



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social



**POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS:
UM ESTUDO SOBRE GESTÃO MUNICIPAL - 1988 A 2010**

Maria Ciurinha Pereira dos Santos

Goiânia
2011

Maria Ciurinha Pereira dos Santos

**POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS:
UM ESTUDO SOBRE GESTÃO MUNICIPAL - 1988 a 2010**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa da Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientação: Profa. Dra. Eleusa Bilemjian Ribeiro.

Goiânia

2011

S237p Santos, Maria Ciurinha Pereira dos.
Política de saúde na Cidade de Goiás : um estudo sobre
gestão municipal – 1988 a 2010. [manuscrito] / Maria Ciurinha
Pereira dos Santos. – 2012.
128 f.

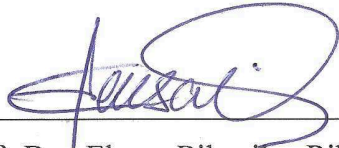
Bibliografia: f. 112-119
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social,
2012.
Orientadora: Profa. Dra. Eleusa Bilemjian Ribeiro.
Inclui lista de siglas e abreviaturas.
Inclui Anexo.

1. Saúde – política – Cidade de Goiás – 1988/2010. 2.
Gestão municipal. 3. SUS (Sistema Único de Saúde). I. Título.
CDU: 614:32(817.3Cidade de Goiás)(043)

Maria Ciurinha Pereira dos Santos

**POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS: UM ESTUDO SOBRE
GESTÃO MUNICIPAL - 1988 a 2010**

Aprovada em, 19 de dezembro de 2011 pela Banca Examinadora:



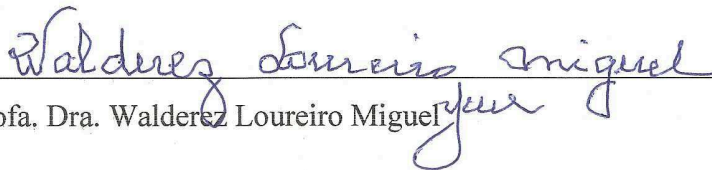
Profa Dra Eleusa Bilemjian Ribeiro. (orientadora/(PUC Goiás)



Profa Dra Maria Conceição Sarmento Padial Machado (PUC Goiás)



Profa Dra Gláucia Lelis Alves (UFG)



Profa. Dra. Walderez Loureiro Miguel

AGRADECIMENTOS

Às professoras da banca de qualificação e defesa, Profas. Dras. Gláucia Lelis Alves, Maria José Viana, Walderez Loureiro Miguel, Maria Conceição Sarmento Padial Machado e, em especial, à orientadora, Profa. Dra. Eleusa Bilemjian Ribeiro, grande pessoa a quem eu presto admiração, reconhecimento e tudo de bom.

A Deus, pela força, saúde, vontade de vencer e conquista, e pela força, alegria e sempre a certeza de um dia melhor após o outro.

Ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social: à minha mais que amiga Regina Sueli de Sousa, por acreditar na minha competência desde a minha graduação e neste mestrado foi uma pessoa extremamente importante, que acreditou no meu potencial; aos professores e funcionários.

A todas as colegas da I e V turma do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social, em especial Neusa de Paula Mendonça e Tereza Cristina P. Favaro, pela disposição, apoio e compartilhamento de matérias e subsídios, aliviando minhas dificuldades.

Ao Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa a mim disponibilizada que possibilitou a realização do Mestrado em Serviço Social.

Aos Professores do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Goiás: Dra. Gláucia Lelis Alves, Ms. George Ceolin, Álison, Livia e Vilma, pelo apoio, paciência e contribuições.

À diretora do Departamento de Serviço Social da PUC Goiás, Carmem Regina Paro, funcionárias da secretaria e alunos (as) do V período do Curso durante o estágio docência. À Profa. Dra. Maria Conceição Sarmento Padial Machado, pelo compromisso, contribuições, paciência e disposição na orientação do estágio em docência.

Aos meus amigos e amigas muito queridos, são tantos... Neimy Batista da Silva e Selestino, Sandra Lúcia, Walderez Loureiro Miguel, e Manuel César Lourenço e família,

pelo apoio incomparável, contribuições, empréstimos de material, carinho e orientações neste processo tão desafiante e enriquecedor de construção do conhecimento. São muitas palavras que resumem em uma só: obrigada, por fazerem parte do meu crescimento profissional.

À diretoria do CRESS: GESTÃO CRESS em MOVIMENTO: *Ética, Trabalho e Organização* - Triênio 2008 a 2011, aos funcionários pelo apoio e compromisso, o que muito me fez crescer.

Aos Departamentos da Agência Goiana de Habitação (AGEHAB), em especial ao Departamento Social, pelo apoio compreensão, respeito e incentivo neste momento que não era só meu, mas de todas, pautado na efetividade política, teórica e social.

À Elisângela Bueno Gomes Barros e família, Divina Mendes de Moura e família e Talita Flor de Oliveira e família por terem cuidado com amor e carinho do meu Gabriel Filipe, tudo de bom.

Edsônia Machado Ferreira e família, por ser amiga de perto e de longe, no ter e o não ter; essa é uma grande amiga.

À Ana Beatriz, pela competência, responsabilidade, compromisso ao desenvolver o processo de correção do texto.

Aos sujeitos da pesquisa pela disponibilidade, dedicação, atenção e paciência em contribuir com os dados no decorrer das entrevistas que subsidiaram este trabalho.

Aos meus pais, *in memoriam*, principalmente à minha mãe que partiu quando eu tinha um ano de idade mas, mesmo ausente, me fez ver, sentir e ter a certeza de que eu iria alcançar um dos meus grandes sonhos, o título de mestre. Obrigada a vocês que, apesar da ausência, sempre estiveram presentes na minha vida.

À toda minha a família: irmãs, irmãos, sobrinhos, sobrinhas, cunhados, cunhadas, enfim, todos que acreditaram que eu iria conseguir alcançar mais esta conquista que é de nós todos.

Ao homem guerreiro, trabalhador, compreensivo, amigo, provedor e que sempre lutou para me ver crescer feliz e em busca de uma vida melhor. Você é o melhor marido do mundo!

Gabriel Filipe Pereira Santos, filhão guerreiro e que sempre me entendeu com as ausências, do não posso ir, do não vou dormir agora, não dá pra brincar... Dormia no chão perto de mim pra ficar comigo, acordava no outro dia, me encontrava na frente do computador e dizia: “Mamãe, a senhora viu Goiânia dormir e acordar?” Filhão, você é o melhor filho do mundo!

Ao meu sobrinho Josué da Silva Rocha, especial dentre muitos que tenho. Amigo sincero para qualquer momento da angústia, tristeza, computador estragado, teclado estragado, calçados novos, roupas, beijos, abraços que me fortaleciam todos os dias.

ANINHA E SUAS PEDRAS

Não te deixes destruir...
Ajuntando novas pedras
e construindo novos poemas.
Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça.
Faz de tua vida mesquinha
um poema.
E viverás no coração dos jovens
e na memória das gerações que hão de vir.
Esta fonte é para uso de todos os sedentos.
Toma a tua parte.
Vem a estas páginas
e não entres seu uso
aos que têm sede.

RESUMO

Esta dissertação tem como perspectiva apreender aspectos da conjuntura sociopolítica de saúde na Cidade de Goiás entre 1988 e 2010: aspectos históricos, legais, a Reforma Sanitária e a Seguridade Social; as Diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde; gestão, financiamento e controle social do SUS; a Cidade de Goiás e a política de saúde. Procurou-se uma caracterização da Cidade de Goiás por meio da revisão de seu patrimônio histórico e apresentando algumas reportagens veiculadas em revistas e jornais. Fez-se, também, um resgate histórico, político, econômico e social da implantação e implementação da gestão da política de saúde no município. Nessa fundamentação, algumas referências e entrevistas foram trazidas. Desta forma, foi sistematizada a gestão municipal da política de saúde na Cidade de Goiás e entorno e problematizados seus avanços, recuos e desafios. Destacaram-se os interesses de classe, tensões, conflitos e contradições pautados na trajetória histórica daquela região. A pesquisa qualitativa e quantitativa possibilitou o levantamento de dados bibliográficos, documentais e empíricos por meio de entrevista semiestruturada. Foram entrevistados vinte e um sujeitos: seis prefeitos, oito secretários municipais de saúde, três assistentes sociais, três trabalhadores e duas usuárias. Mediante a análise documental e os depoimentos obtidos observou-se o posicionamento de cada gestão de acordo com as perspectivas objetivas, situação social, cultural e política e os avanços, recuos e desafios regionais e locais, bem como a falta ou não de autonomia, mediação, compromisso ético e político. Este trabalho poderá contribuir como fonte de pesquisa e sistematização do processo desenvolvido nas gestões de saúde municipais do período estudado até 2011 e como registro daquilo que foi avanço e recuo em cada gestão mostrando a realidade dos serviços prestados pela política de saúde na Cidade de Goiás e região. A estruturação deste trabalho começou a partir da descrição da política social voltada aos interesses da classe trabalhadora no enfrentamento das expressões da questão social e seus desafios em fazer justiça e atender às diferenças. Registrou-se todo o processo da política de saúde na Cidade de Goiás desde sua municipalização até os dias atuais, em que é reconhecida como um direito universal e dever do Estado.

Palavras chave: política social, gestão, saúde.

ABSTRACT

This thesis aims to seek sociopolitical aspects of the health situation in the City of Goiás from 1988 to 2010: historical and legal aspects, the sanitary reform and the Social Security; guidelines and principles of the Unified Health System - SUS; management, financing and social control of SUS; the City of Goiás and the health policy. It sought to characterize the City of Goiás by its historical review and presenting some reports from magazines and newspapers. There was also a historical, political, economic and social review of the establishment and implementation of health policy in that city. Some references and interviews were presented. So, the municipal management of health policy was systematized in the city of Goiás and around it problematizing difficulties, setbacks and challenges. This work highlighted class interests, tensions, conflicts and contradictions by the historical trajectory of the region. The qualitative and quantitative research enabled bibliographic, documental and empirical informations through semi-structured interviews. Twenty – one subjects were interviewed: six mayors, eight municipal health secretaries, three social workers, three workers and two users. Through the document analysis and testimonials, was founded the position of each management according to perspectives, social, cultural and political advances, retreats and regional and local challenges, as well as lack of autonomy or not, mediation, ethical and political commitment. This work can contribute as a source of research and systematization of the process developed in the municipal health efforts of the study period until 2011 and as a register of development and reverse in each management showing the reality of services provided by health policy in the City of Goiás and the region. This work started from the description of social policy geared to working class interests aiming to cope expressions of the social issue and its challenges about justice and attention to differences. All health policy process in the City of Goiás was registered, since its municipalization until the present time, when it is recognized as a universal right and duty of the state.

Key Works: social policy, manegement, health

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ASPAG – Associação do Hospital São Pedro de Goiás.
- ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- AIS – Ações Integradas de Saúde.
- ASPAG – Associação do Hospital São Pedro de Goiás.
- ACE – Agentes Comunitários de Endemias.
- ASPAG – Associação do Hospital São Pedro de Goiás.
- CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.
- CLS – Conselhos Locais de Saúde.
- CMS – Conselho Municipal de Saúde.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde.
- IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões.
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.
- LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias.
- LOS – Lei Orgânica da Saúde.
- MSP – Ministério Público.
- MS – Ministério da Saúde.
- NOB – Norma Operacional Básica.
- NOAS – Norma de Assistência Básica de Saúde.
- OMS – Organização Mundial de Saúde.
- PAM – Programa Alimentar Mundial.
- PA – Posto de Atendimento.
- PRS – Partido Social Republicano.
- PAC – Programa Agentes Comunitários.
- PUC – Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

SANEAGO – Saneamento de Goiás.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

HGG – Hospital Geral de Goiânia.

HUG – Hospital de Urgência de Goiânia.

UEG – Universidade do Estado de Goiás.

USF – Unidade Saúde de Família.

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT	10
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I. DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS.....	19
1.1. Reforma Sanitária e Seguridade Social	23
1.2. Diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.....	31
1.3. Gestão, financiamento e controle social do SUS.....	38
CAPÍTULO II. A CIDADE DE GOIÁS E A POLÍTICA DE SAÚDE	48
2.1. Caracterização da Cidade de Goiás e entorno	48
2.2. Dimensões históricas, políticas, econômicas e sociais da Cidade de Goiás.....	52
2.3. A implantação e implementação da gestão da política de saúde no município Cidade de Goiás.....	61
CAPÍTULO III. A GESTÃO MUNICIPAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS.....	69
3.1. A gestão da política de saúde no município Cidade de Goiás.....	77
3.2. Avanços e recuos na política de saúde no município Cidade de Goiás.....	92
3.3. Desafios regionais e locais da política de saúde no município Cidade de Goiás	99
CONSIDERAÇÕES	109
REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	120

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto a apreensão e o conhecimento da política da saúde na Cidade de Goiás como parte da seguridade social e seu processo de implantação e implementação, no período de 1988 a 2010. O estudo apresenta destaque para os determinantes econômicos, políticos e éticos que perpassam a dimensão da gestão, suas contradições e disputas de interesses na perspectiva do exercício dos direitos sociais, da participação e do acesso aos serviços de saúde e às necessidades básicas da população.

O objetivo geral é analisar a gestão da política de saúde na Cidade de Goiás na perspectiva da consolidação de direitos. Objetivos específicos: conhecer e analisar o processo de gestão da política de saúde na Cidade de Goiás; apreender como tem sido desenvolvida a política de saúde na cidade; promover o aprofundamento e discussão de como as gestões têm contribuído na consolidação de direitos; conhecer a ação profissional de todos os envolvidos na política de saúde na Cidade de Goiás; fornecer instrumentos críticos para a reflexão das análises a partir das entrevistas.

Buscou-se, ainda, apreender as múltiplas determinações da realidade em uma relação que possibilitasse a apropriação de sua dinâmica em um determinado espaço e período de tempo e o movimento da realidade social que possibilita a construção, em aspectos qualitativo e quantitativo, do processo do conhecimento numa relação dialética.

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa sobre a Seguridade Social no Estado de Goiás: Análise da Gestão e Financiamento no Período de 1988 a 2010, apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), mediante o Edital nº 09/2010, pela Coordenação do Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC) e pelo Núcleo de Pesquisa e Estudo, Estado, Sociedade e Cidadania (NUPESC).

A escolha da Cidade de Goiás como *locus* para esta pesquisa deveu-se à sua condição de primeira capital do Estado. Sua história apresenta como marco sua fundação em 1727, ocasião em que a colonização da região Centro-Oeste ocorria por meio das entradas e bandeiras. De 1727 aos dias atuais, o processo de implantação da política de saúde assume inúmeras configurações, conforme pôde ser observado nas entrevistas realizadas e apresentadas nos capítulos II e III.

Algumas indagações são registradas, em especial: o que é Sistema Único de Saúde? Como a gestão da política de saúde efetivou-se entre os anos 1988 a 2010 no município Cidade de Goiás? Quais suas limitações? Como ocorreu o atendimento à demanda da população usuária no que tange aos processos de descentralização, municipalização, regionalização, distritalização e organização? Como se deu a efetivação dos programas e dos serviços? Os recursos financeiros, os materiais e os humanos, os equipamentos, medicamentos e instituições hospitalares são suficientes e adequados ao atendimento da população vilaboense? Existe uma participação efetiva da sociedade na materialização da saúde nesse município?

A metodologia da pesquisa “ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte da visão social de mundo veiculada na teoria. Em face da dialética, por exemplo, o método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas” (MINAYO, 1996, p. 22). A relação sujeito e objeto permite ao sujeito aproximar-se e apropriar-se das características do objeto. De acordo com Netto (2009, p. 688),

o método, em Marx, não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para “enquadrar” o seu objeto de investigação.

Desta forma, o caráter contraditório, as múltiplas determinações a totalidade e os nexos em análises numa perspectiva crítica, histórica e ontológica, conforme Quintaneiro (2002) são essenciais para o materialismo histórico e a luta de classes, uma vez que

se relaciona diretamente à mudança social, à superação dialética das contradições existentes. É por meio da luta de classes que as principais transformações estruturais são impulsionadas, por isso ela é a dita o “motor da história”. A classe explorada constitui-se assim no mais potente agente da mudança (QUINTANEIRO, 2002, p. 43).

Para Netto (2009, p. 685), o conhecimento

concreto do objeto é o conhecimento das suas múltiplas determinações, tanto mais se produzem as determinações de um objeto – tanto mais o pensamento reproduz a sua riqueza (concreção) real. As “determinações as mais simples” estão postas no nível da universalidade; na imediatez do real, elas mostram-se como singularidades, mas o conhecimento do concreto opera-se envolvendo universalidade, singularidade, e particularidade.

A metodologia utilizada nesta pesquisa pautou-se em uma abordagem qualitativa e quantitativa e em estudos bibliográficos e documentais, contatos telefônicos, entrevistas com

agendamento prévio, roteiros, gravações, revistas, transcrições, organização e análise de dados com o objetivo de retomar o processo histórico construído e em construção, envolvendo distintos agentes sociais, a saber: 3 trabalhadores, 6 prefeitos, gestores da política de saúde, 4 assistentes sociais e 2 usuários e 3 trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram realizadas 21 entrevistas com roteiro específico para cada sujeito envolvido (Anexos nº 01, 02, 03, 04).

Na perspectiva de Netto, observa-se que estamos tratando de investigação no plano do conhecimento. Aliás, o método de Marx,

tal como foi tematizado aqui, é um de conhecimento. E do “conhecimento, não se extraem diretamente indicativos para a ação, para a prática profissional e interventiva. Mas não se terá uma prática eficiente e inovadora se ela não estiver apoiada em conhecimentos sólidos e verazes” (NETTO, 2009, p. 696).

Como hipótese de trabalho, acreditava-se que a gestão da política de saúde entre os anos 1988 a 2010 na Cidade de Goiás apresentou limitações, especialmente no que se refere ao atendimento à demanda da população usuária, ao processo de descentralização, de regionalização e da distritalização dos programas e dos serviços, principalmente devido à precariedade no atendimento, falta de recursos financeiros, materiais, equipamentos, medicamentos e instituições hospitalares, profissionais da área da saúde, médicos com variedade de especialidades e, principalmente, assistente social.

A sustentação teórica teve como referências as análises de estudiosos como: Netto (2005, 2009), Yamamoto (2000, 2005), Boschetti (2006), Marx (1978, 2008), Bravo (1996), Mota (1995, 1996), Ianni (2004), Pereira (1998, 2008), Coutinho (1997, 2006), Teixeira (1989) e outros, para uma perspectiva crítica. Buscaram-se ainda, como referência, os jornais *Cidade de Goiás* e *O Vilaboense*.

Esta pesquisa obedeceu aos critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos conforme Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados empíricos foram analisados sob o prisma do Serviço Social e nenhum dos procedimentos usados oferece risco à dignidade e à segurança dos sujeitos copartícipes deste estudo.

A década de 1980 ganhou destaque e relevância na sociedade brasileira, em especial com o advento da Constituinte e, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Uma de suas inovações foi o estabelecimento da política de saúde como um dos componentes da seguridade social, compreendida como um conjunto de ações e

iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social (BRASIL, 1988). Entende-se que a política de saúde deve ser apreendida em sua totalidade articulada às políticas de assistência e previdência social, como às demais políticas: educação, habitação, esporte, lazer e cultura. Assim, a seguridade social brasileira é composta por políticas contributivas - a previdência social - e não contributivas: a saúde universal e a assistência social a quem dela necessitar. De acordo com os artigos 194 e 195 da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), a universalidade da cobertura e do atendimento é prevista com base neste objetivo da seguridade social.

Dentre as políticas sociais no Brasil, a de saúde tem conquistado destaque pela politização e presença efetiva de profissionais, usuários e pesquisadores que a defendem e acreditam nela em uma perspectiva política, econômica e social na construção do exercício da cidadania. A saúde pauta-se na afirmação e materialização dos direitos sociais conquistados historicamente, garantidos por meio da Reforma Sanitária.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em seu título VIII/Da Ordem Social, Capítulo II Da Seguridade Social, Seção II, da Saúde, Artigo 196, define a saúde “como direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O referido artigo é regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). No título II, artigo 4º, este é definido como um “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público que está em vigor no Brasil, em especial nas duas últimas décadas. Apresenta significativos avanços na forma de atendimento à população. Sua proposta é inovadora e teve como antecessor o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), que substituiu os Institutos Nacionais de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Trata-se de um sistema de saúde regionalizado, descentralizado e hierarquizado, entendido como um conjunto de unidades de serviços e ações que se interagem para um fim comum: o atendimento digno à população usuária.

Refere-se, ainda, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde na perspectiva da garantia de direitos.

No que tange aos fatores previstos na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), o Artigo 3º diz que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo Único: “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior^[1], se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990, Art. 3º).

Existem outros determinantes sociais, culturais e econômicos que contribuem para o desenvolvimento social e para a emancipação humana. São condições que influem no processo de organização, participação e mobilização, consideradas dimensões indispensáveis à efetivação da saúde como política pública, direito de todos e dever do Estado.

Desta forma, este estudo pauta-se também nos princípios do SUS relativos à universalidade, equidade, integralidade e também nos princípios organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização, participação dos usuários através do controle social e das diretrizes de participação da comunidade e outros. Conforme Barros, (2004, p. 153), desde 1990 o Brasil vem resistindo

às imposições de organismos multilaterais no que se refere às reformas restritivas dos sistemas de saúde e à implementação de políticas de saúde compatíveis com as grandes conquistas obtidas na Constituição de 1988, a instituição do Sistema de Seguridade Social, o reconhecimento da saúde como direito social universal, a responsabilidade do Estado de garantir esse direito e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por ofertar aos cidadãos atenção integral à saúde, defrontou com as limitações impostas pelo severo ajuste fiscal.

Nesse sentido, o presente estudo registra algumas análises sobre o processo de efetivação da saúde na Cidade de Goiás, organizadas em temas e subtemas distribuídos em três capítulos. O primeiro trata do processo de criação do Sistema Único de Saúde no Brasil enfocando os elementos legais e históricos que garantem a sustentação e a efetivação deste, bem como a Reforma Sanitária e a Seguridade Social; discute, ainda, as diretrizes e

¹ O Art. 2º afirma que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

princípios do SUS e as dimensões da gestão, controle social e financiamento. O segundo capítulo tematiza a saúde na Cidade de Goiás abordando a caracterização do município, seus aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais, e a implantação e implementação da política de saúde. No terceiro capítulo é feita uma análise sobre os impactos produzidos no atendimento à saúde no período de 1988 a 2010 enfocando-se as diversas gestões municipais, mostrando-se os avanços, recuos e desafios regionais e locais do período citado.

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS

Para desvelar a política de saúde no Brasil, é necessário apreendê-la em seu processo histórico envolvendo suas múltiplas determinações relacionadas ao desenvolvimento da sociedade contemporânea brasileira pautada na garantia de direitos. Nesse sentido, a política social não pode ser vista como uma forma de regulação,

mas um processo dinâmico resultante da relação conflituosa entre interesses contrários, predominantemente de classes, que tem se colocado, como mostra a história, a serviço de quem maior domínio exercer sobre ela. É por isso que - vale insistir-, dependendo dos regimes políticos prevaletentes, da organização das classes dominadas e dos paradigmas teóricos em vigência, a política social pode representar ganhos para os dominados e, ao mesmo tempo, constituir para estes um meio de fortalecimento de poder político (PEREIRA, 2008, p. 86-87).

Ainda na perspectiva da autora (2008), a política social só pode ser considerada uma eventual fonte de fatos e informações

ou um *locus* de atuações, nos quais cada interessado recolhe ou faz o que lhe interessa, tendo como base gnosiológica a da disciplina a que pertence. E isso, obviamente, tem implicações práticas sérias porque a política social como *política de ação* deixa de ter um referencial teórico-prático próprio e conexo às diferentes especialidades, sem intervir na natureza destas (PEREIRA, 2008, p. 168).

A política social é traduzida no acesso efetivo à saúde, à educação, à habitação, ao trabalho, à alimentação, ao lazer, à arte e à cultura, dentre outros, apreendida como política de enfrentamento das desigualdades sociais e garantia de acesso aos direitos sociais na perspectiva da justiça social. Desta forma, requer uma análise que,

antes de interrogar sobre os recursos e serem distribuídos, leva em conta as posições desiguais dos cidadãos na estrutura de classes da sociedade. A consequência de política social deve também contemplar o conhecimento de como se criam as necessidades de como estas se distribuem, com o objetivo de modificá-las (PEREIRA, 2008, p. 173).

Silva (2008, p. 23) apreende que,

na perspectiva keynesiana, [...] a política social assumiu, a partir da década de 1940, a função econômica de subsidiar o consumo ou o subconsumo, isto é, como um salário indireto que estima e possibilita o ingresso dos que estão à margem da

sociedade, excluídos do mercado. Trata-se da garantia de um conjunto de políticas públicas que assegura a participação social, na perspectiva da universalidade dos direitos sociais, civis e políticos, como um direito de cidadania e dever do Estado.

De acordo com Pereira (2008), para desnudar o que é política pública é necessário apreender que o termo política tem um sentido polissêmico: em seu sentido geral significa voto, governo, eleições, mas em seu sentido específico representa sociabilidade, negociação.

Deste modo, as políticas sociais não podem ser analisadas, como diz Behring, somente a partir de sua expressão imediata, como fatos sociais, mas devem ser situadas como “expressão contraditória da realidade, que é unidade dialética do fenômeno e da essência” (2008, p. 39).

A política social tem uma relação que “antecede o Pós-Guerra e vem sendo desenvolvida historicamente sob diferentes tipos de relação entre Estado e sociedade, bem como diferentes formas de regulação” (STEIN, 2000, p. 138). Trata-se de uma forma de organização implementada desde os fins do século XIX, mas com visibilidade histórica depois da Segunda Guerra Mundial, como mecanismo da sociedade capitalista para atender reivindicações da sociedade civil. Para Pereira (1998), a

política social assim identificada integra um complexo político institucional denominado seguridade social, inaugurada na Inglaterra, na década de 40, o qual por sua vez constitui a base conceitual e política do Estado de Bem-Estar ou do Welfare State, como é internacionalmente conhecido (PEREIRA p. 61).

Ao mesmo tempo que garante direitos como fruto das lutas da classe trabalhadora, a política social também contribui com o processo de reprodução das relações sociais. Nesse sentido, para Behring (2006), ela pode ser considerada um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e se reproduzir. O autor refere-se ao mecanismo do sistema com funções de produzir, instituir e distribuir bens e serviços sociais – saúde, educação, habitação e outros - relacionados à classe trabalhadora, como reafirmação do direito de cidadania, em atenção às necessidades sociais básicas da população.

Assim, apreendida como processo social inscrito na sociedade burguesa, a referida política deve ser considerada em sua múltipla causalidade e funcionalidade no âmbito da totalidade concreta: como princípio estruturante da realidade para garantir a produção e reprodução das relações sociais, bem como o controle e manutenção da classe trabalhadora. Esse é um dos seus caracteres contraditórios.

No Brasil, a política social² expressa o modo como o capitalismo se realizou e refere-se, assim, a um processo de resistência da classe trabalhadora para atender necessidades próprias na perspectiva dos seus direitos.

As características, concepções e expressões da política social materializam-se nas esferas regional, estadual e municipal, em especial nos determinantes sócio-históricos que se relacionam, no marco burguês, às expressões da questão social, a qual

diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho - das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos (IAMAMOTO, 2000, p. 54).

Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social, objeto sobre o qual incide o trabalho do Assistente³.

Para a autora citada (IAMAMOTO, 2005, p.115), “é importante reconhecer que um dos aspectos centrais da questão social, hoje, é a ampliação do desemprego e a ampliação da precarização das relações de trabalho”. De modo semelhante, Stein (2000) assinala que,

no contexto da industrialização, a questão social apresenta-se não só como desafios colocados pela nova ordem, como também com a emergência de novos atores e conflitos. Esta difere, portanto, da questão social da fase precedente por construir um novo tipo de regulação social - com base no “direito do cidadão e dever do Estado” (STEIN, 2000, p. 135).

Desta forma, é fundamental apreender as múltiplas determinações que perpassam processo de efetivação da política social, pois são expressões que resultam em matéria-prima do trabalho do assistente social.

Na perspectiva de Ianni (2004), os movimentos de luta dos trabalhadores alcançam dimensões significativas no enfrentamento das desigualdades sociais e se materializam nas

² “Como a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação / cooptação e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivo, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania que envolvem a constituição da política social” (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p.79).

³ “Dar conta das particularidades das expressões da questão social na historia da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais quotidianas. É nesse campo que se dá o trabalho do Assistente Social, devendo apreender como questão social em múltiplas expressões é experienciada pelos sujeitos em suas vidas quotidianas” (IAMAMOTO, 2005, p. 62).

manifestações muito reais, presente e urgentes na sociedade nacional, mas [também] adquirem significados novos, reais, presentes e urgentes no âmbito da sociedade global. Na mesma medida em que o operário individual tende a ser determinado pelo coletivo formado no âmbito do capitalismo global, alguns aspectos da questão social também são globalizados. Em larga proporção, podem ser vistos como manifestações dos movimentos e configurações do capitalismo mundial, compreendendo o jogo das forças produtivas e as polarizações das relações de produção, compreendendo a gênese do lucro, excedente ou mais-valia (IANNI, 2004, p. 83).

Acumular todos os fatos não significa ainda conhecer a realidade⁴, “não significa todos os fatos a totalidade, significa realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer - classe de fatos, conjuntos de fatos - pode vir a ser racionalmente compreendido” (COUTINHO, 2006, p. 81). A totalidade, no entanto, abrange o movimento e as múltiplas mediações presentes na realidade. De acordo com Marx, totalidade concreta é

como totalidade de pensamento, como uma concreção de pensamento, é, na realidade, um produto do pensar, do conceber; não é de nenhum modo o produto do conceito que se engendra a si mesmo e que concebe separadamente e acima de instituição e da representação, mas é elaboração da intuição e da representação em conceitos (MARX, 2008, p. 259).

Ela não é um todo já feito, determinado e determinante das partes, não é uma harmonia simples e não existe acabada. Numa sociedade capitalista, a totalidade é um processo que se engendra a partir das relações de produção e de suas contradições, não se desenvolve e nem é dada de uma só vez; ela vai se (re) criando, num movimento que é histórico e social.

Entretanto,

uma vez identificada [a] tarefa como uma investigação sistemática da natureza do capital e das múltiplas condições de sua superação sócio-histórica – que inevitavelmente concentrou interesse inicial pela perspectiva política, enquanto “superestrutura jurídico-política”, cujas contradições não podem ser esclarecidas por si só, mas apenas no contexto de uma compreensão precisa da base material de suas complexas interações dialéticas com a totalidade das estruturas sociais altamente mediadas – a necessidade de uma totalização dialética de todo o complexo se tornou imperativo. Pois, agora, Marx devia investigar não somente as realidades dadas (e não apenas as “realidades políticas determinadas”), mas também as várias forças e tendências embrionárias, juntamente com suas ramificações e implicações de grande alcance, no quadro de uma avaliação dialética rigorosa (MÈSZÁROS, 1993, p. 152).

⁴ O autor considera que a “categoria da totalidade continua se opondo encarecidamente à dialética, ao historicismo e ao humanismo. A categoria da totalidade continua assim a ser grande inimigo do pensamento antimarxista contemporâneo, também nesta sua nova versão “pós-estruturalista” ou pós-moderna” (COUTINHO, 2006, p. 81).

Como afirma Netto (2009),

uma questão crucial reside em descobrir as relações entre processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade e entre elas e a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa. Tais relações nunca são diretas, elas são mediadas não apenas pelos distintos níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar de cada totalidade. Sem os sistemas de mediações, internas e externas, que articulam tais totalidades, a totalidade concreta que a sociedade burguesa seria uma totalidade indiferenciada – e a indiferenciação cancelaria o caráter do concreto, já determinado como “unidade do diverso” (NETTO p. 691, 2009).

Assim, o conhecimento das políticas sociais, inclusive da política de saúde no município de Goiás, expressa uma realidade dialética determinada e determinante por ações de sujeitos diversos que não podem ser entendidas de forma isolada, mas em processo. De acordo com Kosik (1976), a dialética não atinge o pensamento de fora para dentro nem de imediato. Esse é um dos desafios, em especial, uma das inquietações assumidas nesta dissertação a partir do enfoque dado ao estudo da implementação da política de saúde na Cidade de Goiás.

A política de saúde, como política social, deve ser viabilizada por meio da política econômica, na condição de *res* pública, que significa de tudo para todos, e vem sendo construída desde os anos de 1980. Trata-se de um movimento amplo com protagonismo de sujeitos intelectuais, trabalhadores, gestores e usuários de saúde.

A seguir será tratado o processo de consolidação de um projeto de saúde no Brasil por meio do Movimento Sanitário, que mantém estreita relação com o processo de regulamentação da seguridade social brasileira.

1.1. Reforma Sanitária e Seguridade Social

A Reforma Sanitária foi um movimento que imprimiu na história da sociedade brasileira um marco relevante na política social de saúde, apreendida como um processo

de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Para Vasconcelos (2007, p. 154), a Reforma Sanitária foi

um importante movimento que marcou a saúde no Brasil, [...] tem início na década de 1960, a partir de aliança entre intelectuais com atuação no campo da saúde e movimentos sociais comprometidos com a luta pela saúde como bem público e política pública. Movimento que teve a luta pela transformação das condições de saúde da população brasileira mediada pela luta pela transformação da sociedade.

Esse movimento surge no contexto da ditadura militar de 1964 e é extensivo à luta pela redemocratização devido à proposta de reformulação no campo da saúde com atuação política relacionada à

luta pela redemocratização, na qual a sociedade brasileira, mediante a participação em movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos, viveu o embate entre projetos sóciopolíticos antagônicos. De um lado o Estado adotou um modelo autoritário, com políticas internacionais de orientação liberal; de outro, a sociedade organizada e partidos de oposição defenderam um projeto com princípios democráticos, com clara defesa da soberania do Estado Nacional (FAVARO, 2009, p. 82).

Desta forma, acompanha o processo de construção democrática que corresponde às forças sociais relacionadas a uma política específica, mas sem reduzi-la; propõe-se a formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação (TEIXEIRA, 1989, p. 93).

Na perspectiva de Teixeira (1989), as estratégias de guerra de posições implicam a luta pela hegemonia que se refere a uma classe na sociedade. No que tange ao Movimento Sanitário,

a luta pela hegemonia guarda uma série de especificidades, inerentes à sua própria área de atuação. A saúde é uma questão que, por sua própria essência, supera os marcos corporativistas, pois interessa à sociedade por um todo. Seu caráter é intrinsecamente público, já que não se pode pensar em sua cidadania plena sem que os direitos à saúde estejam assegurados. Assim, a luta para que a saúde seja “um direito de todos e dever do Estado” – lema da VIII Conferência Nacional de Saúde – é potencialmente capaz de abranger vastíssimos setores da população, pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais (TEIXEIRA, 1989, p. 93).

Assim, a política de saúde vem sendo tensionada por dois projetos⁵ que representam

⁵ “O tensionamento entre o projeto do capital e dos setores progressistas da sociedade tem desenhado a política de saúde brasileira, pois existem resistências políticas ao primeiro projeto. Assim, embora pare a ameaça sobre o caráter público e universal do SUS, tem-se aglutinado setores progressistas da sociedade para sua defesa, nas seguintes instâncias de participação social: Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, em especial no Conselho Nacional de Saúde” (CORREIA, 2007, p. 34).

interesses antagônicos no campo da saúde: o projeto do capital, ou seja, o projeto privatista⁶, e o projeto dos trabalhadores, o dos setores progressistas,

defendido por segmentos dos movimentos populares e sindicais e instituições acadêmicas como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, articulados no Movimento de Reforma Sanitária nos anos 1980 e 1990, conseguiram incorporar formalmente parte de sua proposta na legislação do SUS. Além das entidades de representações dos gestores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (CORREIA, 2007, p. 33).

Esse processo, ao ser burocratizado, afasta a população e, conforme Bravo (1996), provoca uma despolitização. A disputa de interesses intensifica-se à medida que se trata de uma relação dialética e contraditória por meio de dois projetos que

têm dois elementos em tensão: o reformador imprescindível para transformar instituições e processos, e o *revolucionário*, que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. A construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política, uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas de saúde (BRAVO, 1996, p. 84).

No início de sua articulação, o Movimento Sanitário

era basicamente um conjunto de intelectuais e técnicos de proporções reduzidas – e não apenas do “Partido Sanitário”, ao longo dos anos ganhou o reforço e contribuição das lutas específicas destes setores diversos da sociedade civil – sindicatos, partidos, associações, encontros e outros, ainda que muitas vezes de forma não-orgânica (TEIXEIRA, 1989, p. 111).

A atuação do movimento sanitário pautou-se em um caráter modernizador referente à política de saúde sem, entretanto, alterar a lógica da produção de serviços de saúde, tanto no interior da esfera governamental quanto no privado. Isso equivale a dizer que, até o momento, não foi capaz de contrapor ao projeto neoliberal um projeto alternativo em bases institucionais (TEIXEIRA, 1989, p. 115). Esse movimento coletivo e social expressa

embates dos sujeitos sócio-históricos no processo de implantação de seus projetos políticos, ou seja, busca a redemocratização da sociedade brasileira num sentido amplo, ao contemplar os direitos civis, a democratização do acesso a bens e serviços, e a formulação de políticas sociais pelo viés da saúde pública numa perspectiva de construção de uma sociedade ampla, política e social. Esse processo

⁶ “No Brasil, o projeto da Reforma Sanitária começa a ser questionado no início dos anos 1990 e na segunda metade dessa década consolida-se o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último é pautado na política de ajuste, que tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a privatização dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso” (BRAVO, 2010, p. 13).

situa-se, pois, para além do provimento estatal das necessidades dos indivíduos, requer também o seu conhecimento e participação, pela concepção e planejamento das ações que os afetam ou que eles se destinam (FAVARO, 2009, p. 84).

A Reforma Sanitária⁷ é adequada ao processo de construção democrática que corresponde às forças sociais que estão relacionadas à transformação e está inserida no processo de construção democrática na perspectiva de formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas. O Movimento foi capaz de contribuir para alcançar seus interesses, organizou-se e

poderia ser considerado como um movimento que gerou uma “intelligentsia”, conforme definiam alguns analistas no começo do século XX; isto é, um movimento que produziu uma interpretação dos problemas sanitários e gerou propostas para superá-los que ganharam influência muito além de suas fileiras. Em alguma medida, poderia também ser caracterizado como uma “intelectualidade orgânica”, no sentido definido por Antonio Gramsci, porque foi capaz de produzir um projeto político de saúde que ultrapassava seus interesses corporativos, contribuindo para a construção de um Bloco Histórico que jogou papel fundamental na transformação do SUS em política oficial do Estado brasileiro (CAMPOS, 2006, p. 139).

Esse processo garantiu uma relevante contribuição na agenda política da saúde, incluindo os interesses e reivindicações da sociedade no que se refere às necessidades básicas, ao adotar estratégias como a constituição de fóruns de debates e construções político-teóricas, articulação da sociedade civil organizada e ocupação de espaços institucionais no aparelho do Estado, fundamentais para seu fortalecimento e consolidação (FAVARO, 2009, p. 84).

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se caracterizou, segundo Bravo (2007), como o marco histórico mais importante na trajetória da política de saúde no país. O relatório dessa Conferência,

transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária no Processo Constituinte e na elaboração da Carta Magna. No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista do país, onde a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a seguridade social (BRAVO, 2007, p. 126).

Essa Conferência, realizada em março do ano 1986 em Brasília-DF, lançou bases para a Reforma Sanitária e propôs a formulação da Constituição Federal de 1988 e a criação de um Sistema Único de Saúde. Assim,

⁷ Segundo Teixeira (1989), “é certo que todas as Reformas foram administrativas, à medida que implicaram alterações profundas no aparelho institucional. Diferentemente do conceito tradicional de reformas administrativas, no qual o eixo da mudança está dado ao nível dos próprios processos administrativos; no caso da Reforma Sanitária o núcleo aglutinador foi o deslocamento ao nível do poder público”.

a VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação de entidades representativas da população. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2000, p. 109).

O movimento sanitário alcança profundidade, no sentido do envolvimento de alguns setores da classe média, o que contribuiu para que ele incorporasse também os seus interesses. Além disso, a canalização das lutas sociais destaca-se pelo envolvimento dos diversos sujeitos sociais e políticos que exerceram influência incisiva, em especial inovando na criação de novos espaços de participação. De acordo com Bravo (1996), os dirigentes do Movimento enfrentaram posicionamentos adversos, fato que comprometeu a direção do processo, pois os defensores do SUS que

participaram do segundo escalão das diferentes instituições, por força da pressão organizada dos setores da sociedade comprometidos com as mudanças necessárias na saúde, foram perdendo seus postos. Houve uma depuração no nível do Executivo, tendo assumido o comando das ações, a fração mais conservadora. Essa derrota levou o movimento sanitário a canalizar suas lutas para outros fóruns, como Processo Constituinte e a Plenária das Entidades de Saúde na Constituinte (BRAVO, 1996, p. 80).

Contudo, os direitos dos trabalhadores são conquistas sociais que imprimem, por meio dos movimentos sociais organizados, a participação social que assegure o acesso dos trabalhadores aos bens e serviços socialmente produzidos. Desta forma, a relação e o vínculo entre os princípios, valores e ações

necessárias para sua realização dependem da real compreensão das dimensões e significado do projeto ético-político; da disposição teórica e ideológica de assumi-lo; da identificação das condições objetivas e subjetivas predominantes em cada contexto histórico; e da construção de alianças estratégicas com outros profissionais, usuários e trabalhadores que tem como projeto uma sociedade justa, fraterna, igualitária e capaz de autodeterminar seu futuro. Só assim a seguridade social pode vir a se constituir em amplo sistema de direitos, com vistas à sua universalização e via de construção de uma sociedade radicalmente democrática (BOSCHETTI, 2007, p. 35)

A política de saúde no âmbito da seguridade social teve suas origens, no Brasil, vinculada

à previdência social através das Caixas de Aposentadorias e Pensões, nos anos 1920, e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões por categorias profissionais criados nos anos 1930. Na virada dos anos 1970 para os anos 1980, podemos demarcar o estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade. As desigualdades do acesso à saúde, a desorganização da rede, a baixa resolutividade e produtividade dos

recursos existentes, a centralização do processo decisório, somados à conjuntura de crise econômica, colocaram em cena novos atores sociais que passaram a pressionar o Estado por políticas sociais mais equitativas (SIMIONATTO, 1997, p. 15 -16).

A saúde tem um sistema regionalizado e hierarquizado, um conjunto de unidades, de serviços e ações que se interagem para um fim comum, que é o atendimento digno à população. Os elementos que o compõem - unidades, serviços e ações - referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde e visam propiciar a garantia de direitos.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) imprimiu uma nova lógica de organização das políticas públicas no Brasil, em especial da saúde, com garantia de conceitos e princípios fundamentais para o exercício da emancipação e desenvolvimento social. Foi prevista uma articulação da saúde com as demais políticas da seguridade social. Conforme Mota (1996), a seguridade social

está relacionada à emergência da *questão social*. Situação que surge devido o fenômeno da pobreza tornando assim um grande problema social com a necessidade de algum tipo de proteção social pública para diminuir as situações de miséria e pobreza que surgem com a formação do proletariado urbano – industrial. Tem sua origem na Europa do século XIX, na ocorrência das grandes transformações sociais políticas e econômicas que respaldaram a Revolução Industrial (MOTA, 1996, p. 191).

As políticas de assistência social e de previdência social, regulamentadas por leis, caracterizam-se como contributivas e não contributivas e integram o tripé da seguridade social e

elucida[m] a “clássica justaposição” existente entre assistência social e previdência, pois as leis que regulamentam essas políticas definem mais precisamente seus campos de abrangência. Em termos de princípios gerais, a seguridade social no Brasil associa, ao mesmo tempo, universalidade e seletividade, centralização e descentralização, distributividade e redistributividade, e gratuidade e contributividade. A política de saúde tem como base os princípios de universalidade, gratuidade, redistributividade, centralização (para as prestações continuadas) e descentralização (para os programas, projetos e serviços). A previdência, por sua vez, só é assegurada mediante contribuição direta, e sua organização é centralizada no governo federal (BOSCHETTI, 2006, p. 265).

A seguridade social sofreu crises das políticas sociais; a mais intensa refere-se à previdência social e saúde, no limiar da década de 1980.

De fato, a crise nas políticas de seguridade, mais especificamente na esfera da previdência social e saúde, ocorreu num momento em que a sociedade brasileira passava a conviver com a deflagração da crise da dívida externa, com o esgotamento do crescimento econômico nutrido pelo milagre e com um novo processo de organização da sociedade, por meio da ação sindical e partidária (MOTA, 1995, p. 138).

Segundo Benevides, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) pode ser considerada

uma feliz combinação de direitos humanos e de direitos do cidadão, de tal sorte que lutar pela cidadania democrática e enfrentar a questão social no Brasil praticamente se confunde com a luta pelos direitos humanos – ambos entendidos como resultado de uma longa história de lutas sociais e de reconhecimento, ético e político, da dignidade intrínseca de todo ser humano, independentemente de quaisquer distinções (BENEVIDES, 2008, p.1).

Uma das inovações na Constituição brasileira (BRASIL, 1988) pode ser encontrada no seu artigo 194, que conceitua seguridade social⁸ como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Segundo Mota (1996), a seguridade social é um sistema que está relacionado diretamente com o acúmulo capitalista, pelo fato de incluir o processo de assalariamento, em que as necessidades de manutenção e reprodução do trabalhador situam-se na reprodução ampliada do próprio capital. Ao tratar do capital e do trabalho⁹, de acordo com a autora,

o conceito de seguridade social tornou-se amplamente utilizado a partir do segundo pós-guerra para designar um conjunto de ações governamentais na esfera da proteção social. Teve como paradigma a experiência dos países desenvolvidos que, em meados dos anos [1940], consolidaram um conjunto de políticas sociais, vindo a formar os chamados Estados de bem-estar social (MOTA, 1996, p. 191).

Para Laurell (2008), efetivação da seguridade social pública às vezes esbarra em limitações, tais como a

deficiente cobertura populacional – que varia de 10 a 95%, dependendo de cada país – por estar muitas vezes mediada, de fato, embora nem sempre de direito, por uma relação trabalhista estável, que deixa grandes parcelas sem proteção. E isto o que explica a complementaridade da seguridade social com programas de orientação assistencialista, particularmente no setor da saúde. A segunda limitação é que, em muitos países, há vários sistemas de seguridade social que oferecem benefícios diferenciados. A terceira limitação é que na quase totalidade dos países

⁸ “No Brasil, a seguridade social contemplada constitucionalmente institui três políticas sociais na proteção social: saúde, previdência social e assistência social. Isto representa avanços importantes, fundamentalmente no campo da universalidade da política de saúde, pela sua universalidade e pelo reconhecimento da assistência social como política pública. Inaugura também uma nova relação entre Estado e sociedade pelo seu caráter democratizado e participativo. Entretanto, este modelo, enseja contradições históricas que não foram superadas, cujos reflexos incidem e se visibilizam na análise que se faz sobre o trabalho e a saúde do trabalhador. Factualmente o que se constata é que as refrações das expressões do trabalho presentes na saúde do trabalhador são respondidas pelo Estado de forma insuficiente” (MENDES e WUNSCH, 2011, p. 473)

⁹ “O capital mesmo é a contradição em processo, (pelo fato de) que tende a reduzir a um mínimo de tempo de trabalho, enquanto que, por outro lado, converte o tempo de trabalho em única medida e fonte de riqueza” (Antunes, 1997, p. 49).

inexiste proteção econômica em caso de desemprego, bem como políticas relevantes estatais de geração de *emprego* e de intervenção no mercado de trabalho (LAURELL, 2008, p.160).

O Estado democrático de direito, consubstanciado na Constituição Federal (BRASIL, 1988) reafirma a autonomia, a soberania, a cidadania e os direitos sociais, dentre outros. É relevante, pois, considerar os direitos sociais como conquistas históricas da luta de trabalhadores, expressão de expectativas, ou seja, de demandas formuladas em um determinado momento histórico na direção de classes ou grupos sociais. Os direitos de cidadania podem ser destacados como

direitos sociais, grande marca dos movimentos populares a partir dos anos 1980, e repercutem no Serviço Social influenciando o processo de construção do projeto profissional comprometido com os interesses das classes subalternas. Embora os movimentos populares na referida década ultrapassem a esfera das reivindicações por melhorias das condições de vida e inscrevem – se nas lutas por direitos, esta conquista, paradoxalmente, significa uma perspectiva de ingresso tardio no horizonte societário posto pelo chamado Estado de Bem-Estar (ABREU, 2002, p. 161).

A cidadania dividiu esses direitos em três níveis, com base no contexto histórico da Grã-Bretanha. Nessa nação há um conjunto de três direitos na sociedade: os civis, no século XVIII, os direitos políticos no século XIX e os sociais no século XX. O conceito de cidadania¹⁰ articula-se ao de política social, como instrumento de concretização dos direitos sociais. Conforme a afirmação de Viana (2007), no contexto

da relação entre Estado e sociedade capitalista, a política social expressa -se como um conjunto de ações e de estratégias para atender a demandas variadas que podem romper o cerco das desigualdades sociais e da naturalização das necessidades humanas, mas que também podem perpetuá-las. Essa é a razão da importância do sentido político da política social, expresso no seu comprometimento com o interesse público. O campo da política social envolve, ainda, aspectos éticos e cívicos, em um contexto de relações de poder (VIANA, 2007, p. 52).

A pobreza¹¹ e a desigualdade são inerentes ao modo de produção capitalista. Neste sentido, a pobreza não deve ser vista apenas como um objeto de estudo, mas também

¹⁰ “A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração” (COUTINHO, 1997, p. 52).

¹¹ “A pobreza brasileira constitui-se de um conjunto heterogêneo, cuja unidade buscamos encontrar na renda limitada, na exclusão e na subalternidade. Do ponto de vista da renda, o que se evidencia é que, para a grande maioria dos trabalhadores, com registro em carteira ou não, com contrato ou por conta própria, predominam os baixos rendimentos e a conseqüente privação material daí advinda. Do ponto de vista da exclusão e da subalternidade, a experiência da pobreza constrói referências e define ‘um lugar no mundo’, onde a ausência de poder de mando e decisão, a provação de bens materiais e do próprio conhecimento dos processos sociais que explicam essa condição ocorrem simultaneamente a práticas de resistência e luta” (YASBEK, 2006, p. 62).

realidade da população relacionada à questão social e ao conjunto das expressões das desigualdades sociais que a sociedade capitalista estrutura com a intermediação do Estado e que se pauta na ampliação do subemprego e do emprego de forma estrutural em um contexto do crescimento econômico e de competitividade.

A situação da desigualdade social refletiu também na Reforma Sanitária por esta ter sido um processo que fez avançar o SUS, estabelecendo um alvorecer, e que não esgotou os instrumentos tradutores e comunicativos de seus ideários, dificuldades, avanços, desafios, recuos e conquistas, mantendo-se direcionada aos mecanismos de democracia participativa na área da saúde. As diretrizes e princípios do SUS seu processo de efetivação, suas contradições e conflitos são dimensões tratadas a seguir.

1.2. Diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde

Os princípios que fundaram o SUS no Brasil, a partir da concepção ampliada de saúde, reivindicavam políticas que atendessem às diferentes necessidades. São princípios constituídos pela universalidade, integralidade, equidade e defesa da promoção à saúde, participação da população e dever do Estado. Sua efetivação requer políticas sociais e ações intersetoriais que contribuam para o enfrentamento do processo saúde e doença (MENDES e WUNSCH, 2011).

A regulamentação da Saúde ocorreu mediante a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que institucionalizou e ampliou o conceito de saúde para além de sua dimensão curativa. No Capítulo II: Dos Princípios e Diretrizes, Artigo 7º, a Lei trata das ações e serviços desenvolvidos pelo SUS relacionados com as diretrizes garantidas no art. 198 da Constituição Federal¹². Conforme Campos, esse processo inova no sentido de reconhecimento dos

limites e de dificuldades no funcionamento dos sistemas de saúde realmente existentes. E em função dessa perspectiva crítica, além de diretrizes que podem ser consideradas típicas à tradição dos sistemas públicos de saúde, a busca da universalidade, prestação integral de atenção e da equidade, bem como a organização de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, no Brasil acrescentou-se três outras diretrizes que podem ser consideradas inovadoras em relação a essa ortodoxia (CAMPOS, 2006, p, 136,).

¹² Segundo a Constituição Federal, artigo 198, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes integram. I - descentralização; II - Atendimento integral e III – participação da comunidade” (BRASIL, 1988, Art.198).

A política da saúde tem um papel de garantir a participação da sociedade civil no controle social, conferências e conselhos. É uma política de Estado que tem como compromisso garantir direitos sociais estabelecidos na Constituição brasileira (BRASIL, 1988) e se articula com as demais políticas sociais; deve ser assumida como primazia do Estado, porém as ações ou serviços complementares podem ser realizados pela esfera não Estatal. A participação da sociedade exerce, aí, uma influência decisiva ao tratar de uma política

cuja principal marca definidora é o fato de ser pública, isto é, de, todos, e não porque seja estatal (do Estado) ou coletiva (de grupos particulares da sociedade) e muito menos individual. O caráter público dessa política não é dado apenas pela sua vinculação com o Estado e nem pelo tamanho do agregado social que lhe demanda atenção, não pelo fato de significar um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade (PEREIRA, 2008, p. 95).

A saúde foi regulamentada por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), em 19 de setembro de 1990, que prima pelo princípio ético da justiça distributiva, a ser observado na organização e funcionamento do SUS.

Outro avanço significativo foi garantido na Lei nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990), que prevê a participação democrática e o exercício do controle social por meio das conferências, conselhos de saúde, assembleias, plenárias, consulta pública e outros mecanismos essenciais que prevêm a participação popular e participações ampliadas que

na gestão e na formulação de políticas sociais se efetivam via obrigatoriedade da implantação de conselhos municipais, onde o poder compartilhado será decidido entre representantes da sociedade civil, governo local trabalhadores e a existência dos fundos municipais setoriais, para o efetivo repasse de recursos financeiros do Estado e da União (BERETTA e MARTINS, 2004, p. 75.).

A saúde tornou-se, a partir do marco constitucional (BRASIL, 1988), um componente da seguridade social. Nessa condição, o país passou a ter uma política de saúde definida como pública e social, pautada nos campos político-jurídico, político-institucional e técnico-operativo. Trata-se de uma conquista, fruto do movimento que contou com a participação de lideranças, dos movimentos sociais e dos militantes que procuraram exigir uma agenda política que garantisse a seguridade como um direito fundamental extensivo a todos.

A efetivação da política de saúde requer uma participação efetiva da sociedade. Assim, é necessário fortalecer os espaços e processos organizativos em defesa de uma política

considerada como direito social. Os direitos com os quais as políticas públicas se identificam e devem concretizar, afirma Pereira (2008), são os direitos sociais e difusos, que se orientam por meio do princípio da igualdade, embora se relacionem com os direitos individuais, direcionados pelo princípio da liberdade. Nesse sentido, os direitos sociais no âmbito da cidadania são concretizados por meio das políticas sociais e, por esse motivo, não podem

estar voltadas para o atendimento de necessidades meramente biológicas. O ser humano, seja ele quem for, é um ser social e, como tal, é dotado de dimensões emocionais, cognitivas e de capacidade de aprendizagem e desenvolvimento, que devem ser consideradas pelas políticas públicas (PEREIRA, 2008, p. 102-103).

O processo de construção do SUS no Brasil foi permeado por determinantes que contribuíram de forma significativa, partícipes do movimento sanitário, em especial o envolvimento de sujeitos sociais – trabalhadores, usuários, estudiosos, militantes. No entanto, esse processo é permeado de contradições e conflitos no que se refere às concepções sobre saúde que orientaram sua implantação e desenvolvimento. Conforme Campos, os desafios e recuos na implantação do SUS

depende[m] de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e distintas perspectivas culturais. Assim, o sucesso desta política depende não somente de políticas adequadas dos governos federal e estadual, mas também da iniciativa arrojada dos poderes locais. Como o contexto político e sanitário é muito heterogêneo, sendo também distintas a capacidade de pressão da população, a cultura sanitária acumulada e a vontade política dos governos, tornou-se bastante desigual a reorganização do sistema e a garantia de acesso e de atenção com qualidade entre as várias cidades e regiões de todo o Brasil (CAMPOS, 2006, p. 143).

O SUS encontra-se em processo de construção e tem garantido avanços na forma de atendimento à população e estabelecido critérios e exigências, em especial na qualidade dos serviços prestados. Logo após a promulgação da Constituição de 1988, bem como a regulamentação da saúde, por meio da Lei 8.080/1990, que o institucionalizou, o conceito de saúde ampliou-se, o que provocou a necessidade de enfrentamento de uma agenda liberal. Conforme Barros,

o Brasil havia sido, na década anterior, o único país da América Latina a resistir às imposições de organismos multilaterais no que se refere às reformas restritivas dos sistemas de saúde e à implementação de políticas de saúde compatíveis com as grandes conquistas obtidas na Constituição de 1988: a instituição do Sistema de seguridade social, o reconhecimento da saúde como direito social universal, a responsabilidade do Estado de garantir esse direito e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por ofertar aos cidadãos atenção integral a saúde – [e] defrontou-se com as limitações impostas pelo severo ajuste fiscal. (BARROS, 2004, p. 153)

O Sistema (SUS) segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional sob a responsabilidade das três esferas autônomas do Governo: federal, estadual e municipal. Isso decorre do fato de ser um sistema, e não um serviço ou instituição, ou seja, um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum: prestar atendimento digno à população. Esses elementos componentes referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Considerando o artigo 198 da Constituição Federal, o SUS é baseado nas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Beretta e Martins (2004, p. 66) observam que “descentralizar significa implementar condições básicas e técnicas locais para o desempenho de tarefas de gestão social, e compreendendo aqui a descentralização como municipalização, este processo não se realizará dentro de um ideário mágico” (BERETTA e MARTINS, 2004, p. 66).

Segundo Souza e Senna (2001, p. 67).

a descentralização da saúde tem redesenhado os contornos da política setorial do país nas duas últimas décadas, constituindo-se, entre os itens básicos da reforma do setor, aquele que talvez mais tenha avançado, sendo hoje uma realidade inexorável. No que pese a processo, é preciso considerar que as mudanças ocorridas a partir da gestão descentralizada da saúde situam-se no contexto das recentes inflexões nos padrões clássicos de política social.

Ainda de acordo com os autores, ela adquire uma discussão de viabilidade política a partir de meados da década de 1980,

no contexto de redemocratização. A descentralização, assim, assume um caráter altamente positivo, constituindo-se, ao lado da universalização e da participação popular, um dos pilares básicos da reforma do setor. A descentralização foi recorrentemente concebida como transferência de competências e atribuições de outras esferas para os municípios, instância subnacional reconhecida como o *locus* adequado para a concentração do controle democrático por parte dos cidadãos (SOUZA, MONNERAT e SENNA, 2001, p. 70-71).

Os serviços prestados resultam de conquistas na área das políticas sociais, têm capacidade administrativa e interferem, apoiam e concorrem na ampliação do procedimento de descentralização. Mesmo assim, ainda deparam com obstáculos e a

descentralização não acontece homogeneamente em todo o país; pelo contrário, efetivou-se de maneira bastante diversificada em decorrência da capacidade de cada município no enfrentamento de novos desafios, definidos também pelas dinâmicas políticas e sociais internas de cada localidade, as pressões exercidas pela sociedade civil sobre o governo local e a proposta política de cada gestão (BERETTA e MARTINS, 2004, p. 67).

De acordo com Arreteche e Rodriguez (1999), a descentralização da política nacional de saúde é bandeira de luta do movimento sanitário desde o final da década de 1970 e

assim como a universalização do acesso aos serviços consolidou-se como um princípio de gestão a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da Constituição de 1988. Desde então, um conjunto às vezes errôneo de leis, normas operacionais e portarias ministeriais vem regulamentando o processo, ainda em curso, de institucionalização de medidas e procedimentos do sistema público de prestação de serviços (ARRETECHE e RODRIGUEZ, 1999, p. 126).

Segundo os referidos autores (1999), nos anos 1980, com a implementação das Ações Integradas em Saúde (AIS), deram-se passos importantes rumo à descentralização com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS teve uma experiência de repasse de recursos por meio de convênios e transferências de responsabilidade considerada como a primeira demonstração de um movimento de qualidade. Sua existência foi considerada pelo movimento sanitário

um passo à frente das AIS, responsável pela definição de prioridades e estratégias, bem como por critérios de distribuição de recursos financeiros para estados e municípios. Fortaleceu o papel das secretarias estaduais de saúde e ainda tentou o uso dos recursos destinados para fins eleitoreiros, clientelista ou de favorecimento à iniciativa privada (FAVARO, 2009, p. 89).

De acordo com a periodização traçada pelos autores Arreteche e Rodriguez (1999), em 1990 ocorreu um processo de negociação de institucionalização progressiva da descentralização, que reafirma a

Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, e posteriormente as normas operacionais básicas (NOB) aprimoraram a gestão plurinstitucional, com a criação de conselhos, em âmbito nacional, estadual e municipal, responsáveis pelas diretrizes políticas do setor. A estratégia da descentralização fortalece a relação do governo federal com os municípios e permite graus diferenciados de responsabilidade sobre as gestões dos serviços (ARRETECHE e RODRIGUEZ, 1999, p. 126).

É preciso autonomia para que as prefeituras e subprefeituras tenham uma gestão satisfatória,

porque a descentralização sem dinheiro é só uma palavra de ordem vazia. Descentralização sem autonomia para que a subprefeitura execute o orçamento em nível local não vai mudar absolutamente em nada a realidade da cidade. Diante do exposto a relação prefeito com governador é institucional e não pessoal (AUGUSTO, 2002, p. 134).

A descentralização é diretriz importante na gestão bem articulada que fortalece as políticas sociais em todas as esferas de governo, principalmente a relação entre municípios e o governo estadual.

O fato é que nos últimos vinte anos a questão da descentralização dos programas sociais vem se traduzindo em um dos maiores desafios para a mudança da gestão das políticas sociais no país. Assim, se a proposição central é promover a implementação de políticas públicas fazendo convergir ações intergovernamentais, intersetoriais e sustentáveis, não se pode menosprezar as peculiaridades do poder local e suas condições para executar políticas e programas sociais (MONNERAT, SENNA & SOUZA, 2009, p. 100).

Outra diretriz é o atendimento integral¹³ com prioridade, qualidade das ações nos serviços assistenciais à população demandante de forma humana em diferentes situações. Ainda com base no artigo 198 da Constituição, (BRASIL, 1988) a última diretriz é a participação da comunidade, que se dá por meio da garantia constitucional de que a sociedade civil está composta pelas entidades representativas, com o direito de participar do processo de integração das políticas de saúde e de toda a execução nas esferas federal, estadual e municipal.

A participação é efetivada a partir dos conselhos municipais de saúde, espaço ideal de discussões das diretrizes e princípios que norteiam o funcionamento do SUS, com uma representação paritária de usuários, gestores e trabalhadores/ prestadores de serviços de saúde com o poder deliberativo. Efetiva-se também através das Conferências de Saúde presentes nas três esferas de governo, espaços em que devem se constituir instâncias máximas de deliberação e definição das prioridades de ações relacionada à política de saúde.

Dentre os princípios que norteiam a organização do SUS está o da universalidade¹⁴; ela deve abranger todos, independente da cor, raça, orientação sexual, moradia, transporte, cultura, emprego e outros.

Cabe a reflexão sobre os elementos constitutivos da política de saúde na organização do SUS, os princípios que o regem na regionalização e hierarquização e permitem que a rede de serviços seja organizada para que possam ser melhor conhecidas as demandas de saúde de

¹³ É a integralidade da atenção à saúde e a participação social que remetem à importância da “ação interdisciplinar” no âmbito da saúde e ao reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior na realização do Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS, 2007, p. 160).

¹⁴ Por isso, pensar a universalidade da saúde é pensar projeto de sociedade, é pensar a respeito das condições concretas para a igual possibilidade de prevenção e recuperação (MASSON, 2007, p. 46).

cada região. Um deles é o da resolutividade: quando o usuário do sistema de saúde o buscar, que seja atendido por serviços capacitados na área de sua necessidade.

A municipalização trouxe uma concepção de descentralização política, técnica e administrativa do SUS com definição de organização e gestão dos processos de trabalho e definição de recursos financeiros, humanos, fiscais e materiais.

A distritalização coloca-se como um espaço do processo social de transformação das práticas de saúde ao considerar que elas se constituem em unidades operacionais e administrativas do SUS.

O processo de municipalização baseia-se em elementos que favorecem ou dificultam a o fortalecimento dos poderes locais no decorrer da gestão das políticas sociais brasileiras, pois representa

a transferência para os governos municipais de programas articulados nas esferas federal e estadual, sob exigências de contrapartida orçamentária. Ou seja, as verbas transferidas de fundo para fundo são vinculadas àqueles programas, o que se dá em dissonância com a diretriz da descentralização e o princípio da autonomia dos entes federados. São os chamados recursos *carimbados*, uma vez que sua vinculação a prioridades decididas em outra instância federal ou estadual retira dos municípios a decisão quanto à alocação dos recursos transferidos (SILVA, 2004, p. 178-179).

A municipalização pauta-se em uma concepção de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, a qual inverte a relação entre as esferas federal/estadual com instância municipal/local, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que estabelece as diretrizes de descentralização, municipalização e participação popular em todo o território brasileiro. Conforme Silva, a municipalização, é um processo

que vem se consolidando nos determinados contextos históricos e apresenta elementos contraditórios inerentes às sociedades capitalistas que estão explícitas em sua efetivação como parte inerente às reformas neoliberais que impedem a legitimação de padrões universalistas no campo da política social (SILVA, 2008, p. 61.).

Municipalizar a saúde é algo a ser reconhecido por meio da responsabilidade política do município no que se refere à saúde dos seus cidadãos usuários.

O exercício pleno desta responsabilidade pressupõe a unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação. A municipalização possibilita maior racionalidade à

organização do sistema de saúde, uma vez que o poder de decisão se encontra mais próximo dos problemas a serem enfrentados. A municipalização é parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, através da devolução de poderes ao Município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade. É, portanto, uma estratégia para a reorganização da atenção à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1994, p. 6 - 7).

O processo de municipalização remete inelutavelmente a outros dois deslocamentos, o da

descentralização e o da desconcentração. Pela descentralização fortalece-se a autonomia da esfera local, com a partilha de poder das esferas federal e estadual com as comunidades locais. Descentralização é, nesse caso, instrumento da democratização. A desconcentração representa o deslocamento de serviços, atividades e objetos de decisão, podendo implicar delegação de atribuições, permanecendo centralizado, porém, o poder de decisão. Desse modo, a desconcentração é necessária ao processo de descentralização, mas não suficiente (SILVA, 2004, p. 184 -185).

Nesse sentido, considera-se relevante a apreensão das relações sociais e políticas que permeiam o processo de consolidação do SUS no Brasil, pois esses elementos influenciam de forma significativa a política de saúde nos municípios dentre eles a Cidade de Goiás.

A seguir serão tratadas as dimensões da política de saúde, gestão, financiamento e controle social por serem elementos constitutivos e direcionadores do SUS.

1.3. Gestão, financiamento e controle social do SUS

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), (segundo Cohn 1999a), prevê o conceito de seguridade social, às vezes reduzido à previdência, de forma a contemplar os trabalhadores somente em situações de perda ou esgotamento total ou parcial de sua força de trabalho, seja por idade, doença, acidente e outras situações.

A nova carta constitucional, de 1988 apresenta significativos avanços no tocante ao sistema de proteção social: nela estão presentes a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema, a equidade ao acesso e na forma de participação no custeio, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a diversidade da sua base de financiamento, e a gestão administrativa descentralizada, com participação da comunidade (COHN, 1999a, p. 30-31).

Dessa forma, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) garante um arcabouço jurídico de ampliação de direitos sociais como direito de todos e dever do Estado. Assim, imprime a

universalização de acesso aos bens e serviços inerentes à política de saúde. Considera-se um significativo avanço que institui

o reconhecimento do direito como universal, independentemente do vínculo contributivo com o sistema. A Constituição, ao estabelecer as fontes de financiamento da Seguridade, prevê que esta deverá ser financiada por toda a sociedade por meio de recursos orçamentários dos municípios, dos Estados e da União. É também constitucional o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa (artigo 194) do sistema de Seguridade Social no país (YASBEK, 1998, p. 54).

Conforme Fleury, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) representa

uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura – se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca – se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os veículos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos (FLEURY, 2004, p. 113).

A política de saúde é constituída pelos eixos gestão, financiamento e controle social, considerados relevantes para seu planejamento, desenvolvimento e avaliação. De acordo com Médici (1994), o avanço da gerência de saúde autônoma surgiu na França nos anos 1970, embora tenha repercutido nos anos 1980.

O contrato de gestão pode ser feito com gerenciamento público ou ainda mediante uma concessão de serviço ao setor privado. Em ambos os casos, no entanto, se as metas acordadas com o governo não forem cumpridas, haverá uma perda da concessão de serviço por parte do agente. Ao mesmo tempo, sempre que o agente conseguir cumprir as metas economizando os recursos públicos transferidos orçamentariamente, ele poderá definir o uso do excedente segundo suas necessidades (MÉDICI, 1994, p. 41).

Sobre gestão, é fundamental recorrer ao Capítulo III - Da Organização, da Direção e da Gestão, no artigo 8º da Lei nº 8.080 de 1990, que diz: “as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”.

Para Correia (2000),

o gestor do SUS tem como papel só homologar as decisões de seu interesse, e esquecer as que lhe possam causar problemas. Mais importante é que a gestão fica mais acessível e os impasses que possam acontecer são tornados públicos, o que

diminui as possibilidades de o gestor ir de encontro a uma decisão do conselho se não tiver uma justificativa convincente e plausível, pois isso pode ameaçar a legitimidade de sua gestão (CORREIA, 2007, p. 67).

Neste estudo apreende-se a gestão como um instrumento necessário à construção de condições ideais à efetivação da universalidade e da prestação de serviços, considerada

como expressão de um direito de cidadania social, de acesso universal e de integralidade do atendimento do SUS. Assim, a gestão do SUS deveria estar preparada para atender essas duas exigências de cidadania e, aparentemente, a única maneira de fazê-lo com eficiência seria através de uma potente descentralização da gestão do sistema de saúde (NOGUEIRA, 2006, p.148).

A gestão das políticas sociais¹⁵ implica na organização político-institucional; como diz Boschetti, ela se expressa em dois modos que correspondem tanto às

noções de direito social como às exigências democráticas. As prestações em espécie (previdenciárias e assistenciais) são geridas de modo centralizado pelo governo federal, ao passo que os serviços de saúde e os programas assistenciais são descentralizados para Estados e municípios. A descentralização e a participação dos beneficiários no processo de formulação e controle das três políticas da seguridade social materializam o princípio da gestão democrática reivindicada pela sociedade. A Lei Orgânica da Assistência Social, especialmente, propôs uma verdadeira “revolução” no campo assistencial, pois estabeleceu uma nova forma de relação entre os três níveis de governo e entre o Estado e a sociedade (BOSCHETTI, 2006, p. 26).

A Lei nº 8142 (BRASIL, 1990b) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferência de recursos financeiros na área da saúde. É a partir do orçamento público que os gestores definem as ações a serem realizadas; o Estado utiliza-se desse mecanismo para presumir quantos recursos poderá assegurar em um determinado período e onde serão investidos.

Diante do exposto, é fundamental discutir o orçamento, porque é com ele que se define a garantia e a distribuição ou não das políticas de saúde existentes no Brasil. Compõem a estrutura básica do orçamento público brasileiro federal, estadual e municipal, respectivamente: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

A gestão social gera preocupações no âmbito acadêmico que vêm movimentando a organização de eventos e a realização de pesquisas para melhor articular a constituição dessa

¹⁵ Considera-se gestão um instrumento necessário para adquirir condições para a efetivação da universalidade na prestação de serviços, assumida nas três esferas de governo desde o âmbito da União, pelo Ministério da Saúde (SILVA, 2004).

temática com o campo de docência e da seguridade social. Assim a relevância do conhecimento está relacionada à gestão, convertida em capacidade e em conquistas para respaldar as necessidades humanas, importando que haja avanços e possibilidades de qualidade de vida com dignidade calcada em direitos já conquistados. Associam-se a ela denominativos como

gestão social, co-gestão, autogestão, gestão pública [e] procura-se segmentar novas exigências, posturas e compreensões ao já amplo universo da administração, gerenciamento ou gestão, termos que a rigor são sinônimos. Em relação às políticas sociais, se aglutina a noção de espaço público, fazendo com que o processo de gestão pública passe a representar alguns atributos fundamentais (PAIVA, 2000, p. 90).

Contudo, a introdução da lógica mercantil na gestão de questões de interesse público resulta em comprometimento dos interesses dos usuários das políticas sociais, pois a esfera do mercado não substitui a do público. Ainda assim, a gestão social no contexto da reforma do Estado se realiza

sob a perspectiva de favorecimento de mercado. Um contexto marcado pelas medidas de privatização, de redução da intervenção estatal ou de implantação de formas híbridas de gestão social pela combinação da ação estatal com a de organismos privados, sob a diretriz da municipalização (SILVA, 2004, p. 137).

Como instância executora da política de saúde, o SUS organiza-se em atenção à alta, média e baixa complexidade; põe sob a responsabilidade do Ministério da Saúde a política de alta complexidade/custo, que se traduz na definição de normas nacionais,

no cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime, diminuindo as referências regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamentos das ações (BRASIL, 2006, p. 118).

A média complexidade

compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que não justifique a sua oferta em todos os municípios (BRASIL, 2006, p. 116).

Ao discutir gestão no âmbito do SUS, é imprescindível detalhar e discutir como este Sistema se organiza nas esferas estadual e municipal. Nos municípios, o gerenciamento é

subdividido em gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. São referidas responsabilidades, requisitos e prerrogativas. As duas condições de gestão do estado fundamentam-se em princípios e pautam-se na gestão avançada e na gestão plena do sistema estadual, que também imprimem responsabilidades e requisitos específicos e prerrogativas.

O modelo de gestão tem uma perspectiva de responder com eficiência o momento histórico e da realidade. Isso não significa que, necessariamente, as escolhas das estratégias institucionais possam atingi-lo. A gestão ganha um novo modelo a partir da aprovação do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), que regulamenta a LOS para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Desta forma, é considerado um marco na gestão do SUS e na administração pública, pois imprime em um contorno jurídico claro para o cumprimento de responsabilidades das três esferas federativas.

Esse Decreto introduz um tema novo no que tange ao processo de consolidação do SUS, que está no âmbito do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, e tem como objetivo a organização e o nexo das ações e dos serviços de saúde para garantir a integralidade da assistência aos cidadãos.

Nos anos 1990 aparecem na gestão do SUS,

além de categorias tradicionais como os médicos, enfermeiros e odontólogos, categorias emergentes tais como dos fisioterapeutas e os fonoaudiólogos. Entre os médicos de família, cuja inserção na organização do trabalho assistencial está restrita à atenção básica e praticamente limitada no setor público. Cada uma dessas categorias profissionais (e mesmo cada especialidade médica) tem uma história peculiar de organização e luta sindical, que expressam suas aspirações no mercado de trabalho e trazem reivindicações particulares para a gestão do SUS (NOGUEIRA, 2006, p. 158).

De acordo com Silva (1999), para refletir a vida em sociedade é fundamental perceber que ela é marcada pela relação entre o individual e o coletivo. Desta forma, interesses no particular e no geral e a função social imprimem-se nos negócios privados e públicos. Das lutas sociais e políticas surge o Estado, meio institucional para administrar o controle da vida em sociedade. Assim, a

separação das esferas pública e privada no sentido especificamente moderno vai se consolidando com a idéia de privado como o espaço daqueles que não possuem cargo público ou não ocupam cargo oficial. Público, em contraposição, alude ao poder público, aos servidores do Estado, às pessoas públicas que participam da esfera do poder estatal, que têm cargos públicos, cujos negócios são públicos (RAICHELIS, 2005, p. 50).

A saúde é uma área da política social que apresenta tendência à privatização. O que se passa na área da saúde é emblemático da sociedade brasileira, de como as elites dominantes e dirigentes vêm concebendo a gestão social privada na saúde.

No entanto, as categorias profissionais têm suas modalidades e história para garantir o exercício da força sindical no mercado de trabalho que fortalece a gestão do SUS, cuja responsabilidade se imprime nos serviços públicos direcionados aos estados e municípios.

A relação Estado e sociedade têm base na compreensão da política social e da cidadania. Como instituição capitalista, o Estado tem variado através dos tempos e sua criação tem a ver com o fato de que ele é um fenômeno *histórico e relacional*. Só se pode entender o Estado relacionado com a sociedade e esta constitui o seu principal termo de complementação. Assim,

a sociedade civil abrange todo o intercâmbio material dos indivíduos, no interior de uma fase determinada de desenvolvimento das forças produtivas. Abrange toda vida comercial e industrial de uma dada fase e, neste sentido, ultrapassa o Estado e a nação, se bem, que por outro lado, deve se fazer valer frente ao exterior como nacionalidade e organizar-se no interior como Estado. A sociedade civil, como tal, desenvolve-se apenas com a burguesia. As raízes do poder estatal acham-se na sociedade civil (IANNI, 1986, p. 124).

Cabe, também, relacionar Estado com as classes sociais, em suas relações de reciprocidade e antagonismo que movimentam o cenário da história.

Vê-se, assim, que a incursão ao tema da relação entre Estado e sociedade e da constituição da esfera pública põe em evidência vários fatores, princípios e processos, sem contar que tanto o Estado como a sociedade são instâncias complexas, contraditórias, que variam no tempo e no espaço e não são de fácil explicação. Por isso, não há uma única concepção dos mesmos, assim como não há um único entendimento sobre o tipo de relação que eles estabelecem entre si (PEREIRA, 2009, p. 288).

O Estado, na perspectiva de Simionatto (1999), tem o papel de intermediar a relação do poder político com as instituições públicas em parceria com a participação da população, no envolvimento com a gestão para o desenvolvimento das políticas sociais efetivadas por meio dos conselhos municipais.

A rigor, a “sociedade civil” é um conceito tomado indistintamente como expressão exclusiva dos interesses das classes subalternas. Ora, na sociedade civil estão organizados tanto os interesses da classe burguesa, que exerce sua hegemonia através de seus aparelhos “privados”, reprodutores de sua ideologia, quanto os interesses das camadas de classes subalternas, que buscam se organizar para propor alternativas que se contraponham às parcelas minoritárias detentoras do poder, afirmando a prioridade do público sobre o privado, do universal sobre o particular, da vontade coletiva sobre as vontades particulares (SIMIONATTO, 1999, p.17)

No âmbito da seguridade social, cabe também entender a relação do Estado com a sociedade, que tem implicação

na mudança da cultura política dos diferentes seguimentos envolvidos com essa questão, suas práticas sociais e as formas de ação nos planos individual e coletivo. Implica ainda, compreender que, tratar a política de saúde a partir da categoria do acesso, significa levar em conta as várias dimensões que englobam a articulação entre interesses, necessidades, demandas sociais e a sua constituição enquanto direitos. E isso impõe, hoje, uma luta pela transformação efetiva do papel do Estado em relação à sociedade no sentido de fazer valer direitos conquistados e ampliá-los para fazer avançar a justiça e a democracia (SIMIONATTO, 1997, p. 20).

Dessa maneira,

ganham relevo as lutas pelo fortalecimento da sociedade civil e pela coesão de suas organizações visando consolidar e ampliar os mecanismos de *controle social sobre o Estado*. Com efeito, é preciso ousar nas formas de regulação social em direção a uma sociedade mais justa na produção e reprodução da riqueza social e mais democrática no exercício do poder. O que equivale dizer que é preciso lutar pela democratização social, política, econômica e cultural da sociedade brasileira (SILVA, 1999, p. 69).

Ao tratar-se do Orçamento de Seguridade Social, que inclui a saúde, é necessário fazer referência aos recursos previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias (BRASIL, 2010), por serem a cada ano aprovadas pelo Congresso Nacional. A política de saúde encontra-se à disposição para atender a sociedade nas suas necessidades. Assim, para apreender a organização da gestão dessa política no âmbito do município, no caso, a Cidade de Goiás, é fundamental buscar a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) no Título V: Do Financiamento, Capítulo I - Dos Recursos. Vale lembrar que no seu artigo 31 está referido que o orçamento

da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Em seu Capítulo II, Da Gestão Financeira, a LOS também retrata no Artigo 33 (BRASIL, 1990): “os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1990).

Na política de saúde percebe-se, de acordo com Correia (2000), o modelo de financiamento da saúde por várias origens de recursos, ou seja, pública e privada. Segundo o

autor (2000), dois terços dos recursos aplicados na política de saúde são de origem pública, sendo o terço restante proveniente de recursos privados. Vale considerar as subvenções diretas do Estado ao setor privado, sobretudo aquelas decorrentes da renúncia fiscal, o que torna o percentual de origem pública ainda mais elevado. Assim, para se discutir o financiamento é preciso conhecer a legislação e sua influência nos rumos da política pública. É preciso articulá-lo aos elementos políticos que contribuem para a compreensão de que ele é fruto de decisões políticas.

O financiamento da política da saúde tende a garantir as condições financeiras adequadas para a construção de políticas que tornem realidade o direito à saúde com qualidade e acesso para todos. Assim, devem ser criados mecanismos para que a saúde tenha financiamento e é preciso verificar a necessidade deste para o atendimento a todos com qualidade.

Os recursos para as ações e serviços de saúde realizados pelos estados, municípios e Distrito Federal são repassados por meio de transferências regulares e automáticas destinadas à remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e outros instrumentos similares.

A seguridade social na saúde tem como eixo, segundo Boschetti (2006), o princípio do financiamento e

apresentava uma contradição: apenas os empregados das empresas e seus dependentes tinham direito aos benefícios, embora estes fossem financiados não só pela contribuição direta dos empregados, mas também por todos os usuários dos serviços, visto que os impostos sobre tais serviços eram repassados aos preços (BOSCHETTI, 2006, p. 17).

Assim, pode-se dizer que

ocorreu maior intervenção do Estado, com três tendências: elevação e estabelecimento de índices variados de contribuição entre os trabalhadores, mudança no modo de cálculo da contribuição dos empregadores e passagem do sistema de financiamento bipartite (trabalhadores e empregadores) para tripartite e Estado (BOSCHETTI, 2006, p. 26).

O governo federal tornou-se mediador entre os assalariados, as empresas, os consumidores, instituições ao propor o financiamento tripartite. De acordo com Boschetti (2006), o financiamento tripartite

que aparentemente deveria dividir os custos e responsabilidades e avaliar a contribuição dos trabalhadores e empregadores, tornou-se, na prática, uma das causas da dívida da previdência social. Isso ocorreu porque desde o início, o estado contribuía com valores inferiores aos montantes estabelecidos pela lei. Essa prática provocou a redução das receitas, pois as “quotas de previdência”, antes recolhidas pelas CAPs, passaram a ser recolhidas diretamente pelo Ministério do Trabalho, e não eram “repartidas” entre as instituições previdenciárias (BOSCHETTI, 2006, p. 29).

O processo que garante o orçamento e financiamento também exige a participação social sobre a transferência de recursos financeiros, em especial na política de saúde. O compromisso da sociedade civil organizada nos Conselhos de Saúde¹⁶ e outros tem a perspectiva de assegurar a efetivação de direitos que se fazem necessários nas bandeiras de lutas coletivas. Essa é uma das estratégias de fortalecimento da organização social, no sentido de avançar na garantia dos direitos conquistados, em especial na qualificação de instrumentos de promoção e proteção. No entanto, essa dinâmica introduz

novas contradições, à proporção que organizações populares e instituições da sociedade civil ganham visibilidade e legitimidade a partir da definição de instrumentos democráticos de participação política que, ao se efetivarem, apontam simultaneamente os limites da democracia representativa e a necessidade de aprofundar os processos de participação social e política (RAICHELIS, 2005, p. 77).

A autoridade dos Conselhos de Saúde está amparada na regulamentação da diretriz constitucional e na participação da sociedade civil no SUS. Tratam-se de instâncias deliberativas e fiscalizadoras do SUS nas três esferas de governo. Suas atribuições foram definidas e estão sendo implementadas pelas leis 8.080/1990 (BRASIL 1990a) e 8.142/1990 (BRASIL 1990b) e pela Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000). Os Conselhos são órgãos com funções de formular a execução das políticas públicas, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Desse modo, para que o Conselho tenha legitimidade, tem de ter relação com o órgão gestor e depende: da forma como foi constituído, do grau de representatividade de seus

¹⁶ “O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” artigo 1º, parágrafo 2º Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990). A composição do Conselho Municipal de Saúde, por lei, deve ser pluralista, na busca de um equilíbrio constante na correlação de forças. Outra característica é a composição paritária, sendo 50% de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores na saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços nessa política. Com este quadro, evidencia-se garantia da participação popular nas decisões do conselho, regulamentada pela referida Lei (BRASIL, 1990), que prevê instrumentos e condições de exercício da democracia em inúmeros espaços – conferências, conselhos de saúde, plenárias, assembleias.

membros, de sua organização e da atitude do poder público. Precisa também, para sua efetividade: paridade, qualidade, quantidade, bom funcionamento e capacidade de mobilização social. Nos Conselhos é necessário que as deliberações se concretizem por meio da participação, articulação e respeitabilidade de seus membros em defesa do interesse público.

A Lei nº 8.142 (BRASIL,1990b) regulamenta os aspectos legais das Conferências e dos Conselhos de Saúde, espaços amplos de discussão democrática que permitem significativa participação dos setores organizados da sociedade civil e têm um papel fundamental na política por articular e divulgar informações entre a sociedade e os trabalhadores, bem como condicionam os gestores às variações e reclamações demandadas pela população sobre os serviços de saúde. São espaços que possibilitam avaliação, discussões e proposições e permitem articular questões locais com os determinantes gerais da política de saúde.

Compreende-se que o mais importante no controle social é a participação do cidadão beneficiário do SUS nos Conselhos e a atenção destes aos anseios da sociedade.

Os avanços são significativos em legislações ordinárias com referência aos direitos. Contudo, para que eles se concretizassem fez-se necessária a participação dos movimentos populares que contribuíram na construção de várias leis para a garantia dos direitos da sociedade referenciados pelas leis. Para Fleury,

o modelo constitucional ficou caracterizado pela forma dos sistemas de políticas sociais de saúde e de assistência de forma centralizada e participativa. No caso da Previdência, esse modelo não se aplicava completamente, dada a resistência à descentralização, embora tenha sido criado também um Conselho, onde os benefícios e contribuintes têm assento, em resposta à grande mobilização dos aposentados e dos sindicatos (FLEURY, 2004, p. 115).

A partir dessas reflexões, será apresentado no capítulo seguinte o processo de materialização do SUS na Cidade de Goiás e os elementos históricos, políticos, econômicos e sociais que influenciaram e influenciam no cumprimento da lei.

CAPÍTULO II

A CIDADE DE GOIÁS E A POLÍTICA DE SAÚDE

Goiás cidade histórica amada e venerada por seus filhos, prenes de doces recordações e enaltecida pelo patrimônio sócio-cultural e de monumentos os mais belos possíveis que possui, vê dia-a-dia ruir tudo que lhe é mais caro, por falta de amor e garra pela preservação de suas relíquias e belezas naturais, tão decantadas pelos poetas e historiadores os mais renomados que não cansam de enaltecê-la e retratá-las de maneira carinhosa.

FILHO, Luiz do Couto. (Goiás, 1986)

Mediante o tema, serão registrados alguns elementos que configuram a Cidade de Goiás, suas dimensões históricas, políticas, econômicas, sociais e a influência do processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, no Estado de Goiás e nesse município.

2.1. Caracterização da Cidade de Goiás e entorno

A Cidade de Goiás, também conhecida como Goiás Velho, Vila Boa ou antiga capital, tem população estimada em 2010, de 24.727 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O município foi reconhecido em 2001 pela UNESCO como Patrimônio Histórico e Cultural Mundial por sua arquitetura barroca peculiar, por tradições culturais seculares e pela natureza exuberante que o circunda. A área territorial é de 3.108,018 km², a densidade demográfica 7,96 hab/km², o código do município 520890 e o gentílico goiano. Goiás é um município que tem mais de cinco mil quilômetros quadrados, cinco distritos e oito Unidades de Saúde da Família (USF).

A partir do momento em que foi inscrita na rede discursiva do patrimônio, a Cidade de Goiás passou a ter visibilidade como bem cultural e lugar histórico. Mas não significa que está tudo pronto e acabado. A configuração da cidade histórica e turística se dá em um processo lento e complexo, que pode ser compreendido por meio de análise das práticas que se imprimem nas artes e tradições.

A história, a tradição, o progresso e a cultura têm significado importante para a Cidade de Goiás, pontos fundamentais ao seu reconhecimento como patrimônio histórico. A

cidade permite que se entre em contato com sua arquitetura histórica - desde ruas, igrejas, construções diversas, como a casa onde morou a poetisa Cora Coralina - e com suas tradições e manifestações religiosas, doces, elementos que permanecem na raiz cultural da arte da cidade.

Cada época, cada formação social, tem seu próprio centro de gravidade, sua unidade de sentido, que deverá ser apreendida por meio da compreensão. Assim, impõe-se resgatar continuamente o singular, o específico, a multiplicidade de agentes e de fatores presentes e atuantes na interação tensional entre sociedade – cultura. O resultado desta dialética será sempre sedimentação provisória, continuamente desconstruída, nunca uma cristalização definitiva; será sempre a idéia de movimento, do “vir a ser”, e nunca a de fixação (BLAJ, 1998, p. 36).

A Cidade de Goiás foi capital do Estado até a década de 1930, quando ocorreu a transferência oficial da capital para Goiânia. O município, que tinha por nome de Vila Boa de Goiás, perdeu a qualidade de sede de governo em obediência ao Decreto Estadual, nº 1. 816, de 23 de março de 1937, que oficializou a transferência da capital.

A Cidade de Goiás tem sua economia baseada na agropecuária, característica da região Centro-Oeste, e no turismo, haja vista que foi declarada, em 2001, Patrimônio Histórico e Cultural Mundial, condição que imprime à cidade, por meio dos movimentos sócio-históricos, culturais e religiosos, diversas atrações, dentre elas: a Casa de Cora Coralina, com objetos pessoais da poetisa; o Festival Internacional de Cinema e Vídeo Ambiental (FICA), realizado anualmente a partir de 1999; a Procissão do Fogaréu, realizada por meio da encenação da Paixão de Cristo, manifestação religiosa que ocorre na Semana Santa; o carnaval, com três escolas de samba da cidade: Leão de Ouro, União Goiana e Mocidade Independente do João Francisco. Há ainda museus: o Museu das Bandeiras, cujo acervo expõe peças e mobiliários do século XVIII; o Palácio Conde dos Arcos, que também expõe obras do século XVIII, utensílios domésticos, pertences, artes decorativas e mobiliários dos governantes; o Museu de Arte Sacra, comporta o maior acervo do escultor goiano Veiga Vale, nascido em Pirenópolis.

Dentre seus monumentos há o Chafariz de Cauda; a Igreja de Nossa Senhora do Rosário, conhecida como antiga Igreja dos Pretos, a Catedral de Santana; a Igreja Nossa Senhora da Abadia; Igreja de Santa Bárbara; a Igreja Nossa Senhora do Carmo; o Mosteiro da Anunciação; o Convento dos Padres Dominicanos¹⁷.

¹⁷ Este foi o segundo convento da Ordem no Brasil, fazendo parte do plano que integraria os religiosos dominicanos ao norte do país, passando por Uberaba, Goiás, Porto Nacional e chegando, enfim, à Conceição do Araguaia no Estado do Pará.

Como visto, no que se refere à religião, destaca-se a predominância católica. A cidade conta com maior número de igrejas desta facção religiosa, seguidas pelas evangélicas e espíritas.

A Cidade de Goiás apresenta aspecto oitocentista e permite praticamente uma viagem ao tempo do Brasil colonial. Conserva sua arquitetura barroco-colonial original graças ao tombamento de seu patrimônio arquitetônico do século XVIII que vem ocorrendo desde os anos de 1950. Além disso, situa-se em um cenário topográfico singularmente bonito, um vale envolvido pelos morros verdes ao sopé da lendária Serra Dourada. A Cidade de Goiás preserva também seus principais pontos turísticos, dentre os quais, além dos citados, os Becos da Cidade; o Prédio da Antiga Cadeia e Câmara Municipal¹⁸, construção de 1761; a Casa de Fundição, construção de 1752, local onde se fundia o ouro extraído das minas; o Quartel do Vigésimo Batalhão de Infantaria, de onde saíam os soldados para a Guerra do Paraguai e até o final da década de 1990 abrigou o 11-010 Tiro de Guerra do Exército Brasileiro; o Quartel do 20, que serviu de hospital durante a Guerra do Paraguai e atualmente seu pátio interno serve como local de festas populares; o Balneário da Cachoeira Grande, local de queda do Rio Vermelho, comporta praias e piscinas naturais; o Balneário Santo Antônio; a Cachoeira das Andorinhas e a Furna da Bandeirinha, túnel com dois metros de altura no Morro da Bandeirinha escavado provavelmente por escravos.

A Cruz do Anhanguera é um dos símbolos da cidade. Foi transferida para a antiga Vila Boa por Luiz do Couto, em 1918, que a reencontrou depois de ter sido levada, juntamente com a Igreja da Lapa, pela enchente de 1839. Nova tempestade do final de 2001 destruiu a Cruz mais uma vez, que precisou ser reconstruída nos mesmos moldes da original.

A cidade é banhada pelo Rio Vermelho cuja nascente fica a 15 quilômetros da cidade de Goiás e o rio desemboca cerca de 180 quilômetros adiante, no Rio Araguaia. Ele deixa de ser um ribeirão tranquilo ao atravessar o feixe dos morros e serras e percorrer um trecho de fortes declives composto de rocha mesclada a solos diversos. Do Poço do Bispo as margens se alargam, sendo contidas apenas pelas barreiras das matas ciliares, fartas até meados do século XVIII. A exploração do ouro formou núcleos populacionais na região. O município de Goiás instalou-se nos dois lados do rio, além das margens. O Rio corta a cidade e passa do lado da casa da poetisa Cora Coralina.

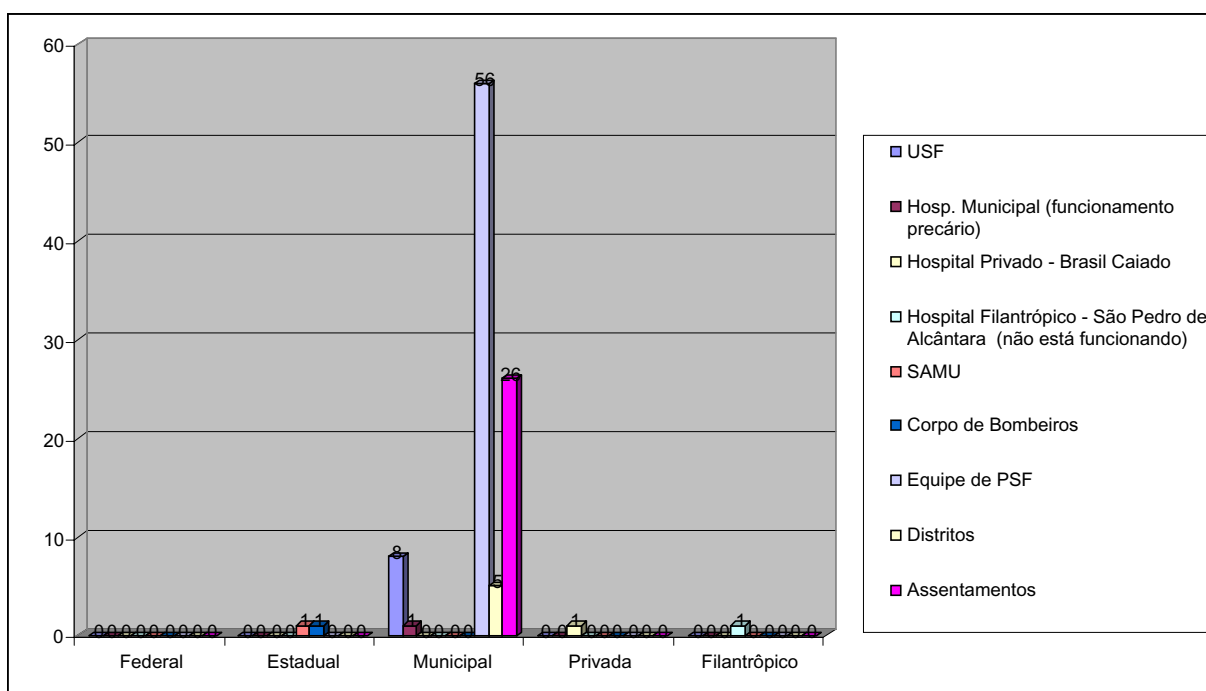
¹⁸ O prédio é um enorme casarão que em seu andar térreo abrigava a cadeia e, no superior, a Câmara. A cadeia funcionou até 1950. Atualmente abriga o Museu das Bandeiras.

Todos reconhecem que a deterioração ambiental da bacia do Rio Vermelho é a principal causa das enchentes que deixam a Cidade de Goiás, a 130 km de Goiânia, debaixo da água sempre que o volume da chuva aumenta no final de todos os anos. Todos sabem e admitem uma parcela de culpa do mal que causam à natureza e ao município, patrimônio cultural da humanidade. Contudo, não se percebe nenhum esforço para mudar a situação.

A infraestrutura turística da cidade abrange pousadas no centro histórico e hotéis instalados nas fazendas dos arredores. Há agências dos principais bancos, universidades (Federal, Estadual e faculdades privadas), escolas municipais e estaduais, hospitais, postos de saúde, restaurantes, comércios e serviços, artesanatos, arquivos históricos, atendimento previdencial e atenção da assistência social por meio dos programas federais e outros.

Na área da saúde, a Cidade de Goiás, desde quando era denominada Vila Boa, enfrentou inúmeros desafios em todas as gestões municipais, pois o acesso a bens e serviços sempre foi restrito e ainda não garante o atendimento às demandas dos vilaboenses, em especial ao se considerar o fluxo intenso de turistas, o que acarreta sobrecarga nos serviços de saúde.

Gráfico 1: Instituições de saúde no município Cidade de Goiás: particulares, filantrópicas, federais, estaduais, municipais.



Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

O atendimento à demanda nas dimensões básicas – prevenção e promoção – de média complexidade - consultas, exames laboratoriais e práticas complementares em saúde - e de alta complexidade se dá de forma precarizada, insuficiente. Conforme mostra o Gráfico 1, existem na cidade três hospitais – um municipal, um particular e outro filantrópico que, segundo o estudo realizado, há meses não funciona – e oito unidades de saúde básicas para uma população estimada em 24.727 habitantes. (Anexo 07 - instituições de saúde no município Cidade de Goiás).

No que se refere à administração municipal, a prefeitura dispõe das seguintes secretarias: de Administração, Obras Públicas e Finanças, Meio Ambiente, Agricultura, Cultura, Turismo e Trânsito, Educação, Desporto, Promoção e Igualdade Social, Saúde, Controle Interno, e a Procuradoria Geral do Município.

As configurações da política de saúde nesse município expressam contradições, conflitos e disputas. Esses elementos, quando analisados para além da beleza cultural estampada nas ruas e praças, da popularidade, da consagração como patrimônio da humanidade, das comidas típicas e das expressões religiosas, escamoteiam a relação equivocada entre público e privado, a força das oligarquias e o conservadorismo. As dimensões históricas, políticas, econômicas e sociais serão tratadas a seguir.

2.2. Dimensões históricas, políticas, econômicas e sociais da Cidade de Goiás

Abordar as dimensões históricas, políticas, econômicas e sociais da Cidade de Goiás significa, de acordo, com Holanda (1995, p. 9) “registrar que o passado não é falar de si, é falar dos que participaram de uma certa ordem de interesse e de visão o mundo, no momento particular do tempo que se deseja evocar”. Desta forma, destacam-se alguns elementos determinantes presentes na história do município Cidade de Goiás, a qual tem início com as primeiras bandeiras, por ocasião da fundação e povoamento do Estado.

O município Cidade de Goiás foi construído de forma imbricada com a história da sociedade brasileira, com enfrentamento de desafios. De acordo com Palacin e Moraes (1986), a primeira região ocupada no Estado foi a

região do Rio Vermelho. Fundou-se aí o Arraial de Sant’Ana, que depois seria chamado Vila Boa e, mais tarde, cidade de Goiás, sendo durante 200 anos a capital do território. Pelos registros da capitação, sabemos que dez anos depois, em 1736, já havia nas minas de Goiás 10.263 escravos negros. (PALACIN e MORAES, 1986, p.10).

E a viagem de canoa teria como alvo os rios Paranaíba, Tocantins, Araguaia, e também o Tietê, em São Paulo. Assim,

sem pressa, uma dessas viagens podia demorar dois ou três anos. [...] após 1630 – introduziu-se o uso de muares e as bandeiras preferiam a viagem por terra, atravessando de sul a norte e de norte a sul o território goiano. Há notícias documentadas de pelo menos 16 bandeiras (PALACIN e MORAES, 1986, p. 7).

Segundo os autores (1986), a primeira bandeira¹⁹, que partiu de São Paulo e que “possivelmente chegou até os sertões de Goiás no leste do Tocantins foi a de Antonio Macedo e Domingos Luís Grau (1590-1593)”. Essa tramitação continuou até 1673.

Outras expedições foram as “descidas” dos jesuítas do Pará. Eles criaram um sistema de base estruturada de aldeias de cultura indígena; para isso, fizeram várias expedições fluviais que chegaram até Goiás. “Mas nem bandeirantes nem jesuítas vinham para fixar-se em Goiás. Levavam índios goianos para o Sul e para o Norte, traçavam roteiros para mostrar o caminho, mas não vinham a Goiás para criar povoações” (PALACIN e MORAES, 1986, p. 7).

Não se tem afirmação ou registros de que Bartolomeu Bueno da Silva foi o primeiro bandeirante a chegar a Goiás, mas sim que foi o primeiro a vir com intenção de ficar definitivamente no Estado e isso se caracterizou dentro da conjuntura do descobrimento de ouro no Brasil.

Quase todos os sertanistas eram apelidados pelos índios. Quanto ao fato de haver ateadado fogo num prato de aguardente para amedrontar os índios a fim de que lhes mostrassem as minas, não se tratava de fato original. Era um ardid comum próprio de exploradores. Segundo Pedro Taques, linhagista paulistano, o primeiro bandeirante que usou esse método foi Francisco Pires Ribeiro, sobrinho do Caçador de Esmeraldas, nos sertões de Minas Gerais (PALACIN e MORAES, 1986, p. 9).

É fundamental apreender que, segundo Holanda (1995, p. 128), o próprio Bartolomeu Bueno deveu aos seus conterrâneos, e não aos índios de Goiás,

¹⁹ A influência dessa colonização litorânea, dos portugueses, ainda persiste até aos nossos dias. Quando hoje se fala em “interior”, pensa-se como no século XVI, em região escassamente povoada e apenas atingida pela cultura urbana. A obra das bandeiras paulistas pode ser bem compreendida em toda a sua extensão, se a não destacarmos um pouco do esforço português, como um empreendimento que encontra em si mesmo sua explicação, embora ainda não ouse desfazer-se de seus vínculos com a metrópole européia, e que, desafiando todas as leis e todos os perigos, vai dar ao Brasil sua atual silhueta geográfica (HOLANDA, 1995, p. 101).

que por sinal nem falavam a língua-geral, a alcunha tupi de Anhanguera, provavelmente de ter um olho furado ou estragado. O episódio do fogo lançado a um vaso de aguardente, que anda associado à sua pessoa, Pedro Taques atribuiu-o a outro sertanista, Francisco Pires Ribeiro (HOLANDA, 1995, p. 128).

De acordo com vários dos autores citados, os principais financiadores da bandeira de Anhanguera foram João Leite da Silva Ortiz, bandeirante e guarda-mor das Minas de Goiás, e João de Abreu, governador de Goiás de 1936 a 1937. Existiam outros participantes que disponibilizavam mão de obra de escravos por terem um número de escravos índios e alguns negros; contabilizavam mais ou menos quinhentos.

A escravidão agravou a ação dos fatores que se opunham ao espírito de trabalho, ao matar no homem livre a necessidade de cooperar e organizar-se, submetendo-o ao mesmo tempo à influência amolecedora de um povo primitivo (HOLANDA, 1995).

A viagem da bandeira, de acordo com Palacin e Moraes (1986), “saiu de São Paulo em 03 de julho de 1722. No que se refere ao caminho, já não era tão complicado como nos tempos passados. Até o Rio Grande era bem conhecido dos paulistas, com alguns moradores e com roças; para além, o Anhanguera dizia possuir um roteiro, até o lugar do ouro”.

O povoamento de Goiás, muito irregular, sem nenhum planejamento nem ordem social, firmou-se de forma determinada pela mineração. Surgiu uma povoação fragilizada. Quando o ouro se esgotava, os mineiros mudavam-se para outro lugar e a povoação definhava ou desaparecia, conforme citam os registros históricos.

No processo de colonização do Estado de Goiás destacaram-se três zonas que foram povoadas durante o século XVIII com uma relativa densidade e organizadas da seguinte forma:

a primeira no Centro-Sul, com uma série desconexa de arraiais no caminho de São Paulo ou nas proximidades: Santa Cruz, Santa Luzia (Luziânia), Meia Ponte (Pirenópolis), principal centro de comunicações, chegando a disputar com Vila Boa e categoria de sede do governo, quando da criação da província Goiás, Jaraguá, Vila Boa e arraiais vizinhos. A segunda zona na “região de Tocantins”, no alto do Tocantins ou Maranhão: [...] Traíras, Água Quente, São José (Niquelândia), Santa Rita, Muquém, etc. E, por fim, o verdadeiro Norte da capitania abrangendo uma extensa zona entre o Tocantins e os chapadões dos limites com a Bahia: Arraias, São Felix, Cavalcante, Natividade, São José do Duro (Dianópolis), Porto Real (Porto Nacional), o arraial mais setentrional (PALACIN e MORAES, 1986, p. 11).

A mineração em Goiás foi fundamental para o povoamento da região. De acordo com Souza (1996), ela foi a base da economia e a responsável pelo início do povoamento da

província. A economia agropecuária surgiu graças à enorme disponibilidade de terras, por subsistência, atendendo à expansão da mineração; mais tarde foi o único meio de sobrevivência. Atualmente é a agropecuária que sustenta economicamente o município.

A política fiscal adotada na mineração pode ser comparada ao contrabando. O rei autorizava as bandeiras para que estas buscassem aquilo que era de muito valor: ouro e prata. As áreas de mineração eram mantidas pelo trabalho escravo, assim como ocorreu com a

economia açucareira, que dominara os dois primeiros séculos da colonização do Brasil, que teve uma economia estruturada sobre o trabalho escravo; conseqüentemente a sociedade do açúcar apresentava como uma de suas estruturas fundamentais a oposição livre x escravo. Em 1736 os escravos eram aproximadamente 12.000. Não é possível, por falta de dados, determinar a proporção exata no total da população. Contudo, pode-se afirmar que não devia ser inferior aos 60 ou 70%. Em 1750 os escravos já alcançavam o número de 20.000; a proporção devia continuar a mesma, ou talvez um pouco inferior. Em 1804 – primeiro recenseamento que conservamos, o número de escravos continuou o mesmo, mas a proporção era notavelmente mais baixa: os livres passavam de 30.000, sendo os escravos, portanto, apenas 40% do total. A que se devia essa tendência à diminuição do número relativo de escravos nos territórios de mineração? Há várias causas diferentes, todas da própria decadência da mineração, as quais a seguir: a diminuição ou estancamento na importação de escravos (para Goiás); a diminuição da produtividade do trabalho escravo, em virtude da escassez do ouro; a compra da liberdade; a miscigenação; o tipo de trabalho (era praticamente impossível na pecuária extensiva) (PALACIN e MORAES, 1986, p. 30 - 31).

Palacin e Moraes (1986) mencionam a riqueza de ouro e citam Goiás como a segunda referência de

produtor de ouro do Brasil, bastante inferior a Minas Gerais e um pouco superior a Mato Grosso. Em 1640, o Brasil tinha aproximadamente 170.000 habitantes, que conseguiram produzir e exportar 3,8 milhões de libras em ouro. Em 1740 havia nas minas mais ou menos 450.000 habitantes, que produziam e exportavam ouro no valor de 2,2 milhões de libras. A produção por habitante na economia do açúcar era de 22 libras, e no tempo do ouro de 5 libras, isto é, quatro vezes menos. Vemos, por esta comparação, que a época do ouro não foi tão rica, nem a produção tão grande como às vezes se pensa (PALACIN e MORAES, 1986, p. 23).

Em vista disso, pode-se questionar: onde ficou centrada a riqueza acumulada? Os autores confirmam que ficou no Brasil, e não especificamente no Estado de Goiás, até ser exportada para Portugal e de lá vendida a outros países. O Estado de Goiás pouco ou quase nada recebeu, pois, após o fim do curto período de mineração, houve um processo de ruralização da sociedade e definhamento e abandono dos arraiais e vilas. Alguns sumiram por completo, como é o caso de Ouro Fino.

No que se refere ao contexto político o Estado de Goiás não era independente; pertencia à capitania de São Paulo. Tornou-se independente por decisão da corte portuguesa, que o elevou à categoria de Capitania. Conforme Palacin e Moraes,

em 1749 chegou a Vila Boa o primeiro Governador e Capitão General, D. Marcos de Noronha, o Conde dos Arcos. O território goiano passou então a ser denominado Capitania de Goiás, título que conservaria até a independência, quando se tornou Província. Toda capitania do Brasil tinha um governo próprio e independente, ligado diretamente ao rei e aos organismos centrais de Lisboa, especialmente ao Conselho Ultramarino (1986, p. 27).

A população de Goiás, atraída pela miragem do ouro, correu à região, percorreu, vasculhou e povoou as regiões mais desertas. No entanto, em 1750,

ao tornar-se Goiás capitania, os habitantes deviam ser pouco menos de 40.000. A população tinha mais que dobrado nestes 25 anos. Nos trinta anos seguintes, a população continuou aumentando, embora já a um ritmo inferior: em 1783 havia em Goiás quase 80.000 habitantes, um aumento de mais de 50% (PALACIN e MORAES, 1986, p. 28).

A sociedade em Goiás era colonial, como todas do Antigo Regime²⁰; uma sociedade que não se fundava no princípio da igualdade de todos seus membros. De acordo com Holanda (1995, p. 73), toda estrutura de nossa sociedade colonial²¹ teve sua base fora dos meios urbanos e é preciso considerar esse fato para se compreender as condições que por via direta nos governaram, até muito depois de proclamada a independência política, e cujos reflexos não se apagam ainda hoje.

Para o progresso de Goiás, houve incentivo da agricultura e pecuária com comercialização da mercadoria por meio da navegação fluvial, através de medidas do Príncipe Regente D. João. Assim, foram concedidos os dízimos para que se fundassem às margens dos rios Tocantins, Araguaia e Maranhão estabelecimentos agrícolas.

Outros pontos fundamentais:

deu-se especial ênfase à catequese e civilização do gentio com interesse em aproveitar a mão-de-obra dos índios na agricultura. A criação de presídios à

²⁰ O regime colonial deu um grande desenvolvimento à navegação e ao comércio. Daí nasceram as sociedades mercantis, dotadas pelos governos de monopólios e privilégios que serviram de poderosas alavancas à concentração dos capitais. O regime colonial assegurou os mercados às nascentes manufaturas, aumentando a facilidade da acumulação, graças ao monopólio do mercado colonial. Os tesouros diferentes extorquidos fora da Europa por meio do trabalho forçado dos indígenas reduzidos à escravidão, pela concessão, a pilhagem e a morte, refluíram à mãe pátria para funcionar aí como capital” (MARX, 1979, p. 99).

²¹ Dos vários setores de nossa sociedade colonial, foi sem dúvida a esfera da vida doméstica aquela onde o princípio de autoridade menos acessível se mostrou às forças corrosivas que de todos os lados o atacavam. Sempre imerso em si mesmo, não tolerando nenhuma pressão de fora, o grupo familiar mantém-se imune de qualquer restrição ou abalo. Em seu recatado isolamento pode desprezar qualquer princípio superior que procure perturbá-lo (HOLANDA, 1995, p. 81 e 82).

margem dos rios com os seguintes objetivos: proteger o comércio, auxiliar a navegação e aproveitar o trabalho dos naturais para o cultivo da terra. Incrementou-se a navegação do Araguaia e Tocantins. Revogou-se alvará de 5 de janeiro de 1785 que proibia e extinguiu fábricas e manufaturas em toda a colônia. Esta revogação foi seguida de estímulos à agricultura do algodão e à criação de fábricas de tecer (PALACIN e MORAES, 1986, p. 41 - 42).

A independência de Goiás foi algo que os autores (1986) relataram que, tal qual no Brasil, foi gradativa devido às dificuldades encontradas em todos os aspectos, os quais refletiam nas necessidades básicas dos moradores.

Esse caráter permanente exterior, epidémico, de numerosas agitações ocorridas entre nós durante os anos que antecederam e sucederam a independência mostra o quanto era difícil ultrapassarem-se os limites que à nossa vida política tinham traçado certas condições específicas geradas pela colonização portuguesa. Um dos efeitos da improvisação quase forçada de uma espécie de burguesia urbana no Brasil está em que certas atitudes peculiares, até então, ao patriciado rural logo se tornaram comuns a todas as classes como norma ideal de conduta. Estereotipada por longos anos de vida rural, a mentalidade de casa-grande invadiu assim as cidades e conquistou todas as profissões, sem exclusão das mais humildes (HOLANDA, 1995, p. 87).

Foi “especialmente sensível em Goiás a reação do Norte que, se julgando injustiçado pela falta de assistência governamental, proclamou sua separação do Sul” (PALACIN e MORAES, 1986, p. 7).

Baseado nesta prévia classificação, a

dar-se crédito na documentação oficial, este movimento não era rico do sentimento nacionalista. Era do clero, que se sentia lesado em seus interesses [...] A conspiração foi denunciada e seus principais implicados receberam como castigo deportação para além de 50 léguas da capital de Goiás (PALACIN e MORAES, 1986, p. 50).

De acordo com os referidos autores (1986), os grupos locais, com diferentes idéias e com os mesmos objetivos – o poder, entraram novamente em choque.

Houve até mesmo quem falasse em ideal republicano. No entanto, a situação foi dominada por conchavos políticos entre as famílias ricas e influentes de Goiás e Meia Ponte, sempre coerentes com a ordem constituída, desde que ela lhes oferecesse a direção da futura Província (PALACIN e MORAES, 1986, p. 51).

A história de Goiás foi construída por meio de famílias oligárquicas; portanto, as relações sociais e políticas atuais são reproduzidas e encontram-se vivas como tradição.

Algumas famílias participaram de toda a sua história e até hoje mantêm essa tradição²², o que, para a população da Cidade de Goiás, é de grande valor histórico e está presente em todos os arquivos da cidade, livros, ruas, palácios, prédios e casas.

A família patriarcal fornece, assim, o grande modelo por onde se hão de calcar, na vida política, as relações entre governantes e governados, entre monarcas e súditos. Uma lei moral inflexível, superior a todos os cálculos e vontades dos homens, pode regular a boa harmonia do corpo social, e, portanto, deve ser rigorosamente respeitada e cumprida (HOLANDA, 1995, p. 85).

Entre as famílias que predominaram na cidade salientam-se a Fleury e a Bulhões, que estiveram presentes na conjuntura política durante todo o período de Goiás Província e lançaram raízes nas diretrizes oligárquicas até o fim da chamada República Velha, os Couto e os Caiado, que assumiram a direção política da cidade a partir de 1912 (PALACIN e MORAES, 1986).

Segundo Chaul (1987, p. 26), “os Caiados canalizaram para si os grandes proprietários da Capital e do interior e neutralizaram as regiões novas, criando até 1930 um sistema político perfeitamente adaptado aos interesses do governo federal e das classes sociais que representavam no Estado”. Além disso, a família Caiado controlava grande parte do parlamento e tinha um grande respeito por parte daquela população, o que lhe possibilitava o controle das regras do “jogo” político.

Antônio Ramos Caiado fez presidente do Estado, fez deputados, fez sempre senador da República e fez aprovar leis de acordo com seu interesse político pessoal. Somente foi afastado do poder quando o movimento renovador de 1930 tornou-se vitorioso. Em Goiás seu grande opositor foi o médico Pedro Ludovico Teixeira (PALACIN e MORAES, 1986, p. 88).

Até a Revolução de 1930, Goiás não teve modificações substanciais desde a decadência da mineração no fim do século XVIII.

Quanto à comunicação, em 1824 entrou em Goiás o primeiro elemento vindo de Minas Gerais, o carro de bois. Posteriormente vieram o telégrafo, em 1891, as comunicações

²² O quadro familiar torna-se, assim, tão poderoso e exigente, que sua sombra persegue os indivíduos mesmo fora do recinto doméstico. A entidade privada precede sempre, neles, a entidade pública. A nostalgia dessa organização compacta, única e intransferível, onde prevalecem necessariamente as preferências fundadas em laços afetivos, não podia deixar de marcar nossa sociedade, nossa vida pública, todas as atividades. Representando, como já se notou acima, o único setor onde o princípio de autoridade é indisputado, a família colonial fornecia a idéia mais normal do poder, a respeitabilidade, da obediência e da coesão entre os homens. O resultado era predominarem, em toda a vida social, sentimentos próprios à comunidade doméstica, naturalmente particularista e antipolítica, uma invasão do público pelo privado, do Estado pela família (HOLANDA, 1995, p. 82).

fluviais, o navio a vapor e a comunicação terrestre por meio da estrada de ferro, das estradas de rodagem e do automóvel.

Na economia refletiam-se a falta de comunicação e a ausência de centros urbanos. A economia era quase de subsistência; a produção era local e para o consumo e eram pequenos o comércio interno e o desenvolvimento monetário. A indústria e os serviços eram pouco significativos e os produtos mais importantes eram os tecidos de algodão.

Para Palacin e Moraes (1986, p. 100), no

quinquênio 1926-1930, as “Obras Públicas” não chegaram a receber um sétimo do reduzido orçamento estadual; quase nada era dedicado à saúde, e nada em absoluto à promoção da agricultura ou da indústria. Mas isto era o que correspondia à consciência social e às possibilidades do momento.

Diante dessas considerações, cabe destacar as razões principais para a transferência da capital a partir do governo interventor de Pedro Ludovico Teixeira, aliado de Getúlio Vargas na Revolução de 1930. A construção de uma nova capital seria caracterizada como estratégia para consolidar a sua força de poder político. A mudança não só poderia valorizar as regiões Sul e Sudoeste, mas também iria trazer uma grande valorização para os locais onde seria construída, alguns benefícios para a população que demandava à nova capital.

A transferência da capital foi realizada por Pedro Ludovico Teixeira em 1933, conforme Decreto Estadual nº 1816, de 23-03-1937. Assim, foi transferida a capital do Estado do município de Goiás para Goiânia. Em 1933 Goiânia começou a ser construída e muitos e diferentes problemas foram enfrentados pela administração estadual na construção da cidade:

falta de recursos financeiros, de mão-de-obra especializada, de material em quantidade suficiente para o ritmo das obras, além da forte oposição à mudança, coordenada por políticos da antiga capital. O movimento pela mudança, contudo, tem apoio de muitos municípios do estado, comprovado nas expressivas vitórias do Partido Social Republicano (PSR), situacionista, nas eleições de maio de 1933 e de outubro de 1934, quando o PSR faz mudança da capital a sua plataforma eleitoral (CAMPOS, 2009, p. 12).

Constata-se que o orçamento do período destinado à saúde pública era muito pouco. Desse modo,

os gastos continuam mínimos, sendo atendidos, basicamente, os moradores da capital. Vale lembrar que Pedro Ludovico, em seu relatório de 1930-1933, esquadrinha o estado ao apresentar o quadro médico-sanitário de Goiás. E é com base nele que o interventor discute a inviabilidade de a cidade de Goiás permanecer capital (CAMPOS, 2009, p. 16).

Mediante a discussão, Pedro Ludovico Teixeira garantiu estratégias necessárias para assegurar o controle político administrativo do Estado,

entre elas, a bandeira da mudança da capital. A antiga capital de Goiás, construída na época da mineração, apresenta sérios problemas estruturais, sendo condenada pelo Governo com base no Regulamento dos Serviços de Saúde Pública, elaborado em 1931, por Pedro Ludovico (CAMPOS, 2009, p. 12).

A Cidade de Goiás era implacavelmente condenada pelos “mudancistas”²³, que lhe censuravam o clima, a luminosidade excessiva, as serras e morros que a rodeiam. Afirmavam ser de péssima qualidade a água retirada do subsolo pelos vilaboenses (FREITAS, 1999, p. 252 - 253).

A construção de Goiânia foi conduzida por debates que caracterizaram a insalubridade e a infraestrutura urbana como um dos principais argumentos que definiram a mudança da capital. Desse modo, a urbanização

é um processo recente em Goiás e que se efetivou com a mudança da capital. A fundação de Goiânia representou um esforço de integração ao complexo nacional. Isso ocorreu no momento em que o governo federal, respondendo às pressões externas face aos grandes vazios demográficos das terras brasileiras, desencadeia sua política de interiorização – a Marcha para o Oeste (MIGUEL, 2005, p. 78),

Contudo, a Cidade de Goiás sempre teve uma relação estreita com Goiânia e esta pesquisa evidenciou que as gestões da política de saúde no âmbito municipal procuraram buscar e contribuir na articulação da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Goiás com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e com a Secretaria Estadual de Saúde. Estas são instituições que permeiam a política de saúde nas esferas municipal e estadual e que, conforme mostram os depoimentos, expressam, com diferentes conotações, uma boa relação em todas as gestões do estudo.

O próximo item vai discutir a implantação/implementação da gestão da política de saúde no município Cidade de Goiás, momento em que são inseridos alguns depoimentos dos sujeitos entrevistados.

²³ O termo mudancista designava, na época, os adeptos à mudança da capital do Estado, da Cidade de Goiás para Goiânia. Representava os seguidores de Pedro Ludovico, opositor das oligarquias vilaboenses, e simpatizantes da Revolução de 1930.

2.3. A implantação e implementação da gestão da política de saúde no município Cidade de Goiás

Apreender os limites e as possibilidades no que se refere à implantação e implementação da gestão da política de saúde na Cidade de Goiás é adentrar no processo histórico da política de saúde daquele município, com um recorte temporal no período de 1988 a 2010, conforme propõe a presente dissertação.

A política de saúde na Cidade de Goiás, ainda quando capital do Estado, era entendida como sinônimo de tratamento de doenças, resultantes das condições miseráveis dos trabalhadores.

Segundo Harvey, no contexto do espaço público é que poderiam ser fornecidos os sentidos de tempo e espaço de formas privadas.

E quanto mais unificado o espaço, tanto mais importante se tornam as qualidade das fragmentações para a identidade e a ação sociais. Desta forma, o espaço é fundamental em toda a forma de vida comunitária e tem o objetivo de assegurar o exercício do poder (HARVEY, 2001, p. 246).

Palacin e Moraes (1986), ao tratarem das características da capital e das condições de vida de sua população, reafirmam que era alto o índice de verminoses e o saneamento urbano e rural era precário. Segundo os autores (1986), percebeu-se a necessidade da administração pública intervir em todos os ramos da saúde buscando parcerias com o governo estadual e federal para enfrentar o caos sanitário que se instalara.

A discussão atual sobre a política de saúde requer desvelar a concepção, a metodologia de gestão, a direção social e política, a descentralização do poder e dos serviços, as competências e responsabilidades. Segundo Wanderley (2002), é necessário refletir que a gestão pública

se concretiza tanto por parte dos governos nacionais como subnacionais, exigindo aperfeiçoamento de sua gestão estratégica. No caso da gestão municipal [...], a descentralização pretendida seria um dos instrumentos pertinentes. Cabe oferecer o sentido de superpor descentralização de poder e descentralização de funções, que de certo modo surgiu a partir da Carta Magna de 1988 em que definiram os poderes dos governos nacional, estadual e municipal e que pôde restringir especificamente as esferas municipais. (WANDERLEY, 2002, p. 16).

O processo de implantação e implementação da gestão da saúde deve dispor da presença mais ativa da sociedade de forma inovadora e criativa por seus membros no enfrentamento dos desafios e no estabelecimento das correlações de forças.

Em todo o país, após a implantação do SUS, houve aumento no número de serviços públicos na área da saúde e de contratação de servidores.

É evidente a necessidade, para efetiva e eficaz implantação e consolidação de tão significativas e abrangentes mudanças, de um também profundo e abrangente processo de capacitação de recursos humanos envolvidos na sua condução, o que implica os aspectos teórico-conceituais e metodológico-operacionais no sentido de melhor “pensar e agir”. Ou seja, de melhorar a gestão do processo de mudança (FARIA, 2001, p. 12).

O SUS é uma política em que se cruzam os avanços e recuos na sua implantação e funcionamento desde os anos 1980. Prevalece, assim, na sua implantação e execução, a necessidade de um melhor desempenho, com qualidade de atendimento que se traduza em propostas concretas de um direito social. Existem

diversos trabalhos empíricos realizados ao longo dos anos 1990 [que] demonstram a heterogeneidade de experiências que se devem a algumas variáveis, tais como: capacidade de articulação de atores relevantes nas arenas setoriais, capacidade técnica e política de estados e municípios levarem adiante o processo de implantação de políticas, adoção por parte do governo federal de mecanismos de financiamento atraentes, características do poder local, dentre muitas outras questões. Com efeito, não há dúvida de que a área da saúde foi a que mais avançou, justamente por reunir várias das condições acima mencionadas (MONNERAT, SENNA e SOUZA, 2009, p. 99).

A implementação da política de saúde viabilizou a apreensão, a definição e a readequação de planos, programas, projetos, atividades e serviços que direta ou indiretamente se relacionam aos objetivos estabelecidos na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Assim, sua implementação pautou-se no esforço da sociedade, de forma conjunta, e implicou no estabelecimento de uma articulação permanente no âmbito do SUS, que envolve o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Destaca-se a necessidade de fortalecer os espaços democráticos e processos organizativos em defesa de uma política considerada como direito social. Esses espaços estão imbricados na participação social através dos Conselhos. Desta forma, em relação ao SUS, vários

avanços têm ocorrido. Temos caminhado, mesmo que de forma lenta, e, especificamente em relação aos Conselhos de Saúde, como visto pelos autores, apesar de suas limitações, esses mecanismos podem ser instrumentos da democracia no sentido de ampliação do espaço público, da gestão participativa da cidadania (SILVA e LANA, 1973, p. 1378).

Vale mencionar que a implementação do SUS²⁴ foi realizada numa direção assertiva para melhor desempenho e atendimento aos usuários desse sistema. Desta forma, é

preciso considerar a variedade de contextos e as especificidades dos processos de construção e operação dos sistemas nacionais de saúde de cada país, o que confere singularidades às reformas implantadas. No caso específico do Brasil, é preciso reconhecer que o processo de reformas do setor saúde tem como marco não só o cenário da reforma do Estado, a redução de suas funções e o controle do gasto público, como também outros fatores, aí incluídos aqueles internos ao próprio setor, potencializados por sua dinâmica própria e decorrentes da implementação do SUS (SOUZA, MONNERAT e SENNA, 2009, p. 103).

Assim, o processo de implementação possui um posicionamento específico quanto à avaliação da política. Porém, considera-se que as dificuldades apresentadas distinguem a implementação da política e do programa. Os estudos de

implementação também demonstram o quanto essa varia de acordo com a política e seus diferentes tipos de formato, centralizado, e com a natureza das agências que a implementam. Os estudos indicam a importância de se estabelecer a interrelação entre distintos níveis de governo e entre políticas, contrapondo-se à ênfase na decisão de uma única autoridade e numa única política (PEREZ, 2001, p. 67)

As políticas públicas têm buscado compensar as perdas dos trabalhadores em relação ao processo produtivo, perdas que confirmam a questão social, manifestada na precariedade das condições de vida desse segmento e na necessidade de serviços, tais como: previdência social, atenção médica, educação, transporte, habitação, lazer e outras, apesar da Constituição Federal deixar claro que são direitos sociais que devem ser assegurados pelo Estado.

O contexto administrativo da saúde da Cidade de Goiás, a partir de 1988 até os dias atuais, foi organizado a partir da ação de seus gestores, prefeitos, secretários de saúde e demais participantes responsáveis pela política do setor do município.

O estudo realizado propicia o conhecimento mais profundo no que se refere às relações sociais, à produção e reprodução do conservadorismo, às disputas acirradas de poder, às famílias oligárquicas, determinantes que perpassaram pelo processo de implementação da política de saúde no município desde suas origens.

²⁴ A implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário; por exemplo, a universalização, a descentralização e a participação popular (CFESS, 2010).

As configurações sociais, econômicas e políticas meio que adormeceram com a transferência da capital; no entanto, foram afloradas em especial nas décadas de 1980 e 1990. Cabe ressaltar, contudo, que a estratégia de poder via saúde pública ficava inviabilizada ou comprometida devido à falta de recursos para a efetivação dos atendimentos aos usuários desta política e das demais. Esta carência compromete todos os determinantes e condicionantes, as ações de promoção, proteção e recuperação que formam um conjunto indivisível que reflete o acesso à saúde com qualidade.

Toda gestão pública, conforme já visto, requer compromisso e responsabilidade por parte dos que a assumem. Administrar um bem público é assumir um trabalho que é coletivo e exige democratização, descentralização e participação social, bem como um caminhar atento voltado para o controle, a fiscalização e para as concepções e disputas de interesses que perpassam o processo.

No artigo 2º, inciso II da Lei Orgânica consta que a gestão da cidade deve se pautar pelas seguintes diretrizes: a prática democrática, a soberania popular e a transparência e controle da população na ação do governo. Sem dúvida alguma, trata-se das diretrizes que, se cumpridas, não somente possibilitarão uma gestão democrática, mas também contribuirão para diminuir o descrédito da população em relação às instituições públicas (SARUÊ, 2002, p. 51).

Na perspectiva da referida autora (2002), em uma determinada gestão é fundamental assegurar a participação dos sujeitos no planejamento municipal.

Acredito que quem assumir a gestão da cidade deve ter como responsabilidade recolocar a participação do cidadão na agenda pública; sem a sua participação será impossível coibir todos os desmandos que estamos vivenciando. [...] e que seja assegurada a participação direta do cidadão em todas as fases do planejamento municipal. (SARUÊ, 2002, p. 52 – 53).

A agenda pública da cidade deve priorizar três questões fundamentais: a descentralização, o plano diretor e a participação popular. Entende-se que é preciso viabilizar e mobilizar a participação popular para intervir não só na gestão da política de saúde, mas em toda a gestão de uma cidade. Assim, a gestão municipal deve estar articulada aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e contar com o envolvimento e participação popular.

Durante quase duas décadas houve o processo de consolidação do SUS, que implicou em alterações na legislação com perspectiva de garantir a implementação do sistema e acompanhar e articular as transformações econômicas e sociais no país. Um dos fatores determinantes do processo de implementação do SUS para todos os municípios está na capacidade

de abertura de canais de participação, transparência, descentralização, que possam garantir os princípios almejados. Mas deve-se pontuar que este processo de desburocratização/democratização está mediado pelas relações de força e poder político (federal, regional e local). Assim, podemos observar, nas iniciativas de implementação estrutural do SUS, avanços e, principalmente, recuos deste processo na década de 1990, apesar dos esforços e espaços de resistência de muitos governos locais (TEIXEIRA, 1989, p. 78)

Nos registros históricos do município Cidade de Goiás, a partir da Constituição Federal de 1988, consta o início da gestão do aqui denominado Prefeito 1 (1989-1992) e dos demais prefeitos: gestões 1993-1996; 1997-2000; 2001-2004; 2005-2007 e 2008-2011. Tanto os prefeitos como os secretários de saúde disponibilizaram-se em participar da pesquisa para subsidiar o estudo das gestões mencionadas.

Em entrevista, trabalhadores, prefeitos, secretários e usuários da política de saúde discutiram sobre o processo de implementação da política de saúde na Cidade de Goiás, o que foi apreendido por meio de entrevistas²⁵.

Quadro 1: Mapeamento dos sujeitos²⁶ da pesquisa na Cidade de Goiás referente ao período 1988 - 2011.

Período	Prefeito	Secretário de Saúde	Assistente Social	Trabalhador	Usuário
1989 - 1992	Prefeito 1	Secretário 1 Secretário 2 Secretário 3	Assist. Social 1*		
1993 - 1996	Prefeito 2	Secretário 4 Secretário 5	Assist. Social 2		
1997 - 2000	Prefeito 3	Secretário 6 Secretário 7	Assist. Social 3		
2001 - 2004	Prefeito 4**	Secretário 8			
2005 - 2007	Prefeito 5	Secretário 9*** Secretário 10	Assist. Social 4		
2008 - 2011	Prefeito 6	Secretário 11 Secretário 12 Secretário 13*** Secretário 14 Secretário 15 Secretário 16 Secretário 17 Secretário 18	Assist. Social 5	Trabalhador 1 Trabalhador 2 Trabalhador 3	Usuário 1 Usuário 2

Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Obs: * A assistente social 1 não participou da pesquisa; já havia falecido.

** O prefeito 4 não participou da pesquisa; já havia falecido. Foi representado por seu filho, Secretário de Saúde.

*** O secretário 9 e a secretária 13 não se disponibilizaram a participar da pesquisa.

²⁵ Para a identificação dos sujeitos da pesquisa foi utilizada numeração, de forma a garantir a coerência científica e o mínimo de sigilo previsto na Lei nº 196/1996.

²⁶ Alguns sujeitos da pesquisa exerceram a gestão por mais de um período, sendo citados conforme o Quadro nº 1. Ex. o prefeito 2/5 é a mesma pessoa, aparecendo nos gráficos 2 e 5.

Para subsidiar as análises foi fundamental a elaboração prévia do mapeamento dos gestores da política de saúde na Cidade de Goiás e entorno: prefeitos, secretários de saúde, assistentes sociais, trabalhadores e usuários (Quadro 1). Foram realizadas 21 entrevistas, no total.

A entrevista do secretário 8 atesta que todo o processo da consolidação do SUS na Cidade de Goiás pautou-se nas dimensões da gestão, financiamento e controle social

e o processo todo era seguindo todas as normas do SUS, definidas pelo Ministério da Saúde, em que o recurso vinha fundo a fundo. É a parte que eu tenho o maior orgulho de ter sido secretário. A parte que me deixou frustrado é exatamente com relação à minha gestão de saúde: uma única vez deu uma diferença de um centavo na prestação de contas; pois nós fomos atrás até achar onde estava a diferença. Eu tenho orgulho de falar também que nunca deu uma diferença no caixa, porém, várias contas estavam em débito quando eu assumi. Às vezes numa conta, o dinheiro, o recurso que vinha sobrava, enquanto na outra não tinha para você fazer os pagamentos; e foi exatamente na minha época que começou a mudança de que o dinheiro da saúde não era um dinheiro único; cada dinheiro da saúde era para uma conta específica (SECRETÁRIO 8).

Considera-se que implementar é fundamental para que possam ser criadas as providências diretas e concretas para a realização de algo planejado. A implantação tem suas possibilidades de avanço mediante as necessidades suscitadas pelo SUS por todo o país.

A implantação do SUS na Cidade de Goiás teve relevantes contribuições de trabalhadores, usuários e estudiosos, uma participação efetiva e densa para influir na concepção, na prática e no desenvolvimento da atenção à saúde brasileira e como instrumento de conquista e luta por melhoria das condições de vida. O prefeito 3 ressalta que a implantação da municipalização trouxe preocupações.

Para a gente fazer a saúde foi uma polêmica muito grande entre os municípios, inclusive o nosso. A gente ficou muito preocupado com a grande responsabilidade que íamos assumir. Mas foi justamente no meu último mandato, na gestão de 1996 a 2000, que nós conseguimos trabalhar a municipalização da saúde. Não foi porque já era uma lei, nós só tínhamos que ter a consciência de que tinha que municipalizar, senão não íamos conseguir os recursos adequados para fazer o trabalho que tínhamos planejado. A unidade de saúde tinha três postos de saúde, além do atendimento do Hospital São Pedro que era conveniado com a prefeitura. Então nós tínhamos um posto lá no São Francisco, um posto do Estado, que é onde funciona o SAMU, e o Hospital São Pedro, que era administrado pela Secretaria de Saúde Municipal. Todos eles funcionavam com médico e remédio normalmente (PREFEITO 3).

A municipalização da saúde na Cidade de Goiás ocorreu em 1996, informa a secretária 7. Ela considera que teve desafios na implantação da municipalização e descreve:

A gente tinha que montar uma proposta. Nós começamos do zero. Ela [a saúde em Goiás] era básico do básico; tinha dois postos de saúde num distrito e um aqui no perímetro urbano e nós tivemos que implantar toda atenção básica e tivemos que implantar, na verdade, o sistema de urgência e emergência nos hospitais e fazer uma pactuação e uma reestruturação de todos os serviços de saúde; então era um desafio, porque a gente estava aprendendo fazendo. A gente iniciou já com o processo de municipalização. Fomos para a gestão plena e [...] eu considerei fácil porque tinha as condições para fazer e tinha onde fazer e tinha que fazer. Então foi bom. O desafio foi quanto à questão de profissionais, mas no final fomos muito felizes porque tivemos excelentes profissionais e a gente conseguiu um apoio muito grande dos profissionais da cidade; todos vieram trabalhar conosco, mesmo aqueles divergentes politicamente somaram. Nós buscamos todos esses profissionais para somar, para fazer uma organização de serviço de saúde da atenção básica (SECRETÁRIA 7).

Segundo registra o secretário 11, a municipalização da política de saúde ocorreu antes dele assumir a secretaria (Não soube informar a data correta). Ela ocorreu em vários municípios que foram aderindo à mudança aos poucos.

Os desafios existiram e percebe-se a que municipalização da saúde já é esperada como um desafio. Pela dificuldade de gestão da saúde em si, a descentralização através da municipalização é muito importante, porque só isso garante realmente que tanto os recursos quanto as políticas públicas atinjam o cidadão e o usuário do sistema, e o maior desafio é justamente conscientizar que as três esferas de governo, principalmente o município, têm um papel muito importante, não só dando assistência à saúde, mas também planejando e mantendo o controle social da assistência à saúde no município (SECRETÁRIO 11).

Sabe-se que a implementação²⁷ da política na área da saúde e a municipalização são parte de um processo que, na Cidade de Goiás, segundo expressa o Prefeito 2, procurou reiterar a municipalização.

O início da municipalização se deu no início do final da gestão 1993 – 1996, que foi a minha primeira, e no último ano começaram todos os trâmites para fazer a municipalização da saúde. Nós não tivemos nenhum obstáculo nem em nível estadual nem em nível federal. Nesse período é que se iniciou a tramitação dos papéis para a municipalização (PREFEITO 2).

Baptista (2000, p. 107) analisa que “após a implantação processual, a execução vai se estabelecendo, suas rotinas de trabalho vão se concretizando e os resultados da ação planejada se evidenciando”.

A efetivação do SUS no município de Goiás e o seu desenvolvimento relacionam-se por uma perspectiva construída por sujeitos sociais, porém influenciados por inúmeros determinantes econômicos, sociais e políticos expressos na força de trabalho, que

²⁷A política de saúde sempre teve e tem desafios encontrados pelos trabalhadores e usuários do município. O que às vezes atrapalha no atendimento ao usuário, hoje, a maior dificuldade encontrada nesse momento percebe-se na questão da regulação de vagas, que é uma nova política adotada pelo Estado. A gente tinha maior facilidade de encaminhar o paciente para o HUGO e hoje a gente tem que aguardar essa vaga, essa regulação, a autorização do Estado para o paciente ir para Goiânia numa emergência ou urgência (TRABALHADORA 1).

é a única mercadoria que, ao ser aliada aos meios de produção e as matérias-primas e auxiliares - ao transformar-se em trabalho vivo -, cria valor superior ao que ela custou ou seu valor de troca ou salário. A força de trabalho é a única mercadoria que ao ser consumida torna-se fonte de criação de valor e de mais-valia, de mais valor que ela contém. Ora, o valor de uma mercadoria está determinado pela quantidade de trabalho materializado no seu valor de uso, pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção (IAMAMOTO, 2005, p. 101-102.).

Engels (1977) refere-se ao trabalho de uma forma significativa e como uma fonte de riqueza;

com efeito, ao lado da natureza, encarregada de fornecer os materiais que ele converte em riqueza. O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isso. É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem (ENGELS, 1977, p. 63).

Nas experiências do processo de implementação descentralizada das políticas sociais na Cidade de Goiás houve um grande desenvolvimento no relacionamento com o poder local, com as tradições políticas e culturais. Este processo de programas e políticas confere, também, acúmulo de capital social, o que pode contribuir na promoção da democracia.

Considera-se que a realidade social estudada esconde-se nos discursos alusivos à paixão, poder e disputas. O processo de efetivação da política de saúde encontra-se prenhe de contradição, conflitos e tensões. Assim, apreende-se que, de forma iludida, existe uma tendência a escamotear a realidade, como se tudo fosse linear, sem conflitos e contradições.

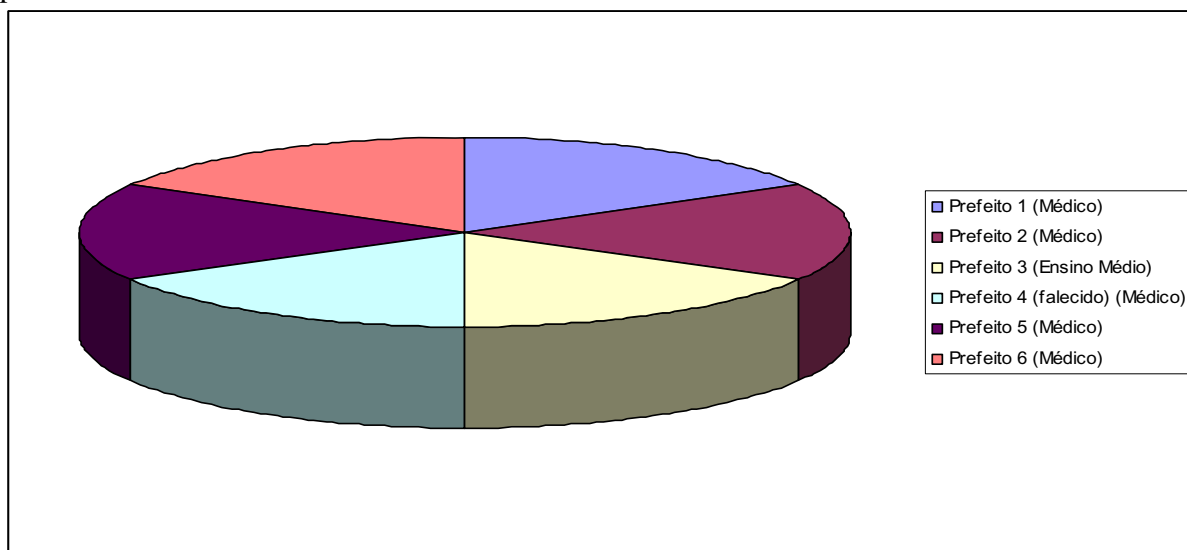
No próximo capítulo serão abordadas e analisadas as entrevistas. Por este meio será analisada a gestão municipal da política de saúde na Cidade de Goiás com a perspectiva de contribuir com ela, destacar os desafios regionais e locais, os avanços e os recuos. Para tanto, o estudo recorrerá à fundamentação teórica em busca das categorias que permeiam a fala dos sujeitos participantes.

CAPÍTULO III

A GESTÃO MUNICIPAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS

A gestão de saúde na Cidade de Goiás, conforme estudo realizado, vem sendo exercida majoritariamente por médicos. Observando o perfil desses profissionais (Gráfico 2), percebe-se que este dado pode ser vinculado ao processo histórico-político da cidade, pois, no período de 1989 a 2011, 80% dos prefeitos foram médicos, em diferentes especialidades²⁸. Apenas 20%, ou seja, apenas um prefeito, tem ensino médio, conforme mostra o referido gráfico.

Gráfico 2: Exibição individual da formação profissional dos prefeitos da Cidade de Goiás no período de 1988 a 2011.



Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Seria esse dado um exemplo da valoração historicamente dada a certas profissões na sociedade brasileira? Para Holanda (1995, p. 83),

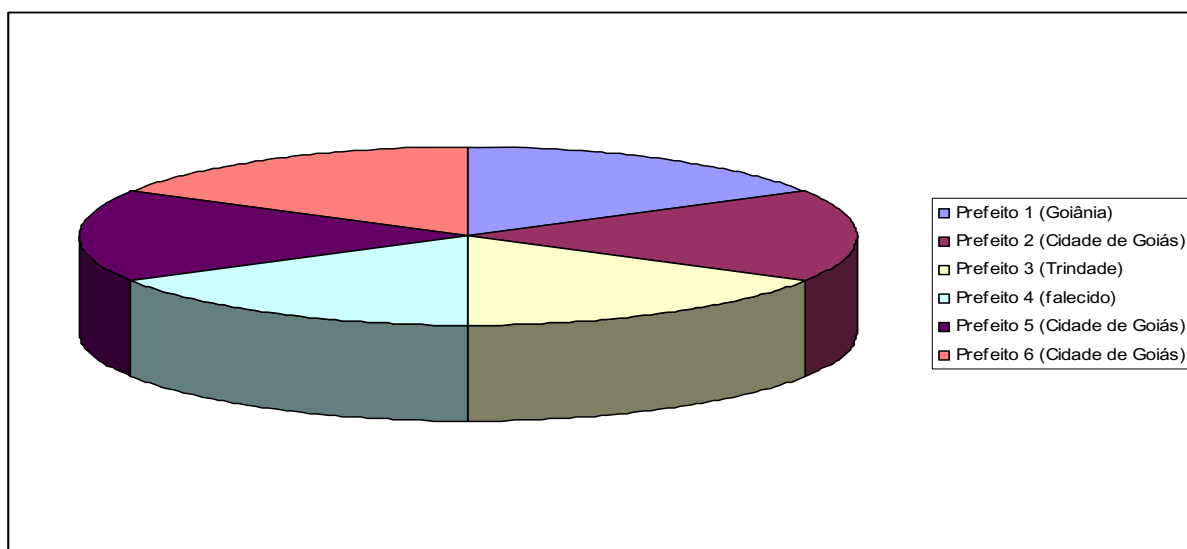
numa sociedade como a nossa, em que certas virtudes senhoriais ainda merecem largo crédito, as qualidades do espírito substituem, não raro, os títulos honoríficos, e alguns dos seus distintivos materiais, como o anel de grau e a carta de bacharel, podem equivaler a autênticos brasões de nobreza. Aliás, o exercício dessas qualidades que ocupam a inteligência sem ocupar os braços tinha sido expressamente considerado, já em outra épocas, como pertinente aos homens nobres e livres, de onde, segundo parece, o nome de liberais dado a determinadas artes, e oposição às mecânicas, que pertencem às classes servis.

²⁸ Quanto às especialidades médicas, os prefeitos são: um ginecologista e psiquiatra, dois pediatras e um cardiologista. O prefeito falecido também era médico cuja especialidade era patologia.

Nos séculos XVIII e XIX eram poucas as profissões e os filhos das famílias da elite geralmente eram encaminhados à Europa para frequentar a faculdade de medicina e isso continuou até o início do século seguinte.

O local de moradia predominante, para 60% dos prefeitos, é a Cidade de Goiás, segundo mostra o Gráfico nº 3. Dos 40% restantes, um mora em Goiânia e outro na cidade de Trindade. Um prefeito que não mora em Goiás usa este fato como estratégia para que as pessoas pensem que ele tem de continuar a atender cada um. Deste modo, para não causar impacto e até mesmo para evitar problemas políticos para si e para a atual gestão, este político crê que é melhor não morar em Goiás.

Gráfico 3: Local de moradia dos prefeitos²⁹ da Cidade de Goiás, no período de 1988 a 2011.

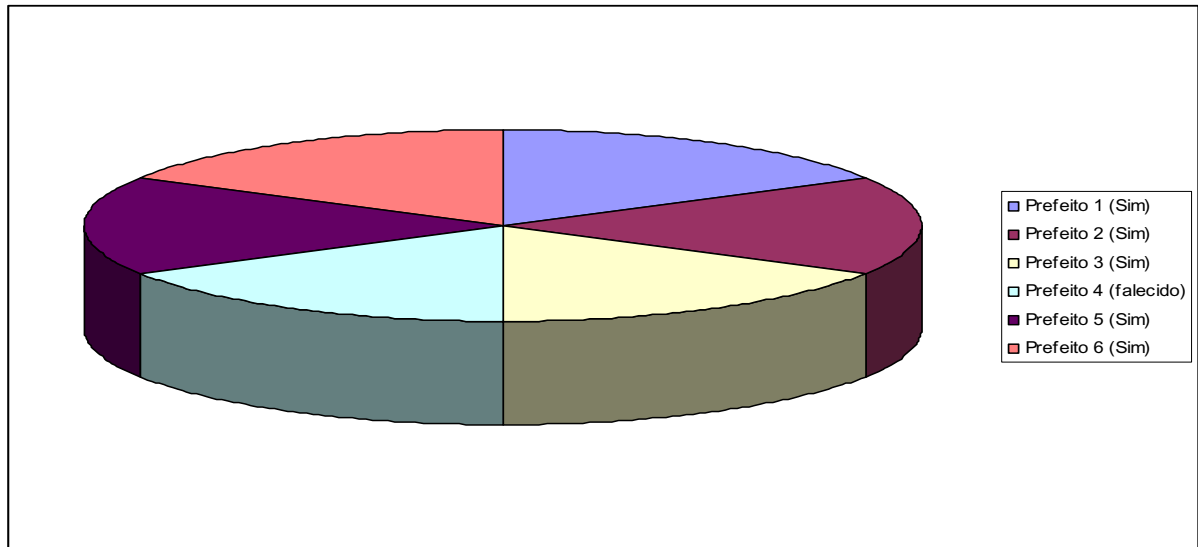


Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Nem sempre o local de moradia é no mesmo local de trabalho. Morar na Cidade de Goiás e trabalhar em municípios vizinhos é muito presente na rotina de quase todos eles. Nos dados apresentados nos Gráficos nº 3 e 4 constata-se essa realidade. Hoje, com exceção do prefeito atual, todos trabalham em outros municípios. Um deles acumula função de médico em três municípios.

²⁹ Um dos prefeitos, gestão 2001 – 2004 é falecido.

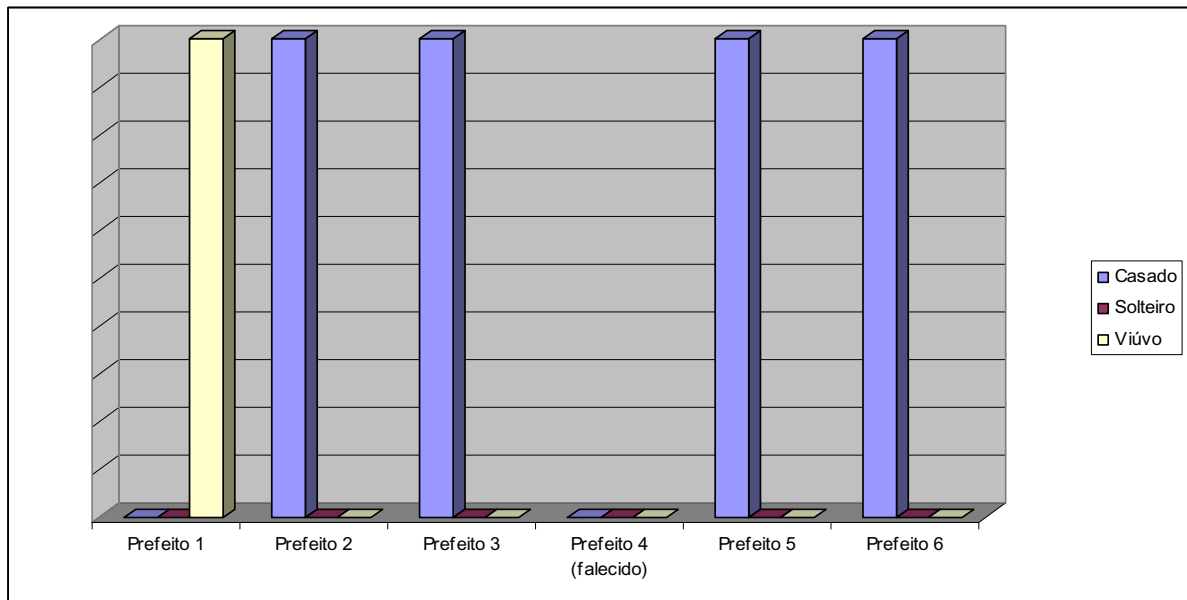
Gráfico 4: Local de trabalho dos prefeitos da Cidade de Goiás, no período de 1988 a 2011.



Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Quanto ao estado civil da maioria dos prefeitos, 80% são casados (Gráfico nº 5), dado que condiz com a idade, pois não se observou prefeito jovem entre os sujeitos da pesquisa. Constatou-se apenas um viúvo.

Gráfico 5: Estado civil dos prefeitos da Cidade de Goiás no período de 1988 a 2011.



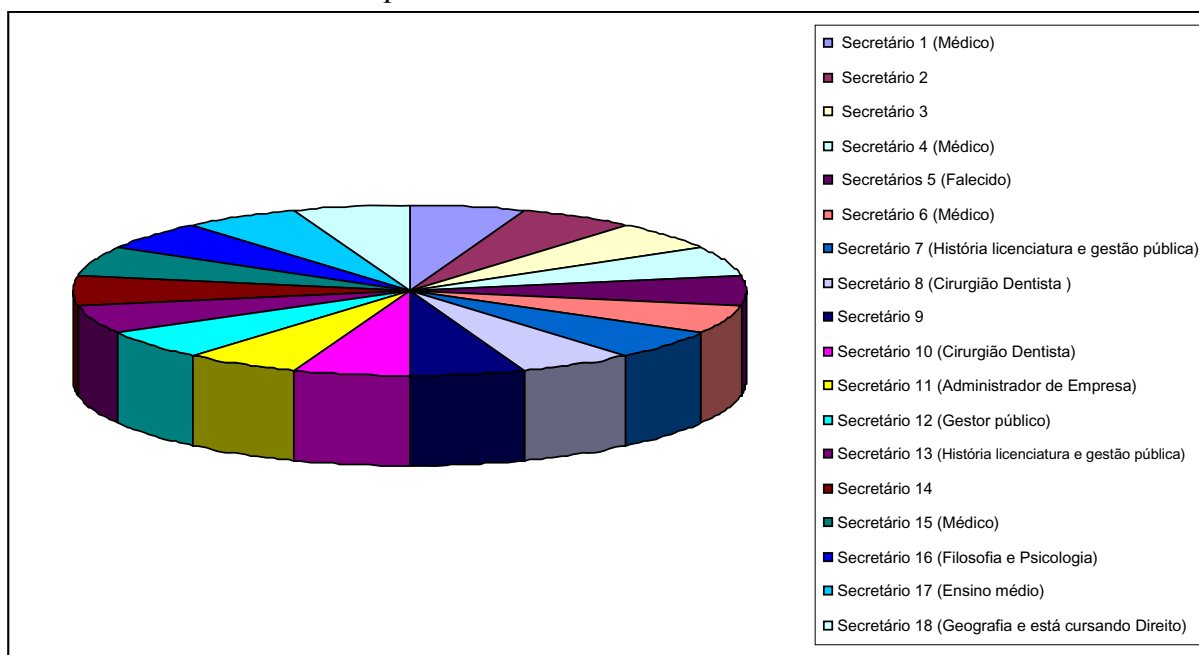
Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

As entrevistas realizadas com cada um dos secretários municipais de Saúde nas gestões de 1988 a 2010 foi um resgate que requereu muito estudo e observação. Ficou explícito no processo de coleta de dados que as mudanças de secretários em cada gestão

comprometeram o desenvolvimento da política de saúde no município, pois cada ocupante do cargo apresentava uma nova plataforma de trabalho. Assim, um fator que tem trazido prejuízo no desenvolvimento dos serviços disponibilizados na área da saúde pode ser a rotatividade de Secretários em uma mesma gestão. Essa realidade é observada no Quadro nº1 no Capítulo II. Em seis gestões registra-se o quantitativo de 18 secretários. Só no período 2008-2011 houve rotatividade de oito. Um dos motivos é a falta de autonomia, e atualmente o momento está muito desafiante em relação à política de saúde na Cidade de Goiás.

Por ocasião da coleta de dados foi entrevistado o secretário de saúde atual, que também trabalha em outro município. Após a coleta, houve mudança de Secretário por mais três vezes.

Gráfico 6: Apresentação individual da formação profissional dos Secretários Municipais de Saúde da Cidade de Goiás no período de 1988 a 2011.



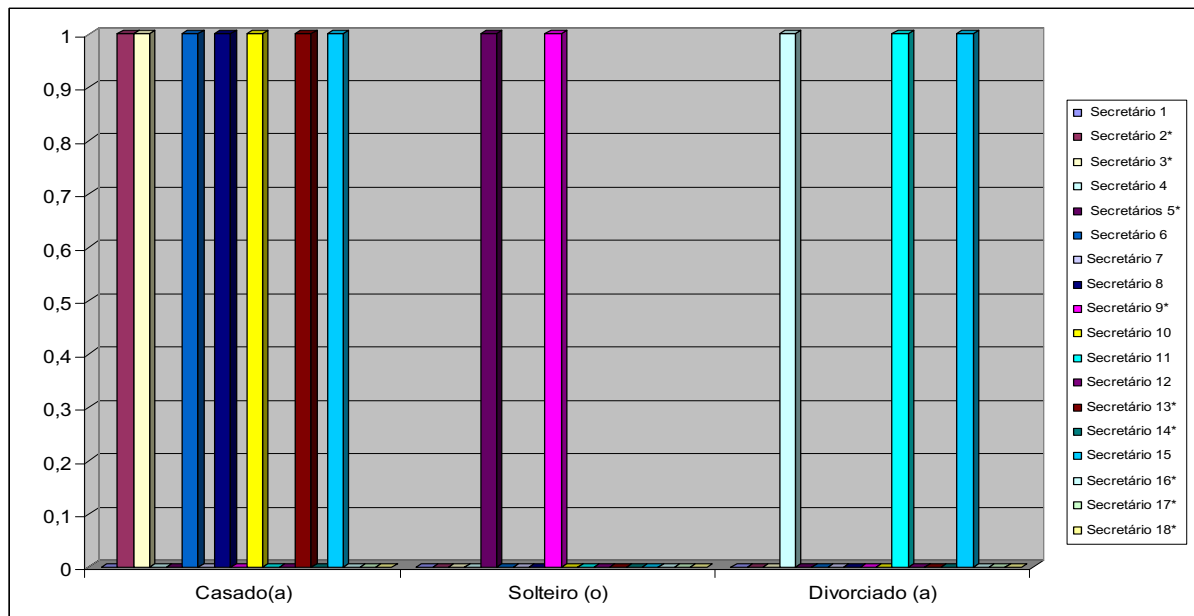
Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Os secretários municipais de saúde³⁰ têm formação variada, mas, como ocorre com os prefeitos, a maioria deles é composta por médicos. A este respeito, o Gráfico nº 6 mostra: 3 médicos, 2 cirurgiões-dentistas; 2 gestores públicos e outros formados em história, administração de empresas, geografia, filosofia, psicologia, outro cursando Direito, um que concluiu o Ensino Médio, dentre outras formações na área da saúde.

³⁰ Há, também, secretários que assumiram mais de uma gestão, por exemplo: 1/6 e, 7/13. O secretário 5 é falecido. (Ver Quadro nº 1)

O perfil dos secretários quanto ao estado civil mostra, conforme Gráfico nº 7: 05 casados, 02 solteiros, 01 divorciada; mostra, ainda, que 3 deles trabalham em mais de um município.

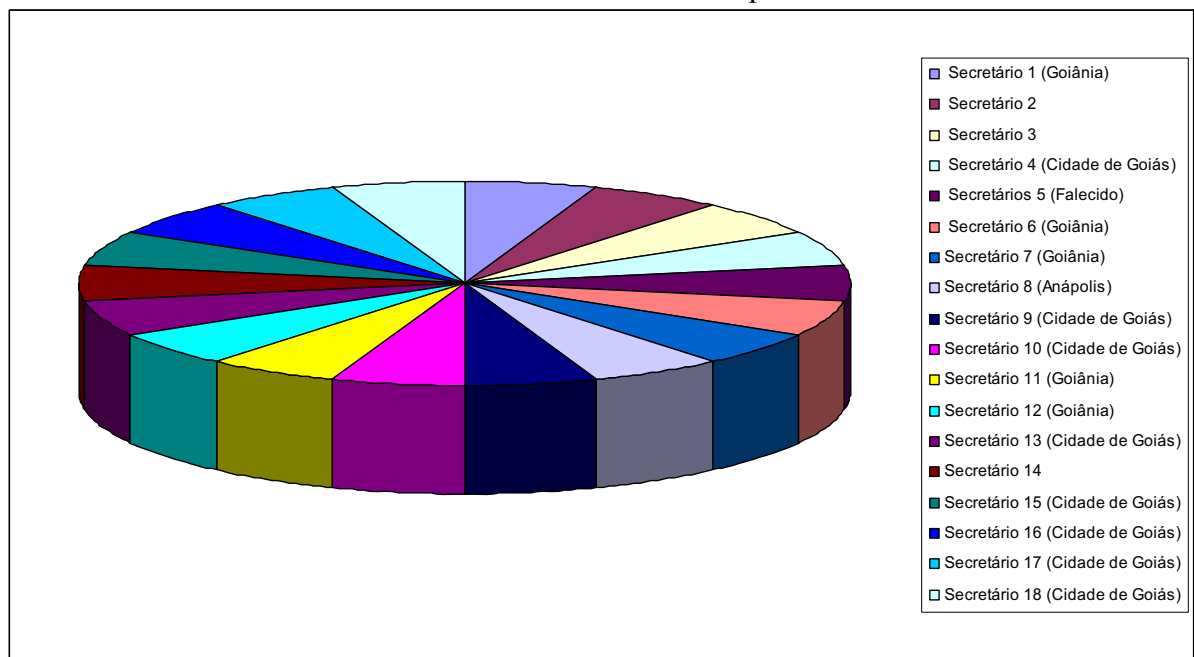
Gráfico 7: Estado civil dos Secretários de Saúde do período de 1988 a 2011.



Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Dos secretários de saúde, alguns moram na Cidade de Goiás, outros em Goiânia e Anápolis, e os demais não tiveram como informar (Gráfico nº 8).

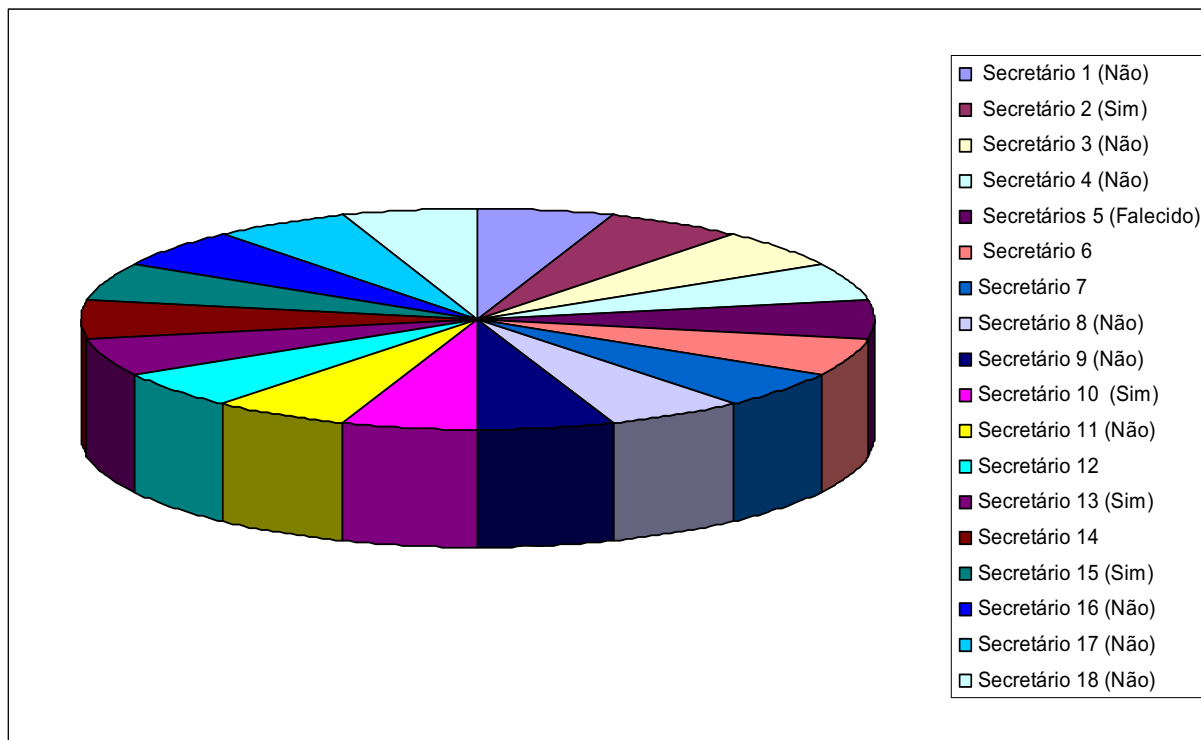
Gráfico 8: Local de moradia dos Secretários de Saúde do período de 1988 a 2011.



Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Segundo mostram os dados no Gráfico nº 9, um número maior de secretários não trabalha ou não trabalhava em outros municípios.

Gráfico 9: Relação dos Secretários Municipais de Saúde que trabalham/trabalhavam em outro município no período de 1988 a 2011.



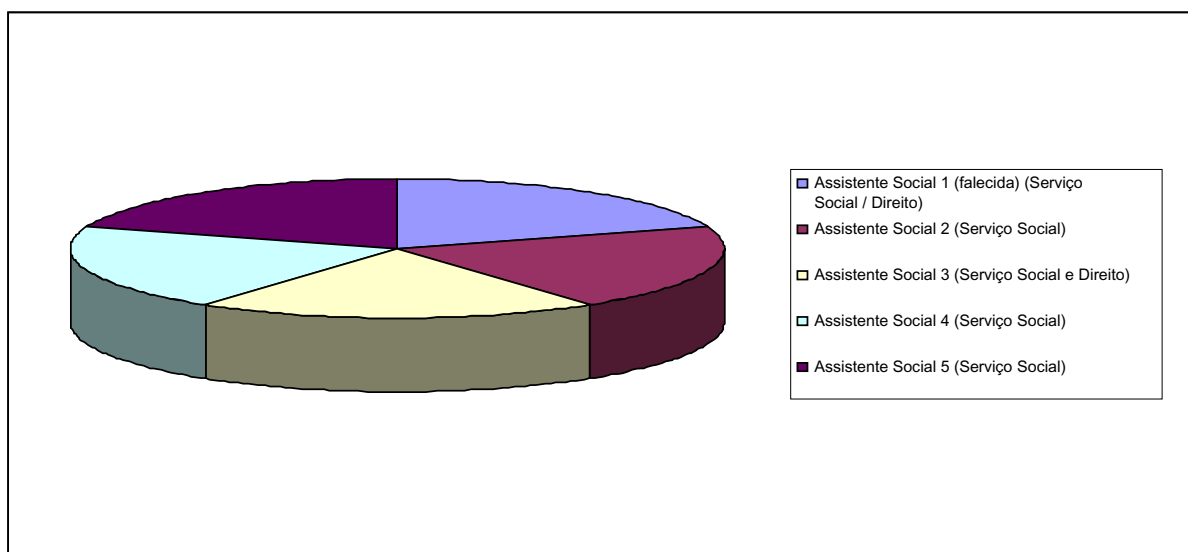
Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Quanto aos profissionais de serviço social, percebe-se que o número de assistentes sociais que atua na política municipal de saúde na Cidade de Goiás é muito pequeno, apenas duas. Dentre elas, duas acumulam graduação em serviço social e Direito (Gráfico nº-10). No período de estudo, a assistente social 1, gestão 1989-1992, foi primeira - dama do município e faleceu em 2010³¹. A assistente social 2/4, gestão 1993-1996 participou da gestão 2005-2007³². Contudo, não atuava de forma direta na área da saúde, mas sim em outros projetos. A condição de primeira-dama na gestão 1993-1996 lhe possibilitava atuar de forma indireta em todas as políticas municipais. A assistente social 5 foi entrevistada por atuar na política de saúde no hospital filantrópico São Pedro de Alcântara e ainda atua no Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Deste modo, ela não atua diretamente na política de saúde do município e região.

³¹ A assistente social e advogada que atuou na gestão de 1989 a 1992 é falecida.

³² Gestões 1993 - 1996 e 2005 – 2008, assistente social 2/4.

Gráfico 10: Formação das Assistentes Sociais do período de 1988 – 2011.

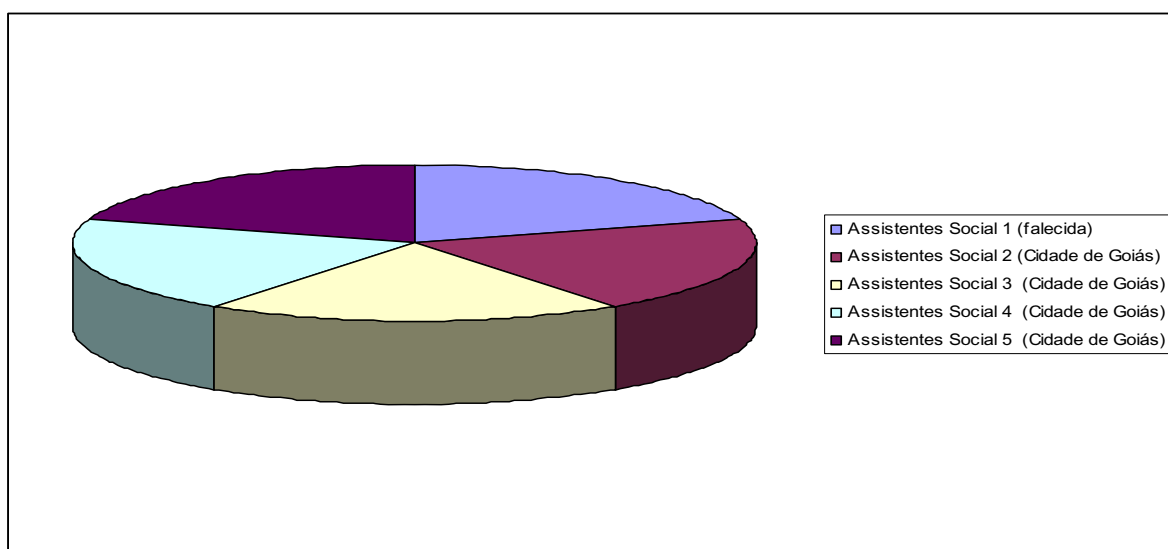


Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Na gestão 2008-2011 o município não teve assistente social na área da saúde. A informação obtida é que está em estudo a contratação de assistente social para o hospital municipal da cidade, o que possibilitará à Secretaria, quando necessário, recorrer às assistentes sociais dos CREAS e CRAS.

O Gráfico nº 11 permite dizer que todas as assistentes sociais moram na Cidade de Goiás, mas atualmente nenhuma está atuando profissionalmente na política de saúde municipal.

Gráfico 11: Local de moradia das assistentes sociais entrevistadas - atuação 1989 a 2011.

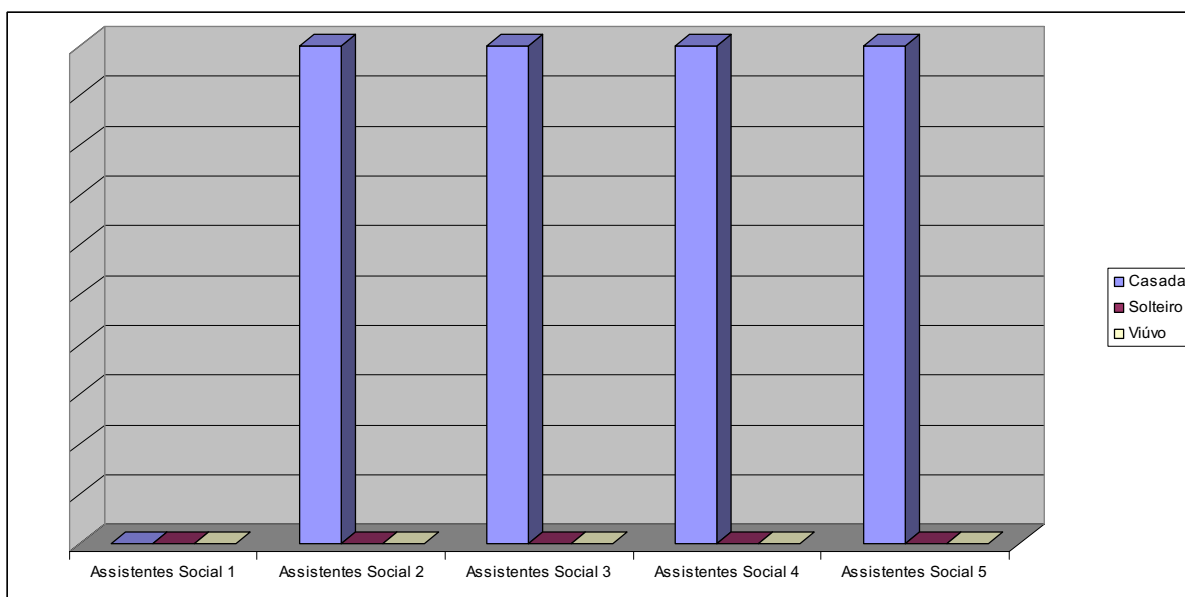


Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Todas as assistentes sociais entrevistadas não trabalham ou não trabalharam em outro município, somente na Cidade de Goiás.

Com base nos dados do Gráfico nº13, observa-se que todas as assistentes sociais são casadas.

Gráfico 13: Estado civil das Assistentes Sociais entrevistadas de 1989 -2011.



Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

Foram entrevistados, ainda, três trabalhadores da área da saúde: um agente comunitário de saúde com ensino médio, uma agente comunitária de saúde, estudante do curso de Letras da UEG, e a coordenadora do hospital municipal, estudante de Direito na UFG. Todos moram na Cidade de Goiás, não trabalham em outro município e o estado civil de todos é solteiro, conforme pode ser visto na Tabela nº 3³³.

Tabela 3: Demonstrativo de aspectos do perfil dos Trabalhadores da área de saúde na cidade de Goiás.

Prefeitos	Formação	Local de moradia	Trabalha em outro município	Estado civil		
				Casado	Solteiro	Viúvo
Trabalhador 1	Ensino médio	Cidade de Goiás	Não	-	X	-
Trabalhador 2	Cursando Letras	Cidade de Goiás	Não	-	X	-
Trabalhador 3	Cursando Direito	Cidade de Goiás	Não	-	X	-

Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

³³ Alguns quadros estão sob forma de gráfico nos anexos (Anexo 10).

Duas usuárias disponibilizaram-se a participar da pesquisa: uma tem 57 anos e a outra 65. Moram na Cidade de Goiás e trabalham no município. Apesar de não ter sido previsto no projeto, foi também entrevistado o gestor do hospital filantrópico São Pedro de Alcântara, cujos dados pessoais compõem a Tabela nº 4.

Tabela nº 4: Perfil dos Usuários da área de saúde e o gestor do hospital filantrópico São Pedro de Alcântara, da Cidade de Goiás.

Usuárias e gestor do hospital	Formação	Local de moradia	Trabalha em outro município	Estado civil		
				Casado	Solteiro	Divorciado
Usuária 1	Segundo grau	Cidade de Goiás	Não	X	-	-
Usuária 2	Terceiro ano	Cidade de Goiás	Não	-	-	X
Gestor 1	Filosofia, Teologia e Serviço Social	Cidade de Goiás	Não	-	X	-

Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2011 pela pesquisadora.

3.1. A gestão da política de saúde no município Cidade de Goiás

A gestão municipal da política de saúde na Cidade de Goiás tem sofrido alterações, umas podem ser consideradas positivas e outras negativas. Essas alterações têm permeado o processo da gestão, facilitando e/ou impedindo o acesso dos usuários ao complexo campo da formulação, gestão, usufruto e avaliação de políticas públicas em seus planos, programas e projetos.

Observa-se que em todas as gestões sempre permearam o público e o privado na administração da política pública de saúde. Desde gestões anteriores a 1988 já existia o hospital particular que desenvolvia atividades em parceria com a prefeitura municipal e por ela era credenciado. Esse tipo de atuação expressa

a compreensão das contradições entre público e privado na sociedade capitalista contemporânea, [e] entendemos ser necessária a reconstrução do processo através do qual se constitui historicamente a diferenciação entre essas duas esferas e sua posterior interpretação, como expressão mediata das relações sociais na ordem burguesa (RAICHELIS, 2005, p. 47).

Entretanto, para a população vilaboense, as parcerias, credenciamentos ou convênios entre as instituições possibilitam alcançar resultados que contribuem na melhoria das

condições de vida e muitas vezes permitem acesso às demais políticas sociais. Assim, tem-se hoje uma grande demanda municipal,

estadual e federal em todo o país para o planejamento, a gestão e formulação de políticas públicas nos marcos jurídico-político da Constituição de 1988, que avançou na concepção de direitos sociais (no que toca à política da Seguridade Social com seu tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social) e no que diz respeito a direitos em outros em outros campos, a exemplo dos conquistados pela diversificadas etnias e “minorias”, na medida em que essa mesma constituição inovou e inaugurou um pluralismo jurídico para a atuação com diferentes formações sociais (TEIXEIRA, 2009, p. 554).

Nesse sentido, a autora (2009) afirma que a cada Ministério, a cada Secretaria e a cada órgão público está imposta a responsabilidade de elaborar suas políticas, planos, programas, projetos e de supervisionar serviços e benefícios. Prefeitos devem conceber e elaborar Planos Diretores, Planos de Assistência Social e criar Conselhos de Fundos (TEIXEIRA, 2011). A formulação de uma política social com as atuais exigências de democratização do espaço público

tende a atravessar o espaço estatal e civil da sociedade brasileira, deixando de ser cada vez mais decisão adstrita ao âmbito da gestão e do poder. Cabe, entretanto, a gestores e técnicos processar teórica, política e eticamente as demandas sociais, dando-lhes vazão e conteúdo no processo de planejamento e gestão, orientando a sua formatação e execução. Não bastam pronunciamentos políticos gerais e abstratos que afirmem intenções sociais. É necessário que seja materializado por meio de um cuidadoso processo de planejamento institucional, com alcance capilar, indicando desde concepções globais até ações (na ponta), de execução de políticas públicas (TEIXEIRA, 2011, p. 555).

Os usuários dos serviços de saúde na Cidade de Goiás registram que a falta de pavimentação traz implicações na saúde de todo ser humano e essa situação expressa uma dificuldade que não é só da saúde, mas das demais políticas sociais. Nesse sentido, a população tem se sentido enganada, explorada, com seus direitos violados por omissão, pelo descaso da administração pública da cidade. É preciso que se garanta um atendimento à população usuária. No que se refere à saúde é importante que haja

médico em todas as especialidades [e que seja possível] fazer exames. No hospital Santa Rita você faz o exame, mas não [é oferecido] o laudo, só o raio X. Então nós precisamos que seja tudo no nosso município, sem precisar sair pra fora (...) O hospital São Pedro era já pra ter aberto, mas eu não sei o que acontece, é o nosso hospital principal (USUÁRIA, 1).

Na perspectiva do gestor do Hospital São Pedro, o atendimento à política de saúde está sendo um grande desafio regional e local. Expressa ele que a situação do atendimento ao usuário é péssima.

quem tem dinheiro, quem tem instituto vai a Goiânia resolve quem não tem sofre. Atualmente há muita morte até eu acho que é falta de condições de saúde. Então a situação está bastante grave e a desfavor dos usuários, a maioria dos usuários não tem condições nem de sair e chegar até ao hospital. E lá é difícil o atendimento às vezes no hospital não tem nem água, é preciso levar [...] lençóis, remédio e muitas coisas a mais. Então a situação do usuário é péssima e não tem a quem recorrer, vai aos postos muitas vezes não tem médico, no horário que podia ter (GESTOR 1).

Ainda que as conquistas na área de saúde estejam acontecendo na Cidade de Goiás, é preciso que a administração do município consiga expandir recursos para conquistar a confiança dos usuários e moradores, pois é grande a desconfiança da população em todas as gestões. É preciso recomeçar a construção da história da saúde, não só em Goiás, mas em todo o Brasil.

Na perspectiva de Iamamoto (2005), no que se refere aos espaços de trabalho para assistente social,

é possível atestar o crescimento da demanda por serviços sociais, o aumento da seletividade no âmbito das políticas sociais, a diminuição dos recursos, dos salários, a imposição de critérios cada vez mais restritivos nas possibilidades da população ter acesso aos direitos sociais, materializados em serviços sociais públicos (IAMAMOTO, 2005, p. 18).

A política de saúde na Cidade de Goiás no período proposto mostra que a saúde sempre sofreu questionamentos vindos da população local e dos municípios do entorno. Em entrevista ao jornal *Cidade de Goiás*, o diretor regional de saúde relata os avanços da gestão municipal da política de saúde no município e que esta tem sofrido várias alterações consideradas positivas e outras negativas. Essas alterações têm permeado o processo da gestão facilitando e/ou impedindo o acesso dos usuários ao complexo campo da formulação, gestão, usufruto e avaliação de políticas públicas em seus planos, programas e projetos sociais.

Diante do exposto, observa-se que em todas as gestões da Cidade de Goiás sempre haja vista que existe hospital particular com parceria e credenciamento pela prefeitura.

O prefeito 3 registra o quanto foi importante administrar a Cidade de Goiás e expressa a satisfação da cidade ter sido escolhida para campo empírico dessa pesquisa. Diz ele:

Fico muito honrado por você escolher a Cidade de Goiás para fazer o seu trabalho. Isso é muito importante. Quando a gente administra a cidade, aprende a querer bem, e quer que ela não morra. A gente quer que ela seja sempre lembrada, e esse seu trabalho não deixa de ser uma lembrança da Cidade de Goiás (PREFEITO 3).

Os Quadros 5 a 9, em anexo, esclarecem como foi a introdução do atendimento à política de saúde no período de 1988, um

As unidades de atendimento do município do ano 1987 mantiveram-se em 1988, inclusive o número de leitos, o que pode ser confirmado nos dados do IBGE apresentados no Quadro 5.

Quadro 5: A rede física de saúde do período de 1987 a 1988.

Município	Tipos de Unidades										Número de leitos	
	Total		Hospitais		Centros de Saúde		Posto de saúde		Unidade Mista		1987	1988
Goiás	1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988
	12	12	4	4	1	1	7	7	-	-	569	569

Fonte: Anuário 1989-IBGE.

Quadro 6: Atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde segundo os municípios e distritos – 1988.

Município e distritos	Atendimentos										Consultas médicas							Homens de 10 anos e mais		
	Total	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	Gestantes	Puérperas	Mulheres			Homens 10 anos e mais	Total	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	Gestantes	Puérperas	Mulheres			
							10 a 14 anos	15 a 49 anos	50 anos e mais								10 a 14 anos		15 a 49 anos	50 anos e mais
Goiás	1832	134	228	275	87	1	122	524	94	367	434	184	359	436	144	1	1385	947	326	562
Caiçara	795	65	98	132	47	18	74	154	129	78	521	47	66	54	18	5	81	125	51	74
Colônia de Uva	24	2	2	2	-	-	2	6	2	8	38	-	-	9	-	-	7	5	4	13

Fonte: Anuário 1989-IBGE.

Quadro 7: Produção anual de laboratórios segundo o município – 1987 – 1988.

Município	Total de exames		Bioquímica		Bacteriologia	Imunologia		Bromatologia		Parasitologia		Exames de urina		Diagnóstico para gravidez		Sangue	
	1987	1988	1987	1988		1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988	1987	1988
Goiás	1785	977	-	-	428	351	278	99	-	279	147	331	192	71	16	398	147

Fonte: Anuário 1989-IBGE.

Quadro 8: Imunização de rotina segundo município e distritos – 1987.

Municípios e Distritos	Antipólio			Tríplice			Antissarampo			B. C. G.			Toxoide tetânico		
	Total aplicado	Total estoque	Saldo Antipólio	Total aplicado	Total estoque	Total Tríplice	Total aplicado	Total estoque	Saldo Antissarampo	Total aplicado	Total estoque	Saldo B. C. G.	Total aplicado	Total estoque	Saldo tox. tetânico
Goiás	2137	2775	950	2085	2687	645	542	1.741	891	663	2100	1.100	1.408	2.166	772
Caiçara	323	722	474	248	311	132	153	1.094	513	-	-	-	153	337	169
Colônia de Uvá	64	1042	835	102	925	615	25	158	119	21	-	-	143	915	521

Fonte: Anuário 1989-IBGE.

Quadro 9: Imunização de rotina segundo município e distritos – 1988.

Municípios e Distritos	Antipólio			Tríplice			Antissarampo			B. C. G.			Toxoide tetânico		
	Total aplicado	Total estoque	Saldo Antipólio	Total aplicado	Total estoque	Total Tríplice	Total aplicado	Total estoque	Saldo Antissarampo	Total aplicado	Total estoque	Saldo B. C. G.	Total aplicado	Total estoque	Saldo tox. tetânico
Goiás	1697	4688	2729	1697	3100	1139	495	2049	1059	617	2150	1100	1701	2940	1203
Caiçara	191	421	233	132	209	88	119	1418	1284	-	-	-	123	520	392
Colônia de Uvá	1425	10288	8613	1792	4711	2331	811	3111	1845	708	3100	1500	1801	4515	2117

Fonte: Anuário 1989-IBGE.

Resgate estatístico de como eram feitos os atendimentos, as consultas, a produção laboratorial, a imunização e quem eram os atendidos.

O prefeito 1 (1989-1992) destacou o porquê de sua candidatura à prefeitura da Cidade de Goiás. Ele teve o apoio, principalmente, do atual prefeito (2008-2011). Um ponto significativo em sua candidatura foi a condução pautada nos diversos segmentos da população vilaboense e de outros setores que lhe possibilitaram alcançar a prefeitura.

Nessa direção, o prefeito 2 (1993-1996) usou de dados do seu arquivo histórico para se eleger e empregou o lema para a gestão da saúde municipal “Construção e Progresso”, com a proposta de democratização do atendimento. Neste sentido, mostrou interesse em alcançar conquistas para todos os moradores da Cidade de Goiás e região vizinha, especialmente para os que precisavam de mais atenção frente às dificuldades e necessidades.

As gestões do prefeito 2/5 (1993-1996) (2005-2007), foram realizadas na perspectiva de atender bem a todas as áreas e todos os setores na cidade de Goiás e entorno, apesar dos desafios presentes. Houve uma organização na cidade em todos os aspectos e áreas.

Segundo análise da usuária entrevistada, após a administração do prefeito 3 o serviço de saúde sofreu vários retrocessos e até hoje há reclamações e manifestação de saudade dos serviços que tinham no período de 1997 a 2000. Nessa direção, a Secretária 7 registra que as unidades de saúde, na fala dos trabalhadores, gestores e usuários, tinham um gerenciamento de

qualidade, [por parte] dos profissionais, principalmente de médica que tínhamos. Hoje não temos praticamente nada. A população legítima, não reconhece nem um serviço de saúde na cidade, mas hoje inúmeras pessoas sem condições buscam serviço fora. Para se ter uma noção, hoje em Goiás praticamente não nascem crianças; elas nascem praticamente fora [do município], exames para diagnóstico não se fazem mais em Goiás, um preventivo hoje é feito fora, não se busca o básico exame de sangue, hemogramas já buscam fora também. Não tem mais aqui na cidade aquela confiabilidade nos resultados, devido aos equipamentos; às vezes não é tanto devido aos profissionais que estão trabalhando, mas aos equipamentos e material disponibilizados para eles. Quando entramos lá no hospital, inúmeros reagentes de laboratório cotados em dólar estão vencidos ou chegam dentro do hospital com prazo de validade extremamente curto. E o hospital não dá conta de consumir esse produto antes de terminar a validade, tamanha é a falta de compromisso da gestão com esses serviços, de disponibilizar para a população (SECRETÁRIA 7).

Na gestão da política de saúde na Cidade de Goiás e entorno no período de 1989 a 1992 e na gestão 1997-2000 houve muitos avanços e desafios enfrentados pelos gestores e

por toda a população vilaboense. Na perspectiva do secretário 1/6, o momento foi muito rico; todos da equipe de saúde puderam vivenciar a experiência que não poderia ter retrocedido, mas os avanços alcançados não foram perenizados. A Cidade de Goiás, segundo ele, tanto na área urbana quanto na área rural, poderia estar num nível de desenvolvimento

de organização da saúde muito melhor do que muitos municípios pelo Brasil afora. Acontece que, depois disso, outros interesses entraram no foco na cena, e aí, em função desses interesses privados, deixou-se de desenvolver o sistema com foco nas necessidades da população. O foco passou a ser os interesses de alguns; isso é lamentável. Agora, fora esse fato, eu penso que todas as pessoas, profissionais que trabalharam naquela época e hoje, ainda me encontro com muitos que dizem assim: saudade daquele tempo onde a gente trabalhava muito mais; a gente recebia um valor decente e contribuía com o bem-estar das pessoas. As pessoas reconheciam isso. Infelizmente não é a realidade de hoje (SECRETÁRIO 1/6).

A gestão 2001-2004 foi administrada pelo prefeito 4, já falecido. Contudo, pelos dados empíricos buscados em documentos e conforme as entrevistas de um de seus Secretários registraram-se muitos avanços, recuos e desafios, tanto locais como regionais, dentre eles a enchente, as epidemias e as perseguições políticas.

As gestões municipais, sem exceção, devem encaminhar dois instrumentos que também garantem os recursos necessários à municipalidade: o plano e o relatório de gestão. Ambos devem ser encaminhados para o Conselho Municipal de Saúde, Câmara Municipal, Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério da Saúde expondo todo o processo de execução e os serviços prestados por meio da Secretaria Municipal. Segundo a Secretária 7

tinha de fazer isso todo o ano. A gente tinha o plano que [...] estabelecia, por exemplo, metas, prazo - curto, médio e longo. No final, a gente fazia o relatório em cima dessa proposta, do que tinha planejado, de implementação de serviços. Sobre os resultados que não conseguíamos alcançar, a gente replanejava para o ano seguinte e isso estava registrado no relatório de gestão que a gente tinha que encaminhar para o Ministério de Saúde, para a Secretaria de Estado da Saúde e para a Câmara Municipal, e também colocar no próprio balanço geral no final do ano. Como a gente era gestora do Fundo Municipal de Saúde, tinha que colocar essas informações nesse relatório final. É incrível que nós, na época, [...], implantamos um serviço que cresceu muito, para um município que não tinha nada. (SECRETÁRIA 7).

É fundamental buscar o relatório de gestão, porque ele é um instrumento indispensável no processo de avaliação dos

resultados das ações desenvolvidas pelo órgão gestor da saúde no Município. Deve possibilitar uma análise quantitativa e qualitativa dos diferentes programas e projetos executados ou em fase de execução. Referência para sua elaboração é o Plano Municipal de Saúde. O relatório de gestão deve estar articulado com relatórios financeiros, de forma a possibilitar uma avaliação da aplicação dos recursos. O

relatório de gestão referente ao exercício anterior deve ser apresentado à Comissão Bipartite até o último dia útil do mês de março, para manutenção das responsabilidades e prerrogativas próprias da condição de gestão em que se deu o enquadramento (BRASIL, 1994b, p. 33).

Quando a secretária 7 (1997-2000) assumiu seu cargo, a verba que lhe era destinada totalizava R\$ 7.000,00 (sete mil reais) ao mês. Depois de quatro anos, através de convênios da Fundação Nacional de Saúde (e é fundamental lembrar que esse processo é feito pela Secretaria Municipal de Saúde, com o trabalho desenvolvido na busca de recursos), foi possível um saldo de trezentos mil reais por mês. A entrevistada completa:

Nós tivemos três auditorias do Ministério da Saúde, uma auditoria direta, uma da Secretaria de Estado, o Ministério veio direto fazer, e depois nós tivemos auditorias cruzadas; e graças a Deus não tivemos problemas com prestação de conta, com serviço inadequado ou questionado, não tivemos que fazer nenhuma devolução de valores por aplicações indevidas ou serviço que não foi realizado. Tínhamos um serviço de auditoria que a gente implantou na própria Secretaria de Saúde; fazia o acompanhamento das internações, dos serviços das unidades, quer dizer, fazia o controle e avaliação. Então, a gente tinha esse controle, [...] fazia o serviço e estávamos focados na qualidade, no resultado. Esse serviço foi implantado, rendeu, a população gostou, atendeu ao que precisava, atendeu a essa demanda que precisava ser atendida, resolver em termos de atenção básica ou de média e alta complexidade. A gente tinha o serviço de acompanhamento e avaliação. Éramos criteriosos, trabalhamos demais, uma loucura! (SECRETÁRIA 7).

A gestão da qual a secretária 7 participou foi a do prefeito 3 no seu primeiro mandato, que finalizou em 1988. O segundo mandato 1997 – 2000 foi mais intenso no que tange às ações desenvolvidas e implementadas na política de saúde.

Trabalhei com ele também no primeiro mandato; voltei na [segunda] gestão dele e o serviço que mais despontou na gestão dele de outros serviços, como educação, finanças, obras, o serviço de saúde foi o que mais despontou. Conseguimos fazer um serviço de saúde que realmente atendeu à necessidade do município. Sou da classe usuária, não sou da elite administrativa ou política, ou financeira do município. Eu não pertencço à classe social alta, eu pertencço ao grupo [que] sempre escutava e via a necessidade que a população tinha em relação ao serviço de saúde. Então, quando entrei pra trabalhar na Saúde, o meu objetivo maior era dar resposta para a população [em relação ao] que ela precisava. Gestão é isso: você fazer, implementar o trabalho naquilo que a população precisa, atender no que ela precisa. A gente não dá conta de atender 100%, mas elege prioridades [...]. Montamos o nosso plano municipal de saúde, a gente atendeu a isso [...] Para mim foi uma realização enquanto pessoa, enquanto usuária e enquanto gestora, porque eu queria dar resposta ao que a população queria. Então foi um ganho profissional muito grande, muito grande. (SECRETÁRIA 7).

Na gestão do prefeito 6 houve muitos recuos e desafios regionais e locais e várias outras dificuldades; mas transpareceram, também, os avanços: abertura do Hospital Municipal, reforma dos postos de saúde, contratação de profissionais de várias

especialidades, tais como da cardiologia e psiquiatria, e outros avanços que estão relatados nas falas dos secretários municipal de saúde, trabalhadores e usuários.

Foi socializado pelo coordenador de Ações Básicas o Ofício nº 0003/2011. Nesse material consta o registro das Unidades de Saúde da Família (USF): Dr. Altair Veloso; Calcilândia; Buenolândia; Dr. Tasso de Camargo; Colônia de Uvã; Odilon Santana de Camargo; Águas de São João. O documento mostra as áreas de abrangência de cada equipe de Saúde da Família. (Anexo 06).

Apesar do expressivo número dessas unidades de atendimento, as gestões sempre enfrentaram desafios, o que se reflete no atendimento aos seus usuários. Deste modo, o Secretário 11 registra o que fazer em uma administração da saúde:

primeiro, [...] autonomia de gestão [...] municipal de saúde. Em segundo lugar, a importância da participação dos usuários trabalhadores através do controle social do Conselho e a parceria entre o gestor municipal, o gestor estadual e o gestor federal, principalmente para não permitir que os interesses políticos prevaleçam sobre interesses da comunidade. Isso é mais importante. Creio que o executivo procurou fazer isso, porque sem esse pensamento [...] a gente não consegue dar continuidade em política, porque acaba tendo que atender a interesses que às vezes não são tão coletivos. O modelo do Sistema Único de Saúde é muito bom, basta que a gente consiga colocar ele em prática, não só o gestor municipal, mas todos os atores que estão envolvidos [...] [e] também aqueles que o acompanham e defendem, como o Ministério Público, os Juizados, os [...] Conselhos, [...] o próprio poder legislativo [...] de cada município. Muito importante essa iniciativa da visão do social e que faz a diferença. Quando você pensa em saúde, a saúde e o seu outro lado, que é a doença, muitas são causadas por desajustes sociais, por falta do interesse das autoridades (SECRETÁRIO 11).

Percebe-se na fala desse secretário que o trabalho no atendimento à saúde da população da Cidade de Goiás é de fundamental importância e reafirma-se a partir das perspectivas apontadas para que a gestão da política municipal possa avançar.

O povo do nosso Goiás, um povo que tenha o direito de chegar num posto de saúde e a pessoa chegar para ele e dizer: o que você está precisando hoje? As pessoas chegam e [...] não querem atender bem, [...]. Então, o grande problema da saúde pública hoje é a porta do atendimento. Isso precisa ser mudado. É preciso colocar pessoas que gostem de atender o próximo; [senão] vamos ver as pessoas morrendo nas portas dos hospitais do mesmo jeito. A pessoa fica um dia inteiro para poder entrar ali, pra ganhar uma dipirona. Que absurdo! Acontece isso em Goiânia, isso acontece aqui em Goiânia, não é no interior não. (SECRETÁRIO 12).

Nesse depoimento, o secretário 12 destaca os avanços realizados no seu período de gestão da saúde do município e informa que a

Cidade de Goiás tem vinte e três assentamentos. É o município com o maior número de assentamentos do Estado de Goiás e que está na região Centro-Oeste. Sou filho de uma lavadeira e um lavrador. É para mim uma honra muito grande voltar ao município de minha mãe como Secretário de Saúde. Procurei esses assentamentos para poder levar atendimento a essas pessoas. [...] Procurei potencializar a saúde da família: os médicos iam até os assentamentos a cada quinze dias, equipe médica, enfermeiros, odontólogos para prestar o atendimento. Implantamos o SAMU, redimensionamos todos os serviços do SAMU, demitimos muito médicos que só recebiam, mas não trabalhavam; tinha cinco contratos na Cidade de Goiás. Não pude fazer mais em função das divergências políticas das famílias no município. (SECRETÁRIO 12).

Ele diz, ainda, que a política de saúde era analisada pelos trabalhadores usuários que tinham representante no sindicato.

Faltava toda infraestrutura, [...]. A gente percebia uma certa angústia das pessoas, era muita denúncia no Ministério Público [...]. Assim que eu cheguei, procurei juntar tudo: vamos juntar todo mundo e vamos resolver os problemas. Eu vi que os trabalhadores realmente vestiram a camisa e as coisas foram resolvendo, [inclusive] as políticas de salário [...]. Os usuários passaram a elogiar, porque iam aos postos e estava o médico ali para atender. Outrora você passava lá e só estava o palitozinho do médico. Ele passou por ali, mas ninguém sabia cadê ele [...]. Agora se você fosse lá no posto de saúde das oito horas às dezoito tinha um profissional médico pra te atender. [...]. Conseguimos fazer com que o profissional ficasse aí. Não [...] vejo a diferença do médico com o varredor, só em serviços diferentes, mas é o mesmo ser humano; o médico não é melhor do que o que faz a higienização da rua, é a mesma coisa [...]. Não vejo diferença para nenhuma profissão. Se faltar o serviço o ponto é cortado [...]. Com isso, a população ficou maravilhada (SECRETÁRIO 12).

A maioria dos sujeitos entrevistados definiu saúde como prioridade no município. Deste modo, deve ser um bem estar que se materializa no físico, mental e social. Nessa mediação, é fundamental refletir que, para alguns, a doença dá mais lucro do que saúde. A saúde é mais ampla, universalista e social. Para melhor compreensão, convém fazer um resgate

histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre na formulação da política de saúde, que teve caráter nacional - como as demais políticas sociais - e foi organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (BRAVO, 2009, p. 26).

Nessa perspectiva, Bravo (2009) esclarece ainda que, a

saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e teve como característica: ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923. O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das (CAPs). Ou seja, em que pese a inclusão de outras categorias profissionais, houve nos (IAPs) uma redução da oferta de serviços prestados. (BRAVO, 2009, p. 26).

O trabalhador 2, no seu depoimento, identifica que saúde é qualidade de vida. Outra registrou que saúde

é tudo, porque em um momento em que o paciente [...] chega frágil, fragilizado, chega carente, e assim, por ser uma cidade de interior, ele ainda chega achando que não pode encontrar solução para o que precisa; então é um momento em que a gente percebe a fraqueza do ser humano ou a força do ser humano. É nessa hora que a gente vê a saúde das pessoas (TRABALHADORA 1).

A trabalhadora 3 registrou no seu depoimento o que vem a ser saúde e a importância de defender o direito de cidadão, de rever a cidadania:

tem de ter um bem-estar com a gente, tem de estar bem num todo psicologicamente, mentalmente e fisicamente. Isso é saúde. Para que possa estar bem, tem de estar realmente assegurado o que está tão bonito na constituinte, que é ter direito ao lazer, ao esporte, a uma boa alimentação, à educação, a uma boa saúde. Na verdade, isso não acontece. Na verdade, é impossível. É muito difícil para mudar isso, mas confio muito na força do povo. Acho que só falta a gente começar a pressionar. As pessoas têm de reivindicar o seu direito, não acomodar. O sistema capitalista faz com que as pessoas só pensem em si próprias; então às vezes eu vejo tão vago, porque as pessoas ficam tão distantes, mas é uma coisa que vai ser muito difícil mudar, [porque] não tem interesse de quem está lá em cima. O povo tem que exercer a sua democracia. (TRABALHADORA 3).

A assistente social no seu depoimento, diz que saúde é

ter a oportunidade de estar bem fisicamente e emocionalmente. Eu não consigo ver saúde sem o emocional, sem vínculo com o físico; então é qualidade de vida, e a partir do momento em que você [...] procura o hospital, isso é porque quer uma qualidade de vida melhor; está procurando cura para uma doença e para o emocional (ASSISTENTE SOCIAL 5).

Para a assistente social 3, saúde é

estar bem, é sentir [...] e reconhecer que é capacitado, é uma troca; saúde é estar em todos os momentos atuando, fazendo alguma coisa para o outro ou para você. É [...] [o] bem estar no geral. É muito importante, na gripe, ter um medicamento, se você está emocionalmente maltratado, “desassistido” (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Vale lembrar que a Constituição Federal (BRASIL, 1988) conceitua saúde no seu artigo 196 como direito de todos e dever do Estado e que está relacionada também às políticas sociais e econômicas e visa a redução de doenças, agravos e o acesso universal, igualitário. A Lei Orgânica da Saúde preconiza que os serviços e ações sejam desenvolvidos no âmbito da promoção, proteção e recuperação.

É atribuição do assistente social atuar na política de saúde, pois o serviço social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo direcionado para atender às

necessidades de toda a sociedade. É regulamentada pela Lei nº 8.662/1993 e reafirmada pelo Código de Ética de 1993.

Gerenciar a política de saúde na cidade de Goiás é desafiante, informa a trabalhadora do hospital municipal, pois os usuários não têm tido um bom acesso. A divisão de trabalho no interior das unidades visa atender às demandas postas e a

Secretaria de Saúde adotou a questão da triagem porque, com um só hospital funcionando na cidade e várias unidades de PSF, a gente achou melhor adotar a triagem. O hospital atende, hoje, a maior demanda de emergência e urgência e a maior demanda é de idosos e crianças, que têm a prioridade nos Estatutos, [...] A gente tenta atender toda a demanda [...]. Eu, como coordenadora, [...] analiso bastante a questão de como a pessoa está no serviço, o que ela está precisando [...] para se ter um bom trabalho, uma boa saúde (TRABALHADORA 1)

Os profissionais de saúde têm horário regular de trabalho, registram a sua prática e descrevem como são as atividades desenvolvidas:

boletim diário de trabalho, registros diários [...] do trabalhador, [...] o número de visitas de casa tem de ser computadorizado para mandar para a FUNASA, em Ceres. Ceres é a nossa regional de saúde lá da FUNASA. [...] A Secretaria de Saúde faz um levantamento que é enviado para Ceres. É um controle de trabalho esse boletim, de nosso trabalho de visita das casas (TRABALHADOR 2).

Na chegada tem os livros, as atas são registradas, [...] de como recebo o plantão. O desenvolvimento durante o plantão é feito pelo médico, pela enfermeira, pelo técnico de enfermagem e pela administração do dia a dia. O número de profissionais de outras categorias responde, sim, às necessidades dos usuários (TRABALHADORA 1).

Segundo o trabalhador 2, em todas as gestões os usuários sempre tiveram um bom acesso à política de saúde, que varia de acordo com a proposta de cada gestor, tendo em vista atender à demanda.

A equipe de trabalho na gestão 2008 - 2011 atua de forma interdisciplinar com os seguintes profissionais: odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, pessoal do laboratório, médicos e profissionais do ambulatório.

Conforme afirma a trabalhadora 1, as equipes e os atendimentos funcionam de forma interdisciplinar. O Programa Saúde da Família (PSF) não caminha só, demanda o agente de saúde,

a técnica, a enfermeira o médico [...]. O PSF é para cuidar do usuário desde a gestação ao idoso. Então, [...] se aquele paciente precisa de uma consulta com outro especialista que não seja com o clínico geral, ele tem de ser encaminhado [...]. Em

Goiás e talvez em outros municípios só acontece a assistência básica, [...] que vem do Ministério da Saúde. E os agentes de saúde são a frente que vai detectar a dificuldade que a comunidade está tendo, que o cidadão está tendo lá na sua casa, e depois a gente vê a necessidade e, se for o caso, chama a enfermeira. (TRABALHADORA 3).

A partir desses elementos, considera-se que o trabalho como centralidade da vida é a forma pela qual homens e mulheres constroem as condições de atendimentos às suas necessidades. Desta forma,

trabalho supõe mediações fundamentais como o conhecimento, a consciência, o desenvolvimento da sociabilidade, entre outras. E isso tudo é desenvolvido através do trabalho que se torna, assim, a base fundamental do processo de humanização (BARROCO, 2007, p. 40).

O trabalho é uma categoria fundante da vida humana. Segundo Marx e Engels (2007),

os próprios indivíduos são completamente subordinados à divisão do trabalho e por isso mesmo colocados em dependência uns dos outros. Na medida em que, dentro do trabalho, a propriedade privada nasce e se desenvolve por força da necessidade da acumulação e continua a conservar a forma da comunidade, para se aproximar, cada vez mais, da forma moderna da propriedade privada em seu desenvolvimento posterior. Quanto mais a divisão do trabalho se aperfeiçoa, mais a acumulação aumenta e mais esse fracionamento se acentua também de maneira marcante. O próprio trabalho só pode subsidiar sob condição desse fracionamento (MARX e ENGELS, 2007, p. 80- 81).

A trabalhadora 3 avalia que esta gestão é muito boa para os funcionários e para sistematizar a avaliação dos serviços prestados, mas deixa a desejar para as demandas postas na saúde. Há também preocupação com a privatização. Dessa forma,

quando [...] [se] atende uma necessidade, não se atende a todos; e uma gestão, para [...] cumprir o que está na Constituição [deve atender a] lazer, esporte, alimentação, transporte, educação, saúde [...] Não vai ter o prefeito fantástico que vai cobrir essas necessidades de toda a população. Teria de melhorar [...] mais em tudo isso. É o meu modo de ver [...] as gestões passadas. [...] Qualquer um que abrir o site do Ministério da Saúde [pode] ver o tanto de dinheiro que caiu e onde está esse dinheiro. [...] Faço parte do [...] Sindsaúde em Goiânia. [...] Na última conferência a gente estava falando a questão de quererem privatizar o SUS e foi uma coisa que a gente debateu muito. Vamos privatizar, vai acabar essa corrupção de desvio de dinheiro, isso tem de ser mudado (TRABALHADORA 3).

A entrevistada registra que os documentos que norteiam a política de saúde servem de instrumento para subsidiar a atuação profissional e devem ser materializados, a exemplo das Leis do SUS, 8.080 e 8.142. Se realmente

houvesse a tríplice aliança com o federal, o estadual o municipal poderia, sim, fazer uma gestão completa, mas isso não acontece. Já começa pelo pagamento dos funcionários; com as verbas que vêm que é pouco; o que a gente sempre ouve é que não tem o repasse do governo (TRABALHADORA 3).

A trabalhadora questiona vários pontos direcionados à gestão da política de saúde na Cidade de Goiás e chama a atenção para a criação do hospital municipal dentro do hospital privado, situação presente em muitas instituições brasileiras.

Durante todas as gestões a partir de 1988 a 2010, sempre estiveram presentes o público e o privado. Em relação à separação dessas duas esferas, Raichelis (2005) destaca que

no sentido especificamente moderno vai se consolidando (...) a idéia de privado como espaço daqueles que não possuem cargo público ou não ocupam cargo oficial. Público, em contraposição, alude ao poder público, aos servidores do Estado, às pessoas públicas que participam da esfera do poder estatal, que têm cargos públicos, cujos negócios são públicos (RAICHELIS, 2005, p. 50).

O número de assistentes sociais que atuam no município não responde à demanda das unidades de saúde porque faltam profissionais da área no município e este não quer contratá-los, talvez pela ausência de profissionais que morem na Cidade de Goiás. Há expectativa de que na próxima gestão ocorrerá avanço quanto a essa situação.

A partir do estudo foi possível traçar o mapeamento dos assistentes sociais no município que atuam/atuaram na política de saúde desde 1988. Foram três, dentre elas a assistente social 1, já falecida.

Conforme visto, hoje não há assistente social atuando na política de saúde na Cidade de Goiás. A assistente social que responde às necessidades prementes da Secretaria de Saúde é lotada no CREAS. Sua avaliação dos serviços prestados pela gestão no município é boa, mas ela não acredita que esses serviços venham um dia a serem ótimos porque dependem de uma dinâmica que relaciona demanda, carências e necessidades. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Toda administração sempre deixa de dar continuidade em todos sobre os serviços principalmente na área da saúde de uma gestão para outra, principalmente quando muda o partido, e os serviços prestados pela gestão no município na área da saúde são muito complicados para o [...]. Secretário de Saúde, ainda mais assim: sai um prefeito, entra outro, a mudança é muito radical. Acredito que não precisaria mudar tanto. Podia existir uma continuidade no trabalho, só que a gente sabe que não acontece. Muda a linha de pensamento, a linha de atendimento; o trabalho deles é totalmente diferente. Então o usuário [...] e a população acabam sendo um pouco prejudicados até que haja uma nova adaptação. Mas eu vejo que a gestão política da saúde [...] está tentando melhorar (ASSISTENTE SOCIAL 5).

As diferenças no atendimento ao público na gestão atual e nas anteriores são registradas na preocupação das assistentes sociais

quanto a defender os direitos dos usuários como cidadão. A assistente social, além de conseguir recursos e outros benefícios, tem que fazer valer os direitos o cidadão. Quebrar a burocracia até dentro de si, sabe? Porque muitas vezes ela veste o uniforme do gestor (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Para Imamoto (2005),

um dos maiores desafios que todo profissional precisa ter na sua atuação é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano (IAMAMOTO, 2005, p. 200).

O próximo item dará continuidade às análises das entrevistas para apontar os avanços e recuos apresentados nas gestões a partir da periodização 1989 a 2010.

3.2. Avanços e recuos na política de saúde no município Cidade de Goiás

A política de saúde na Cidade de Goiás sempre contou com a participação de diversas áreas do saber, numa tendência de considerá-la conquista popular e direito de todos de forma universal. Sempre teve como apoio alguns segmentos da sociedade e organismos de sustentação desta política em âmbito federal, estadual e municipal. Eles têm subsidiado, com repasses de recursos e reflexões, os avanços que permearam a saúde desde 1988. Dentre as atividades que se caracterizam avanços, destacam-se: vacinação infantil, melhoria nos atendimentos médicos e odontológicos, fortalecimento de medicação básica, bom desempenho do Programa de Suplementação Alimentar, melhor controle das doenças transmissíveis, melhores condições para se desenvolver as atividades de Vigilância Sanitária e outros (BARROS, 1986, p. 8).

Na gestão do prefeito 3 foram registrados avanços alcançados para/pela população da Cidade de Goiás mediante ações realizadas nos setores de saneamento básico, estradas, escolas, merenda escolar, Parque da Pecuária, calçamentos de ruas e centenas de programas realizados a serviço da comunidade vilaboense. Percebe-se que a administração municipal esteve sempre presente nos acontecimentos sociais dando o apoio necessário para o desenvolvimento e crescimento do município.

A discussão referente aos desafios com que se defronta a política de saúde na Cidade de Goiás, de modo geral, reflete aspectos de uma realidade que não é só local, mas nacional e mundial em um contexto em que as expressões da questão social têm desafiado os gestores do município envolvidos na política de saúde.

No período 1989-1992, apesar da inserção do município em um contexto que expressava as grandes desigualdades sociais em que vivia a nação brasileira, a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Meio Ambiente prestaram alguns serviços. Destacam-se:

- a) Treinamento de agentes de saúde da prefeitura na zona urbana e rural;
- b) Instituição da Farmácia Pública;
- c) Treinamento dos agentes de Vigilância Sanitária;
- d) Instalação do Centro de Saúde com a participação do INAMPS, OSEGO e Prefeitura;
- e) Assistência pediátrica na creche Irmã Imaculada e na escola Irmã Gabriela;
- f) Orientação e educação sanitária (GOIÁS, 1989, p. 7).

O secretário 1 aderiu a este estudo com muito interesse por ter sido secretário de saúde por dois mandatos não completos; ele referiu os desafios na implantação da municipalização que, sem dúvida, trouxeram,

com a Constituição de 1988 e depois com a Lei Orgânica da Saúde, [...] uma mudança radical no papel do município na questão atinente ao setor saúde. O município passou a assumir responsabilidades importantes e com isso foi preciso preparar não apenas a estrutura da Secretaria, que eu tinha ocupado na década de 1980, [...] uma estrutura muito precária. Foi preciso que a gente estruturasse melhor a Secretaria para dar conta dessa transformação, dessas novas tarefas e também promover um diálogo, uma discussão [...] com a comunidade que passava [...] a assumir um protagonismo diferente com as conferências municipais, com a estruturação do Conselho Municipal de Saúde. Esses foram os desafios [...] que a gente teve de vencer no sentido de mostrar à população que a partir daí a saúde tinha uma dimensão coletiva muito mais abrangente. Assim, não era apenas algo dependente do poder público, mas que se materializava à medida que a população também participava do processo (SECRETÁRIO 1/ 6).

O prefeito 1 não se lembra quando ocorreu a municipalização da política de saúde na Cidade de Goiás. Quando assumiu a gestão, ainda não havia no organograma da prefeitura as secretarias; eram departamentos, inclusive o de Saúde. Dessa forma, ele enviou um projeto de lei à Câmara para haver implantação das Secretarias, entre elas a Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo as Secretarias foram criadas na Cidade de Goiás.

Dentre as melhorias significativas para a Cidade destacam-se

o projeto de Agente Comunitário de Saúde (ACS), que fornecia medicamentos, e os programas de pré-natal. Goiás foi o primeiro município a aderir ao ACS: de 1989 a 1990 [...] tivemos lá uns quarenta agentes de saúde [que] foram preparados [...] e a prefeitura depois absorveu para atender às comunidades. Foi um dos municípios primeiros a ter agente de saúde, o que hoje é estendido no Brasil inteiro. (PREFEITO 1).

Para o secretário 1/6, a gestão na área da saúde no município foi muito importante por

promover [...] [a] transformação estrutural [em] uma rede de serviços municipais e colocar a rede hospitalar. [...] Antes tinha um protecionismo muito grande [...] que vinha daquele vício do antigo INAMPS de uma assistência à saúde muito focada sobre o hospital, muito curativa, com excesso de internações hospitalares - muitas vezes desnecessárias. A gente procurou dar ao hospital a figura que lhe é própria e investir maciçamente na estruturação que nós chamamos de ação primária à saúde: os serviços de promoção à saúde, de prevenção a doenças, reforçar a questão da vacinação, do acesso ao pré-natal de qualidade. Então fizemos todo um esforço no sentido de capacitação de agentes e introdução do programa agentes comunitários e capacitação permanente desses agentes. Tivemos a oportunidade de ter contado com a colaboração de algumas instituições estrangeiras (SECRETÁRIO 1/6).

Sobre as unidades de saúde que existiam no município no momento da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o referido secretário explicita que o

Centro de Saúde de Goiás [...] pertencia ao Estado, os postos rurais que existiam eram pouquíssimos, havia um em Colônia de Uvá. Não tínhamos praticamente nada [...] nos outros povoados e nas comunidades rurais. A partir de então [...] na gestão plena no nível municipal foi possível estruturar essa rede de serviços municipais e também implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Foi uma das primeiras coisas que nós fizemos, com a devida aprovação do Conselho Municipal de Saúde (SECRETÁRIO 1/6).

A secretária 7, que assumiu o cargo com a saída do secretário 6, atuou na gestão 1997-2000. Ela afirma que as unidades de saúde que existiam no município eram lotadas na atenção básica à saúde e havia

dois postos de saúde, um no distrito que estava funcionando, [...] estruturas montadas, mas não tinham os serviços. O prefeito anterior tinha feito um em Água de São João, tinha o do distrito de Calcilândia que [...] estava desativado e no distrito de Lajinha [que] tinha estrutura física, mas não tinha serviços montados [...] nesses espaços, que são os distritos rurais. [...] [Nas] unidades hospitalares tinha o hospital São Pedro, que fazia um serviço pactuado pelo SUS, e os dois hospitais particulares, o hospital Bom Pastor, que tinha a UTI, e o hospital Brasil Caiado. O hospital Santa Rita já havia fechado (SECRETÁRIA 7).

O secretário 4 fala sobre verba e convênios da gestão municipal:

Não ficava tudo na mão do prefeito; era entregue essa responsabilidade para a prestação de contas. Os documentos que eram exigidos eram entregues e está tudo aprovado. Tudo que era de verba, convênio federal e governo devem ter passado, porque foram aprovados todos os balancetes (SECRETÁRIO 4).

O Programa Saúde da Família atende às famílias, só que não é suficiente à demanda dos usuários na atenção básica e a

montagem da equipe do PSF deve passar por um processo inverso, isto, é pela concepção da totalidade, e não do mínimo possível, para conseguir ir além da atenção focal. Até porque, mesmo que esta equipe esteja devidamente composta e tecnicamente bem treinada, isto não garante a qualidade em saúde, visto que esta é consequência da consolidação de direitos sociais mais amplos que estratégia focalista tende a restringir substancialmente (RAICHELIS, 2005, p. 245).

As demandas na área de saúde eram atendidas segundo os recursos disponíveis. A assistente social registra, no seu depoimento, as diversas especialidades desenvolvidas no município:

tinha pediatras em todos os postos de saúde, nas creches, nas escolas profissionalizantes, médico no Conviver, nos bairros pólos da cidade, na zona rural, nos assentamentos [...] [Em] Goiás [...] [são] vários assentamentos. Isso da questão da Saúde eu não sei como te falar do Conviver. A prefeitura pagava através da saúde, eu penso o Governo Federal e Estadual em parceria com o municipal (ASSISTENTE SOCIAL 2/4).

Ainda no que se refere ao atendimento à população, os avanços têm sido transparentes em qualidade e gestão. Esta sempre procurou investir na saúde para diminuir o índice de pessoas doentes e assegurar que a saúde fosse pública e de qualidade. Para isso,

nós adquirimos um micro-ônibus [...] [que] levava os enfermeiros e odontólogos, [...] [os] médicos para os distritos [...] Adquirimos uma cadeira odontológica para esses mutirões e fizemos também vários cursos a nível de saúde, mandamos os nossos profissionais para melhorar e aprimorar os conhecimentos através da regional de saúde e através do SAMU. Além disso, nós trabalhamos muito no sentido de [...] que a população tivesse um atendimento gratuito [...] de uma boa qualidade regional de saúde através do SAMU (PREFEITO 2/5).

Foram muitas as ações inovadoras realizadas nos diferentes períodos de gestão na instância da Secretaria de Saúde e na prefeitura que trouxeram “benefícios” à população do município nos atendimentos e serviços. Sobre isso, registra o prefeito 2/5, na Cidade de Goiás houve a construção do Posto de Atendimento (PA) 24 Horas na Praça São Francisco, onde

reside 90% da população de Goiás; e nós só tínhamos o pronto-socorro no centro da cidade, onde funciona o hospital São Pedro, que é um hospital filantrópico. E então, além de funcionar no centro da cidade, que deve residir hoje em torno de 15% da população da cidade, nós levamos um pronto-socorro para a Praça São Francisco. [...] Isso foi um grande avanço para a Cidade de Goiás. (PREFEITO 2/5).

As ações realizadas pela gestão contaram com o interesse da população e, conforme o depoimento do Secretário, buscaram

levar o atendimento aos assentamentos; [...] procuramos criar uma equipe multidisciplinar de psicanalistas, [...] terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatra e médico clínico, [...] [com] atendimento domiciliar aos acamados que não tinham como se deslocar (SECRETÁRIO 12).

Assim, alguns contratos foram feitos com a Secretaria de Saúde, que os utiliza para vários fins. O secretário 1/6 apresentou várias preocupações e indagações ao se referir a esses contratos necessários, desde a implantação do Sistema Único de Saúde e o Plantão Vinte e Quatro Horas, avaliado como suficiente para atender a população. Existem recuos que provocam impactos.

O prefeito 2/5 fez vários investimentos para subsidiar o atendimento à população da Cidade de Goiás, o que implica tratar da saúde não só como distribuição de medicamento, vacinação, internação, consulta e exames. A estrutura física de uma cidade também pode refletir na saúde de seus moradores, que expressam suas alegrias, expectativas e realizações a respeito. Existe responsabilidade quanto à estrutura física e sua relação com a saúde nas referências da atual gestão. Em alguns depoimentos percebe-se a personificação da coisa pública:

90% dos bairros não tinham calçamento; nós fizemos a pavimentação asfáltica [...]. Isso também implica saúde pública, porque diminui poeira, diminuiu o número de doenças alérgicas e pulmonares, diminuiu a lama e faz com que as pessoas tenham uma melhor qualidade de vida; [...] Construímos quadra de esporte [...], levando uma educação com esporte, [...] que [...] estimula a saúde; [...] água tratada através da SANEAGO [com] sistema de encanamento [...]. É importante porque é uma maneira de evitar doença, o saneamento básico (PREFEITO 2/5).

Os serviços realizados na Cidade de Goiás na gestão da saúde procuraram

resgatar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, a equidade, universalidade e integralidade através, principalmente, do resgate do controle social através do Conselho Municipal de Saúde, na busca de valorizar a opinião do usuário para o planejamento e garantir que os recursos e todos os planos de saúde fossem aplicados para o município (SECRETÁRIO 11).

Na verdade, destaca o secretário 12, as unidades de saúde que existem e as que estavam em funcionamento, mas precariamente, eram:

o SAMU e os sete postos de saúde, [e] muito precárias as estruturas, muito, muito. O hospital São Pedro também funcionava em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, vivia mais de doações. O hospital Brasil Caiado, um hospital particular que também tinha um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, não estava em funcionamento na sua totalidade; a sua capacidade estava muito aquém do que realmente a cidade necessitava. Eu fui para lá ser Secretário. Tirando o hospital São Pedro, que tem apenas um convênio de repasse de recursos - e quem administra é a Igreja Católica - e o hospital Brasil Caiado, as demais unidades eram administradas pelo município (SECRETÁRIO 12).

O processo de aprovação ou rejeição dos trabalhos nas unidades de saúde sempre deve ser avaliado pelo município em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, com a participação popular; mas nem sempre isso acontecia.

Logo abrimos o Conselho de Saúde aqui junto com o INSS [...] e depois passou a ser autônomo [...] De 1998 pra cá funcionou muito bem com a vigilância completa, com acompanhamento e controle social [...] realizado até um certo limite [...] O prefeito demitiu o Conselho que era legítimo e constituiu um próprio Conselho [...] [que] teve intervenção do Ministério Público, etc. Aí, eles montaram uma farsa dizendo fazer uma audiência pública, aliás, uma plenária para eleição dos membros do Conselho. Só que nessa plenária nós tínhamos aqueles que faziam parte do Conselho anterior. Tinha um certo limite de número entidades que podia se inscrever para fazer parte da plenária e concorrer ao local. Então, eles conseguiram encontrar quarenta e três vezes a mais do número de entidades da plenária, [...] algumas fictícias e outras pelegas, [representadas pelos] próprios funcionários da prefeitura. [...] Não tinha nem jeito de fazer uma eleição. Praticamente mais de três anos [a cidade conviveu] com um Conselho completamente pelego, aliás, não só pelego, mas omisso; só se pegavam assinaturas. [...]. Não se discutia praticamente [nada], não se fazia reuniões, até a nova administração que [...] [conseguiu a] montagem de um bom Conselho, consciente e responsável (GESTOR 1).

O Conselho Municipal de Saúde³⁴ é fundamental em uma administração de serviços de saúde por ter o papel de discutir, elaborar e fiscalizar o andamento da política de saúde. Conforme Bravo,

os Conselhos têm funcionado precariamente, com pauta definida muitas vezes pelo presidente, mas não discutida amplamente. A comissão executiva dos Conselhos é composta, na maioria dos casos, por um representante do Secretário de Saúde, não havendo comissões especiais para análise dos assuntos. A periodicidade das reuniões, prevista nos regimentos internos, é mensal. A maioria dos Conselhos tem obedecido a essa regularidade (BRAVO, 2001, p. 57).

A organização da política de saúde, segundo o secretário 4, era organizada no município a partir do Conselho Municipal de Saúde, que se efetivava pelas reuniões. O prefeito tinha de estar presente e tentava o máximo possível trazer

convênios, verbas. Tinha Conselho, sim, uma reunião mensal reunia o Conselho para prestar conta. No Conselho tem a proporção, então tem de ser de acordo com a lei: 25% de gestores, 25% trabalhadores e 50% as entidades católicas e outros (SECRETÁRIO 4).

³⁴ A criação do Conselho Municipal de Saúde da Cidade de Goiás ocorreu em 22 de abril de 2002. Seu objetivo está voltado para o atendimento aos trabalhadores de saúde e usuários. É organizado com 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores e 25% de representantes de prestadores/ gestores. O total de sua composição é de 16 membros.

A política de saúde em cada município tem de ser organizada com base no Conselho Municipal de Saúde. Na gestão em que atuou a secretária de saúde 7, a população teve cem por cento de participação. A sociedade civil existe, mas precisam ser tomadas algumas iniciativas quanto a esse envolvimento, principalmente dos usuários, que deveriam ter maior participação neste espaço de reivindicação de seus direitos. Neste depoimento a entrevistada faz algumas observações e denúncias pertinentes lembrando o envolvimento das pessoas, dos profissionais e do Ministério Público:

O Conselho existiu e existe; ele saiu da paridade para a parentalidade. [...]. Depois que saímos para cá ele virou Conselho de parente, Conselho pelego, ainda continua nessa linha e hoje existe um grupo na cidade que está entrando para cobrar posturas profissionais de gestão. Existem ações no Ministério Público, denúncias feitas por membro desse Conselho sobre a participação da população enquanto [usuária]. [...] no geral, não está fazendo nada. Na nossa época eles participavam mais porque a gente estava sempre em reuniões, no setor [...] rural, no setor urbano; então participavam conosco e davam palpite, sugestão, e quando às vezes viam um profissional que não estava correspondendo, que estava errado, chegavam e faziam as reclamações, agiam de imediato. A gestão dava respaldo para que o usuário falasse o que estava errado. Então ele deixou de falar, então reclama pra um e para outro, fala daqui para acolá, perdeu a vontade, o interesse de ir lá e tomar uma atitude. Acredito que seja por isso, porque quando você faz reclamações e não é atendido, está falando demais e o outro não está nem aí pra você, acaba desmotivando [...]. Tem-se percebido. Quando o secretário vai à rádio fazer alguma entrevista, [...] é questionado pela população. As reclamações, que não são poucas, e que não são respondidas. O secretário diz : “Eu sei que está assim, estou tentando, vamos resolver”. Ao final não resolve, vai tentar, não tenta nada, vai ver, mas não vê nada. [O secretário atual] deu uma resposta mais ou menos e aí o usuário largou de mão, cansou de falar, “Esse gestor não adianta. É o grupo dele que está sendo beneficiado”. Então o usuário, com seu problema, [pensa:] “vou procurar outra saída”, vira as costas. A população civil hoje virou as costas. Às vezes numa emergência ainda vai lá e usa o serviço, mas, quando é uma rotina, ele procura outro lugar, outra cidade, outro serviço (SECRETÁRIA 7).

A participação popular é fundamental para promover mudanças. As Conferências de Saúde é um dos espaços que, por serem eventos

devem ser realizados periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera e propor diretrizes de ação. As deliberações das Conferências são norteadoras da implantação da política de saúde e, portanto, visam influenciar as discussões travadas no Conselho de Saúde (BRAVO, 2001, p. 48).

O Serviço Social também tem papéis a desenvolver na política de saúde desse município. A falta de assistente social no hospital municipal da Cidade de Goiás prejudica a ação nas três dimensões da seguridade social. Outra questão está relacionada ao

remanejamento, principalmente na zona rural, de médicos [...] Agora, o que o assistente social pode fazer para minorar, minimizar, para melhorar esse problema, é atuando nas unidades de saúde, [onde] tem que ter assistente social: no SAMU, na própria Secretaria de Saúde. É o que eu não vejo acontecer (ASSISTENTE SOCIAL 2/4).

Os assistentes sociais no município eram contratados pelos programas e pela Secretaria. Havia duas profissionais efetivas nas gestões em que a assistente social 2/5 atuou.

A assistente social 5 participou desta pesquisa por trabalhar na área da saúde desde 1993. Dessa forma, em todas as outras unidades do município há assistente social, com exceto na política de saúde.

As demandas apresentadas pelos usuários ao Serviço Social não são atendidas porque falta profissional. Espera-se que com a primeira turma de assistentes sociais que se forma no final do ano que vem [2012] vão ter novos profissionais na cidade. Desta forma, acredito que isso vai avançar muito, nessa falta de assistente social,, com certeza (ASSISTENTE SOCIAL 2/4).

A profissão está voltada para a produção/reprodução da vida social. Desta forma, a realidade é um dos maiores desafios para o profissional, porque ele atua nela e sobre ela. Conforme a entrevistada, ele

deve sempre fazer uma leitura da realidade, não só em torno dela, mas de todos os nexos que a permeiam. Desse modo, é imprescindível que o assistente social [...] tenha uma primeira leitura, uma segunda leitura, uma terceira [...] [e] tenha um compromisso. [...] É isso que eu quero [...] aprender junto (ASSISTENTE SOCIAL 3).

No próximo item serão indicados pelos entrevistados alguns desafios na política de saúde na Cidade de Goiás no espaço regional e local.

3.3. Desafios regionais e locais da política de saúde no município Cidade de Goiás

A política de saúde apresenta uma série de desafios que se situam no âmbito local, regional, nacional e mundial. São inúmeros os problemas que têm desafiado não só os gestores do município inseridos na política de saúde, como outros - locais, estaduais e regionais. Percebe-se, na Cidade de Goiás, pelo que reafirmam os depoimentos, que a política de saúde é uma das mais assistidas na cidade e região e é totalmente municipalizada, o que proporciona um atendimento de qualidade a toda a população.

Contudo, a participação popular sempre ocorreu de forma parcial. Exigiria-se melhor envolvimento, o que seria um traço forte em qualquer gestão municipal. A administração municipal elege, reafirma e impacta as prioridades e as ações realizadas de ordem local.

Embora se registre uma tendência geral a atuar na promoção do desenvolvimento econômico das cidades ou municípios, as experiências observadas guardam sua particularidades, uma das quais é a escolha das prioridades que definem as ações mais importantes a serem realizadas em nível local. Essa escolha reflete, sobretudo, as especificidades de cada local, e indicam que cada um tende a tirar partido de suas potencialidades e a usar os atributos e características locais na promoção do desenvolvimento desejado (SOARES e BAVA, 2002, p. 42).

A participação, as parcerias e o desenvolvimento das gestões locais reforçam a ideia do orçamento participativo e introduzem os conceitos de parceria e desenvolvimento econômico local com condições para uma administração bem-sucedida (SOARES e BAVA, 2002). No entanto, a participação popular através de si mesma tem um sentido de ser mediadora para a construção e efetivação da cidadania e

quando se pensa a participação num sentido mais profundo, de partilha do poder envolvendo a formulação e a implementação de políticas públicas, torna-se essencial buscar mecanismos capazes de institucionalizar os processos participativos, de modo a assegurar-lhes continuidade e eficácia (SOARES e GONDIM, 2002, p. 84).

O Quadro 1, no capítulo anterior, mostra que houve várias alterações na gestão da saúde, ou seja, os secretários municipais de saúde foram substituídos em quase todas as gestões. Essas mudanças trazem, geralmente, prejuízos aos programas e à população usuária no atendimento às suas necessidades. Alguns secretários registraram que são escolhidos pelo prefeito e precisam autonomia para administrar a Saúde.

A secretária 10, em seu depoimento, registra que na gestão 2005 a 2007 ficou na coordenação em saúde bucal um ano e meio; nos meses restantes atuou na Secretaria.

A gestão 2008 - 2011 já fez troca de secretário de saúde várias vezes e isso tem se refletido no atendimento à população. Destacamos os seguintes depoimentos para fazer uma análise mais criteriosa a fim de tentar investigar o que realmente acontece com essa troca frequente de secretários. Registramos o depoimento dos entrevistados que tiveram o cuidado de se expressar de forma crítica e preocupante.

Olha, não foi muito tempo. Atuei de janeiro de 2009 até julho de 2009. Tem de ser no primeiro momento, de estar ambientado às condições e a partir daquele momento se começa a planejar. Se não tiver condições de continuidade do

Secretário de Saúde nada pode garantir que os planos propostos sejam continuados. Se o Conselho Municipal de Saúde for atuante, se houver a Conferência Municipal para tratar as diretrizes. [...]. Aquele que estiver à frente da Secretaria tem que fazer cumprir o que é emanado do Conselho Municipal de Saúde (SECRETÁRIO 11).

A saúde é organizada de acordo com as políticas do Ministério da Saúde. De acordo com o depoimento do secretário 11, houve vários avanços na periodização da organização da política do setor na Cidade de Goiás. Primeiro,

ela seguia as linhas das políticas do Ministério da Saúde, do Sistema Único de Saúde. Tinha também influência do Conselho, tendo assim a prioridade programas de estratégia de saúde da família, programas de humanização, as campanhas de vigilância epidemiológica, muitos importante nos municípios interioranos, principalmente os que têm muitos problemas. Hoje, até nas capitais. Também no controle de endemias procurou-se reforçar bastante, reestruturar as unidades básicas de saúde, levar o atendimento mais completo possível, principalmente para as unidades da zona rural. Iniciou-se o processo de convênio com a faculdade de medicina da PUC para levar também os acadêmicos para lá. Assim, isso tudo para reforçar as políticas públicas do Ministério (SECRETÁRIO 11).

Sobre a relação da gestão e da atuação do assistente social com os usuários dos assentamentos, a assistente social procurou atender às necessidades dos assentados e pré – assentados naquilo que era demanda da população e fez várias parcerias para atender a todos do município.

Tive essa oportunidade, [...] a gente levava as necessidades [de] escolinha, escolas de alfabetização. Fizemos até num assentamento, o Serra Dourada, uma escolinha, levamos livros, atendemos com cadeiras rodas, muletas. O Secretário da Agricultura fez, na época, um projeto de apoio, [...] um trabalho [...] de plantio, de apoio a esse plantio, de parceria do município no Olan e no Baratinha, pré – assentados de apoio a esse plantio, de distribuição dessa produção do arroz. Fizemos assistência de medicamentos, inclusive tinha líderes pré-assentados e assentados que participavam das reuniões dos Conselhos. [...] Nós participamos para atender ao frio, à educação, ao medicamento, às necessidades. E o município integrando a saúde, se integrando à agricultura extremamente direcionado, dando todo o apoio para os assentados e pré-assentados na época (ASSISTENTE SOCIAL 3).

O secretário 1/6 afirmou que sempre houve mudanças, mas procurava atender à população vilaboense naquilo que era de competência da gestão e prestava contas dentro das disposições que o SUS preconizava e que se imprimia em

mudanças ao longo do tempo; mas, na época, aquilo que era da obrigação de ser feito nós fazíamos. Havia a prestação de contas trimestral ao Conselho, que nós fazíamos e comunicávamos de acordo com a periodicidade solicitada às instâncias do SUS, tanto a comissão bipartite, quanto o Ministério Saúde. Alimentávamos o banco de dados do sistema; fazíamos aquilo que as disposições do SUS preconizavam (SECRETÁRIO 1/6).

Quanto à consolidação do SUS no município, ela

está fazendo vinte anos. O SUS estava no início [...] Tinha um funcionamento precário, não tinha recursos, não havia repasse de recursos para o município [...] [O] credenciamento nessa época era feito pelo INAMPS [que] tinha o sistema de RH e GTA pra tratamento ambulatorial e as consultas (PREFEITO 1).

A consolidação do SUS realizou-se pelos eixos da gestão, financiamento e controle social.

A Secretaria de Saúde tinha autonomia e, através do Conselho, apresentava os projetos e acatava também os projetos vindos do Conselho Municipal de Saúde [cujos] financiamentos eram feitos através de recursos da própria prefeitura municipal e recursos da União, que era a principal fonte, [...] e algum recurso do governo estadual que, como eu disse, quando vinha, vinha com muito atraso. A parte social era feita pela Secretaria de Promoção Igualdade Social (PREFEITO 2/5).

Destacam-se os contratos, parcerias e convênios com o Governo Federal e com o governo estadual como primeiro ponto a ser considerado na municipalização que já havia sido implantada. O secretário 8 mencionou sobre a NOB e a NOAS³⁵ e observa, no seguinte depoimento, que já era

gestão plena de sistema. A gestão plena de sistema tinha acontecido quatro anos antes, ou seja, na gestão 2001 a 2004, quando a gente assumiu. Então foi em 1996 a 1997 que deve ter acontecido a municipalização. Antes funcionava a NOB e quando a gente entrou na Secretaria de Saúde implementou-se a NOAS – Norma de Assistência Básica de Saúde, em 2001 (SECRETÁRIO 8).

Uma importante medida da NOB/1991 foi a

exigência de criação dos conselhos e fundos municipais de saúde. A norma exigia a apresentação do plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, programação e orçamentação e a apresentação do relatório de gestão local (BRASIL, 2006a, p. 118).

É fundamental apresentar as principais leis e normas federais que regem o SUS, dentre elas a

Lei Orgânica da Saúde lei nº 8080/1990 e a lei nº 8142/1990, que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros para a área da saúde; a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/1993 e 1996); a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/ 2001 e 2002). (BRASIL, 2006b, p. 6).

³⁵ Estão mencionadas nos fundamentos jurídicos e normativos da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e Lei nº 8.142/90 as Normas Operacionais Básicas (NOB) publicadas em 1991, 1993 e 1996, a Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Norma de Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), publicada em 2001.

Apesar de já ter sido implantada a municipalização na Cidade de Goiás³⁶, foi necessário garantir a gestão plena, o que decorreu de muitos desafios, em especial o cumprimento das exigências legais previstas pelo Ministério da Saúde (MS) para o gerenciamento das contingências de tudo o que acontecia dentro da saúde, e também criasse e mantivesse o pronto-socorro, que era o Ambulatório 24 horas.

Constatou-se a necessidade de maior articulação da população usuária do sistema com a administração da saúde pois,

independente de como são identificadas e reconhecidas pelos profissionais e pelos usuários, as demandas dos trabalhadores expressam necessidades imediatas que exigem enfrentamento imediato, necessitando de mediações e conexões necessárias para que seja apreendida sua natureza e revelada a impossibilidade de sua solução nessa organização social, o que, reiteramos, não deixa de exigir seu enfrentamento (VASCONCELOS, 2007, p. 152)

As ações de saúde devem ser administradas de acordo com as necessidades dos usuários e, para isso, precisam ser inovados os programas e os serviços para melhor atender e alcançar as demandas da população. De modo geral, é bom que os gestores de saúde tenham esse olhar diferenciado.

A gestão sempre encaminhou para as instâncias competentes o plano e o relatório de gestão porque o não cumprimento dessas determinações ou a falta de elaboração e aprovação do plano e dos resultados implicavam o não envio de verbas para desenvolver as políticas de saúde.

De acordo com Teixeira (2001, p. 245), “o planejamento no setor saúde para se caracterizar como estratégico deve partir das necessidades de saúde expressas pela realidade local de sua população específica. Por isso ele não pode ser igual para todos, em todos os espaços, em todas as situações”.

O planejamento precisa ser feito de forma coletiva e não só pelo gestor. O que vai ser feito é para a população, e para isso é preciso que ela esteja junto para pontuar quais as principais necessidades:

³⁶ No Estado de Goiás, a municipalização foi implantada primeiro no município de Goiânia e o segundo município a Cidade de Goiás. “Na década de [1980] eu ocupei a Secretaria; na verdade, duas vezes eu a ocupei na década de oitenta e depois novamente na década de 90, entre 1997 e 1998. Foi nesta que o município entrou na condição de gestão plena no sistema municipal de saúde. Goiânia foi o primeiro município a fazer a adesão e Goiás foi o segundo”(SECRETÁRIO 1/ 6).

a participação é concebida como a gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada. Ou seja, a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Os Conselhos de Políticas Sociais e de Direitos, entre eles os de saúde, são inovações em nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado – sociedade (BRAVO, 2001, p. 44 -45).

O que se pode garantir nos espaços dos Conselhos é a participação social, a qual pode contribuir nos avanços que permeiam aspectos do problema. Assim,

os esforços de participação da sociedade civil no Conselho podem representar elementos importantes para que se democratize a gestão pública, mas não necessariamente para ampliar os espaços de inclusão de direitos dos argumentos sociais a serem alcançados pela política (RAICHELIS, 2005, p. 46).

A Secretaria Municipal de Saúde tem o compromisso de acompanhar a atuação do Conselho de Saúde no município e vice-versa, o que leva a uma dinâmica coletiva com a presença da sociedade civil no papel de socializar as demandas, reclamações e elogios e manter uma atuação contínua cheia de desafios e conquistas.

O Serviço Social procura interagir com o Conselho Municipal de Saúde de forma sistemática e atuante. O assistente social, por meio das atividades, finalidades e clareza ao trabalhar, faz perguntas e requer respostas dentro da demanda posta pelos usuários sobre o que fazer, por que fazer, para que fazer e como fazer no sentido de buscar onde atuar. Considera-se, também, como relata uma profissional entrevistada,

em qual a faixa etária, em qual população iríamos trabalhar naquele momento, que dinâmica, quais projetos iríamos priorizar, os recursos profissionais, para onde iriam se deslocar. Havia reuniões, ata, tem tudo documentado. Todos participavam; por exemplo, agentes da comunidade, agentes de outras Secretarias, comunidades que a gente atendia, associação de bairros. Discutia-se e tinha que sair com uma proposta, tinha que ter um encaminhamento. É um processo. Tentava não ficar amarrado em coisa burocrática; pegava aquela idéia e tinha que fluir (ASSISTENTE SOCIAL 3, 2011).

Mediante a riqueza de depoimentos, revela-se a potencialidade que a Secretaria Municipal de Saúde tem no acompanhamento e no desenrolar dos programas desenvolvidos pela política de saúde no município.

De acordo com Bravo (2001), a atuação do Conselho Municipal de Saúde merece muita atenção, participação, compromisso e responsabilidade por fazer acontecer aquilo que está na lei; com isso, em

relação ao seguimento de profissionais de saúde (trabalhadores de saúde), alguns aspectos podem ser destacados: pouca mobilização das entidades e/ou sindicatos para participar do Conselho; não participação dos profissionais de saúde com relação ao segmento de prestadores de serviços (públicos e privados); desconhecimento desse espaço; indicação dos representantes pelo poder público e representante possuir cargo comissionado. Observa-se também, na maioria dos Conselhos, a representação dos profissionais de saúde ser de funcionários escolhidos diretamente pelas unidades de saúde, não sendo representantes de entidades de trabalhadores de saúde (BRAVO, 2001, p. 55).

Dessa forma, é importante a participação popular e as parcerias do poder público com diferentes agentes sociais, cuja concepção varia de acordo com a orientação político-ideológica dos governantes e com a cultura política de cada localidade (SOARES e GONDIM, 2002, p. 69).

Em março de 2009 aconteceu a primeira Audiência Pública do ano na Cidade de Goiás para tratar a questão da saúde, atendendo à reivindicação de moradores. O debate foi tenso e foram pontuadas pelos participantes - estiveram presentes cerca de 60 pessoas - questões relacionadas à saúde.

O Fundo Municipal de Saúde é um instrumento fundamental para que se possa ter uma gestão planejada e administrada dentro dos requisitos da lei e funciona

como uma conta específica revestida de algumas formalidades, não se configurando, portanto, como órgão de administração financeira. A sua existência propicia maior autonomia para a área de saúde na aplicação dos recursos financeiros, dando maior agilidade, flexibilidade e transparência à gestão dos mesmos. Permite, ainda, maior segurança com relação à aplicação dos recursos da saúde exclusivamente na saúde. A comprovação da existência do Fundo Municipal de Saúde se dará através da apresentação de cópia do instrumento legal que o cria e encaminhamento do extrato bancário do último mês (BRASIL, 1994a, p. 28).

De acordo com Bravo (2001, p. 58), a realização das Conferências Municipais de Saúde é outro aspecto importante na dinâmica de funcionamento dos Conselhos. Para a autora, um aspecto relevante nos Conselhos é a eleição das entidades representativas dos segmentos dos usuários, como também dos profissionais de saúde (BRAVO, 2001, p. 60).

Apesar do atraso, a gestão atual está se mobilizando para elaborar o Plano Municipal de Saúde. Este é outro desafio. Um agravante é o não funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que está pendente. E o Plano precisa ser aprovado pelo Conselho. Isso é uma preocupação presente em outros depoimentos.

O Plano Municipal de Saúde expressa a política de saúde do gestor municipal. É Plurianual e de duração equivalente ao mandato da administração municipal. Consiste na eleição de um elenco de ações e operações, com repercussão sobre a melhoria da situação de saúde da população abrangida. Para tanto, deve conter uma análise da situação da saúde atual, considerando as condições de saúde da população, os recursos de saúde disponíveis no Município, dentre outros aspectos relevantes. A partir daí, devem ser identificados, prioritariamente, os objetivos e as estratégias de ação, bem como os recursos a serem mobilizados, sejam eles recursos humanos, financeiros ou materiais. O plano deve sofrer revisões periódicas para se ajustar às mudanças ocorridas na realidade do Município. Para o processo de enquadramento, o município deve apresentar o plano de saúde atualizado, validado pelo gestor e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Para a manutenção das responsabilidades e prerrogativas referentes à condição de gestão em que se deu o enquadramento, o município deve apresentar [o Plano] a cada ano à Comissão Bipartite, até o último dia útil do mês de março. (BRASIL, 1994a, p.32).

Sobre esse aspecto, o depoimento do Secretário 1 registra que a Secretaria Municipal acompanhava a política de saúde no município por ter de cumprir e verificar os instrumentos que norteiam o funcionamento de todo o processo de gestão do setor, e isso era e é feito junto ao Conselho Municipal de Saúde como

plano aprovado pelo Conselho Municipal, que dizia quais eram os eixos sobre os quais nós devíamos trabalhar, e o acompanhamento que nós fazíamos era exatamente de tentar avançar naquelas metas, naquele plano, de modo a atingir os objetivos que tinham sido propostos. Era essa a nossa preocupação maior e, ao final de cada três meses, apresentávamos os resultados alcançados ou não alcançados ao Conselho e continuávamos o trabalho (SECRETÁRIO 1/6).

Os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde têm enfrentado dificuldades por falta de verba e de material para a área.

Você chegar no trabalho e não tem o material para trabalhar e aí a alegação é que não tem verba para comprar. [...] Chega a não ter o atendimento que ele está necessitando naquele momento, tem que voltar depois. [...] Às vezes o SUS tem funcionado mais de conversa do que de atendimento [...] A gente começa a falar, daqui e dali; às vezes a gente só enrola o paciente (TRABALHADORA 3).

De acordo com a trabalhadora 1,

atuam na política de saúde na Cidade de Goiás e região uns 80 a 90 funcionários. Dessa forma, em todas as unidades do município há assistente porque são plantões, limpeza, motoristas, técnicos, médicos, administração. Tem previsão de contratar assistente social. É um estudo já feito pelo Secretário porque a nossa tendência está sendo melhorar o hospital. (TRABALHADORA 1).

Na perspectiva do trabalhador 2, são vários os desafios para atender à demanda na saúde. O quantitativo de profissionais de outras categorias responde às necessidades dos usuários e os serviços prestados “são bons”. Os trabalhadores da área da saúde interagem

com o Conselho Municipal de Saúde através de palestras e reuniões. As necessidades/dificuldades na área identificadas no cotidiano da população usuária são as filas, poucos médicos nos hospitais e postos de saúde e poucos especialistas na área da medicina. Em todas as unidades do município há profissionais, mas, mesmo assim, a cidade é muito carente. Mesmo com essas dificuldades, o atendimento ainda é avaliado pelo entrevistado como “muito bom”.

O trabalhador precisa de perspectivas para alcançar o usuário e sanar a sua demanda.

O trabalhador

é aquele que enxerga primeiro a dificuldade a vencer, não o triunfo a alcançar. O esforço lento, pouco compensador e persistente, que, no entanto, mede todas as possibilidades de desperdício e sabe tirar o máximo proveito do insignificante, tem sentido bem nítido para ele. Seu esforço visual é naturalmente restrito. A parte maior do que o todo (HOLANDA, 1995, p. 44).

Considera-se que saúde é uma condição de vida que está relacionada às diferentes expressões da questão social.

Percebe-se que os serviços prestados na Cidade de Goiás, em especial na saúde, são precários. As mudanças ocorridas nas gestões não estão voltadas ao atendimento à população que deles se utiliza. Nessa direção, a saúde “não [é deficitária, é muito deficitária] o atendimento na área. Posso até ter boa vontade, mas eu não consigo decifrar, [entender], não é satisfatória” (USUÁRIA 2).

Manifestadas pelos usuários na saúde, [suas] necessidades [...] não têm uma existência em si e não podem ser “resolvidas” ou “solucionadas” quando manifestadas ou identificadas, ainda que possam ser contornadas nas suas manifestações aparentes. As necessidades sociais, enquanto manifestações da questão social, mais obscurecem do que revelam sua natureza (VASCONCELOS, 2011, p. 152).

Nesse quadro, torna-se fundamental que as pessoas percebam a necessidade de interação com o Conselho Municipal de Saúde. As usuárias que participaram deste estudo registraram: “Não tenho conhecimento” e que “não interagem”.

A divisão de trabalho no interior das unidades tem em vista atender às demandas postas pelos usuários dos serviços de saúde do município.

Os depoimentos qualificam as precariedades percebidas pela população acerca da saúde, ou seja, o atendimento diariamente prestado a idosos, crianças, adolescentes,

hansenianos, diabéticos e outros, o quanto tudo está relacionado às desigualdades sociais e à falta de todas as políticas. Desse modo, a questão social

condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche. As configurações assumidas pela *questão social* integram tanto determinantes históricos, objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história. Ela expressa, portanto, *uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários*, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais (IAMAMOTO, 2008, p. 156).

Contudo, este estudo nos levou a acreditar que, mais do que lutar, buscar e planejar, somos capazes de construir uma sociedade com direitos sociais, políticos, econômicos e culturais de fácil acesso, para que possamos ser protagonistas e contemporâneos da própria história. Contudo, é preciso que os profissionais sejam alimentados por atitudes investigativas e criativas de modo que sejam

ampliadas as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho nesse momento de profundas alterações na vida em sociedade. O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história (IAMAMOTO, 2005, p. 49).

Nessa mesma direção, cabe registrar que a saúde na Cidade de Goiás tem vários pontos que precisam avançar para que a população tenha realmente uma política universal de qualidade para todos.

CONSIDERAÇÕES

Este estudo representou um desafio no sentido de analisar o processo de implantação e implementação da política de saúde na Cidade de Goiás com enfoque na gestão, em especial ao considerar a produção e reprodução das relações sociais imbricadas nas lutas da classe trabalhadora. Portanto, há de se considerar que a efetivação do processo da política de saúde nesse município encontra-se permeada por contradições, conflitos e disputas; assim, longe de materializar o que foi previsto no arcabouço legal e político que orienta o Sistema Único de Saúde (SUS).

A realidade social desvelada encontra-se profundamente imbricada e articulada nas dimensões da totalidade, da mesma forma que o processo de produção e reprodução das relações sociais, inscrito num momento histórico e que tem nas expressões da questão social sua face mais perversa. Assim, a questão social resulta da relação capital – trabalho, podendo ser caracterizada uma manifestação da luta de classe, como ação dos indivíduos sociais.

O modo de produção capitalista brasileiro é a via geradora da desigualdade que lhe é intrínseca. Ela expõe a exploração do capital sobre o trabalho no fetichismo da mercadoria, no acúmulo da mais-valia, na escassez e na miséria de alguns em meio à abundância para outros. No entanto, a política e a luta de classes são elementos internos à lei do valor e à compreensão da questão social. Se sua base material é a produção e o consumo de mercadorias, o trabalho, enquanto atividade humana é repleta de subjetividade, identidade, costumes e vida.

É nesse contexto que se insere a política de saúde apreendida como política social, o que significa uma das respostas do Estado à questão social. Neste sentido, pensar a política social é pensar uma estrutura em que a produção de bens e serviços é coletiva e a apropriação de seus resultados é individual.

As políticas sociais são conquistas dos trabalhadores em defesa dos direitos sociais na condição do atendimento às necessidades básicas. Elas se constituem uma trincheira de resistência no campo das relações da produção e reprodução, pois são mecanismos de defesa e proteção da vida dos trabalhadores. Elas respondem às expressões multifacetadas da questão social, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

Como em todo o país, também na Cidade de Goiás grande parte da população vive essa realidade. Os governantes administraram a cidade a partir de interesses e os detentores do conhecimento concentram-se no viés oligárquico, particularista, na perspectiva individualista de manipulação, de desprezo, apesar de se preservar o reconhecimento histórico e as tradições.

No que se refere ao exercício da democracia por meio do controle social, existe uma desmobilização, um temor e até o cerceamento das livres expressões e manifestações sociais, éticas e políticas que se materializam no funcionamento dos espaços previstos na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990), por meio dos fóruns, conselhos, conferências, assembléias, plenárias e outros. O movimento da sociedade civil não pode se deixar cooptar. Faz-se necessário garantir autonomia e liberdade no cumprimento das atribuições regulamentadas na Resolução/CNS nº 333/2003. Essa é uma condição básica, necessária e indispensável à Cidade de Goiás.

O continua ou descontinua, a rotatividade e o descumprimento das normatizações do SUS são elementos impeditivos ao avanço da política de saúde. Outro desafio é a inexistência de concurso público e de profissionais, em especial profissionais de Serviço Social³⁷.

Conclui-se que a política de saúde no município assume configurações diversas de acordo com as influências das concepções de gestão, que às vezes são reduzidas à vontade política, à bondade/benesse, à competitividade, à contrapartida eleitoral, à politicagem, ao apadrinhamento, ao boicote, às disputas partidárias e oligárquicas, à naturalização da miséria, a um paliativo, ao mínimo social e outros.

Além desses, outros elementos concorrem para o agravamento das condições de saúde da população: o desemprego, a falta de lazer, de esporte e de atividades culturais, exceto as agendas religiosas previstas oficialmente³⁸. Há também migrantes, população adulta em situação de rua, ausência de projetos de preservação das matas ciliares dos rios e das nascentes e inexistência de saneamento básico e de pavimento asfáltico, em especial nos bairros.

³⁷ Há uma expectativa de que, com a primeira turma de Serviço Social da Universidade Federal de Goiás (UFG), essa realidade possa mudar.

³⁸ Festival Internacional de Cinema e Vídeo Ambiental (FICA), Procissão do Fogaréu e encenação da Paixão de Cristo, dentre outras.

A vida cotidiana permeada pela desigualdade na concentração de renda inclui-se nesse processo, uma vez que saúde é resultante de diversos determinantes – alimentação, habitação, educação, arte, transporte, cultura e lazer – e isso significa acesso a bens e serviços que deveriam ser garantidos por meio das políticas sociais, principalmente à população menos favorecida.

Os determinantes citados apontam retrocessos também no que se refere aos serviços de saúde, como a inexistência de maternidade no município, que faz com que as parturientes se desloquem para outros municípios do entorno ou para a capital, onde os registros de nascimentos são realizados.

O processo de consolidação do SUS implica mudanças, iniciativas políticas e financeiras. Para tanto, é necessário acompanhar as transformações sociais, econômicas, políticas e culturais do país, fortalecer as lutas populares por direitos, na superação de serviços precarizados na atenção básica, pois não existem serviços de prevenção e promoção da saúde. Outro dado preocupante é o número significativo de situações de violência, em especial a sexual, envolvendo crianças e adolescentes.

Diante do exposto, há de se invocar, de forma contundente, a sociedade vilaboense rumo à mobilização e reivindicação de direitos legalmente instituídos, legítimos e conquistados, por meio de uma agenda coletiva no sentido de contribuir com o exercício da cidadania para além dos direitos civis e políticos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel. *Serviço social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. São Paulo: Cortez, 2002.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio, CHIORO, Arthur e ZIONI, Fabíola. *Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS* In: *Gestão de serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS* - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? Ensino sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 4 ed. São Paulo: Cortez: Capinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1997.
- AUGUSTO, Cláudio. *Idéias em debate - Primeira Rodada*. In: Vera Chaia. *Gestão Municipal: descentralização e participação popular/ Adolfo Inácio Calderón, (orgs)*. São Paulo: Cortez, 2002.
- BAPTISTA, Myrian Veras. *Planejamento social: intencionalidade e instrumentação*. Veras Editora; Lisboa: São Paulo:CPIHTS, 2000. (Série livro-texto).
- BARROS, Elizabeth. *As idas e vindas do financiamento da política de saúde*. In: *A era FHC e o Governo Lula: transição*. Edição Luciana Costa. Denise Rocha e Maristela Bernardo (org). Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.
- BEHRING Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez 2008. (Biblioteca básica de Serviço Social).
- BENEVIDES, Maria Victoria. *Questão social no Brasil. Os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais*. Disponível em www.hottopos.com/vdletras/3/vitoria.htm. Acessado em 05/08/2008.
- BERETTA, Regina Célia de Souza e MARTINS, Lília C. O. *Estado, municipalização e gestão municipal*. In: *Serviço Social e Sociedade*. nº 77. São Paulo: Cortez Editora, 2004.
- BERING, Elaine Rossetti. SANTOS, Silvana Mara Morais dos. *Questão social e direitos*. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. v. 1. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BLAJ, Ilana. Sérgio Buarque de Holanda: historiador da cultura material. In: *Sergio Buarque de Holanda e o Brasil*. Antônio Candido (org.). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1998.
- BOSCHETTI, Ivanete. *A política da seguridade social no Brasil*. In: *serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. – Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.
- _____. *Política Social no capitalismo tardio: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *Seguridade social pública ainda é possível*. In: Revista Inscrita. Ano VII, nº X, novembro de 2007. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília.

_____. *Seguridade social e trabalho: paradoxo na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil* – Brasília: Letras Livres, Editora Unb, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. “Avançado para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município” (Manual). Ministério da Saúde. 1994a, Brasília - DF.

_____. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 1994b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde / 2ª ed.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde – (LOS).

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais números 1/1992 a 39/2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. – Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. *A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos*. Serviço social e Sociedade, São Paulo, nº 102, p. 5 – 21, abr./jun. 2010.

_____. *As políticas brasileiras de seguridade social*. In: Capacitação em serviço social e política social: Módulo 3: Política Social . Brasília: Unb, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

_____. *Serviço Social e Saúde: desafios atuais*. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e desafios. Ano VII, nº 13, (janeiro/ junho 2007). São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

_____. *Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos*. In: *Política social e democracia*/Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneide Pereira Pereira (orgs) - São Paulo: Cortez; Rio de Jan.: UERJ, 2001.

_____. *Serviço social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez / UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. *Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate*. In: Saúde e Serviço Social 4ª ed. – São Paulo Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CAMPOS, F. Itami. *Serviço de higiene, origem da saúde pública em Goiás*. In: Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás / Lena Castello Branco Ferreira de Freitas (orgs). Goiânia: ed. da UFG, 1999.

_____. *A política tradicional: 1930 a 1960*. In: Goiás sociedade e Estado/ Dalva Borges Souza. Org Goiânia: Editora, Cãnone, 2009b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública*. São Paulo Cortez. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 87. 2006.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde*. Brasília, 2010.

CHAUL, Nasr N. Fayad. *A construção de Goiânia e a transferência da capital*. Coleção Documentos Goianos nº 17-Universidade Federal de Goiás. Goiânia – 1985.

CONH, Amélia. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços* / Amélia Conh, Paulo Eduardo M. Elias. – 3ª ed. revista e ampliada São Paulo: Cortez : CEDEC, 1999a.

_____. *O público e o privado na saúde: O PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999b.

CORALINA, Cora. *Aninha e suas pedras*. Out., 1981. Disponível em: www.paralerepensar.com.br/coracoralina.htm Acessado em 16/10/2011

CORREIA, Maria Valéria Costa. *A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira*. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e desafios. Ano VII, nº 13, (janeiro/ junho 2007). São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

COUTINHO, Carlos Nelson. *Intervenções: o marxismo na batalha das idéias*. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. *Notas Sobre Cidadania e Modernidade*. In: Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social. Vol. 1 n. 8 de Janeiro: UFRJ de 1997b. de Política e Teoria Social. v. I nº I primeiro semestre de 1997. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Programa de pós – Graduação da Escola de Serviço Social – PPGESS. Idem, 1997.

_____. *O Estruturalismo e a Miséria da Razão*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1972.

Dicionário do Pensamento marxista. Rio de Janeiro: ed. Jorge Zahar, 2001.

ENGELS, Friedrich. *Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem*. In: Textos. v. I, edições sociais. São Paulo, 1977.

FAVARO, Tereza Cristina Pires. *O controle social no Sistema Único de Saúde: a experiência de Goiânia – em duas gestões (1988 a 1996)*. Dissertação (Mestrado) – Goiânia, 2009.

FILHO, Luiz do Couto. *Meu Rio Vermelho querido*. O jornal “Cidade de Goiás”. Ano II, n° 16, set., Cidade de Goiás, 1986.

FLEURY, Sônia. *A seguridade social inconclusa*. In A era FHC e o Governo Lula: transição. Edição Luciana Costa; (orgs). Denise Rocha e Maristela Bernardo Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.

FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira. *Goiânia: locus privilegiado da saúde* In: Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás. Lena Castello Branco Ferreira de Freitas (org). Goiânia: Ed. da UFG, 1999.

HARVEY David. *A Condição Pós-Moderna: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural*. São Paulo, Loyola, 2001.

HOLANDA, Sergio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTTO, Marilda Villela. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 3ª ed. São Paulo: Cortez. 2008.

_____. *O Serviço na cena contemporânea. In serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. – Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

_____. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*.- 8ª ed. – São Paulo, Cortez, 2005.

_____. *Transformações Societárias, alterações no “mundo do trabalho” e Serviço Social*. In: Questão Social e Serviço Social. Ser Social. Revista semestral do Programa de Pós – Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB, número 6, janeiro a junho de 2000.

IANNI, Octavio. *Classe e Nação*. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. *Capitalismo, violência e terrorismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

IBGE. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE GOIÁS / Secretaria de Planejamento e Coordenação /Superintendência de Estatística, Pesquisa e Informação / departamento de Estatístico. Ano 1989 – Goiânia.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*; tradução de Cecília Neves e Alderico Toríbo. 2 ed. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1976.

LAUREL, Asa Cristina. *Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo*. In: Estado e políticas sociais no liberalismo/Asa Cristina Laurell (org); revisão técnica de Amélia Conh; tradução de Rodrigo Leon Contrera, 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARX Karl. *Introdução à Crítica da Economia Política*. In *Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos*. 5ª ed. São Paulo: Nova Cultura, 1991.

_____. *A origem do Capital (acumulação primitiva)*. 3ª ed. Global editora e distribuidora, São Paulo, 1979.

_____. *Contribuição à crítica da economia política*. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 3ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. *Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos*. 2ª ed. São Paulo 1978.

_____. *A ideologia alemã*. Tradução Luís Cláudio de Castro e Costa. 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 2007.

MASSON, Fátima de Maria. *A “terceira via” na reforma da saúde pública brasileira*. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e desafios. Ano VII nº 13, (jan./jun. 2007. São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

MEDICI, André Cezar. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MENDES, Jussara Maria Rosa e WUSNSCH, Dolores. *O Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda*. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº107, p. 461 – 481, julho/setembro 2011.

MÈSÀROS, ISTVÁN. *Filosofia, Ideologia e Ciência Social. Ensaio de negação e afirmação*. São Paulo: 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 4ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASC, 1996.

MONNERAT, Giselle Lavinias, SENNA, Mônica de C. M. e SOUZA. *Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família*. In: saúde e serviço social? Maria Inês Souza Bravo... [et al.], (org.). 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

MIGUEL, Walderez Loureiro. *O serviço social e a promoção do homem: um estudo de ideologia*. 4ª ed. Goiânia: ed.da UCG, 2005.

MOYSÉS, Aristides. *Goiânia: metrópole não planejada*. Goiânia: Ed. da UCG, 2004.

MORAES, Cristina de Cássia Pereira de. *O Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara e os trabalhadores na cidade de Goiás – 1830-1860*. In: Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás Lena Castello Branco Ferreira de Freitas (org). Goiânia: ed. da UFG, 1999.

MOTA, Ana Elizabete. E. *Trocando em miúdos: Seguridade social*. In: Revista Serviço Social e Sociedade. nº 50. Ano XVII. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

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

MONNERAT Giselle Lavinias, SENNA, Mônica de Castro Maia e SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In Saúde e serviço social. Maria Inês Souza Bravo... (orgs). - São Paulo: Cortez e Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

NASCIMENTO, Sueli do. *Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas*. Serviço Social, São Paulo, nº101, p. 95-120, janeiro/março 2010.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e serviço social*. 4ª ed. - São Paulo, Cortez, 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *Problemas de gestão e regulação do trabalho do SUS*. In: Revista Serviço Social e Sociedade. nº 87. Ano XXV. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

PAIVA, Beatriz Augusto. *Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão*. In: Capacitação em serviço social e política social: Módulo 4. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

PALACIN, Luís / MORAES, Maria Augusta Sant'Anna. *Historia de Goiás*. ed. 4ª. Goiânia: Ed. UCG, 1986.

PEREIRA, Potyara. A. P. *A Política Social no Contexto da Seguridade e do Welfare State: particularidade da assistência social*. São Paulo, Cortez. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 56. 1998.

_____. *Estado, sociedade e esfera pública*. In: serviço social: direitos sociais e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

_____. *Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina*. In: Boschetti, et al. Capitalismo em crise: política social e direitos: São Paulo: Cortez, 2010.

_____. *Política Social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREZ, José Roberto Rus. *Avaliação do processo de implementação: Algumas questões metodológicas* In: *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*/Elizabeth Melo Rico (org.). 3ª ed.- São Paulo: Cortez: Instituto de estudos Especiais, 2001.

QUITANEIRO, Tânia. *Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber* / Tânia Quintaneiro, Maria Ligia de Oliveira Barbosa, Márcia Gardênia de Oliveira. 2ª ed. Ver. amp. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera Pública e Conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. 3ª ed. – São Paulo, Cortez, 2005.

SALLES, Gilka Vasconcelos Ferreira. *Saúde e doenças em Goiás*. In: Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás. (org).. Lena Castello Branco Ferreira de Freitas. Goiânia: ed. da UFG, 1999.

SARUÊ, Roberto Israel Eisemberg. *Superando os caos: descentralização e participação*. In: *Gestão municipal: descentralização e participação popular*. São Paulo: Cortez, 2002.

SERRA, Rose Mary Sousa. *A questão social hoje*. In: Ser Social. Revista semestral do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB. n.º 06, jan./jun. de 2000.

SILVA, Ademir Alves da. *As relações Estado – sociedade e as formas de regulação social*. In: Capacitação em serviço social e política social: Módulo 2: Brasília: Unb, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 1999.

_____. *A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado*. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, Maysia Alves da e LANA, Francisco Carlos Felix. *A Institucionalização dos Conselhos de Saúde*. In: Estudos: Revista da Universidade Católica de Goiás. v. 1, n.º 1 Goiânia: Ed. da UCG, 1973.

SILVA, Neimy Batista da. *Dificuldades e Avanços na Implantação SUS em Goiânia – Goiás período 1997 a 2004*. Dissertação (Mestrado) em políticas públicas, UnB – Brasília - DF, 2008.

SIMIONATTO, Ivete. *Caminhos e descaminhos da política de saúde*. In: Revista Inscrita. Ano I n.º I, novembro de 1997. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília.

_____. *Reforma do Estado abre caminho para o mercado*. In: Revista Inscrita. Ano II, n.º IV, maio de 1999. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília.

SINGER, Paul. *Desafios com que se defrontam as grandes cidades*. In: Os desafios da grande gestão municipal democrática/José Arlindo Soares, Silvio Caccia Bava-organizadores, - 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, José Arlindo e GONDIM, Linda. *Novos Modelos de gestão: lições que vem do poder local*. In: Os desafios da grande gestão municipal democrática/José Arlindo Soares, Silvio Caccia Bava (orgs). - 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOUZA, Cibeli de. *Retrospectiva histórica de Goiás: da Colônia a atualidade*. Editora, Livraria Cultura Goiana, 1996.

SOUZA, Rosimary Gonçalves de, MONNERAT Giselle Lavinas e SENNA, Mônica de Castro Maia. *Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde*. In Política social e democracia. Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira (orgs). - São Paulo: Cortez e Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

STEIN, Rosa Helena. *A (nova) questão social e as estratégias para seu enfrentamento*. In Ser Social. Revista semestral do Programa de Pós-graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB. n.º 06 jan./jun. de 2000.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo. Cortez: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *Sistema Único de Saúde, profissões de saúde e formação*. In: In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-

ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e desafios. Ano VII nº 13, jan./jun. 2007. São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

_____. *A prática do Serviço Social : cotidiano, formação e alternativas na área de saúde*. 7ª ed. São Paulo: Córtext, 2011.

VIANA, Maria José de Faria. *A Assistência Social no Contexto do Pluralismo de Bem Estar – Prevalência da provisão plural ou Mista, Porém não Pública*. Tese (Doutorado) Brasília, 2007.

VIEIRA, Evaldo. *Os direitos e a política social* -2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. *Prefacio*. In: *Gestão Municipal: descentralização e participação popular*. Adolfo Inácio Calderón, Vera Chaia. (org). São Paulo: Cortez, 2002.

YAZBEK, Maria Carmelita. *Globalização, Precarização das Relações de Trabalho e Seguridade Social*. São Paulo, Cortez. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* nº 56. 1998.

_____. *Classes subalternas e assistência social* 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996

ANEXOS

ANEXO 01

POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS: UM ESTUDO SOBRE GESTÃO MUNICIPAL - 1988 a 2010 Roteiro de Entrevista – Assistente Social

1. Identificação:
 - 1.1. Nome:
 - 1.2. Idade:
 - 1.3. Em que ano concluiu sua graduação? Fez alguma pós-graduação?
 - 1.4. Mora nesse município?
 - 1.5. Trabalha só aqui ou em outro local? Onde?
 - 1.6. Estado civil () Casado () Solteiro () Outro. Qual?
2. Em que unidade de saúde você trabalha? Há quanto tempo? Já trabalhou em outra Unidade?
3. Há assistente social em todas as unidades do município? Quantas por unidade?
4. Quais as principais demandas para a saúde que você identifica no cotidiano da população usuária neste município? E para o Serviço Social?
5. Essa demanda é atendida? Como? De onde vêm os recursos para o atendimento?
6. Os usuários têm tido um bom acesso aos planos, programas, projetos e serviços na política de saúde?
7. Há diferenças no atendimento ao público na gestão atual e nas anteriores? Quais?
8. Você tem horário regular de trabalho (30h semanais)? Em que atividades? E as demais assistentes sociais?
9. Como registra sua atuação profissional? Como e em que são utilizados esses registros?
10. O número de assistentes sociais responde às necessidades das unidades?
11. O assistente social atua de forma interdisciplinar? Como? Que profissionais participam nesta unidade?
12. O que é saúde, para você?
13. O município tem Conselho Municipal de Saúde?
14. O Conselho conta com a participação da sociedade civil? E do assistente social?
15. Quem é o gestor atual do Conselho?
16. A Secretaria Municipal acompanha o trabalho do Conselho de Saúde neste município e vice-versa?
17. O Serviço Social interage com o Conselho de Saúde? Como?
18. Como você avalia o Serviço Social tendo em vista os interesses e necessidades dos usuários?
19. Quais os principais desafios enfrentados pelo Serviço Social na Política Pública de Saúde neste município? Como o Serviço Social responde a eles?
20. Você sabe informar quantos assistentes sociais já atuaram na política de saúde no município desde 1988?
21. Como são contratados os assistentes sociais? Prestadores de serviços? Efetivos?
22. Como você caracteriza os serviços prestados pela gestão no seu município?
23. O que você tem feito ou fez na gestão da política de saúde neste município, principalmente nos assentamentos?
24. Gostaria de fazer mais alguma observação sobre a gestão da Política Municipal de Saúde no município de Goiás?

ANEXO 02

POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS: UM ESTUDO SOBRE GESTÃO MUNICIPAL - 1988 a 2010

Roteiro de Entrevista – Gestores

1. Qual o seu nome?
2. Qual é a sua formação?
3. Trabalha em outro município?
4. Estado civil. () Casado (a) () Solteiro (a)
5. Quando ocorreu a municipalização da política pública de saúde em seu município?
6. Foram encontrados desafios na implantação da municipalização da Política Pública de Saúde? Quais unidades de saúde existem em seu município? Quem as administra? Todas estão em funcionamento?
7. O que você faz ou fez na gestão da Saúde Pública em seu município?
8. Qual o tempo de mandato? Há condição de mais de um gestor de saúde por mandato?
9. A sua gestão fez/faz alguma alteração no quadro da saúde? Qual? Por quê?
10. Que Planos, Programas, Projetos e Serviços foram realizados durante sua gestão?
11. Que ações inovadoras foram realizadas na sua gestão?
12. A Secretaria de Saúde utilizou-se de contratos, convênios, parcerias durante sua gestão?
13. Na sua gestão você encaminhou para algum Conselho ou à Câmara Municipal e ao Ministério da Saúde correspondente o Plano de Gestão e o relatório anual relativo à execução da política de saúde?
14. Como era analisada a política de saúde pelos trabalhadores e usuários?
15. Como está organizada a Política Pública de Saúde no município? (Existe Conselho Municipal de Saúde? Como funciona?) Como ocorreu à participação da sociedade civil nesse processo?
16. Como se dá o acompanhamento da política de saúde no município pela Secretaria Municipal de Saúde?
17. Como se dava a relação com os usuários da política de saúde na zona rural e nos assentamentos?
18. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município realizava-se pelos eixos da gestão, financiamento e controle social? Como está esse processo aqui no município?
19. Como se dava a relação da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Goiás com a Secretaria Estadual de Saúde e com a Secretaria Municipal de Goiânia?

ANEXO 03

POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS: UM ESTUDO SOBRE GESTÃO MUNICIPAL - 1988 a 2010

Roteiro de entrevista – Usuários

1. Qual o seu nome?
2. Qual a sua idade?
3. Qual é a sua formação?
4. Utiliza-se do atendimento de saúde em outro município? Por que?
5. Estado civil () Casado (a) () Solteiro (a)
6. Durante todas as gestões, como tem visto o acesso dos usuários em relação à política de saúde, de 1988 até os dias atuais?
7. Como tem sido o atendimento no interior das unidades tendo em vista atender à demandas postas pelos usuários dos serviços de saúde no município?
8. Você e os demais usuários têm tido um fácil acesso aos atendimentos na área da saúde em qualquer horário e local?
9. O número de profissionais nos atendimentos atende às necessidades dos usuários? Como é feito esse atendimento?
10. O que é saúde para você?
11. Como você caracteriza e avalia os serviços prestados pela gestão no seu município?
12. Toda a sociedade interage com o Conselho Municipal de Saúde? Como?
13. Quais as necessidades de saúde que você identifica no cotidiano da população usuária de saúde neste município?
14. Como você avalia o atendimento de todos os profissionais/trabalhadores tendo em vista os interesses e necessidades dos usuários?
15. Como são os atendimentos desenvolvidos na saúde aqui em Goiás e com os usuários da zona rural e dos assentamentos, desde 1988?
16. Quais os principais desafios, dificuldades e avanços encontrados por todos os usuários da política de saúde no município?
17. O que se tem feito para o enfrentamento desses desafios?
18. Você sabe informar quantos usuários são atendidos por dia nas unidades de saúde?

ANEXO 04

POLÍTICA DE SAÚDE NA CIDADE DE GOIÁS: UM ESTUDO SOBRE GESTÃO MUNICIPAL - 1988 a 2010

Roteiro de entrevista – Trabalhadores

1. Qual o seu nome?
2. Qual a sua idade?
3. Qual é a sua formação?
4. Trabalha em outro município?
5. Estado civil () Casado (o) () Solteiro (a)
6. Durante todas as gestões os usuários têm tido um bom acesso em relação à política de saúde ?
7. Como tem sido a divisão de trabalho no interior das unidades tendo em vista atender a demanda posta pelos usuários dos serviços de saúde no município?
8. Você e os demais profissionais têm horário regular de trabalho?
9. Como registra sua prática? E qual a finalidade desses registros?
10. O número de profissionais de outras categorias responde às necessidades dos usuários?
11. Os trabalhadores atuam de forma interdisciplinar? Como? Que profissionais estão presentes?
12. O que é saúde para você?
13. Como você caracteriza e avalia os serviços prestados pela gestão no seu município?
14. Todos os trabalhadores da área da saúde interagem com o Conselho Municipal de Saúde? Como?
15. Quais as necessidades de saúde que você identifica no cotidiano da população usuária neste município?
16. Como você avalia o atendimento de todos os profissionais/trabalhadores tendo em vista os interesses e necessidades dos usuários?
17. São observados, na sua atuação, os documentos que norteiam a política de saúde?
18. Quais as principais atividades e atendimentos desenvolvidos na saúde aqui em Goiás e nas áreas de atendimento com os usuários da zona rural e dos assentamentos, desde 1988 até os dias atuais?
19. Quais os principais desafios encontrados por todos os trabalhadores e usuários da política de saúde no município?
20. O que os trabalhadores/profissionais têm feito para o enfrentamento desses desafios?
21. Você sabe informar quantos. já atuaram na Política Pública de Saúde no município?
22. Existem profissionais/trabalhadores? E efetivos? Quantos?

ANEXO 05

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PÓS-GRADUAÇÃO *STRITUS SENSU* MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO DE
PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

Você está sendo convidada (o) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode entrar em contato com a pesquisadora por meio do telefone (62) 3206-4626 – 9304-4863.

Informações sobre a Pesquisa:

Título: “A Gestão da Política Pública de Saúde no Município da Cidade de Goiás –1988 a 2010”.

Professora Orientadora: Profa. Dra. Eleusa Bilemjian Ribeiro - CRESS nº 0032.

Pesquisadora Responsável: Maria Ciurinha Pereira dos Santos - CRESS nº. 3490

E-mail: ciurinha@yahoo.com.br

O estudo será uma pesquisa parametrada por pressupostos ideopolíticos, bem como recorrente à teoria social de Marx. Será realizada em todas as unidades de saúde no município Cidade de Goiás. A escolha destes teve como critério de seleção a região onde estão localizados. A duração da coleta de dados será de dois meses. Esta terá uma duração média de noventa minutos cada. As atividades da pesquisa não comprometerão nenhuma atividade realizada pelo (a) profissional.

Esclareço ainda que se o (a) senhor (a) concordar em participar deste estudo comprometo-me a respeitar todos os seus direitos, como:

- Não causar nenhum risco ou prejuízo para sua vida;
- Assegurar sua liberdade de participar ou deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo;
- Retirar o consentimento a qualquer tempo, sem que isto traga qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento prestado;
- Assegurar que os resultados desta pesquisa serão publicados para fins exclusivamente científicos;
- Manter sigilo absoluto dos seus dados pessoais;
- Assegurar seu direito em solicitar esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento.

Nome da pesquisadora: Maria Ciurinha Pereira dos Santos

Assinatura da pesquisadora: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu _____, RG nº _____
 CPF nº _____, CRESS 19ª Região nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “A Gestão da Política Pública de Saúde no Município da Cidade de Goiás – período 1988 a 2010”. como sujeito (a) da pesquisa. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Maria Ciurinha Pereira dos Santos sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga nenhum prejuízo para mim.

Sei também que, caso os resultados deste trabalho sejam divulgados, o meu nome e serão mantidos em sigilo e as informações que fornecerei só serão utilizadas para fins de pesquisa.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Hora de término: _____

Goiás, / /

 Assinatura do entrevistador

 Rubrica da (o) Entrevistada (o)

ANEXO 06



 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6. USF Colônia de Uvã (Área rural com referência na USF Dr. Tasso de Camargo):

Colônia de Uvã (Distrito), São Carlos I, São Carlos II, São Carlos III, São Carlos IV, P.A. Varjão, Rancho do Índio, Buriti Queimado, Fazenda Goiânia, P.A. Novo Horizonte, Agapto, Laginha, Água Fria, Fazenda Uvã, P.A. Bom Sucesso.

Agentes Comunitários de Saúde: Cleone, Divina Dark, Eva, Aparecida, Junair, Benedito, Mauro e Luciano.

7. USF Odilon Santana de Camargo (Stª Bárbara):

Alto Santana, Santa Bárbara, Padre Arnaldo, Vila Lyons, Centro (parte ACS – Maria de Lourdes), Rio da Prata, Vila Romana, Carioca, Carmo, Vila Baumann.

Agentes Comunitários de Saúde: Dalva Jubé, Edmaura, Maria de Lourdes, Romilda e Silvia.

8. USF Águas de São João (Área rural com referência na USF Odilon Santana de Camargo):

Águas de São João (Distrito), Acampamento Boa Esperança, P.A. Baratina I, P.A. Baratinha II, P.A. Vila Boa, P.A. Engenho Velho, P.A. Holanda, P.A. São João do Bugre, Fazenda Coqueiro I, Fazenda Coqueiro II, Fazenda Estação (parte), Fazenda Estiva, Fazenda José Alves, Fazenda Maia ou Grama, Fazenda Muquém (parte), Fazenda Catita, Fazenda Lua Bonita, Fazenda Bugre, Fazenda Boa Esperança, Fazenda Tamboril, Fazenda São José do Ferreirinho, Fazenda Desengano, Fazenda Brasil, Fazenda Monjolinho, Fazenda Leticia, Fazenda São Domingos, Fazenda Itália, Fazenda Europa, Fazenda Vale da Princesa.

Agentes Comunitários de Saúde: Alcione, Dinair, Gernival, José Wilson, Suely Caetano, Teresinha e Wilma.

 Emmanuel Kruger Malheiro Borges
 Coordenador de Ações Básicas
