 2012).

⁹ A Resolução do CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, define as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Assim, a expressão controle social ressurge como o controle da sociedade civil — através de suas entidades e movimentos sociais — sobre as ações do Estado. Isto é, o conceito de controle social foi reformulado para atender as necessidades da classe trabalhadora.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, traz como novidade a paridade entre os representantes dos usuários nas Conferências de Saúde. Bem como, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em setembro de 1996, pode ser intitulada de a ‘voz do controle social’, pela ampla discussão realizada acerca da questão, e materialização no relatório final (SCOREL; MOREIRA, 2009, p. 233).

A Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96), implementada a partir de 1998, consolidou a participação social em saúde, ao determinar a existência de Conselhos de Saúde como condicionalidade para repassar recursos. Com base nessa decisão, houve a criação de inúmeros Conselhos de Saúde. “Encerra-se assim uma década, transcorrida desde a Constituição, de estruturação e consolidação do sistema participativo em saúde” (SCOREL; MOREIRA, 2009, p. 234).

A partir da análise a respeito dos conselhos e conferências, percebeu-se a discussão sobre a efetividade desses espaços no que diz respeito às deliberações. Nesse tipo de abordagem, foram constatados dois problemas teórico-metodológicos: primeiramente, podemos chegar à conclusão que as deliberações são realizadas em outros espaços de decisão. Contudo, essa indagação questiona a importância desses espaços na relação entre o Estado e a sociedade civil; posteriormente, pode-se observar um conjunto de condicionalidades que possivelmente venham a interferir na ação dos sujeitos que participam desses espaços, visto que, os participantes têm interesses diferentes. Sendo assim, torna-se um espaço heterogêneo com relações assimétricas, no qual as instituições podem encorajar ou limitar a participação de atores sociais (CÔRTEZ, 2009).

Entre 1990 e 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) expandiu o número de conselheiros oriundos de organizações sociais. Encolhendo assim, a participação governamental e de mercado. Essa constatação é um indício de que os conselheiros conseguiram ampliar seu poder sobre as decisões tomadas no conselho. Em relação às Conferências de saúde, em nível nacional desde 1990 há um maior número de participantes que representam as entidades sociais. Contudo, a maior representatividade da sociedade civil, não indica a relevância desses atores na formação da agenda de discussões nesse espaço (CÔRTEZ, 2009).

Os Conselhos e Conferências sinalizam seu papel na área de saúde, a partir de duas observações: 1) na fiscalização e implementação de ações, ao apontar as demandas e ideias

vindas de entidades sociais; 2) os espaços não possuem uma posição permanente nas decisões na área. Entre os conselhos de saúde, o que mais se destacou foi o Conselho Nacional de Saúde (CNS), dado que, fiscalizava a execução da política de saúde e buscava informações acerca das instituições públicas e privadas que atuam na área de saúde. Entretanto, em 1993, logo após a criação das comissões intergestores, o CNS passou a ocupar uma posição secundária em relação ao debate de discussões importantes na área (CÔRTEZ, 2009).

Apesar dos avanços nas políticas públicas alguns empecilhos foram surgindo nas últimas décadas, como descreve o trecho abaixo:

Existem limites para o exercício do controle social na referida perspectiva no espaço dos conselhos, como: a fragilidade no nível de organização dos movimentos populares e sindicais; a pouca consciência de classe (momento meramente “econômico-corporativo” ou “egoístico-passional”) dos mesmos; a prevalência do “senso comum” entre muitos conselheiros, devido à concepção de mundo burguesa introjetada através dos aparelhos privados de hegemonia (meios de comunicação, igrejas, escolas, etc.); a baixa representatividade e consequente falta de legitimidade dos conselheiros, pela pouca organicidade com sua base; além da falta de acesso às informações fidedignas sobre a gestão e sobre as fontes e a alocação dos recursos financeiros, entre outros (CORREIA, 2012, p. 300).

As Conferências conseguiram produzir um diagnóstico da situação de saúde e dos serviços de saúde. Em contrapartida, não foram capazes de influenciar os gestores para que colocassem em prática as prioridades elencadas nesse espaço. Assim, os autores enfatizam o caráter democratizador que as conferências trouxeram na relação entre o Estado e a sociedade civil. Porém, a capacidade de influenciar na tomada de decisão foi pequena (CÔRTEZ, 2009).

Ao lado do reconhecimento dessa massiva participação social há inúmeras críticas sobre a atuação dos Conselhos de Saúde no Brasil. Estas são válidas, mas devem ser ponderadas. Por um lado, devido ao tempo de existência dos Conselhos ser relativamente pequeno (menos de 20 anos de experiência democrática participativa), por outro lado e, principalmente porque nesse curto espaço de tempo, a cultura política prevalecente não se modificou e se o autoritarismo e o clientelismo estão vigentes nos Conselhos também estão nos demais âmbitos da sociedade brasileira. Espera-se dos Conselhos um virtuosismo inexistente no universo representativo brasileiro (SCOREL; MOREIRA, 2009, p.230).

Já que os Conselhos e as Conferências não são espaços de democracia direta, acaba resultando que a maioria dos problemas encontrados nesses espaços é referente ao duplo mecanismo de representação: “o da entidade, movimento ou instituição que representa os indivíduos e o do indivíduo que representa a entidade, movimento ou instituição nos Conselhos e Conferências” (SCOREL; MOREIRA, 2009, p. 232).

Scorel e Moreira (2009, p.230) destacam alguns problemas relacionados aos Conselhos: o desconhecimento do papel do conselho, já que diversos segmentos sociais

divergem acerca da compreensão da função a ser desempenhada por esse espaço; gestores que buscam dominar esse ambiente através de conhecimento técnico, e a legitimidade conferida a eles por terem sido escolhidos por representantes eleitos pela sociedade; profissionais que visam potencializar sua interferência nesses espaços, justificando que sem a participação deles não existiria atenção à saúde; usuários que buscam controlar as ações do gestor, já que metade das vagas é conferida a esse segmento da sociedade, e deixam de participar nas decisões deliberadas no espaço; relações hierárquicas que interferem na democracia deliberativa no espaço; e a baixa influência dos Conselhos na política de saúde acaba prejudicando a legitimidade da participação social. Os Conselhos têm como grande desafio conseguir efetivar a democracia nesse espaço, para intervir no rumo da política de saúde.

Em relação ao contexto político, no primeiro mandato do Lula (2003-2006) houve alguns avanços referentes ao controle social, entre eles: a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que surgiu com a finalidade de fortalecer a participação social; em 2003, pela primeira vez em 70 anos, aconteceu a eleição do presidente do Conselho Nacional de Saúde; e a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde — que contou com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado” — foram realizadas diversas conferências temáticas, entre elas: 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005); 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18).

Todavia, também houve adversidades em relação aos espaços de participação, já que no governo Lula foram vistos como instrumentos de interlocução com a sociedade civil, ou seja, como um canal de diálogo do governo com representantes da sociedade, sendo que na maioria das vezes, o governo escolhe com quem “interlocutar”. Isso caracteriza um desrespeito com a autonomia da sociedade, ao desconsiderar a escolha de seus representantes (MORONI, 2005).

Em suma, o governo de Lula representou alguns pontos positivos, já que nos governos anteriores o governo ficava como mero expectador, e mostrou maior participação, principalmente, nos conselhos e conferências (MORONI, 2005).

Apesar do Lula se eleger através da percepção de que proporcionaria grandes transformações sociais, já que pela primeira vez na história, um operário da classe trabalhadora se elege Presidente da República. Sendo que, para que as transformações se efetivassem era fundamental a participação popular e o controle social. Mas, seu governo foi marcado por grandes contradições, em que de um lado se empenhava pela classe trabalhadora, e de outro em detrimento dos interesses do grande capital. Assim, não possuía um projeto de

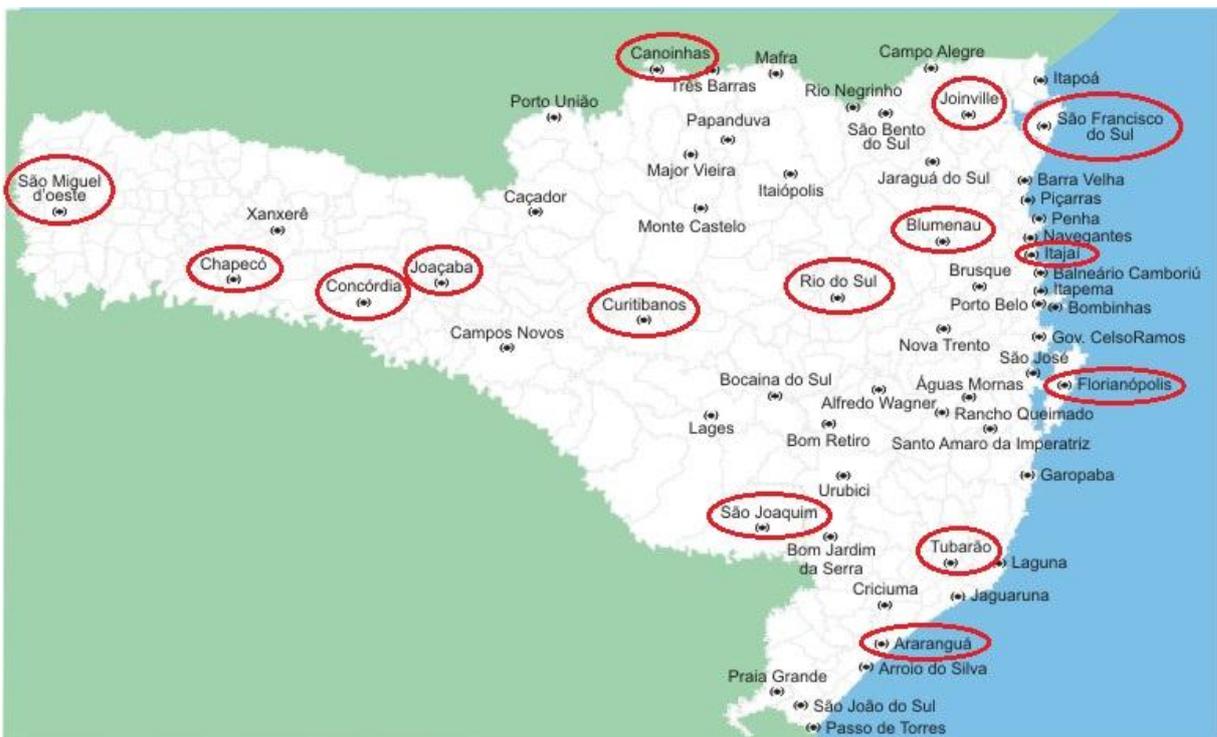
nação, e operava através de velhas práticas como clientelismo, fisiologismo e a apropriação da coisa pública (MORONI, 2005).

4 PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: as referências e considerações ao Conselho e Conferência Municipal

Com objetivo de conhecer as referências que os Planos Municipais de Saúde (PMS) fazem aos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde, e os objetivos e ações que são propostos para estes colegiados de participação social, esta pesquisa contemplou 15 municípios de Santa Catarina. A escolha dos municípios abrangeu a diversidade regional, porte populacional e características socioeconômicas de Santa Catarina. Para o estudo, os seguintes municípios foram escolhidos: Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Curitibanos, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Rio do Sul, São Francisco do Sul, São Joaquim, São Miguel do Oeste e Tubarão. A vigência dos Planos Municipais de Saúde pesquisados é de 2014 a 2017.

Abaixo está o mapa do Estado de Santa Catarina com os municípios selecionados em destaque. Observando o mapa é possível notar que foram contempladas todas as regiões de Santa Catarina.

Imagem 01 – Mapa do Estado de Santa Catarina com os municípios escolhidos em destaque



Fonte: Encontra Santa Catarina (2016), adaptação da autora.

A seguir consta uma tabela com os municípios selecionados no trabalho, sendo divididos por: região de Santa Catarina, população estimada em 2016 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010. Observando os dados da tabela é

possível perceber que todas as regiões do estado foram contempladas, sendo que há diversidade populacional entre os municípios, e o IDHM dos municípios selecionados oscila entre 0,6 a 0,8.

Quadro 01 – Municípios contemplados na pesquisa por região de Santa Catarina, população estimada em 2016 e IDHM¹⁰

Cidade	Região do Estado	População Estimada em 2016	IDHM 2010
Araranguá	Sul	66.442	0,760
Blumenau	Vale do Itajaí	343.715	0,806
Canoinhas	Planalto Norte	54.296	0,757
Chapecó	Oeste	209.553	0,790
Concórdia	Oeste	73.206	0,800
Curitibanos	Meio-Oeste	39.399	0,721
Florianópolis	Litoral	477.798	0,847
Itajaí	Vale do Itajaí	208.958	0,795
Joaçaba	Meio-Oeste	29.310	0,827
Joinville	Nordeste	569.645	0,809
Rio do Sul	Alto Vale do Itajaí	68.217	0,802
São Francisco do Sul	Nordeste	49.658	0,762
São Joaquim	Planalto Serrano	26.447	0,687
São Miguel do Oeste	Oeste	39.390	0,801
Tubarão	Sul	103.674	0,796

Fonte: IBGE (2016). Elaboração da autora.

Para completar a caracterização dos municípios identificamos os partidos que estavam a frente do executivo municipal na época da elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Através da busca dessas informações é possível observar que os gestores dos municípios pertenciam ao PMDB (seis municípios), PT (três municípios), PSD (três municípios), PP (dois municípios), e o PSDB (um município).

Quadro 02 – Amostra de municípios, prefeitos, vice-prefeito e partidos contemplados na pesquisa eleitos para gestão entre 2013 e 2016

Município	Prefeito	Partido	Vice-Prefeito	Partido	Coligações
Araranguá	Sandro Roberto Maciel	PT	Rodrigo da Silva Turatti	PDT	PRB / PDT / PT / PTB / DEM / PHS / PSB

¹⁰ Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. Classificação do IDHM: muito baixo 0 a 0,499; baixo 0,500 a 0,599; médio 0,600 a 0,699; alto 0,700 a 0,799 e muito alto 0,800 a 1 (PNUD, 2010).

Blumenau	Napoleão Bernardes Neto	PSDB	Jovino Cardoso Neto	DEM	PSDB e DEM
Canoinhas	Luiz Alberto Rincoski Faria	PMDB	Wilson Pereira	PMDB	PP / PT / PTB / PSC / PPS / PSDC / PSB / PV
Chapecó	José Claudio Caramori	PSD	Luciano José Buligon	PMDB	PRB / PP / PTB / PMDB / PSL / PSC / PR / PPS / DEM / PSDC / PMN / PSB / PRP / PSDB / PSD / PT do B
Concórdia	João Girardi	PT	Neuri Antonio Santhier	PT	PRB / PP / PDT / PT / PSC / PR / PPS / PC do B
Curitibanos	José Antonio Guidi	PMDB	Aldo Dolberth	PT	PMDB / PDT / PSDB / PPS / PV / DEM / PT / PSC / PHS
Florianópolis	Cesar Souza Júnior	PSD	João Amin	PP	DEM / PP / PSB / PSC / PSD / PSDB / PSDC
Itajaí	Jandir Bellini	PP	Dalva Maria Anastacio Rhenius	PSD	PP / PDT / PTB / PMDB / PSC / PR / PPS / DEM / PSDC / PHS / PMN / PTC / PSB / PRP / PSD
Joaçaba	Rafael Laske	PSD	Marcos Weiss	PMDB	PDT / PMDB / PSL / PSC / DEM / PRTB / PTC / PSB / PRP / PSD / PC do B / PT do B
Joinville	Udo Döhler	PMDB	Rodrigo Coelho	PDT	PDT / PMDB / PRTB / PSC / PSDC / PTB
Rio do Sul	Garibaldi Antonio Ayroso	PMDB	Jean Pier Xavier De Liz	PT	PP / PDT / PT / PTB / PMDB / PSDB / PC do B / PT do B / PR / PV / PRB / PPS
São Francisco do Sul	Luiz Roberto de Oliveira	PP	Marcos Scarpato	PT	PP / PT / PTB / PR / PV / PRP / PT do B
São Joaquim	Humberto Luiz Brighenti	PMDB	Uladimir Demeciano	PT	PT e PMDB
São Miguel do Oeste	João Carlos Valar	PMDB	Wilson Trevisan	PSD	PDT / PMDB / PSC / DEM / PSB / PSDB / PSD / PC do B
Tubarão	João Olavio Falchetti	PT	Akilson Ruano Machado	PT	PT

Fonte: TRE/SC (2012). Elaboração da autora.

Em relação aos vice-prefeitos pode-se observar que são dos seguintes partidos: PT (seis municípios); PMDB (três municípios); PDT (dois municípios); PSD (dois municípios); DEM (um município); e PP (um município).

As coligações também possuem um peso significativo na eleição desses governos. Sendo que o número de partidos coligados oscilou entre 2 a 16. Apenas o prefeito da cidade de Tubarão está sem coligações, e os municípios de São Joaquim e Blumenau com duas coligações.

Os Planos Municipais de Saúde (2014-2017) foram localizados através da busca na internet, em sites institucionais, como do governo do Estado de Santa Catarina (www.controlesocial.saude.sc.gov.br). No município de Blumenau, o documento foi

disponibilizado através da Secretaria Executiva do CMS, e em Florianópolis por meio do site institucional da Prefeitura Municipal.

Os Planos Municipais de Saúde se organizam de diversas formas, em que alguns estão completos apresentando desde a caracterização dos municípios até a definição de metas, ações, etc. Com isso, os Planos também se diferenciam no tamanho, sendo os Planos de Curitiba, Florianópolis, Joinville, Rio do Sul, São Francisco do Sul e São Joaquim os mais sucintos entre 12 a 66 páginas. Os municípios de Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Joaçaba, São Miguel do Oeste contam com seus Planos entre 84 a 145 páginas. Os Planos de Itajaí e Tubarão são os maiores, com mais de 200 páginas. Os Planos dos municípios de Araranguá, Concórdia, Curitiba, Rio do Sul e São Joaquim não foram paginados, assim foram contadas as folhas dos documentos.

Com base na Portaria nº 2135/GM, de 25 de Setembro de 2013¹¹, os Planos devem apresentar a análise situacional do município, definir as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que serão realizadas no período do Plano, e descrever como será o processo de monitoramento e avaliação dos Planos. Nesse sentido, os Planos que abrangem esses três pontos, são: Araranguá, Canoinhas, Florianópolis e São Joaquim. Os Planos dos municípios de Chapecó, Concórdia, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Rio do Sul, São Francisco do Sul, São Miguel do Oeste e Tubarão não descrevem como se dará o monitoramento e avaliação dos Planos. O Plano de Blumenau descreve somente a análise situacional em 97 páginas e uma página é dedicada para diretrizes, ações e metas gerenciais para o período 2014-2017¹² e o Plano de Curitiba apresenta apenas os objetivos, diretrizes e metas, após uma página de apresentação, intitulada: Formulação dos compromissos para 2014- 2017.

4.1 As bases de construção Planos Municipais Plurianuais de Saúde

¹¹ A Portaria nº 2135/GM, de 25 de setembro de 2013 estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹² Vale transcrever aqui como aparece no Plano Municipal de Saúde de Blumenau o item 4 das diretrizes, ações e metas gerenciais para o período 2014-2017. “A formulação das diretrizes, ações e metas do Plano Municipal de Saúde foi realizada de acordo com os três eixos adotados na análise situacional conforme proposto pelo Sistema de Planejamento do SUS, a saber: I – Condições de saúde da População: onde se concentram os compromissos e responsabilidades exclusivas da área da saúde; II – Determinantes e condicionantes de saúde: onde se concentram as medidas compartilhadas ou sob coordenação de outros setores (intersectorialidade); e III – Gestão em saúde: onde se concentram as medidas voltadas à melhoria da gestão na esfera municipal. O conteúdo programático definido nos três eixos está expresso nas diretrizes, ações e metas gerenciais. A responsabilização de cada ação está circunscrita a áreas específicas dentro da instituição, destacando-se a diretoria/área responsável pelo cumprimento de cada uma das ações. Juntamente com a definição de áreas responsáveis fez-se a análise da viabilidade orçamentária, estando as ações contempladas no Plano Plurianual (PPA) e de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA)” (BLUMENAU, s/d, p. 98).

A partir da leitura dos itens de apresentação e introdução dos Planos, foram identificadas as referências legais de construção dos Planos, como se deu o processo de construção dos PMS, em especial para os sujeitos que participaram da elaboração desse instrumento, bem como a aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Esta última é exigência da Lei 8.142/1990 e da Portaria nº 2135/GM, de 25 de Setembro de 2013.

Quadro 03 - Relação dos documentos e normativas que os municípios da pesquisa se pautaram para elaborar o Plano Municipal Plurianual de Saúde 2014 a 2017

Documentos	Municípios	Quantitativo
Constituição Federal	Curitibanos, Itajaí, Joaçaba, Rio do Sul	4
Lei Orgânica 8.080/1990	Canoinhas, Curitibanos, Itajaí, São Joaquim, Tubarão	5
Lei 8.142./1990	Canoinhas, Curitibanos, Itajaí, São Joaquim	4
Pacto pela Saúde 2006/Pacto pela Vida	Blumenau e Canoinhas	2
Decreto nº 7.508/2011	Canoinhas	1
Lei 141/2011	Joinville	1
Relatório de Conferência	Blumenau	1
Relatório de Gestão	Blumenau, Joinville	2
Portaria Nº 2135/GM, 2013	Joaçaba	1
Portaria 3332/2006	Blumenau, Tubarão	2
Norma Operacional Básica - NOB 01/96	São Joaquim	1
Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002	São Joaquim	1
Termo de Compromisso de Gestão Municipal	Canoinhas	1
Política Nacional de Humanização	Blumenau	1
Modelo de Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015)	Chapecó	1
Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)	Florianópolis	1
Lei Orçamentária Anual (LOA) do município	Florianópolis	1
Data de aprovação no Conselho	Araranguá, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Curitibanos, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, São Francisco do Sul e São Miguel do Oeste	11

Fonte: Plano Plurianual de Saúde 2014-2017 dos municípios dessa pesquisa. Elaboração da autora.

Com base na tabela acima, é possível observar que nos itens de apresentação e introdução do Plano, as legislações mais referenciadas para a elaboração dos Planos foram: a Constituição Federal; a Lei 8.080/1990; e a Lei 8.142./1990. Além disso, outras referências legais foram utilizadas, como: Pacto pela Saúde; Decreto nº 7.508/2011; Portaria 3332/2006; Portaria 2135/2013; entre outros. Os municípios de Araranguá, Concórdia, São Francisco do Sul e São Miguel do Oeste não citaram nenhuma legislação que sustentou a elaboração dos Planos.

Em relação à aprovação dos Planos no Conselho Municipal de Saúde, a maioria dos municípios selecionados relatou a aprovação, sendo eles: Araranguá, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Curitibanos, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, São Francisco do Sul e São Miguel do Oeste.

Os municípios de Canoinhas, Chapecó, Joinville e São Francisco do Sul anexaram à resolução de aprovação do Plano no Conselho Municipal de Saúde. E o município de Concórdia anexou à resolução de aprovação do Plano no Conselho Municipal de Saúde e o decreto que homologa o Plano para o quadriênio 2014 – 2017. Os municípios de Florianópolis e Itajaí relatam que a aprovação se deu através da Resolução nº 004/2014, mas não anexaram esse documento. Os municípios de Araranguá, Curitibanos e São Miguel do Oeste citaram que o Plano foi aprovado em reunião ordinária no CMS e a data em que ocorreu a reunião.

No PMS de Joaçaba não consta a data de aprovação. Contudo, no site institucional da Prefeitura Municipal está anexada a Lei nº 4.361 de 05 de agosto de 2013, que dispõe sobre a aprovação do plano plurianual do município para o quadriênio 2014/2017.

No Plano de São Joaquim, descrevem que o documento ainda será apresentado ao CMS. E nos municípios de Blumenau, Rio do Sul e Tubarão não comentaram acerca da aprovação ou apresentação do Plano ao CMS.

O período de vigência dos Planos selecionados abrange o quadriênio 2014-2017. Sendo que nos municípios de Canoinhas, Concórdia, Joaçaba, Joinville e São Miguel do Oeste a aprovação pelo Conselho aconteceu em 2013, período anterior à vigência dos Planos. Em 2014, após o início da vigência, foram aprovados os Planos de Chapecó, Curitibanos, Florianópolis, Itajaí e São Francisco do Sul. E por fim, o Plano de Araranguá foi aprovado em 2015. Assim, quatro planos foram aprovados em 2013, dois Planos aprovados em 2014, e um Plano aprovado em 2015.

Em relação aos sujeitos que participaram da elaboração dos Planos, foi possível perceber que nos municípios de Araranguá, Blumenau, Concórdia e Florianópolis participaram do planejamento: os membros da Secretaria Municipal de Saúde, e a sociedade

civil. Em Canoinhas, participaram no processo de planejamento: os representantes dos Prestadores de Serviços – SUS e Gestores SUS; as entidades representativas dos usuários; e as entidades representativas dos trabalhadores da área da saúde. Nos municípios de Itajaí e Joinville, é descrito que envolveu a SMS e a sociedade, através do Conselho Municipal de Saúde. Em São Miguel do Oeste envolveu membros da gestão e do Conselho Municipal de Saúde que estavam representando a sociedade civil. Em Curitiba participaram no processo de planejamento, alguns membros da gestão (coordenadores e diretores) e trabalhadores do SUS. Nos municípios de Chapecó e Rio do Sul, citam apenas os nomes dos sujeitos envolvidos, mas não especificam quais seus respectivos cargos e/ou qual instituição estão representando.

O Plano de Tubarão foi o que mais especificou como se deu o processo de planejamento, sendo que a Fundação Municipal de Saúde ficou responsável pela elaboração desse instrumento de gestão. No Plano, descrevem que esse processo se deu de forma democrática e participativa, em que os diretores e coordenadores da FMS identificaram as necessidades do município, e aconteceram encontros – inicialmente semanais e, posteriormente diários – entre a equipe técnica e os colaboradores. Nos encontros analisaram “as estratégias programadas no PMS e na Programação Anual de Saúde vigente (2010-2013) e definidos os novos objetivos para o próximo quadriênio” (TUBARÃO, 2013, p.13).

Em São Francisco do Sul, não está descrito no Plano os sujeitos que participaram, apenas relata que as diretrizes e metas foram pactuadas pelo gestor e pelo Conselho. No município de Joaçaba, o Plano municipal foi elaborado pela equipe técnica representativa das diretorias, bem como participação das equipes da atenção primária através de suas coordenações. O município de São Joaquim foi o único que não mencionou os sujeitos envolvidos no processo de elaboração.

Para elaborar a construção dos PMS, os municípios de Canoinhas, Itajaí, Florianópolis e Joinville realizaram oficinas entre usuários, prestadores, gestores e trabalhadores da saúde. Além disso, em Itajaí e Joinville, aconteceram reuniões entre os membros do CMS que representam a sociedade civil. Particularmente, em Itajaí sucedeu um seminário aberto ao público onde foi apresentada uma versão preliminar do plano. E em Joinville, aconteceu uma audiência pública para também discutir a versão preliminar do plano.

Os municípios de Blumenau e Canoinhas explanam que a elaboração do PMS, foi subsidiada também pelas propostas do último Relatório Municipal da Conferência de Saúde.

Em geral, o processo de planejamento dos Planos foi diversificado. Contudo, o órgão que mais apareceu foi a Secretaria Municipal de Saúde que ficou responsável pela elaboração

de quatro PMS: Araranguá, Blumenau, Concórdia e Florianópolis. O planejamento ficou nas mãos da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, em dois municípios: Itajaí e Joinville. No Plano de São Miguel do Oeste, o Conselho Municipal de Saúde que se encarregou do planejamento. O Fundo Municipal de Saúde ficou responsável pela elaboração do PMS de Tubarão. Em Curitiba, participaram no processo de planejamento, alguns membros da gestão (coordenadores e diretores) e trabalhadores do SUS. E nos municípios de Chapecó e Rio do Sul, citam apenas os nomes dos sujeitos envolvidos, mas não especificam quais seus respectivos cargos e/ou qual instituição estão representando.

Lembrando que através do CMS, há a representação dos Prestadores de Serviços – SUS e Gestores SUS; das entidades representativas dos usuários; e das entidades representativas dos trabalhadores da área da saúde.

4.2 – Os espaços de participação no SUS: indicações gerais dos Planos de Saúde

4.2.1 – Referências que os Planos Municipais de Saúde fazem aos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde

a) Referências que os Planos Municipais de Saúde fazem aos Conselhos

As referências que os Planos fazem aos Conselhos reproduzem essencialmente a caracterização, definição ou conceitos que estão em documentos nacionais, como na Constituição Federal de 1988, nas leis 8.142/90 e 8.080/90, que institucionalizam e regulamentaram o funcionamento desse espaço colegiado de participação social, indicando especialmente a composição, seu papel e periodicidade de reuniões. É o caso dos Planos dos municípios de Araranguá, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Itajaí, Joaçaba, Joinville, São Francisco do Sul, São Miguel do Oeste e Tubarão.

Destaca-se, a título de exemplo, como no Plano de Canoinhas, Concórdia e São Miguel do Oeste o item sobre participação é iniciado:

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados compostos por representantes: do governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários do SUS, são instâncias deliberativas do Sistema Único de Saúde e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (CANOINHAS, 2013, p. 87).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é a fundamentação do Controle Social. Tem as funções de acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem

executadas pelo Gestor de Saúde em sua área de abrangência (CONCÓRDIA, 2013, p. 70).

O Controle Social é caracterizado pelo Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde é uma entidade bastante atuante e seus membros são eleitos em fóruns municipais. Toda política municipal é discutida e aprovada no Conselho, que possui uma agenda mensal, reúnem-se todas as primeiras segundas feiras de cada mês na Sala de Reuniões da Unidade Sanitária local do Município (SÃO MIGUEL DO OESTE, 2013, p. 70).

Já em Chapecó o planejamento da saúde tem relação com os espaços de controle social, como especifica o PMS: “Para o planejamento das ações de cuidado e atenção da população, que favoreçam o controle social, o planejamento e o financiamento devem estar interligados como mecanismos de gestão” (CHAPECÓ, 2014, p. 47).

Os municípios de Araranguá, Canoinhas e Tubarão apresentam no Plano um pouco do histórico do Conselho desde sua criação e a reformulação da Lei de criação, dada as recomendações do Conselho Nacional de Saúde por meio das Resoluções 333/2003 e n. 453 de 2012.

O Conselho é descrito como espaço de democrático de participação social e de controle social pelos municípios de Canoinhas, Concórdia, Itajaí e São Miguel do Oeste. Já o Plano do município de Rio do Sul indica que com o Conselho a gestão deve ser compartilhada com a população para melhorar a qualidade de vida. Apresenta-se apenas o que está indicado no Plano de Itajaí:

O controle social, produto de conquistas democráticas, é um importante instrumento para o exercício da cidadania, uma vez que confere à população o papel de sujeito do direito à saúde e da exigência do cumprimento do dever por parte do Estado. (...) Esta participação social nas decisões em saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, devendo ser fortemente favorecida para se garantir um controle construtivo e responsável. A Secretaria Municipal da Saúde tem incentivado a participação da população através de suas entidades representativas, que são o conselho local e municipal de saúde e a conferência municipal. Esta parceria é necessária para assegurar que as ações em saúde, por ser um bem público, não sejam decididas unilateralmente, preservando assim os direitos e o poder da população (ITAJAÍ, 2014, p.162).

Na introdução do Plano de Rio do Sul é mencionada a necessidade de formação continuada para os conselheiros:

O Controle Social deve ser ampliado com a formação continuada dos Conselheiros de Saúde, visto que a sociedade vem se mostrando cada vez mais envolvida em torno das questões da saúde. A responsabilidade da Gestão deve ser compartilhada com a sociedade, dando assim mais visibilidade para os serviços desenvolvidos. (RIO DO SUL, 2013, s.p).

Blumenau, Curitiba, Florianópolis e São Joaquim não fazem referência a este colegiado de participação social em item próprio.

No entanto, o município de Blumenau não caracterizou no PMS, os espaços de controle social. Mas, cita como função do Fundo Municipal de Saúde do município, “elaborar e apresentar mensalmente prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde” (BLUMENAU, s/d, p.35).

De maneira geral nos Planos de Araranguá, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Itajaí, Joaçaba, Joinville, São Francisco do Sul, São Miguel do Oeste e Tubarão apresentam referências ao Conselho Municipal de Saúde.

Nos planos de Concórdia, Joinville, São Francisco do Sul e Tubarão apresentam um item denominado *Controle Social* para tratar desse assunto. Em Canoinhas, há o item *Participação Social*, Chapecó se chama *Gestão do Sistema e Participação Social*, em Itajaí tem um item especificamente chamado de *Conselho Municipal de Saúde*. Em Joaçaba há o item *Participação Popular e Controle Social*. Em São Miguel do Oeste é *Controle Social no SUS*. Em Araranguá não há item próprio pra falar sobre o Conselho, sendo descrito no eixo *Gestão em Saúde*. Em Rio do Sul é falado na Introdução.

Os planos dos municípios de Araranguá, Canoinhas, Chapecó, Joaçaba, Joinville, São Francisco do Sul e São Miguel do Oeste apresentam brevemente alguns parágrafos sobre o Conselho. E os municípios de Concórdia, Itajaí e Tubarão se alongam mais nas explicações acerca desse órgão colegiado.

b) Referências que os Planos Municipais de Saúde fazem as Conferências

As referências que os Planos fazem as Conferências reproduzem essencialmente a caracterização, definição ou conceitos que estão em documentos nacionais que institucionalizam e regulamentam o funcionamento desse espaço de participação social, como na lei 8.142/90 e na 8.080/90. É o caso dos Planos dos municípios de Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Itajaí, Joaçaba, São Francisco do Sul, São Miguel do Oeste e Tubarão.

Particularmente em Araranguá as Conferências são referenciadas, como: “o fórum oficial de debates e decisões das entidades representativas da sociedade sobre a saúde do município. A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2011” (ARARANGUÁ, 2015, s.p).

Além da caracterização das Conferências, os municípios de Araranguá, Concórdia e Itajaí apresentam no Plano um pouco do histórico das Conferências nos municípios, como a data da última Conferência e o número de Conferências realizadas até o momento. São

Francisco do Sul e Tubarão apresentam somente o histórico, não caracterizam as conferências.

Já houveram 7 Conferências Municipais, onde 3 delas elegeram delegados para a Plenária Nacional os quais participaram em Brasília nas questões eleitas pelo Estado. A primeira Conferência Municipal de Saúde ocorreu no ano de 2000 e depois houveram mais 6 conferências, entre elas uma regional com a participação de Barra do Sul e Araquari, em 2013 houve a conferência que elegeram nova plenária, com Presidente eleito por voto aberto e direto posteriormente, sendo este do segmento de representante dos usuários (SÃO FRANCISCO DO SUL, 2014, p.21).

No PMS de Joaçaba, as Conferências de Saúde estão citadas no seguinte trecho:

O Plano Municipal de saúde é o instrumento que norteia as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipais coerentes e devidamente expressadas nas programações anuais de saúde, tendo seus resultados avaliados nos relatórios anuais de gestão com a participação e controle da comunidade no Conselho Municipal de Saúde e nas *Conferências Municipais de Saúde* (JOAÇABA, 2013, p.10, grifo nosso).

O município de Itajaí também relata que vêm incentivando a participação da população nos espaços de controle social. Isso se faz necessário para que as ações em saúde sejam decididas junto com a sociedade.

São Miguel do Oeste cita a Lei 8142/90 que fez com que fossem criados os espaços de controle social no SUS (SÃO MIGUEL DO OESTE, 2013, p.69). No PMS de Canoinhas, é citado as Conferências de Saúde na “garantia da população a participar do estabelecimento de políticas públicas de saúde, discutindo prioridades e fiscalizando a execução das ações e serviços de saúde, bem como a utilização dos recursos” (CANOINHAS, 2013, p. 87).

O município de Blumenau cita a Conferência Municipal de Saúde, ao relatar que o PMS foi subsidiado por alguns documentos, entre eles as propostas da VII Conferência Municipal de Saúde (BLUMENAU, s/d, p.6).

Curitibanos, Florianópolis, Joinville, Rio do Sul e São Joaquim não fazem referência a este colegiado de participação social.

Os municípios de Concórdia, Itajaí e Tubarão apresentam um item próprio para tratar desse tema, chamado *Conferência Municipal de Saúde*. Os demais Planos utilizaram o mesmo item para discorrer sobre o CMS e as Conferências. Nesse sentido, o PMS de São Francisco do Sul apresenta um item denominado *Controle Social* para tratar desse assunto. Em Canoinhas, há o item *Participação Social*, no Plano de Chapecó se chama *Gestão do Sistema e Participação Social*. Em São Miguel do Oeste é *Controle Social no SUS*. Em Araranguá não há item próprio pra falar sobre as Conferências, sendo descrito no eixo *Gestão em Saúde*. Em Blumenau e Joaçaba está citado na apresentação.

De maneira geral nos Planos de Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Itajaí, Joaçaba, São Francisco do Sul, São Miguel do Oeste e Tubarão, apresentam referências as Conferências de Saúde. Sendo que nesses Planos são apresentados textos breves acerca desse assunto.

c) Referências que os Planos Municipais de Saúde fazem a outros espaços de participação na saúde

As referências que os Planos fazem em relação a outros espaços de participação resumem-se na conceituação, e legislação acerca desses espaços, como a Portaria Ministerial nº 08 de 25 de maio de 2007¹³, e a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no SUS. Os municípios de Canoinhas, Concórdia, Florianópolis, Itajaí, Joinville, São Miguel do Oeste e Tubarão apresentam no Plano outros espaços de controle social.

Em Canoinhas, Joinville e São Miguel do Oeste apresentam a Ouvidoria do SUS como uma ferramenta utilizada para o controle social, capaz de ampliar a participação dos usuários através desse canal de comunicação em que os usuários podem expressar suas reclamações, denúncias, elogios, solicitar informações, etc. Além disso, Joinville apresenta um breve histórico da ouvidoria, bem como as respostas que buscam solucionar as ocorrências registradas, que na maioria das vezes se dá através de encaminhamentos. Assim vejamos o texto do Plano:

A Ouvidoria em Saúde é um instrumento da gestão pública e do controle social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS, trazendo para dentro das decisões da gestão, as avaliações, as opiniões e as ideias geradas pelos usuários dos serviços públicos de saúde (JOINVILLE, 2013, p. 20).

Além disso, o Plano de São Miguel do Oeste apresenta a auditoria como uma ferramenta de gestão capaz de fortalecer o SUS, que busca contribuir para “a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos” (SÃO MIGUEL DO OESTE, 2013, p. 72). Nesse sentido, as ações da auditoria estimulam e apoiam o controle social ao possibilitar o acesso de informações a sociedade e resultados dessas ações. E complementa:

Esses canais fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. A ouvidoria é ferramenta de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão, além de ser um instrumento de democracia participativa que trabalha na perspectiva de contribuir ativamente ampliando a

¹³ A Portaria Ministerial nº 08 de 25 de maio de 2007, dispõe sobre a regulamentação de estruturas descentralizadas de ouvidorias do SUS no âmbito Estadual, Distrital e Municipal.

participação dos cidadãos, fortalecendo a estratégia da gestão participativa e ampliando o processo de controle social, valorizando as opiniões dos usuários do SUS (SÃO MIGUEL DO OESTE, 2013, p. 71).

Nos municípios de Concórdia, Florianópolis, Itajaí e Tubarão citam reuniões para prestar contas sobre os gastos públicos. A título de exemplo está as seguintes citações nos planos:

As reuniões do Orçamento Participativo servem também como Audiências Públicas para prestar contas dos gastos públicos à população e definir suas prioridades (CONCÓRDIA, 2013, s.p).

[...] Conforme a Lei Federal Complementar nº 141/2012, a execução do Plano Municipal de Saúde também será acompanhada através da Prestação de Contas realizada quadrimestralmente no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara Municipal de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2014, p.27).

Sob esta dinâmica, o COMUSA se reúne mensalmente, às primeiras segundas feiras do mês para a realização das Assembleias Ordinárias, e quinzenalmente após, realiza as Assembleias Extraordinárias, com pauta única para a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde (ITAJAÍ, 2014, p.164).

Os demais Planos não apresentam outros espaços de controle social.

4.3 - Eixos, diretrizes, objetivos, ações e metas sobre os espaços de participação no SUS nos Planos de Saúde

Na sequência do texto procura-se identificar como nos itens dos eixos, diretrizes, objetivos, ações e metas dos Planos Municipais de Saúde quais as prioridades sobre os espaços de participação no SUS para o período de 2014 a 2017.

Quadro 04 - Relação dos municípios e seus eixos, diretrizes, objetivos em relação aos espaços de participação no SUS para o período de 2014 a 2017

Municípios	Eixos	Diretrizes	Objetivos
Araranguá	Gestão em Saúde	Fortalecer a Participação e Controle Social	
Blumenau			
Canoinhas	Participação Social	Aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS	Garantir a participação social na formulação e no controle da política de saúde fortalecendo a gestão democrática do SUS assegurando condições ao pleno exercício do controle social
Chapecó	Gestão do Sistema e Participação Social		Fortalecer a gestão e as políticas públicas de saúde, aprimorando a participação social.

Concórdia			
Curitibanos	Gestão Estratégica e participativa do SUS	Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.	Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças informais e de grupos integrados às atividades coletivas dos serviços de saúde e de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.
Florianópolis	Desenvolver parcerias Relevantes	A SMS deve promover a Participação Popular e o Controle Social, valorizando os interesses da coletividade.	Fornecer mecanismos de promoção à ampliação da participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos de Saúde, com a normatização da compensação de carga horária para os participantes.
		Desenvolver o planejamento estratégico em todos os conselhos de saúde (locais e municipal)	Desenvolver o planejamento estratégico em todos os conselhos de saúde (locais e municipal).
		A SMS deve estreitar sua relação com os demais municípios da Grande Florianópolis	Promover parcerias de forma integrada com as demais instituições governamentais e com a sociedade.
Itajaí	Democratização do trabalho e qualificação da gestão	Qualificar a gestão	Fortalecer o controle social
Joaçaba	Controle Social		Fortalecer a participação da comunidade, bem como, das ações intersetoriais e do controle social na gestão do SUS.
Joinville	Dos processos de gestão	Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na corresponsabilidade	“Empoderar” as comunidades
Rio do Sul			
São Francisco do Sul		Qualificação e Humanização da atenção à saúde no atendimento básico, com a promoção de capacitações.	Promover a capacitação e a educação permanente nas diversas áreas da rede de atendimento.
		Controle Social	Manutenção de atividades administrativas para garantir um gerenciamento eficaz.
São Joaquim	Ações Individuais e Coletivas	Conselho Municipal de Saúde	Proporcionar condições para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
			Incentivar maior participação dos conselheiros nas decisões da SMS;
São Miguel do Oeste	Controle Social/Conselho Municipal de Saúde	Garantir o exercício da cidadania aos usuários do SUS, efetivando o controle social;	Fortalecer e manter as ações do Conselho Municipal de Saúde;
			Implantar o Conselho Local de Saúde em todas as Unidades de

		Oportunizar aos conselheiros momentos de capacitação, conhecimento e aperfeiçoamento através de fóruns e Conferência; Publicizar o Controle Social desenvolvendo trabalho informativo, educativo, assegurando a socialização de informações e fortalecer a participação da comunidade e controle social.	Saúde; Desenvolver atividades educativas orientadas a Educação Popular/Educação em Saúde. Ações;
Tubarão	Controle Social	Controle Social – fortalecimento da participação popular nas ações municipais de saúde.	Fazer o Controle Social das ações em saúde, físicas e econômicas, e acompanhar projetos que envolvam o SUS; Fiscalizar as ações na sua totalidade e propiciar a capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde.

Fonte: Plano Plurianual de Saúde 2014-2017 dos municípios dessa pesquisa. Elaboração da autora.

Nos eixos dos Planos Municipais de Saúde, que posteriormente se desdobravam em diretrizes, objetivos, ações e metas (não necessariamente todos na mesma lógica), o tema da participação ganhou status de eixo específico em seis municípios, quais sejam: Joaçaba e Tubarão denominam como controle social, São Miguel do Oeste está como Controle Social/Conselho Municipal de Saúde, em Canoinha nomeou como Participação Social, em Curitiba está como gestão estratégica e participativa do SUS. Por fim Itajaí nominou de democratização do trabalho e qualificação da gestão.

Em Araranguá, Joinville o tema da participação apareceu dentro do eixo da gestão em saúde. Posteriormente a participação se desdobrou em uma diretriz ou objetivo.

Já em Chapecó o eixo foi estruturado condensando o tema gestão e participação.

Outros municípios diversificaram ainda mais o nome do eixo no qual aparece por dentro o tema da participação: como Florianópolis que denominou de Desenvolver parcerias relevantes e, São Joaquim como Ações Individuais e Coletivas. Por fim, os municípios de Blumenau, Concórdia, Rio do Sul e São Francisco do Sul não nomearam nenhum eixo pensando nos espaços de participação no SUS.

Nas diretrizes¹⁴ dos Planos, o fortalecimento da participação social foi o que mais apareceu (seis municípios), sendo: Araranguá, Canoinhas, Florianópolis, São Miguel do Oeste

¹⁴ De acordo com o Ministério da Saúde, as diretrizes são definidas como as “formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva - sob a forma de um enunciado-síntese - e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 27).

e Tubarão. Em São Joaquim, a diretriz é nominada como Conselho Municipal de Saúde. Em São Francisco do Sul, há a diretriz chamada de Controle Social. No PMS de Joinville, está como Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na corresponsabilidade. No município de Curitiba apareceu à implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa. Em Florianópolis, explicita como diretriz desenvolver o planejamento estratégico em todos os conselhos de saúde (municipal e local); e estreitar relações com os demais municípios da Grande Florianópolis. Já Itajaí, São Francisco do Sul e São Miguel do Oeste nas diretrizes indicam a qualificação e/ou capacitação de conselheiros. Os municípios de Blumenau, Chapecó, Concórdia, Joaçaba e Rio do Sul não nomeiam nenhuma diretriz para os espaços de participação no SUS.

O objetivo¹⁵ do fortalecimento da participação social no SUS é um que mais aparece nos Planos, sendo citado nos municípios de Itajaí, Joaçaba e Joinville. Em Canoinhas, está descrito a garantia da participação social no fortalecimento da gestão democrática do SUS. Em Chapecó, aparece o fortalecimento da gestão e das políticas públicas, aprimorando a participação social. Já em Curitiba, apresenta o fortalecimento dos vínculos de todos os envolvidos com o SUS.

Em Tubarão os objetivos apontam para realizar o controle social, fiscalizar as ações e realização capacitação de conselheiros das ações em saúde.

Além disso, o Plano de Florianópolis elenca como um dos objetivos sendo, a ampliação da participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos de Saúde, com a compensação de carga horária para os envolvidos. Bem como, desenvolver o planejamento estratégico em todos os conselhos de saúde, e promover parcerias com as demais instituições governamentais e com a sociedade. Em São Joaquim, visam incentivar a maior participação dos conselheiros nas decisões da Secretaria Municipal de Saúde, manter o funcionamento e as ações do CMS, implantar o CLS em todas as Unidades de Saúde, e desenvolver atividades educativas em relação à saúde.

No Plano de São Francisco do Sul, os objetivos são diferentes dos demais municípios. Elencam como objetivos a capacitação e a educação permanente nas diversas áreas de atendimento, e a manutenção de atividades administrativas para garantir um gerenciamento eficaz.

¹⁵ Segundo o Ministério da Saúde, “os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados” [...] “A proposição de objetivos tem a ver não só com a explicação dos problemas, mas também com os resultados do processo de análise de sua viabilidade. É importante considerar a viabilidade política, econômica, técnico organizacional e realizar a análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo. Se bem formulado, o objetivo descreverá a situação a ser alcançada” (BRASIL, 2009, p.27).

Os municípios de Araranguá, Blumenau, Concórdia e Rio do Sul não apresentaram nenhum objetivo.

Como síntese desse item se constata que os municípios de Blumenau, Concórdia e Rio do Sul não apresentaram no Plano Quadrienal 2014-2017 nenhum eixo, diretriz ou objetivo na sua parte de Programação de ações sobre a participação social. Nos demais municípios identificamos preocupações com este espaço de participação social no processo de gestão. Essa preocupação se explicita numa reprodução generalizada do arcabouço legal do campo da participação no SUS, nas indicações de algumas diretrizes ou objetivos para fortalecer a participação e realizar capacitação de conselheiros. Ainda que numa forma de reprodução dos termos do aparato legal e uma necessidade nada detalhada de fortalecer e capacitar para participação no SUS, avaliamos que os espaços de participação via Conselho Municipal são considerados formalmente na grande maioria pelos gestores dos municípios que se pesquisou estes instrumentos de gestão. Assim, podemos ensaiar uma afirmação que há uma disseminação da linguagem da participação e do controle social nos processo de gestão do SUS. Aqui não temos como recuperar a construção dessa trajetória da linguagem da participação e do controle social no SUS, mas sinalizamos que ela é resultado desde as lutas populares do Movimento da Reforma Sanitária e dos quase 30 anos de embates do processo de implementação do SUS. E este processo tendo que passar mensalmente por reuniões de Conselho e quadrienalmente por Conferências para ser aprovado, avaliado e fiscalizado por Colegiados não sem inúmeros embates e disputadas em relação a direção política, técnica e orçamentária do SUS.

Quadro 05 - Relação dos municípios e suas ações e metas em relação aos espaços de participação no SUS para o período de 2014 a 2017

Municípios	Ações	Metas
Araranguá		Implementar ouvidoria de saúde municipal, conforme diretrizes nacionais;
		Realização das Conferências Municipais de Saúde, contribuindo para a elaboração e implementação das políticas públicas;
		Qualificação básica do Conselho Municipal de Saúde;
		Manter as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
		Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto a população em geral;
		Apoiar o processo de mobilização social e

		institucional em defesa do SUS através da Implantar e capacitar os Conselhos Locais de Saúde;
Blumenau		
Canoinhas	Acompanhar o funcionamento dos CLS's e do CMS visando garantir o exercício do Controle Social;	100% da demanda
	Capacitar os servidores da saúde e conselheiros para orientação à população no processo saúde-doença-cuidado;	2 capacitações por ano
	Articular com os servidores da saúde e da educação para em parceria desenvolver atividades no processo saúde-doença cuidado;	Atividades em 100% das escolas
	Implantar Fóruns dos Conselhos Municipais;	100% dos conselhos Municipais;
	Realizar reuniões ampliadas semestrais do CMS com os CLS's;	Reuniões semestrais para 100% dos conselheiros;
	Promover eventos de Educação em Saúde aos conselheiros de saúde, lideranças comunitárias e entidades representantes dos usuários;	100% dos conselheiros e das entidades organizadas;
	Mobilizar para a implantação do serviço de OUVIDORIA DO SUS municipal através do fone 0800;	OUVIR 100% das reclamações;
	Monitorar a continuidade das ações de EP com prioridade ao Humaniza-SUS de acordo com as diretrizes do MS;	Todas as Unidades de Saúde do município;
	Implantar CLS's nos bairros que dispõe de equipes de ESF;	01 CLS Alto das Palmeiras 01 CLS Piedade 01 CLS Cristo Rei;
	Divulgar através da imprensa local as atribuições e funções dos conselheiros de saúde;	Gravações de vinhetas/entrevistas;
	Garantir participação efetiva dos gestores de saúde, trabalhadores da saúde, prestadores do SUS e usuários na construção dos instrumentos de gestão do SUS: PPA, LDO, LOA com emissão de parecer do CMS;	Emissão de pareceres do CMS;
	Participar da Campanha sobre captação de órgãos realizado no HSCC;	Sensibilizar para ampliar nº de captação de órgãos;
	Divulgar, através dos meios disponíveis, as reuniões dos conselhos e as decisões tomadas pelos conselhos;	100% das reuniões, das atas e das deliberações;
	Criar protocolo e fluxograma de atendimento odontológico às pessoas com deficiências;	Prioridade de atendimentos odontológicos às pessoas com deficiências;
	Realizar estudos para viabilização de transporte adequado às pessoas com deficiências para consultas e exames médicos (intermunicipal e interestadual);	Viabilizar transporte adequado para pessoas com deficiências;

Chapecó	Promover capacitação de conselheiros de saúde em temáticas de Gestão em Saúde e Controle Social;	
	Divulgar informações acerca do SUS junto à população;	
	Prover condições necessárias para a realização e participação das Conferências de Saúde (municipal, estadual e nacional);	
Concórdia		
Curitibanos		Manter o Conselho Municipal de Saúde ativo;
		Manter as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
		Garantir a realização das Conferências Municipais de Saúde, contribuindo para a elaboração e implementação das políticas públicas;
Florianópolis		
Itajaí	Garantir a realização das Conferências Municipais de Saúde, contribuindo para a elaboração e implementação das políticas públicas;	2014 – 2015
	Manter as condições materiais, técnica, administrativas e autonomia orçamentária financeira necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;	2014-2015-2016-2017
	Garantir a ampliação do espaço físico do Conselho Municipal de Saúde;	2015
	Estimular e fortalecer os Conselhos Locais de Saúde;	2014 – 2015 – 2016 – 2017
Joaçaba	Realizar divulgação de serviços e ações através de material educativo Bate na Porta Certa;	2015 – 2016 – 2017
	Favorecer o acesso da população ao exercício do controle social;	2014 – 10%; 2015 – 30%; 2016 – 40%; 2017 – 40%
	Manter o processo de educação continuada dos conselheiros municipais;	2014 – 2015 – 2016 – 2017
Joinville	Apoiar a criação de Conselhos Locais de Saúde e a estruturação dos já existentes;	
	Propiciar a participação do CLS na elaboração do planejamento local e seu monitoramento (reuniões de equipe), estabelecendo parcerias e ações conjuntas;	
	Realizar capacitações para os Conselheiros Locais;	
	Monitorar e acompanhar o desempenho dos CLS;	
Rio do Sul		

São Francisco do Sul	Capacitação para Conselheiros;	Até maio de 2014
	Criação de um espaço permanente para o Conselho Municipal de Saúde;	2014
	Criação de conselhos Locais;	
	Criação de uma comissão para controle de patrimônio do Conselho Municipal de Saúde;	
São Joaquim		
São Miguel do Oeste	Garantir o funcionamento das atividades do Conselho Municipal de Saúde;	
	Acompanhar as ações de Ouvidoria dos indicadores, resolutividade, acesso e de satisfação;	
	Garantir a participação dos conselheiros em eventos relacionados a controle social e gestão participativa no SUS;	
	Manter e adequar o quadro de recursos humanos do Conselho Municipal de Saúde;	
	Estruturar Conselhos Locais de Saúde em todas as Unidades de Saúde;	
	Garantir infraestrutura em todos os conselhos locais de saúde;	
	Promover ações educativas nos Serviços de Saúde e comunidade, visando a percepção dos usuários aos processos de saúde e doença, ampliando o conhecimento popular e controle social;	
Desenvolver boletim informativo bimestral;		
Tubarão	Estimular a criação de CLS nas áreas de abrangência dos ESF's;	Attingir 100% das áreas de abrangência dos ESF's.;
	Promover a participação da comunidade nas reuniões do CMS;	Fazer com a que a comunidade do Município participe das reuniões do CMS;
	Propiciar a participação de entidades, órgãos e comunidade na elaboração de ações de saúde;	Realização de 01 Conferência em Saúde, envolvendo entidades, órgãos e comunidade do Município;
	Estipular um percentual da contrapartida municipal que atinja 2 (dois) salários mínimos mensais para divulgação e participações do CMS em eventos;	Possuir recursos financeiros para divulgação e participações em eventos;
	Locar sala e ceder funcionário público por tempo integral para realização das funções administrativas do CMS	Locação/aquisição de espaço físico adequado e funcionário público específico para as funções administrativas do CMS;

Fonte: Plano Plurianual de Saúde 2014-2017 dos municípios dessa pesquisa. Elaboração da autora.

Como afirmamos acima a linguagem da participação social e reconhecimento dos espaços dos Conselhos e Conferências no processo de gestão do SUS, se confirmam também

quando identificamos as ações¹⁶ e metas¹⁷ para estes espaços nos Planos Municipais de Saúde do período de 2014-2017 na grande maioria dos municípios pesquisados. Chama a atenção as grandes prioridades indicadas ora como ações e ora como metas, que é a criação dos Conselhos Locais de Saúde, seguidas de capacitações para conselheiros municipais e locais, da viabilização e condições de infraestrutura, condição administrativa e orçamentária para o funcionamento do Conselho Municipal. Essas ações e metas são seguidas de outras com o objetivo de divulgar o que é conselho e controle social para população, realizar atividades educativas com a mesma finalidade e realizar as Conferências de Saúde. A criação das Ouvidorias, como canal de reclamação, sugestão, denúncia e resposta entre usuários e gestores, parece que assumiu nos Planos o mesmo caráter político dos Conselhos e Conferências. As Ouvidorias são apresentadas como mais um canal de participação, no entanto, apresentar dessa forma está se negando o papel político e coletivo que representam os Conselhos, enquanto estas são canais técnicos e operativos da dinâmica dos serviços assistenciais do SUS.

Contudo, como descreve Escorel e Moreira (2009, p.230) as críticas realizadas sobre os espaços de participação social devem ser ponderadas, por conta do curto espaço de tempo desses órgãos colegiados, e a falta de mudanças significativas na cultura política brasileira. Ou seja, o autoritarismo e o clientelismo ainda estão presentes nos Conselhos e Conferências, e também são recorrentes na sociedade brasileira.

Ademais, com base nos problemas relacionados aos espaços de participação social que foram destacados no capítulo 3 por Escorel e Moreira (2009, p.230), dá pra notar que alguns municípios estão buscando soluções, como: o desconhecimento do papel do conselho, em que os municípios de Canoinhas, Chapecó e Joaçaba estão propondo como ação, a divulgação de informações importantes acerca do SUS, do CMS e de serviços, junto à comunidade. Em relação à baixa influência dos Conselhos na política de saúde que acaba prejudicando a legitimidade da participação social, o município de Canoinhas busca ampliar a participação dos CLS's, e em Joinville, visam propiciar a participação dos CLS's na elaboração do

¹⁶ Segundo o Ministério da Saúde, “as ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 31).

¹⁷ Com base no Ministério de Saúde as metas são definidas como “expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam ‘o que’, ‘para quem’, ‘quando’” (BRASIL, 2009, p.28). No âmbito do Plano de Saúde, a definição de metas para o período de quatro anos deve ser feita com especial atenção, visto que dizem respeito à efetividade das medidas adotadas sobre a situação de saúde da população e da gestão do Sistema de Saúde. Assim, as metas devem ser devidamente qualificadas, o que significa analisar de que forma elas serão apuradas. Por exemplo: que indicadores serão usados e quais são as fontes de dados ou que estudos deverão ser desenvolvidos, inclusive como, quando e quem os desenvolverá (BRASIL, 2009, p.28).

planejamento local e seu monitoramento, estabelecendo parcerias e ações conjuntas. Outra questão que interfere na democracia deliberativa no espaço são as relações hierárquicas, logo o município de Canoinhas busca garantir a participação efetiva dos gestores de saúde, trabalhadores da área, prestadores do SUS e usuários na construção dos instrumentos de gestão do SUS: PPA, LDO, LOA com emissão de parecer do CMS. Ainda em relação às relações hierárquicas, os municípios de Joaçaba, e Tubarão visam favorecer o acesso da população ao exercício do controle social, como a participação das reuniões do CMS. O PMS de Tubarão também busca propiciar a participação de entidades, órgãos e comunidade na elaboração de ações de saúde.

De forma mais detalhada, nos Planos de Canoinhas, Chapecó, Joaçaba, Joinville, São Francisco do Sul e São Miguel do Oeste aparece como ação a realização de capacitação para os conselheiros de saúde, e/ou garantir a participação dos conselheiros em eventos relacionados a gestão em saúde e controle social. Em Tubarão, visam estipular um percentual da contrapartida municipal que atinja dois salários mínimos mensais para divulgação e participações do CMS em eventos.

Nos municípios de Canoinhas, Itajaí, Joinville, São Francisco do Sul, São Miguel do Oeste e Tubarão, colocam como ação a implantação de CLS's e/ou acompanhar e fortalecer o funcionamento dos CLS's já instalados.

Sobre ampliar a participação dos CLS's, o município de Canoinhas procura realizar reuniões ampliadas semestrais entre o CMS com os CLS's. E em Joinville, visam propiciar a participação dos CLS's na elaboração do planejamento local e seu monitoramento, estabelecendo parcerias e ações conjuntas.

Acerca do Conselho Municipal de Saúde, o município de Canoinhas, Itajaí, São Miguel do Oeste visam acompanhar e garantir o funcionamento desse espaço. São Francisco do Sul busca conseguir um espaço permanente para o CMS, e a criação de uma comissão para o controle de patrimônio do CMS. Em Itajaí também busca ampliar o espaço físico do CMS. O Plano de Canoinhas também elenca como ação a implantação de Fóruns dos Conselhos Municipais. Em Tubarão, visam locar sala e ceder funcionário público por tempo integral para realização das funções administrativas do CMS.

Garantir a realização e participação das Conferências de Saúde está como ação no PMS de Chapecó e Itajaí.

Os municípios de Canoinhas, Chapecó e Joaçaba buscam divulgar informações importantes acerca do SUS, do CMS e de serviços, junto à comunidade, para que a população

esteja ciente das funções e atribuições dos conselheiros, os dias em que ocorrem reuniões, e das decisões tomadas nesse espaço.

Os municípios de Canoinhas e São Miguel do Oeste visam promover ações para os usuários compreenderem melhor o processo de saúde-doença, ampliando o conhecimento popular e controle social. Em canoinhas também buscam monitorar as ações de EP com prioridade ao Humaniza-SUS de acordo com as diretrizes do MS.

Em relação à Ouvidoria, o município de Canoinhas visa mobilizar para a implantação do serviço no município. Enquanto, São Miguel do Oeste busca acompanhar as ações da Ouvidoria, seus indicadores, resolutividade, acesso e satisfação.

O Plano de Canoinhas também elenca outras ações mais específicas para o município, como: participar da campanha sobre captação de órgãos realizado no HSCC; criar protocolo e atendimento odontológico às pessoas com deficiências; realizar estudos para viabilização de transporte adequado às pessoas com deficiências para consultas e exames médicos (intermunicipal e interestadual).

Além disso, o município de Canoinhas busca garantir a participação efetiva dos gestores de saúde, trabalhadores da área, prestadores do SUS e usuários na construção dos instrumentos de gestão do SUS: PPA, LDO, LOA com emissão de parecer do CMS. Em Joaçaba, e Tubarão visam favorecer o acesso da população ao exercício do controle social, como a participação das reuniões do CMS. O PMS de Tubarão também busca propiciar a participação de entidades, órgãos e comunidade na elaboração de ações de saúde.

Em São Miguel do Oeste elencam como ação o desenvolvimento de boletim informativo bimestral, mas não há mais detalhes sobre como se daria esse boletim.

Os municípios de Araranguá, Blumenau, Concórdia, Curitiba, Florianópolis, Rio do Sul e São Joaquim não definiram nenhuma ação em relação aos espaços de participação social.

Sobre as metas, nos municípios de Araranguá, Curitiba e Joaçaba são estabelecidas como ações a serem alcançadas, como: capacitar os Conselhos Locais de Saúde.

O município de Canoinhas estabelece uma meta a ser atingida para cada ação. Essas metas são quantificadas, por exemplo: duas capacitações por ano para os servidores da saúde e conselheiros para orientação à população no processo saúde-doença-cuidado.

Em Itajaí, Joaçaba, Rio do Sul e São Francisco do Sul foi estipulado que a meta a ser atingida, é a realização das ações referentes ao controle social, num determinado período.

Em Tubarão, algumas metas são estabelecidas como ações, e outras são quantificadas.

Os Planos dos municípios de Blumenau, Chapecó, Concórdia, Florianópolis, Joinville, Rio do Sul, São Joaquim e São Miguel do Oeste não definiram as metas a serem atingidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de construção do presente trabalho realizou-se uma breve revisão da literatura e análise das tendências teórico-políticas sobre a política de saúde no Brasil, considerando os fundamentos da Reforma Sanitária, do SUS e as tensões no campo da participação social nos anos 2000.

Para conhecer as referências que os Planos Municipais de Saúde - PMS - fazem aos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde e que objetivos e ações propõem para estes colegiados de participação social, esta pesquisa contemplou 15 municípios de Santa Catarina. Nesse sentido, constatou-se que em dez municípios fazem referência aos Conselhos e Conferências Municipais, e em sete planos são descritos outros espaços de controle social, sendo: auditoria, ouvidoria e reuniões para prestar contas sobre os gastos públicos.

Os eixos são nominados de diversas formas em 11 municípios, entre elas: Controle Social; Controle Social/Conselho Municipal de Saúde; Participação Social; Gestão em Saúde; Gestão do Sistema e Participação Social; Gestão Estratégica e Participativa do SUS; Democratização do Trabalho e Qualificação da Gestão; Dos Processos de Gestão; Desenvolver parcerias relevantes; Ações Individuais e Coletivas. E em quatro municípios não nomearam nenhum eixo pensando nos espaços de participação no SUS.

Em relação às diretrizes, dez planos nomeiam, como: Fortalecimento da Participação Social; Conselho Municipal de Saúde; Controle Social; Implementação de Novo Modelo de Gestão e Instrumentos de Relação Federativa; Desenvolver o planejamento estratégico em todos os conselhos de saúde (municipal e local); Estreitar relações com os demais municípios da Grande Florianópolis; Qualificação e/ou capacitação da gestão; Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e as instituições de saúde, com ênfase na corresponsabilidade. Em cinco municípios não nomeiam nenhuma diretriz para os espaços de participação no SUS.

Os objetivos são destacados em 11 Planos, sendo o que mais apareceu é acerca do fortalecimento da participação social. Contudo, outros objetivos são citados, como: garantia da participação social no fortalecimento da gestão democrática do SUS; Fortalecimento da gestão e das políticas públicas, aprimorando a participação social; Fortalecimento da gestão e das políticas públicas, aprimorando a participação social; Fortalecimento dos vínculos de todos os envolvidos com o SUS; Fazer o controle social das ações em saúde; desenvolver o planejamento estratégico em todos os conselhos de saúde; Promover parcerias com as demais instituições governamentais e com a sociedade; Incentivar a maior participação dos conselheiros nas decisões da Secretaria Municipal de Saúde; Manter o funcionamento e as

ações do CMS; implantar o CLS em todas as Unidades de Saúde; Desenvolver atividades educativas em relação à saúde; Capacitação e a educação permanente nas diversas áreas de atendimento; e a manutenção de atividades administrativas para garantir um gerenciamento eficaz. E em quatro municípios não elencaram nenhum objetivo acerca da participação social.

As ações acerca da participação social são referidas em sete dos Planos dos municípios contemplados. Sendo as ações mais gerais referentes aos CLS's, CMS, Fóruns dos Conselhos Municipais Conferências de Saúde, Ouvidoria e ao processo de saúde-doença. Algumas ações são mais específicas, de acordo com a necessidade do município, como: participar da campanha sobre captação de órgãos realizado no HSCC; criar protocolo e atendimento odontológico às pessoas com deficiências; realizar estudos para viabilização de transporte adequado às pessoas com deficiências para consultas e exames médicos (intermunicipal e interestadual); e desenvolvimento de boletim informativo bimestral. Em sete municípios não foram definidas ações para serem executadas no período de 2014 - 2017.

Em sete Planos foram definidas metas a serem atingidas, sendo assim, oito Planos não determinaram metas a serem alcançadas.

Nesse sentido, realizou-se uma análise acerca das referências aos espaços de participação social, bem como os eixos, diretrizes, objetivos, ações e metas definidas nos Planos acerca desses espaços. Contudo, é necessário que após esse trabalho, analisemos se as ações definidas foram executadas, bem como se as metas e objetivos foram alcançados como descreve os Planos.

Como o processo de pesquisa envolveu a leitura e análise de 15 Planos Municipais de Saúde, sendo que os critérios de escolha dos municípios abrangeram a diversidade regional, porte populacional e características socioeconômicas de Santa Catarina. Isso também resultou em Planos com diferentes tamanhos, com escolha de ações e metas divergentes, para atender melhor a particularidade dos municípios. Portanto, foi preciso analisar os Planos levando em consideração as especificidades dos diversos municípios selecionados.

Além disso, através da elaboração desta pesquisa foi oportunizada a aproximação com um instrumento de gestão tão importante, como o Plano Municipal de Saúde. Em que possibilita o planejamento na área da saúde para cumprir os princípios do SUS, bem como “nortear” o Secretário da Saúde.

Ademais, a aproximação com esses documentos relacionados ao controle social torna-se importante para os futuros assistentes sociais que irão atuar em políticas sociais, e que poderão tornar-se mais adiante um dos sujeitos que irão participar do processo de elaboração desses documentos.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. de F.S.; BRAVO, Maria Inês Souza. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, 2014, p. 499-518.

AROUCA, A S. S. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Zika e mais médicos marcaram a saúde do governo Dilma**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/zika-e-mais-medicos-marcaram-a-saude-do-governo-dilma/>>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Rejeitar a PEC 241/2016 para salvar o SUS e a Seguridade Social**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/06jun27_REJEITAR_A_PEC_241.pdf>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Constituição Federal de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: out. 2016.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990a. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: out. 2016.

_____. **Lei n. 8.142**, de 28 de dez. de 1990. Dispõe sobre a participação na comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: out. 2016.

_____. **Resolução CNS nº 453**, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, 2012.

_____. Ministério da Educação. **Apresentação – EBSEH**. 2016. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares/apresentacao>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=237&Itemid=82>. Acesso em: 06 jun. 2017.

BRAVO, M. I. de S. **A Política de Saúde no Brasil**. In: Mota et.al.(Orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I.; MENEZES. K. **A política de saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões**. In. ADUFRJ. Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro, 2011, p. 15 a 28.

COSTA A. M. **A saúde em tempos de crise**. In: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Saúde em debate. v. 41, n. 112. Rio de Janeiro: Cebes, Jan-Mar 2017, p. 5 a 8. Disponível em: < http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/05/Sa%C3%BAde-em-Debate_112.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

CORREIA, M. V. **Sociedade Civil e controle social: desafios para o Serviço Social**. In: BRAVO, M. I. e MENEZES. J. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos (orgs.). São Paulo: Cortez. 2012, p.293 a 306.

CÔRTEZ, S. M. V. **Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade**. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 102-128.

DANTAS, A. **Todos pela participação: quando o consenso denuncia a dominação**. In: MONTAÑO, C. (Org.). O canto da sereia - crítica à ideologia e aos projetos do "Terceiro Setor". São Paulo: Cortez, 2014, p. 103-143.

DRAIBE, S. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social**. Tempo soc., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63-101, Nov. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702003000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2016.

ENCONTRA SANTA CATARINA. Mapa de Santa Catarina, 2016. Disponível em: < <http://www.encontrasantacatarina.com.br/mapas/mapa-de-santa-catarina.htm>>. Acesso: mar. 2017.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária do SUS**. In: LIMA, N. T. et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade**. In: FLEURY S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-247.

GRANEMANN, S. **Fundações estatais: projeto de estado do capital**. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão para a saúde. ADUFRJ. Cadernos de saúde. Rio de Janeiro, 2011.

HELENA, M. M. S; et al. **Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira**. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Santa Catarina, 2013.
IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **População estimada em 2016**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em 17 set. 2016.

KINZO, MARIA D'ALVA G.. **A democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição**. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 15, n. 4, p. 3-12, Dec. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2016.

KRÜGER, T. R. **As Conferências de saúde e os planos municipais de saúde: considerações sobre o significado da participação popular em Santa Catarina**. 1. ed. Florianópolis: DIOESC, 2012. 199p .

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80**. Physis, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2016.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Mendes, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec. p.19-85.1995.

MIGUEL, L. F. **O futuro da democracia no Brasil**. São Paulo: Blog da Boitempo, 2017. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2017/05/05/o-futuro-da-democracia-no-brasil/>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

MORONI, J. A. **O direito à participação no Governo Lula**. In: Avritzer, L. *Experiências nacionais de participação social*. São Paulo: Cortez, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas**. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Julio Cesar França (orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 91–122.

PASSOS, A. F.; KRÜGER, T. R. **A prestação dos serviços e a gestão do SUS pelo setor privado: modelos de privatização clássica e privatização não clássica**. In: Helenara Silveira Fagundes; Simone Sobral Sampaio. (Org.). *Questão Social e Direitos Humanos*. 1. ed. Florianópolis: UFSC, 2014, v. 2, p. 107-128.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **O que é IDHM**. In: <<http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 17 set. 2016.

SANTOS, N. R. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1): 273-280, 2013.

SCHREIBER, M. **Sistema de saúde para todos é 'sonho' e seus defensores são 'ideólogos, não técnicos', diz ministro da Saúde**. Brasília: BBCBrasil, 2016. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-37932736>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

TRE/SC. **Estatísticas e Resultados da Eleição - Resultado da Eleição 2012**. In. <https://www.tre.sc.jus.br/site/fileadmin/arquivos/eleicoes/eleicoes2012/resultado_turno_1/pre_feitos_eleitos2012.pdf> . Acesso 23 mar. 2017.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Referências dos Planos Municipais De Saúde

ARARANGUÁ. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2015. n.p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=257>. Acesso em: 14 set. 2016.

BLUMENAU. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 103p. Versão preliminar sem data de aprovação final.

CANOINHAS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. 145p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=293>. Acesso em: 14 set. 2016.

CHAPECÓ. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. 122p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=98>. Acesso em: 14 set. 2016.

CONCÓRDIA. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. n.p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=122>. Acesso em: 14 set. 2016.

CURITIBANOS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. n.p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=163>. Acesso em: 17 set. 2016.

FLORIANÓPOLIS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. 44p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08_08_2014_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

ITAJAÍ. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. 202p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=214>. Acesso em: 14 set. 2016.

JOAÇABA. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. 84p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=408>. Acesso em: 14 set. 2016.

JOINVILLE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. 37p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=277>. Acesso em: 14 set. 2016.

RIO DO SUL. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. n.p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=172>. Acesso em: 14 set. 2016.

SÃO FRANCISCO DO SUL. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. 63p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=278>. Acesso em: 08 mar. 2017.

SÃO JOAQUIM. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. n.p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=313>. Acesso em: 08 mar. 2017.

SÃO MIGUEL DO OESTE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. 99p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=76>. Acesso em: 14 set. 2016.

TUBARÃO. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2013. 275p. Disponível em: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=245>. Acesso em: 14 set. 2016.

APÊNDICE A – Aprovação do Plano Municipal de Saúde no Conselho Municipal de Saúde

Município	Data de aprovação no Conselho
Araranguá	18 de novembro de 2015
Blumenau	Versão preliminar não datada
Canoinhas	11 de dezembro de 2013
Chapecó	15 de dezembro de 2014
Concórdia	26 de dezembro de 2013
Curitibanos	Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 01 de julho de 2014, e revisado em 28 de novembro de 2014
Florianópolis	18 de fevereiro de 2014
Itajaí	02 de maio de 2014
Joaçaba	05 de agosto de 2013
Joinville	30 de outubro de 2013
São Francisco do Sul	20 de janeiro de 2014
Rio do Sul	
São Joaquim	Será apresentado ao CMS Acesso em: 08 mar. 2017
São Miguel do Oeste	09 de dezembro de 2013
Tubarão	

APÊNDICE B – Referências legais mais utilizadas na construção dos Planos (apresentação e introdução)

Município	Constituição	Lei 8.080/1990	Lei 8.142/1990
Araranguá			
Blumenau			
Canoinhas		x	x
Chapecó			
Concórdia			
Curitibanos	x	x	x
Florianópolis			
Itajaí	x	x	x
Joaçaba	x		
Joinville			
São Francisco do Sul			
Rio do Sul	x		
São Joaquim		x	x
São Miguel do Oeste			
Tubarão		x	

APÊNDICE C – Outras referências utilizadas para subsidiar a elaboração dos Planos

Municípios	Pacto pela Saúde 2006	Decreto nº 7.508/2011	Lei 141/2011	Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015)	Relatório de Conferência	Relatório de Gestão	Norma Operacional Básica 01/96	Norma Operacional de Atenção à Saúde 01/2002	Portaria Nº 2135/2013	Portaria 3332/2006	Termo de Compromisso de Gestão Municipal	Política Nacional de Humanização	Contrato Organizativo da Ação Pública	Lei Orçamentária Anual do município
Araranguá														
Blumenau	x				X	x				x	x	x		
Canoinhas	x	x									x			
Chapecó				x										
Concórdia														
Curitibanos														
Florianópolis													x	x
Itajaí														
Joaçaba									x					
Joinville			x			x								
Rio do Sul														
São Francisco do Sul														
São Joaquim							x	X						
São Miguel do Oeste														
Tubarão										x				

