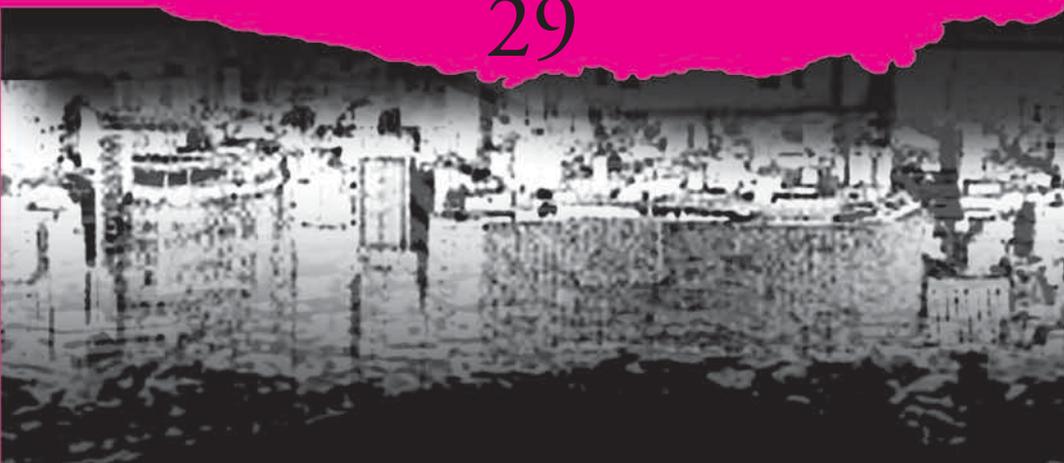




OBSERVATÓRIO DOS DIREITOS DO CIDADÃO

acompanhamento e análise das políticas  
públicas da cidade de São Paulo

29



# Saúde

controle social e  
política pública

Instituto Pólis / PUC-SP

# Observatório dos Direitos do Cidadão

acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de  
São Paulo

---

29

---

## Saúde

controle social e política pública

---

---

Agosto, 2007

Instituto Pólis/PUC-SP



# Apresentação

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** é um instrumento para o exercício da cidadania. Seu objetivo é acompanhar e analisar a evolução das políticas públicas na cidade de São Paulo e tornar público o resultado de seu trabalho.

A existência de instâncias de participação na gestão municipal é uma conquista da sociedade que se mobilizou para criá-los e um avanço de governantes empenhados na construção de uma nova forma democrática de governar. Entretanto, sua transformação em efetivos órgãos de decisão colegiada ainda está em construção, e a divulgação de informações e análises sobre as políticas da cidade podem contribuir para esse processo.

Com base nesse diagnóstico e reconhecendo a importância destes Conselhos e demais mecanismos de participação para orientar o gasto público e as políticas específicas, segundo as prioridades determinadas pelas comunidades, o Instituto Pólis e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo decidiram unir esforços e criaram o **Observatório dos Direitos do Cidadão**.

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** faz o acompanhamento da execução orçamentária do município e das políticas de educação, saúde, moradia, assistência social e defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Seus relatórios periódicos são públicos e existem programas especiais de capacitação para as lideranças comunitárias que atuam nos espaços públicos de participação.

O trabalho do **Observatório dos Direitos do Cidadão** é coordenado pelo Instituto Pólis e pelo Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP e conta com a indispensável parceria dos núcleos de estudo e pesquisa do Programa de Pós-Graduação da PUC-SP

das áreas de Serviço Social e Educação: Seguridade e Assistência Social; Criança e o Adolescente; Movimentos Sociais; Saúde e Sociedade; Currículo, Estado, Sociedade.

Igualmente importante é a parceria estabelecida com a Central de Movimentos Populares (CMP), a União dos Movimentos de Moradia (UMM), a União dos Movimentos Populares de Saúde (UMPS) e o Fórum Municipal da Assistência Social (FMAS). Essas organizações compõem, junto com o Pólis e o IEE, o **Colégio de Gestão do Observatório dos Direitos do Cidadão**, instância que tem por objetivo articular o desenvolvimento do projeto com as demandas das lutas sociais, refletindo-se na pauta das publicações.

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** conta com o apoio da Fundação Ford e se beneficia também do apoio da EED e da Novib ao Instituto Pólis. A OXFAM contribui para este projeto no que diz respeito à análise e ao monitoramento do orçamento público.

Através do **Observatório dos Direitos do Cidadão** colocamos à disposição da sociedade paulistana, especialmente de suas representações coletivas e comunitárias, informações e análises que visam colaborar para uma atuação mais efetiva e propositiva de suas lideranças na construção de um governo democrático e de uma vida melhor.

Essa sexta série de Cadernos tem como foco as políticas sociais nos dois primeiros anos da Gestão José Serra/Gilberto Kassab e a atuação dos conselhos municipais. O presente caderno, que faz considerações sobre a política de saúde, discute a co-relação entre a produção da política e ação do conselho de direitos, aportando elementos para a reflexão crítica sobre a participação cidadã nos espaços de deliberação das políticas públicas.



Instituto**Pólis**



Instituto de Estudos Especiais  
da PUC/SP

Jorge Kayano  
Luciana Tatagiba  
Ana Claudia Chaves Teixeira

## CATALOGAÇÃO NA FONTE

---

Kayano, Jorge.

Saúde: controle social e política pública / [Jorge Kayano, Ana Cláudia Chaves Teixeira, Luciana Tatagiba]. – São Paulo: Instituto Pólis, 2007. 120p. – (Série Observatório dos direitos do cidadão. Acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo; 29)

1. Saúde pública – São Paulo (SP). 2. Política de saúde – São Paulo (SP). 3. Políticas públicas – São Paulo (SP). I. Teixeira, Ana Cláudia Chaves. II. Tatagiba, Luciana. III. Instituto Pólis. II. Título.

CDU 614(816.11)

---

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Carlos José Quinteiro CRB8 5538

### SÉRIE OBSERVATÓRIO DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Coordenação da série: Anna Luisa Salles Souto e Rosângela Paz

Equipe: Agnaldo dos Santos e Thiago Tadeu da Rocha

Coordenação editorial: Iara Rolnik Xavier

Revisão de texto: Paola Gambarotto e Bruno Gambarotto

Diagramação: Sílvia Amstalden

Fotolito e impressão: Maxprint Editora e Gráfica Ltda.

# Sumário

<b>A Política Municipal de Saúde 2005 – 2006</b>	<b>9</b>
1. Introdução	11
2. O início do governo: esvaziamento das subprefeituras	13
3. A situação de Saúde em São Paulo	26
4. A rede de Saúde em São Paulo	31
5. Perspectivas para 2007 – ano da implementação do Pacto pela Saúde	46
6. Comentários finais	50
Referências bibliográficas	54
Notas	55
<b>O papel do CMS na política de Saúde em São Paulo</b>	<b>59</b>
1. Introdução	61
2. Desenho institucional: competências e dinâmica de funcionamento	70
3. Ampliando a perspectiva: a trajetória do CMS	74
4. O CMS e a produção de decisões: uma análise das resoluções	86
5. Em foco a 7ª e 8ª gestões do CMS (2005-2006)	95
Conclusão	112
Referências bibliográficas	114
Notas	117



# A Política Municipal de Saúde 2005 – 2006

Jorge Kayano<sup>1</sup>



# 1. Introdução

Este texto procura realizar um balanço da atuação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nos dois primeiros anos da gestão Serra/Kassab em São Paulo. Posto que a secretária de Saúde, Dra. Maria Aparecida Orsini de Carvalho Fernandes, assumiu o cargo apenas em outubro de 2006, esta análise apresenta-se preocupada principalmente com o período coberto pelos dois primeiros secretários, nomeados pelo então prefeito José Serra.

O estudo também pretende dar continuidade ao balanço da política de Saúde desenvolvida no município de São Paulo, apresentado em cadernos anteriores do *Observatório*: o de número 3, que cobriu o período 1989-2000, das gestões Luiza Erundina, Paulo Maluf e Celso Pitta; e o de número 19, que analisou os três primeiros anos da gestão Marta Suplicy.

O *Caderno 19* apresentou de forma bastante didática as importantes medidas adotadas para o “retorno da maior cidade do país ao SUS”, com a habilitação do município à gestão plena, a municipalização da rede estadual de atenção básica, a descentralização, a implantação do PSF, etc. E ao mesmo tempo, listou um conjunto de desafios a serem enfrentados no último ano da gestão, como o recurso às “entidades parceiras” na ativação de serviços, a relação da Secretaria de Saúde com as recém-criadas Coordenadorias de Saúde das subprefeituras, a gestão da rede hospitalar e de atendimento de urgências pelas cinco autarquias, o desafio da gestão metropolitana e da relação com o governo estadual, etc.

Antecipando desde já algumas conclusões, pode-se dizer que o prefeito José Serra minimizou alguns destes desafios ao esvaziar – ao arrepio da lei que criou as subprefeituras – algumas de suas atribuições; acabou tornando menores outros desafios ao tomar

medidas bastante polêmicas, como a implantação da Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e a aprovação da Lei das Organizações Sociais (OS); e tenta responder, agora na condição de governador eleito no primeiro turno,, como espera minimizar os possíveis conflitos no encaminhamento de uma política metropolitana de Saúde.

A secretária que assumiu em 2006 foi diretora do Departamento Nacional de Auditoria do SUS de 1999 a 2002, quando Serra era ministro, e estava coordenando o Programa Mãe Paulistana; sua escolha teve, portanto, forte influência do ex-ministro, agora governador. Projeta então uma estreita integração entre a Secretaria Estadual de Saúde e a da capital, para responder às enormes expectativas suscitadas pelas duas campanhas eleitorais do ex-ministro – primeiro para a prefeitura da capital, e depois para o governo do Estado<sup>2</sup>.

A magnitude dos problemas desta megacidade de 11 milhões de habitantes justificaria plenamente esta conjugação de esforços, como base para a necessária articulação e diálogo com os gestores da Saúde dos demais municípios metropolitanos. O grande desafio para 2007 é a construção – com participação ativa dos conselhos estadual e municipais de Saúde – de um plano metropolitano de Saúde, tendo como referência comum a implementação do Pacto pela Saúde<sup>3</sup>, tanto no Estado de São Paulo como na capital.

## 2. O início do governo: esvaziamento das subprefeituras

As primeiras medidas do prefeito em 2005, voltadas para as subprefeituras, repercutiram na organização da SMS. As subprefeituras perdem as Coordenadorias de Educação, que retornam para a pasta setorial reduzidas de 31 para treze, e as de Saúde, reduzidas para cinco.

A criação de cinco Coordenadorias Regionais de Saúde subordinadas à SMS, procurando coincidir com as áreas de abrangência das cinco autarquias hospitalares, teve como justificativa a redução das estruturas-meio e a maior integração entre a rede básica e a hospitalar. Mas, percebe-se que esta integração – essencial e benéfica para melhorar o atendimento – não acontece apenas em decorrência de um ato administrativo, como de fato continua sendo um problema não resolvido. Além disso, a liminar do Tribunal de Justiça suspendendo o processo eleitoral para os Conselhos de Representantes das Subprefeituras<sup>4</sup> e a desativação do Orçamento Participativo acabaram esvaziando ainda mais o papel das subprefeituras, de promover a integração e articulação territorializada (adequada à realidade específica de cada subprefeitura) das diferentes políticas urbanas e sociais, com a participação da população. Na área da Saúde, estas medidas do governo se refletem na descontinuidade de várias iniciativas, ainda que incipientes, no campo da promoção e prevenção.

As críticas da nova administração em relação à experiência de Orçamento Participativo do governo Marta Suplicy aparecem de forma contundente no veto integral ao Projeto de Lei que criava o Conselho do Orçamento Participativo, aprovado pela Câmara

em maio de 2005<sup>5</sup>. É importante anotar que, logo após o veto, não ocorreram contestações de autoridades ligadas à administração da prefeita Marta Suplicy. Pode-se admitir que a existência de críticas semelhantes entre os participantes das plenárias do OP, e mesmo entre os membros do Conselho do OP, aliado à evidente dificuldade de efetivação de mecanismos massivos de participação em uma megacidade como São Paulo, refletiram-se na fraca resistência às medidas desmobilizadoras adotadas.

## 2.1. O início da administração José Serra na Saúde

O primeiro secretário da Saúde foi Cláudio Luiz Lottemberg, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.

É interessante notar que de início, o prefeito José Serra aproveitou no primeiro escalão de seu governo quatro médicos apontados como fortes candidatos para a pasta da Saúde, em outras áreas. Entre os seus correligionários, o deputado Walter Feldman assumiu a Coordenação das subprefeituras. O vereador Gilberto Natalini foi para a nova Secretaria de Participação e Parceria. O deputado José Aristodemo Pinotti, do PFL, foi indicado para a Educação, enquanto Eduardo Jorge, filiado ao PV depois de sair do PT, ex-secretário de Saúde das prefeitas Luiza Erundina e Marta Suplicy, assumiu a secretaria do Verde e Meio Ambiente. Com estas escolhas, o prefeito estaria sinalizando que, como ex-ministro da Saúde, não queria alguém nesta área que pudesse ensaiar um “vôo próprio”.

Com um claro perfil técnico, caberia ao Dr. Lottemberg a tarefa de implementar na área da Saúde um projeto definido pelo

prefeito José Serra. E aproveitar a sua experiência para incrementar as parcerias com a iniciativa privada – entendidas como contribuições para viabilizar investimentos na recuperação e ampliação dos serviços municipais, já que o caixa da Prefeitura estaria fragilizado – e cumprir outras funções de interesse da administração, como a contratação terceirizada de pessoal.

Vale lembrar a trajetória seguida pelo Hospital Albert Einstein em direção à parceria com o setor público, no período em que o Dr. Lottemberg era o presidente desse hospital. O Hospital Albert Einstein foi apontado como um dos quatro maiores centros de excelência do país<sup>6</sup>. Por meio do Instituto de Responsabilidade Social, o hospital atuava na favela Paraisópolis “oferecendo assistência integral gratuita em Saúde para 10 mil crianças carentes e uma série de outros benefícios para toda a comunidade local”<sup>7</sup>.

Lottemberg afirma que, freqüentando as reuniões do Conselho Nacional de Assistência Social na condição de dirigente do Hospital Albert Einstein, percebeu que o hospital poderia avançar para além da filantropia, buscando o diálogo e a sinergia com o poder público para atender às necessidades dos cidadãos. Era preciso superar a resistência interna da Instituição, até então refratária a qualquer parceria com os governos – mas teve a tarefa facilitada, por um bom entendimento com o então secretário Eduardo Jorge (governo Marta Suplicy) e depois, com o Secretário Gonzalo Vecina Neto. “O Einstein deixou de se ocupar apenas da favela de Paraisópolis e ingressou na área de transplantes (em 2005 respondeu por 12% dos transplantes hepáticos realizados no Brasil, sendo 90% pelo SUS), avançou no Programa de Saúde da Família, na oferta de capacitação de servidores públicos, instalação de consultórios oftalmológicos, criação de sete centros de ultra-sonografia e o Banco Público de Cordão”<sup>8</sup>.

Agora na condição de secretário, o Dr. Lottemberg esperava ampliar as parcerias, tanto com instituições filantrópicas quanto

com Organizações Sociais (OS). Acabou pedindo demissão depois de cinco meses.

Em sua curta permanência, o secretário procurou prestigiar o Conselho Municipal de Saúde, participando de várias reuniões. Na reunião de março apresentou as linhas gerais da política de Saúde, destacando seis metas para a sua gestão: valorizar os trabalhadores da área da Saúde; fortalecer a atenção básica; integrar a rede assistencial; garantir medicamentos/ tratamento; expandir a informatização da rede; e aprimorar a Central de Regulação.

Segundo o secretário, “a proposta da atual gestão é tentar organizar a atenção à Saúde a partir da readequação, otimização e fortalecimento da atenção básica, visando aumentar o acesso, a resolutividade e o impacto das ações nos diversos níveis da assistência. [...] A visão de futuro da Secretaria é tornar-se uma referência na atenção à Saúde e na promoção da qualidade de vida, compreendendo qualidade de vida e saúde nas suas acepções mais abrangentes como diz a OMS, não como ausência de doenças, mas saúde de uma maneira muito mais integral, como direito do cidadão”.

O secretário mencionou a tentativa de contratar 1.100 médicos para as UBSs, destacando a carência de cerca de duzentos psiquiatras, mas ressaltou a dificuldade em contratá-los. Sobre o Programa Remédio em Casa, disse que havia a possibilidade de atender cerca de 500 mil pacientes crônicos.

A falta de profissionais, principalmente médicos nas unidades periféricas, pode ser ilustrada pela nota do Jornal do Conselho Regional de Medicina, de abril de 2005:

“O Cremesp foi informado que médicos e enfermeiros do Hospital Municipal Waldomiro de Paula, em Itaquera, foram agredidos fisicamente por acompanhantes de pacientes. Segundo carta enviada ao Conselho, os casos de violência

são frequentes. Os motivos causadores dessas agressões são: o elevado número de pacientes atendidos e, em contrapartida, o número insuficiente de médicos e pessoal de enfermagem. O tempo de espera por atendimento chega a ser em torno de quatro horas. Devido à falta de estrutura do hospital, muitas vezes os pacientes de emergência são atendidos nos corredores, ao lado de seus acompanhantes. Faltam equipamentos e materiais necessários. O Cremesp encaminhou notificação e ofício ao secretário municipal de Saúde de São Paulo, Cláudio Lottemberg, solicitando providências urgentes a respeito”<sup>9</sup>.

Nesta mesma época, o jornal *Notícias de Itaquera* destacou em reportagem: “A Unidade de Saúde que atende os portadores de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS carece de uma ampla reforma no prédio, e da aquisição de mais médicos. A conclusão é unânime entre funcionários, representantes do conselho gestor e pacientes”<sup>10</sup>.

A reportagem informa que o Serviço de Atendimento Especializado (SAE DST–AIDS) “recebe um grande número de pacientes, sobretudo das áreas mais periféricas da região Leste, como a Cidade Tiradentes. Segundo membros do Conselho Gestor, a falta de medicamentos é outro problema crítico, mas não exclusivo, visto que afeta toda rede da cidade”.

Segundo o jornal, o secretário Cláudio Lottemberg “estuda implantar um sistema de ‘rodízio de médicos’ para cobrir o déficit que existe, principalmente na periferia. Lottemberg reafirmou um problema verificado na administração passada, que é o desinteresse dos médicos em trabalhar nos bairros afastados. ‘Você faz concurso, oferece remuneração melhor, mas as pessoas não querem’, disse o secretário”.

E o próprio jornal reforça os argumentos do secretário: “De fato, esses profissionais recusam a periferia não por causa da distância,

mas essencialmente devido à insegurança e ao medo da criminalidade. Não bastassem esses fatores, agora as unidades de Saúde estão desprotegidas e viraram alvo fácil da marginalidade. Há menos de um mês, uma enfermeira do SAE Cidade Líder foi assaltada ao sair do estacionamento, recebendo um tiro na perna”.

A falta de medicamentos foi uma queixa constante nos primeiros meses do novo governo, levantada pelos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde e registradas nas atas de suas reuniões plenárias<sup>11</sup>. Interessante registrar que as cobranças não são genéricas: cada um cita os medicamentos em falta e as unidades desabastecidas. Estas denúncias chegam aos conselheiros porque os Conselhos Gestores das ex-Coordenadorias, depois renomeadas Supervisões, continuaram se reunindo, mantendo a comunicação com os conselhos gestores das unidades de Saúde. Além disso, segundo a conselheira representante do Sindicato dos Servidores Públicos (SINDSEP), o sindicato tem coordenadores de região na diretoria, e estes também se relacionam com os conselhos gestores das unidades e supervisões.

Uma reportagem da revista *Época*, um ano depois de sua saída, atribuiu o seu afastamento à “resistência dos servidores, ao tentar aplicar princípios de gestão típicos da iniciativa privada”<sup>12</sup>. Mas, nas palavras do próprio secretário, “o pior era a pressão dos vereadores para transformar a secretaria num cabide de empregos. Em dois meses, decidi sair”.

Numa avaliação de sua experiência na Secretaria<sup>13</sup>, o secretário reafirma a necessidade de parcerias, associando-a à modernização da gestão. Lembra as dificuldades que teve para contratar estagiários para implantar um sistema informatizado: “não era só a falta de verba, mas principalmente a falta de mecanismos legais”. Menciona as dificuldades para expandir o Programa de Saúde da Família, os questionamentos dos Conselhos. Opina que o Con-

selho Municipal “extrapola qualquer tipo de ação de controle”; os conselheiros, mesmo com boas intenções, não estariam “instrumentalizados para participar de forma madura desses processos”. E finaliza que foi “por perceber que o critério político estava se impondo em relação ao critério técnico que abri mão do cargo”.

Pode-se perceber que este argumento, que voltará a ser retomado pela nova secretária, é o mesmo que procura acentuar o caráter “técnico e não político” que deve presidir a tomada de decisões no campo das ações públicas, e que procura justificar a desativação de todos os mecanismos de gestão participativa como demagógicos, entre eles o OP, os Conselhos de Representantes junto às subprefeituras, etc. Como o Conselho de Saúde não pode ser simplesmente desativado, procura-se transformar os eventuais conflitos de interesses na definição de políticas públicas em divergências decorrentes de falta de informações e/ou de qualificação técnica dos possíveis opositores.

## **2.2. A segunda secretária de Saúde e o embate em torno da Lei das OS**

O Dr. Lottemberg foi substituído em maio de 2005 pela Dra. Maria Cristina Cury, diretora da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro e também do Hospital Geral do Grajaú, hospital estadual gerenciado pela Organização Social da Saúde (OSS) Santamarense de Educação e Cultura. No mês seguinte ela expôs junto ao Conselho Municipal de Saúde a sua análise dos problemas da secretaria e as suas propostas, bem como o desejo de manter um bom relacionamento com o Conselho.

Apontou problemas tanto na rede de atenção básica, quanto na sua falta de integração com os hospitais. Reconheceu a necessidade

de mais Unidades Básicas de Saúde e problemas na articulação das unidades básicas “tradicionais” com o Programa de Saúde da Família. Mas, a primeira providência nesta área seria continuar o projeto de implantar o Pronto Atendimento em trinta unidades (posteriormente chamadas de AMA, sigla para Unidades de Assistência Médica Ambulatorial), com atendimento de doze horas de segunda a sábado, procurando desafogar a demanda que acabava dirigindo-se para os hospitais e pronto-socorros. As primeiras quinze unidades seriam financiadas pelo governo estadual, que já teria experiência na contratação do pessoal através de entidades parceiras.

A secretária defendeu a organização de “microrregiões” de Saúde em São Paulo. A microrregião quebraria a desvinculação total observada entre as unidades básicas, a rede ambulatorial e os hospitais. Informou sobre a parceria com a Secretaria de Saúde do Estado para que os hospitais estaduais também sirvam como referência nas microrregiões. Acabou admitindo que para desenvolver este projeto, a redução das Coordenadorias de Saúde de 31 para cinco seria uma centralização excessiva, precisando também contar com as supervisões.

Nesta mesma reunião do Conselho Municipal, foi discutido o envio para a Câmara Municipal do Projeto de Lei das Organizações Sociais. A crítica generalizada dos conselheiros acentuava o fato de este Projeto não ter sido discutido antes pelo Conselho. O CMS aprova a Resolução nº 42/2005 solicitando ao prefeito a retirada do Projeto de Lei para que o Conselho possa, “enquanto instância máxima de controle social de Saúde do município, discutir e dar suas contribuições ao referido assunto”<sup>14</sup>.

A secretária não homologa a Resolução, obrigando uma nova votação do Conselho por maioria qualificada para a sua homologação. Esta votação só ocorreu em setembro, mas a Resolução não foi publicada. Em outubro, a secretária enviou um ofício aos

conselheiros onde questionava “deliberações do conselho sobre questões que transbordem os limites de sua competência”, citando a Resolução nº 42 e outras três posteriores. Em reunião promovida pela Comissão Inter-Conselhos, com participação de representantes de dezessete Conselhos Gestores das Coordenadorias de Saúde, é aprovada uma moção de repúdio à secretária devido ao ofício.

Na reunião do CMS de novembro, a secretária diz que o “repúdio geraria um abismo entre a Secretaria e o Conselho, impedindo o diálogo”. Afinal, chegou-se à interpretação de que a carta da secretária apresentava argumentos contrários a algumas deliberações do Conselho, mas não questionava o seu papel de controle e fiscalização, e a moção de repúdio acabou sendo retirada. E a Resolução nº 42 do Conselho finalmente foi encaminhada para publicação.

Este episódio ilustra como o Conselho Municipal de Saúde repercute os conflitos e as disputas no desenvolvimento da política de Saúde no município. Neste caso, as discordâncias entre as iniciativas do governo e a representação dos usuários e trabalhadores da saúde atingiram o limite da ruptura, que acabou sendo evitada por um acordo. Depois disso, a secretária deixou de comparecer às reuniões do Conselho Municipal de Saúde, sendo representada por seu chefe de gabinete. Foi continuamente criticada por não cumprir compromissos assumidos junto ao Conselho, como apresentar a posição da secretaria sobre a Lei das OS. Quando foi substituída, em outubro de 2006, pelo menos um jornal<sup>15</sup> ventila “resistências” que estaria sofrendo junto à equipe do prefeito Kassab, sendo criticada por sua “falta de traquejo político”. Normalmente este tipo de crítica, feita nos bastidores, refere-se à queixa de parlamentares da base do governo pelo não atendimento de suas demandas; mas, no caso de sua relação com o Conselho Municipal, do qual era a presidente, pode-se admitir que a crítica seria fundamentada.

## 2.3. OS: Lei aprovada, mas não implementada

Em janeiro de 2006 a Câmara aprovou a Lei que autoriza o Executivo municipal a qualificar entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, mas limitada apenas para a área da Saúde. Mas na prática, até janeiro de 2007 o governo não conseguiu firmar nenhum contrato de gestão, apesar de já ter reconhecido algumas entidades da cidade como OS<sup>16</sup>, e ter publicado um comunicado em agosto deste ano admitindo a inscrição de potenciais interessados em assumirem a gestão da “Microrregião de Cidade Tiradentes/Guaianazes”, com 32 unidades de Saúde, entre elas 27 Unidades Básicas e um pronto-socorro.

O governo não conseguiu atingir seu principal objetivo, de inaugurar ainda em 2006, antes das eleições, o Hospital da Cidade Tiradentes, já de acordo com o modelo de gestão por OS. Este hospital, que seria essencial para a Microrregião de Cidade Tiradentes acabou sendo transferido, por Decreto Municipal de agosto de 2006, para a Secretaria Estadual de Saúde. Pela experiência já acumulada na administração de hospitais por OS, o gestor estadual poderia agilizar o início das atividades do hospital.

Esta decisão, entendida como mais um retrocesso no modelo descentralizado proposto pelo SUS, baseado na gestão dos serviços pelos municípios, gerou novas reações, entre elas a realização da primeira reunião descentralizada do Conselho Municipal de Saúde na Cidade Tiradentes. Consultada, Lenir Santos, do Instituto de Direito Sanitário Aplicado considerou a operação ilegal, entendendo que a cessão de uso da Prefeitura ao Estado não permite uma segunda transferência às OS. “É como você alugar uma casa e depois sublocar. Não pode” (*Folha de São Paulo*, 27/06/2006). Passado o

período eleitoral, e sem a ativação do hospital, o decreto de cessão para o Estado foi cancelado, reforçando a interpretação de que a “estadualização” de um hospital municipal foi ditada apenas pelo calendário eleitoral. Interessante notar que na Comissão de Finanças da Câmara, durante a tramitação da proposta de Lei Orçamentária para 2007, circulou a versão de que os recursos para a ativação e manutenção do hospital estariam assegurados no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde, o que dispensaria a destinação de recursos próprios do município para aquele hospital.

## **2.4. A falta de pessoal na rede municipal**

Durante o ano de 2006, continuaram as críticas e cobranças de providências para a contratação de servidores pela Secretaria, aproveitando remanescentes de concursos – a Secretaria não havia realizado nenhum até a publicação desse estudo. Neste período, a diretora de Recursos Humanos, junto com diretores de pessoal das autarquias, apresentou ao CMS a situação do quadro de pessoal da secretaria. Na Autarquia Regional Sul (antigo Campo Limpo), de 2.636 pessoas previstas (quadro provisório de pessoal criado por ocasião da Lei de Criação da Autarquia), a autarquia estaria com 2.067 pessoas. Haveria, portanto, um déficit de pessoal de mais de 20%. Durante o ano de 2005 foram admitidos 120 profissionais na autarquia, mas 190 desligados.

Comparando o número de 49.288 servidores apresentado pela diretora de RH, uma conselheira do segmento de trabalhadores estimou uma perda de 7.700 trabalhadores no período de um ano e meio, gerando o descompasso no atendimento, já que em 2004

a Secretaria teria 57 mil servidores, de acordo com o Sindicato dos Servidores Públicos – Sindsep. Este dado não foi contestado pela diretora de recursos humanos da Secretaria.

Numa publicação de junho de 2004 produzida pela Secretaria Municipal, o então secretário Gonzalo Vecina Neto informou que o quadro de funcionários aumentou de 13 mil em 2001 para 46 mil – um acréscimo de 250%, justificados pelo aumento de 83 para 386 Unidades Básicas de Saúde (incluindo a municipalização da rede estadual), e a contratação de 645 equipes de Saúde da Família<sup>17</sup>. Observa-se que este número é bem menor do que os 57 mil mencionados.

Mas a diretora de RH apresentou a Tabela de Lotação de Pessoal (TLP) de quatro categorias: assistente de gestão em políticas públicas, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. A TLP para estas quatro categorias seria de 32.257 funcionários, e o déficit estaria em 5.820 – portanto, um déficit de 18%, dentre os quais 1.144 médicos. Este número já havia sido apontado pelo Dr. Lottemberg antes de seu afastamento; verifica-se por esses dados que a perda mencionada de 7.700 funcionários, de todas as categorias, não seria exagerada.

Ressalta-se a dificuldade de consolidação do quadro efetivo de pessoal da Secretaria, dada a diversidade de vínculos existentes. Entre os 49.288 funcionários citados pela diretora de RH, estão 5.197 funcionários estaduais na atenção básica, colocados à disposição do município com a municipalização das unidades básicas.

Outros 8.932 trabalhadores são contratados por entidades parceiras para as 934 equipes de PSF<sup>18</sup> (em dezembro de 2006, seriam 965 equipes completas), bem como para 28 AMA instaladas até então, com equipes médias de quinze profissionais (no final do ano de 2006 estariam funcionando 35 AMA, com a previsão de atingir cinquenta durante o ano de 2007).

Por outro lado, nas cinco autarquias, convivem em proporções semelhantes funcionários públicos e celetistas. Não foram apresentados os trabalhadores ligados ao gabinete, coordenadorias e supervisões de Saúde, e da área de vigilância em Saúde. Mas, é bom lembrar que para um levantamento completo, deveriam ser contados também todos os trabalhadores contratados pelas empresas de limpeza, segurança, ambulâncias, etc, além dos contratados por parceiros para os serviços de laboratório e diagnóstico por imagem.

Em relação à falta de profissionais, principalmente médicos, parece ter se tornado um hábito os funcionários dos pronto-socorros encaminharem os pacientes para as AMA, como no Hospital Municipal Prof. Alípio Correa Neto, de Ermelino Matarazzo, durante o período de elaboração desse estudo. O quadro de médicos das AMA – algumas operadas por meio de parcerias celebradas pela Secretaria Estadual – parece mais completo devido a melhores salários, levando inclusive à perda de profissionais dos pronto-socorros e da rede básica. As AMA ocupam espaços de unidades básicas, de pronto-atendimentos e até pronto-socorros, e são operados pelas entidades parceiras, com o fornecimento de materiais de consumo pela Secretaria Municipal. Esta situação reforça uma crítica emitida por um conselheiro municipal, de que a Secretaria estaria deixando agravar a falta de pessoal próprio para legitimar junto à população a transferência de unidades para as OS, iniciada pela tentativa (não concretizada até o momento de elaboração desse estudo) na “Microrregião Cidade Tiradentes/Guaianazes”, junto com o Hospital, e que deve se estender em seguida para a região do M’Boi Mirim.

## 3. A situação de Saúde em São Paulo

Até este momento, procuramos reconstituir o que aconteceu na Secretaria Municipal de Saúde nestes dois anos, baseados principalmente nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e em publicações nos meios de comunicação. Neste item abordaremos a evolução recente da situação de Saúde na cidade.

Considerando que uma publicação anterior do Observatório<sup>19</sup> discutiu com maior rigor o quadro geral da Saúde em São Paulo no início dos anos 2000, sugerimos que ela seja consultada para quem se interessar por uma análise, válida ainda hoje, sobre a complexa e bastante desigual situação de Saúde da população de São Paulo. Aqui, procuramos apenas atualizar algumas informações, destacando aquelas que permitam avaliar se nos últimos anos ocorreu alguma mudança relevante no padrão de adoecimento e morte nas diferentes regiões da cidade. Em outras palavras, interessa avaliar se neste período ocorreu alguma redução nas desigualdades existentes entre as 31 subprefeituras.

### a) Uma visão geral

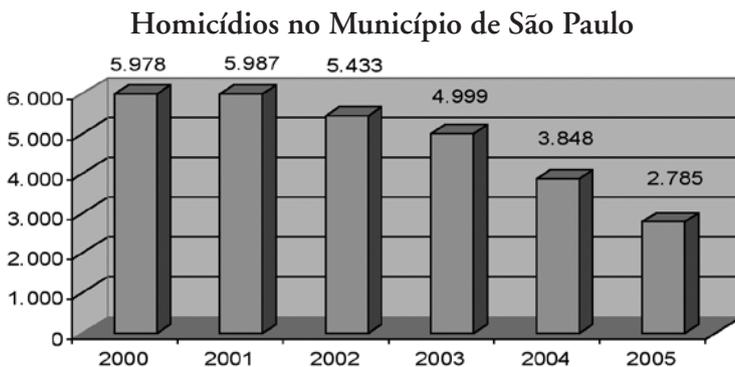
A Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPLA) disponibiliza sob a forma de tabelas, gráficos e mapas uma série de indicadores, entre eles os de Saúde. Os dados mais recentes referem-se ao ano de 2005. A própria SEMPLA analisa e procura chamar a atenção para a evolução recente do perfil da mortalidade. Assim,

“No município de São Paulo, a principal causa de morte entre os residentes, no período de 2000 a 2005, foram as doenças do aparelho circulatório, atingindo mais de 30% do total de mortes, seguidas por tumores (câncer), com cerca de 17 a 19% de óbitos e causas externas, que representaram 14,4% do total de óbitos em 2000 e 10,6% em 2005.

A taxa de mortalidade infantil apresentou uma tendência constante de queda. Em 1980, o índice era de 50,62 por mil nascidos vivos, caindo para 13,96 em 2004 e 12,90 em 2005.

A taxa de mortalidade por AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) vem registrando gradativa queda desde 2000. Neste ano, a taxa foi de 12,46 por cem mil habitantes, e em 2005, de 8,94. Esta queda está diretamente ligada à adoção da medicação com anti-retrovirais e à implementação da política nacional de distribuição gratuita destes medicamentos.

Entre as causas externas (causas de morte não-natural), os grupos de óbitos mais importantes foram os homicídios e acidentes de trânsito. Os homicídios apresentaram uma redução significativa desde 2001. Neste ano, foram registradas 5.987 mortes, caindo para 3.848 homicídios em 2004 e 2.785 em 2005 – portanto, uma redução de mais de 50% neste período”<sup>20</sup>.



Fonte: PRO-AIM

## b) Avaliação da equidade: o Índice-Saúde de 2005 por subprefeitura

De acordo com a Secretaria de Saúde, “o Índice-Saúde é um dos componentes do Painel de Monitoramento da SMS. É um indicador sintético para acompanhamento dos resultados da atuação da Secretaria Municipal de Saúde e das Coordenações Regionais de Saúde nas Subprefeituras nas prioridades do SUS municipal. Visa ainda estimular e avaliar globalmente a promoção da equidade (leia-se, a busca da justiça social) na cidade. Na sua construção são utilizados indicadores de base populacional que informam sobre os resultados da política de Saúde conduzida nos diferentes territórios da cidade, permitindo aferir impactos nas necessidades da população”.

Na construção do Índice procurou-se englobar um amplo espectro de temas sob responsabilidade dos serviços públicos de Saúde, considerando ações da atenção básica, incluindo a vigilância até aquelas voltadas às urgências e emergências. Os indicadores utilizados na construção do Índice-Saúde são:

- Coeficiente de mortalidade infantil (CMI): como comentado anteriormente, ele vem apresentando uma redução contínua nos últimos anos; porém, as diferenças entre as subprefeituras ainda são bastante acentuadas. Em 2005, o CMI da cidade foi de 12,9 mortes de crianças antes de completar um ano de vida para cada mil crianças nascidas vivas – mas variou entre 6,1 na subprefeitura de Pinheiros a 16,7 em Guaianazes. A diferença entre estes dois valores extremos na cidade, de 10,1 mortes por mil nascidos vivos, é chamada discrepância, e sua redução deve ser assumida como uma meta pelo governo – mas, não apenas do setor Saúde.
- Mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis: é calculada pela proporção (%) de mortes relacionadas à hi-

pertensão e diabetes – inclusive os derrames cerebrovasculares – que ocorrem antes dos 60 anos de idade. Ela era de 25,7% em 2001 e caiu para 23,7% em 2005. Mas neste ano, entre as subprefeituras, a taxa variou de 7,4% em Pinheiros até 44,4% em Parelheiros – um valor que deve ser considerado demasiado alto, demandando uma série de medidas – a começar pelo diagnóstico e tratamento adequado dos hipertensos e diabéticos, passando pelo acesso aos medicamentos, o estímulo a atividades físicas, a redução do tabagismo, etc.

- Coeficiente de mortalidade por causas externas: inclui as mortes provocadas por acidentes de trânsito, atropelamentos e homicídios. Em 2001, o coeficiente era de 91,4 mortes por 100 mil habitantes – quase um por mil, caindo de forma contínua para 66,9 em 2005. Mais uma vez, a diferença entre as subprefeituras é acentuada: neste ano, Pinheiros teve o menor coeficiente, com 32,5, e mais uma vez Parelheiros teve o coeficiente mais elevado, com 97,8 – o triplo de Pinheiros.
- Coeficiente de incidência de tuberculose: calculado pelo número de casos novos descobertos, para cada cem mil habitantes. Este coeficiente foi de 68,2 em 2002, caindo para 64,3 em 2005. Mas, variou entre 33,1 na subprefeitura de Santo Amaro, até 121,6 na subprefeitura Sé. Vale ressaltar que a Sé teve o maior coeficiente nos cinco anos estudados, sempre com valores muito altos.

O Índice de Saúde é composto pelos quatro indicadores, usando a metodologia de cálculo do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), e se expressa em números que podem variar de zero (caso uma subprefeitura tivesse os piores valores nos quatro indicadores) a um. A subprefeitura de Pinheiros teve em 2005 um Índice de Saúde de 0,998; Pinheiros teve o maior índice nos cinco anos em que este foi calculado. O menor índice em 2005 é o de Parelheiros, com

0,337. No ano anterior, Parelheiros também teve o menor índice, mas com o valor de 0,297. O menor índice já foi ocupado por Campo Limpo, em 2001 e 2002; e por M'Boi Mirim em 2003.

A apresentação em mapas dos resultados por subprefeituras facilita muito a percepção da diversidade de situações observada na cidade. Recomenda-se aos interessados acessarem a página correspondente da Secretaria de Saúde<sup>21</sup>.

As subprefeituras que apresentaram melhora na posição entre 2004 e 2005 foram sete: Cidade Tiradentes, Itaquera, Pirituba/Jaraguá, Santo Amaro, São Mateus, São Miguel e Vila Maria/Vila Guilherme. Destas, Itaquera, Pirituba/Jaraguá, São Mateus e São Miguel se recuperaram de grandes quedas no Índice-Saúde 2004. As subprefeituras que apresentaram quedas na ordenação de mais do que três posições foram: Campo Limpo, Cidade Ademar, Ermelino Matarazzo, Guaiánazes, Perus e Sé, sendo que, afora Campo Limpo e Perus, as demais tinham apresentado grandes ascensões no ano anterior.

De acordo com a Secretaria,

“o Índice-Saúde chega à sua quinta edição, o que permite acrescentar na avaliação dos impactos na saúde da população, as suas tendências. O impacto global da atuação da Saúde na cidade é satisfatório, o que pode ser atestado pela queda nos níveis médios de todos os indicadores, sendo que três dos quatro componentes atingiram os menores valores em 2005. A única exceção foi a incidência de tuberculose, mas mesmo este indicador atingiu o segundo menor valor da série entre 2001 e 2005. Esta queda é confirmada pela análise da tendência por subprefeitura que mostra que a maioria, variando de 61,3 a 93,6% das subprefeituras, apresentou queda no período analisado em qualquer dos componentes, indicando um desempenho geral satisfatório na cidade”.

A evolução do Índice-Saúde neste período mostra uma tendência de melhora dos indicadores na cidade como um todo, e

também uma redução das desigualdades entre as subprefeituras, o que é positivo – mesmo sabendo-se que as diferenças ainda são bastante acentuadas. Por exemplo, a mortalidade por causas externas em Parelheiros é o triplo de Pinheiros, e sabe-se que as vítimas predominantes são jovens. Por outro lado, é ainda mais difícil estimar qual teria sido a contribuição específica da rede municipal de atenção à Saúde na melhora (ou piora) do Índice de uma dada subprefeitura. Por exemplo, a relativa estabilidade de Pinheiros, Vila Mariana e Lapa nas primeiras posições no Índice, certamente não são explicadas pelo tamanho ou qualidade da rede municipal de Saúde. Estas subprefeituras concentram as famílias com maior escolaridade e renda, bem como os melhores indicadores sociais em geral – e também as maiores proporções de famílias cobertas por planos e seguros privados de Saúde<sup>22</sup>.

## 4. A rede de Saúde em São Paulo

A secretaria municipal contava em 2004 com 382 Unidades Básicas de Saúde. Durante o ano de 2005, outras dez unidades iniciaram o atendimento, atingindo 392 UBS. O governo estadual mantém outros seis Centros de Saúde, e mais seis Postos de Assistência Médica (PAM) unidades federais que ficaram sob gestão estadual. Levando-se em conta o fato de mais da metade da população da cidade contar com planos e seguros de saúde, a Secretária de Saúde que assumiu em 2006, Maria Aparecida Orsini de Carvalho Fernandes, considerava que esta rede poderia ser considerada suficiente, caso ela estivesse melhor distribuída. Em 2005, havia 934 Equipes de Saúde da Família na cidade, todas elas sediadas em UBS. Mas,

estas equipes estão concentradas em aproximadamente uma centena de unidades básicas. Estimava-se que estas equipes estariam atendendo cerca de 25% da população da cidade. A Secretaria municipal continuou investindo na expansão das equipes, mas em ritmo lento, preocupando-se em completar as equipes existentes, principalmente com médicos. No final de 2006, o município tinha 965 “equipes completas” (com no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de Saúde), atendendo cerca de 27% das famílias paulistanas.

Além da rede de unidades básicas, o município tinha em 2005 uma rede de 159 unidades especializadas, entre Ambulatórios de Especialidades, Centros de Referência ou de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS, Centros de Atenção Psicossociais, Centros de Convivência, etc. Estavam incluídas doze AMA, que foram aumentadas para 35 até o final de 2006. A Secretaria Estadual mantém outras dezenove unidades especializadas na cidade em 2005, entre ambulatórios de especialidades, centros de referência e centros de reabilitação, etc.

Assim, pode-se dizer que nestes últimos dois anos, a maior novidade no atendimento ambulatorial foi a implantação das AMA. Elas deveriam aumentar o acesso da população ao pronto-atendimento ou “a demanda do dia” que a rede básica não consegue atender, e visando reduzir as filas dos pronto-socorros.

A maioria das AMA teriam a capacidade de atendimento de trezentas pessoas por dia, em doze horas, funcionando de segunda a sábado. Algumas foram inauguradas com a previsão de funcionamento 24 horas, e/ou com a capacidade de atenderem até quinhentas pessoas por dia. Em teoria, estas AMA poderiam oferecer, em 2006, cerca de 280 mil consultas médicas por mês – aumentando em 30% o atendimento médio da rede de UBS em 2004. Mas, pelos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), disponibilizados

na página da Secretaria Municipal de Saúde, verificamos que em 2005, houve um aumento de 9,4% nas consultas médicas das UBS em relação ao ano anterior<sup>23</sup>. E em 2006, ocorreu um acréscimo de 12,2% sobre o ano de 2004. Ressalta-se que parte deste aumento deveu-se ao aumento do número de UBS<sup>24</sup>. Em 2006, a contribuição das AMA no total dos atendimentos pelo SUS na cidade – incluindo os pronto-socorros municipais (isolados ou junto aos hospitais), mais a rede estadual e conveniada ao SUS – foi de menos de 7%.

Estes dados sugerem que a implantação das AMA não se traduziu em acréscimo ao atendimento, mas apenas substituiu o que a rede básica oferecia antes. Ou seja, ocorreu uma troca com piora na qualidade: consultas não agendadas das AMA no lugar de consultas agendadas pelas unidades básicas, ou das equipes de Saúde da Família. Pode-se falar em troca, já que a maioria das AMA ocupou espaços das Unidades Básicas, prejudicando o atendimento programado. Além disso, nestes dois anos a secretaria não investiu na contratação dos profissionais perdidos pela rede. Esta troca representa uma perda de qualidade na atenção prestada à população – mesmo que ela manifeste satisfação pelo “atendimento imediato” –, já que este tipo de atendimento não permite o acompanhamento e o controle adequado do recém-nascido, da gestante, do hipertenso, diabético, etc, que demandam atendimento programado. A longo prazo, esta troca poderá até mesmo se traduzir pelo aumento das mortes precoces – aquelas que poderiam ser evitadas por meio de um acompanhamento adequado.

As informações do SIA mostram que em 2005, ocorreu um aumento de 640 mil consultas nos pronto-socorros municipais<sup>25</sup>. Este aumento poderia ser considerado inesperado, já que neste ano a rede municipal de UBS ofereceu quase um milhão de consultas adicionais em relação a 2004 – em parte, pela ativação das AMA –, o que deveria ter reduzido a pressão por atendimentos pelos

pronto-socorros. Na verdade, pelo menos uma parte do aumento nos pronto-socorros municipais deveu-se à redução dos atendimentos de urgência prestados pela rede estadual e a rede particular conveniada ao SUS, que registraram uma redução de duzentas mil consultas de urgência em relação ao ano anterior<sup>26</sup>.

## 4.1. A rede hospitalar da cidade

Os quinze hospitais municipais ofereciam 2.616 leitos em 2004. Em 2005, de acordo com os dados da Secretaria de Planejamento, ocorreu um acréscimo de cinquenta leitos. Por outro lado, os 37 hospitais estaduais<sup>27</sup> dispunham de 9.765 leitos em 2005, e a rede particular era composta por 144 hospitais, com 18.044 leitos. O município tem menos de 9% do total de leitos da cidade. Grande parte da rede particular não atende pelo SUS; assim, em 2006, de acordo com o Cadastro Nacional (CNES), a cidade dispunha de 31 mil leitos, mas apenas 17.400, ou pouco mais da metade destes estavam disponíveis para o sistema público de saúde (SUS).

A tabela abaixo mostra a evolução das internações pelo SUS nos últimos anos. Destaca-se que o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) não coincide exatamente com o de internações, já que algumas internações mais prolongadas, principalmente as psiquiátricas, exigem uma nova autorização. Nestes três anos, o número de AIHs foi cerca de 4% maior do que o de internações.

**Município de São Paulo**  
**Autorizações de Internação Hospitalar 2004-2006**

	Total	H. Municipais	H. Estaduais	H. Federais	H. Particulares
2004	592.167	98.954	268.210	31.077	193.926
2005	616.887	104.585	287.941	31.697	192.664
2006	624.564	102.128	289.522	29.958	202.956

Fonte: *Datusus*.

A tabela mostra o número de internações autorizadas ocorridas na cidade. Uma parte destas internações é de moradores de outras cidades, e mesmo de outros Estados. Um levantamento de Marcos Drumond Jr., da SMS, referente a 2002, mostrou que 13% das internações foram de moradores de outras cidades do Estado de São Paulo. Este mesmo percentual repete-se em 2004 – ou seja, cerca de 80 mil internações foram de não-residentes na cidade. Deste total, 6.380 internações foram de residentes em outros Estados – portanto, apenas pouco mais de 1% do total de internações. Ressalta-se que em geral estas internações são voltadas para procedimentos especializados, de mais alto custo, como as cirurgias cardíacas, transplantes, etc – realizados principalmente em hospitais universitários, como o Hospital das Clínicas, o INCOR, Hospital São Paulo e Santa Casa. A maioria dos hospitais próprios do município não registra internações de não-residentes.

Por outro lado, cerca de 4% das internações de moradores da cidade acontecem em outros municípios, principalmente os municípios metropolitanos que fazem divisa com a cidade.

A tabela mostra que nos últimos anos ocorreu um aumento das internações na cidade. Os hospitais municipais responderam por cerca de 15% do total. Ocorreu um aumento de cerca de 5% das internações entre 2004 e 2005 na rede municipal, seguido de uma pequena redução em 2006. A rede estadual atende cerca de 45% das internações, e tem também valores médios das internações mais elevados. Em relação à rede particular, destacam-se as internações em hospitais sem fins lucrativos. A participação dos hospitais com fins lucrativos nas internações pelo SUS é muito pequena, de um pouco mais de 1%.

De acordo com o Datasus, no ano de 2006, o Ministério da Saúde transferiu cerca de R\$ 630 milhões para o pagamento das internações. Deste total, menos da metade (R\$ 275 milhões) foram pagos

ao município. Uma pequena parte deste total foi destinada à rede própria: R\$ 47 milhões. O restante foi destinado à rede contratada ou conveniada ao SUS pelo município. A Secretaria Estadual recebeu a maior parte das transferências federais, sendo responsável também pelo pagamento para alguns hospitais conveniados com o SUS.

## 4.2. A evolução dos gastos com saúde em São Paulo

Apresentaremos a seguir os gastos com saúde sob responsabilidade do município. A tabela abaixo mostra a evolução destes gastos nos últimos anos.

**Despesas realizadas em Saúde, recursos de impostos e transferências constitucionais, percentual aplicado conforme Emenda Constitucional n. 29 (EC. 29)**

**Município de São Paulo – 2000-2006**

Ano	Despesa com recursos próprios (A) (em R\$)	Transferências do SUS (B) (Em R\$)	Despesa total em Saúde (C=A+B) (Em R\$)	Total de recursos de impostos e transferências constitucionais (D) (Em R\$)	% da EC 29 (A/D)	Despesa total por habitante (Em R\$)
2000	784.271.335	13.659.418	797.930.753	6.348.459.835	12,35	76
2001	897.116.193	108.655.635	1.005.771.828	7.007.230.855	12,69	96
2002	1.015.444.588	178.221.847	1.193.666.435	7.750.355.889	13,10	138
2003	1.251.029.038	373.840.269	1.624.869.307	8.490.666.483	14,73	152
2004	1.453.659.181	811.880.400	2.265.539.581	9.640.868.469	15,08	211
2005	1.985.742.332	888.929.640	2.874.671.972	10.968.367.210	18,09	263
2006(*)	1.928.501.377	1.170.420.700	3.098.922.077	12.506.646.900	15,42	281

**Fonte:** Prefeitura Municipal de São Paulo; Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). **Obs. (\*)** Dados de 2006 – orçamento aprovado

Destaca-se, na primeira coluna, a evolução do gasto em Saúde do governo municipal com recursos próprios, isto é, a parte do orçamento municipal destinada à Saúde, mas que vem dos impostos e taxas cobradas pelo município, mais as transferências automáticas previstas pela Constituição, como o ICMS (pelo governo Estadual) ou o Fundo de Participação dos Municípios (da União). Estas receitas próprias estão registradas na quarta coluna. A coluna seguinte mostra a participação percentual dos gastos em saúde, de acordo com a Emenda Constitucional 29<sup>28</sup>.

Pode-se observar que em 2005, ano em que a receita do município atingiu R\$ 15 bilhões e as despesas ficaram em R\$ 13,8 bilhões, ocorreu um aumento expressivo do gasto em Saúde com recursos próprios, alcançando 18,1% do total da receita de impostos e transferências constitucionais – isto é, diferente do que ocorreu com a maioria das secretarias em 2005, a Saúde foi preservada de cortes.

O orçamento para a Saúde aprovado para 2006 já previu gastos com recursos próprios do município menores do que em 2005. E de acordo com o relatório enviado pelo município ao SIOPS, referente ao primeiro semestre de 2006, o município recebeu neste período R\$ 500 milhões de transferências – portanto, bem abaixo da metade esperada para todo o ano, de R\$ 1,17 bilhões. O gasto com recursos próprios foi o esperado no período. Assim, pode-se prever que, mesmo que a Secretaria consiga aplicar integralmente os recursos próprios, ainda assim o gasto total com saúde da Secretaria de Saúde será menor do que o de 2005.

Em 2005, pela primeira vez, ocorreu uma transferência significativa de recursos do governo Estadual para o município, superando R\$ 42 milhões. A maior parte foi destinada ao término do Hospital da Cidade Tiradentes, mas o município contou também com a contratação do pessoal para a implantação das quinze pri-

meiras AMA. O orçamento da Secretaria Municipal de Saúde para 2006 previa uma transferência estadual ainda maior, de R\$ 127 milhões, com a previsão de aplicação de R\$ 90 milhões para obras – o término do Hospital da Cidade Tiradentes, e a construção do Hospital do M’Boi Mirim. Lembra-se também o comentário já citado anteriormente de um vereador, sobre a proposta orçamentária do município para 2007, de que os recursos para garantir o início de atendimento pelo Hospital da Cidade Tiradentes estaria contemplado no orçamento do governo Estadual.

Por outro lado, as transferências do governo Federal para obras na área da Saúde, previstas no orçamento municipal de 2005, de cerca de R\$ 14 milhões, não aconteceram. Mesmo assim, o orçamento de 2006 previa um aumento destas transferências federais, no valor de R\$ 22 milhões.

O orçamento do município aprovado para 2007 prevê um valor total um pouco abaixo do aprovado para 2006, de cerca de R\$ 100 milhões. Esta redução é justificada pela menor necessidade de recursos para investimentos; mesmo assim, o valor previsto de transferências federais pode ser considerado superdimensionado, como aconteceu em 2006, portanto, mais uma vez o orçamento poderá não ser executado integralmente.

### **4.3. A estimativa do gasto total com Saúde no município de São Paulo**

A tabela acima mostra que o município destinou em 2005 quase R\$ 2 bilhões para a Saúde. É importante comparar este valor com os gastos do governo Estadual no município. Este dado nunca foi apurado, portanto utilizaremos uma estimativa. De acordo com

a Secretaria Estadual de Saúde, os gastos estaduais com recursos próprios em 2005 foi de R\$ 5,75 bilhões. Pela concentração de hospitais estaduais na capital, e pelo fato desta rede realizar atendimento de alta complexidade e alto custo, pode-se afirmar, num cálculo conservador, que os gastos do governo estadual na capital foi de pelo menos R\$ 2 bilhões – isto é, da mesma ordem de grandeza do aplicado pelo município.

Em relação ao governo Federal, sabemos que o município recebeu R\$ 834 milhões em transferências para a Saúde no ano de 2005. Já a Secretaria Estadual recebeu R\$ 2,46 bilhões pela gestão plena da Saúde; deste montante, estimamos que cerca de R\$ 860 milhões referiram-se aos atendimentos realizados pelos serviços próprios e os contratados/conveniados na capital. Portanto, pode-se estimar que os gastos da União, incluindo os aplicados em sua rede própria, superaram R\$ 1,7 bilhões.

O gasto público total em Saúde (das três esferas de governo) na cidade de São Paulo em 2005 foi assim estimado em R\$ 5,7 bilhões, representando cerca de R\$ 520 por habitante/ano, ou R\$ 43 por mês. Para comparação, vale lembrar que de acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2004 o gasto médio com ações e serviços de Saúde no país foi de R\$ 358, ou cerca de R\$ 30 por mês por habitante.

Voltando para a tabela acima, pode-se observar que o município responde pela metade do gasto público com Saúde na cidade, quando somamos os gastos com recursos próprios e as transferências federais e estaduais para o município.

## 4.4. O gasto das famílias e das empresas com saúde

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2006 os planos e seguros de saúde atendiam 37 milhões de pessoas. Não estão incluídas as pessoas cobertas por planos de assistência aos servidores públicos, municipais e estaduais, além dos militares – cerca de 9 milhões. Além disso, os planos exclusivamente odontológicos atendiam 7,7 milhões. A cidade de São Paulo concentra 6,5 milhões de pessoas com planos de assistência médica, ou seja, quase 60% da população da cidade. A maioria (75%) tem planos pagos pelas empresas empregadoras. Além disso, 1,4 milhões de pessoas tinham planos exclusivamente odontológicos. Quase 90% destes planos são coletivos.

No ano de 2005, as empresas de planos e seguros de saúde tiveram um faturamento bruto de R\$ 35,9 bilhões. Pode-se estimar que os gastos das famílias e empresas da cidade de São Paulo foram de R\$ 7 bilhões – portanto, um valor maior do que todo o gasto público em Saúde na cidade. Ressalta-se que este valor não leva em conta os gastos do município, do Estado e da União com seus servidores.

Para estimarmos os gastos das famílias com Saúde, utilizamos as informações da Pesquisa sobre Orçamento Familiar (POF) do IBGE, de 2003. Segundo o IBGE, neste ano as famílias do Estado de São Paulo gastaram com Saúde em média R\$ 128 por mês; o maior gasto é com medicamentos, superando os gastos com planos e seguros de Saúde<sup>29</sup>. A partir deste dado, estimou-se que os gastos das famílias na cidade de São Paulo atingiram R\$ 5,6 bilhões. Excluindo os gastos com planos e seguros, que já foram apurados antes, temos R\$ 3,7 bilhões de gastos das

famílias com medicamentos, tratamento dentário, consultas médicas e internações pagas diretamente.

A soma dos gastos das empresas e das famílias com planos e seguros, mais o das famílias com medicamentos e demais itens, apuramos o gasto privado com Saúde na cidade, de R\$ 10,7 bilhões – portanto, quase o dobro do gasto público.

De acordo com a ANS, cada segurado de plano de Saúde de tipo individual ou familiar teve cerca de 5,3 consultas médicas por ano. Já os segurados por planos coletivos “com patrocinador” tiveram cerca de quatro consultas por ano – portanto, o dobro do número médio de consultas oferecido pelo setor público<sup>30</sup>. Em relação às internações, a ANS aponta em 2004 que os segurados por planos individuais tiveram cerca de dezenove internações no ano para cada 100 segurados – mais do que o triplo das internações realizadas pelo SUS<sup>31</sup>. Os segurados por planos coletivos tiveram cerca de quinze internações por cem segurados. Parte desta diferença é explicada pela presença maior da população idosa nos planos individuais/ familiares.

Estes dados são coerentes com as informações da ANS sobre os ressarcimentos pelo atendimento prestado pelo SUS. As internações de portadores de planos, mais fáceis de serem apuradas, representam apenas cerca de **um por cento** do total das internações do SUS. É verdade que o custo médio destas internações é bem maior, mostrando que os planos procuram garantir as internações de maior volume e menor custo. Nos últimos anos, a ANS teria cobrado cerca de R\$ 77 milhões por ano (em todo o país), e teria conseguido receber cerca de R\$ 12 milhões – próximo a 15% do cobrado. Percebe-se que este valor, comparado com o faturamento bruto dos planos, é quase simbólico.

A magnitude dos gastos privados com Saúde, e os atendimentos prestados pelos planos – não existem informações sobre os atendi-

mentos em consultórios e clínicas pagos diretamente pelas pessoas – fazem ressaltar os desafios da implantação do SUS na cidade de São Paulo, e a afirmação da Saúde como um direito universal. Pode-se dizer que o fato de a cidade representar o maior mercado para o setor privado que atua na Saúde produz efeitos diversos. Por um lado, ele serve como um colchão que amortece a demanda da população pelo acesso a serviços públicos de qualidade; isto tem justificado uma ação dos gestores do SUS, e particularmente da ANS, classificada por pesquisadores e entidades de defesa dos consumidores de planos como francamente favorável às empresas de planos e seguros. Por outro lado, o atendimento prestado pelos planos acaba servindo como referência para a avaliação – negativa – do atendimento do SUS, pressionando os gestores para implantarem fórmulas como o pronto-atendimento, mesmo que em prejuízo das ações programadas, ou a valorizarem a “hotelaria” em detrimento da qualidade.

Na cidade de São Paulo, o impacto a curto prazo da ampliação e/ou recuperação da capacidade e qualidade no atendimento do SUS tende a ser minimizado, porque a população que tem planos pode passar a procurar os serviços mais próximos de sua residência, sem deixarem os seus planos. Para eles, um serviço público melhorado passa a constituir-se em uma opção adicional de atendimento; e na prática, a parcela da população que não tem planos pode não ser a maior beneficiada. Percebe-se também que somente com uma melhora por um tempo relativamente longo levaria uma parcela significativa da população que tem planos – começando pelos que pagam diretamente do bolso – a deixar de pagar pelos planos e passar a contar apenas com o SUS.

A recuperação econômica dos últimos anos, com alguma redução do desemprego e elevação dos empregos com carteira, resultou no aumento da população atendida pelos planos de assistência médica de 5,3 milhões no país, nos últimos três anos, além de mais 3,3

milhões por planos exclusivamente odontológicos. Este crescimento aumenta a perda de recursos para o SUS, uma vez que há dedução do imposto de renda e conseqüente diminuição de repasse à Saúde Pública. E pode-se também perceber que este segmento tem todo o interesse em manter a imagem negativa do SUS, não se limitando a investir através dos meios de comunicação para que a Saúde seja reduzida a bem de consumo, e não vista como um direito.

O próprio governo Federal atua de forma contraditória, na medida em que, à margem do próprio Ministério da Saúde e das críticas do Conselho Nacional de Saúde, anunciou em dezembro de 2006 que investirá na uniformização e na universalização do atendimento de seus servidores por planos de Saúde. Garantiu no orçamento de 2007 um gasto *per capita* mínimo de R\$ 42 mensais, ou R\$ 500 anuais para servidores ativos, inativos e seus familiares. Atualmente, segundo a Secretaria de Recursos Humanos, apenas 42% dos servidores possuem planos de saúde. Os gastos do Ministério da Saúde com planos de Saúde para seus funcionários giram em torno de R\$ 200 milhões por ano.

## 4.5. Evolução dos gastos das famílias com saúde, entre 1987 e 2003

Uma informação que tem sido pouco valorizada na análise do impacto dos serviços públicos de Saúde, diz respeito à evolução dos gastos das famílias nessa área. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, em São Paulo, no ano de 1987 – portanto antes da Constituição que afirmou o direito universal à Saúde – as famílias gastavam em média 5,4% de sua renda com Saúde, principalmente medicamentos, mas também com planos de

saúde, consultas médicas, etc. Neste ano, as famílias mais pobres comprometiam parcela maior de suas rendas, quando comparadas com as famílias de rendas maiores. A tabela abaixo mostra apenas quatro das dez faixas de renda da POF, nas quais os dados são mais contrastantes.

### Participação relativa dos gastos com saúde nas despesas globais

#### Região Metropolitana de São Paulo – 1987 a 2003

Ano	Todas as famílias	Renda Até 2 SM	Mais de 2 a 3 SM	Mais de 20 a 30 SM	Mais de 30 SM
1987	5,4	8,7	7,7	6,1	4,9
1996	6,6	16,3	10,4	6,6	5,7
2003*	5,5	4,4	3,9	5,6	6,4

Fontes: IBGE – POF de 1987, 1996 e 2003.

(\*) em 2003, os dados referem-se ao Estado de São Paulo

Em 1996, portanto oito anos após a Constituição Cidadã, ocorreu um sensível aumento dos gastos, principalmente das famílias mais pobres; as demais faixas de rendimento também sofreram aumento nos seus gastos, porém em proporções menos acentuadas. Destaca-se o fato de as famílias da menor faixa de rendimento gastarem, relativamente à sua baixíssima renda, quase o triplo das famílias mais ricas. O item que pesa mais nas famílias mais pobres são os medicamentos, enquanto nas mais ricas são os planos de Saúde.

Em 1996, observa-se que ocorreu uma redução do gasto médio das famílias, retornando à situação de 1987. Mas, em 2003 o ganho maior foi das famílias mais pobres, numa inversão em relação às duas POFs anteriores. Apesar destes dados não serem exclusivos da cidade de São Paulo, eles certamente refletem o peso da maior cidade na Região Metropolitana. E esta evolução dos

gastos das famílias certamente guarda relação com a assistência prestada pelo SUS.

Em 2003, as famílias mais pobres continuam gastando mais na compra de medicamentos – mais de 60% dos gastos em Saúde, enquanto as famílias da última faixa de rendimentos gastam menos de 20% com medicamentos. Assim, fica reforçada a importância das medidas voltadas para a redução do custo dos remédios por meio da redução dos impostos, ou pela distribuição gratuita dos itens de maior consumo, especialmente aqueles de uso continuado (para hipertensão, diabetes, AIDS, etc.). Podemos esperar, dessa forma, que os dados sobre os gastos das famílias de 2003 tenham melhorado nos últimos anos, favorecendo as famílias mais pobres. Uma redução mais significativa nos gastos diretos das famílias com Saúde dependerão, a curto prazo, de um controle maior sobre os reajustes dos planos de saúde e, mais a longo prazo, da melhora do acesso e da qualidade da atenção prestada pelo SUS, favorecendo as famílias que hoje estão comprometendo parcela significativa de suas rendas com os planos. E isto demanda maior pressão organizada sobre os gestores do SUS, das três esferas de governo. Certamente, os problemas principais do SUS estão bem definidos: a regulamentação da Emenda 29, para garantia de recursos estáveis e maiores para a Saúde, e a implementação do *Pacto pela Saúde*.

## 5. Perspectivas para 2007 – ano da implementação do *Pacto pela Saúde*

O *Pacto pela Saúde* foi construído em negociações prolongadas pelos representantes das três esferas de governo que se reúnem na Comissão Inter-gestores Tripartite (CIT). A CIT pode ser entendida como uma instância de construção de acordos entre os gestores Federal (Ministério da Saúde), Estaduais (representados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS) e municipais (representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais – CONASEMS). O *Pacto* foi em seguida aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, instância deliberativa máxima do SUS, em fevereiro de 2006.

O *Pacto pela Saúde* contém três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

### 5.1. Pacto pela vida

Significa uma ação prioritária no campo da Saúde que deverá ser executada procurando alcançar resultados na melhora de alguns indicadores de Saúde, e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

Os objetivos definidos para 2006, válidos para 2007 são: a) Saúde do idoso: implantar a política nacional de saúde da pessoa idosa, buscando a atenção integral; b) Câncer do colo do útero e

da mama: contribuir para a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e da mama; c) Mortalidade infantil e materna: reduzir a mortalidade materno-infantil, neonatal, infantil por doenças diarréicas e por pneumonias; d) Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza: fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias; e) Promoção da Saúde: elaborar e implantar a Política de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; f) Atenção Básica à Saúde: consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à Saúde do SUS.

Cada Estado e município deve definir, a partir da sua situação, as metas a serem buscadas.

## 5.2. Pacto em defesa do SUS

O Pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender os princípios básicos dessas políticas públicas, inscritas na Constituição Federal.

As prioridades do Pacto em defesa do SUS são:

### **I. Criar estratégias para implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:**

a) Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos.

b) Alcançar, em curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional.

c) Garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a Saúde.

d) Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicando o compromisso de cada uma delas.

**II. Divulgar a carta dos direitos dos usuários dos SUS (já elaborada e em circulação).**

## 5.3. Pacto de gestão do SUS

Estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

O *Pacto* parte de uma constatação: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

O *Pacto* explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento Federal estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são: (i) definir de forma clara a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS:

Federal, Estaduais e municipais, superando o atual processo de habilitação; (ii) estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; planejamento, programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na Saúde.

A definição clara das responsabilidades sanitárias deve ser expresso no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, que será assinado pela Secretária de Saúde, depois de aprovado pelo Conselho Municipal. Em São Paulo, ele deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com a Secretaria de Estado e com os municípios da Região Metropolitana.

Por se tratar de um ano eleitoral, o *Pacto pela Saúde* foi deixado de lado em 2006, mesmo com as cobranças para seu debate e divulgação pelo Conselho de Secretários Municipais (COSEMS), pelos representantes dos usuários e trabalhadores no Conselho Estadual de Saúde e vários Conselhos Municipais, inclusive o de São Paulo.

Está prevista a realização, em 2007, da 13ª Conferência Nacional de Saúde, entre 14 e 18 de novembro. As conferências municipais ocorreriam entre abril e agosto, e as Estaduais, entre agosto e outubro. Neste ano o governo Federal e todos os Estaduais devem elaborar seus Planos Plurianuais (PPA), para vigorarem no período 2008 a 2011. Os Planos Plurianuais deveriam incorporar os itens principais dos respectivos planos de Saúde. E estes planos, por sua vez, deveriam guardar coerência entre si, e com as demandas e prioridades dos municípios.

## 6. Comentários finais

Os dois primeiros anos da gestão José Serra/Gilberto Kassab na área da Saúde foram marcados pelo signo da polêmica. As iniciativas do prefeito José Serra, sempre em nome da racionalidade administrativa, sofreram forte contestação dos funcionários e dos setores organizados da população, repercutindo no Conselho Municipal de Saúde na forma de intensos conflitos, beirando a ruptura nas relações entre gestores e os representantes de usuários e trabalhadores. As resistências cotidianas enfrentadas pelos gestores no dia-a-dia certamente contribuíram para o desgaste e a saída de dois secretários.

Algumas deliberações aprovadas na 13ª Conferência Municipal de Saúde, em dezembro de 2005, com a participação de setecentos delegados dos diferentes segmentos, revelam o nível da contestação das iniciativas do governo:

1) “Manutenção e fortalecimento dos 31 Conselhos já existentes nas Coordenadorias de Saúde das subprefeituras, em conformidade com a legislação”. Em dezembro de 2005, ainda predominava a interpretação de que o retorno das coordenadorias das subprefeituras para a Secretaria da Saúde era ilegal, e portanto, inaceitáveis as cinco Coordenadorias Regionais e as Supervisões. Não se aceitava a desativação dos Conselhos Gestores das 31 Coordenadorias, que continuaram se reunindo regularmente.

2) “Suspender o processo de implantação das AMA (Assistência Médica Ambulatorial) e reverter seus recursos já alocados na ampliação de rede de UBS e ambulatórios de especialidades”. Em dezembro, já estava clara a intenção do governo de somente contratar novos trabalhadores através das entidades parceiras, e não mais por concurso, bem como estava em curso a transformação das UBS em unidades de pronto-atendimento.

3) “Recusar a utilização das Organizações Sociais (OSS) nos serviços públicos de saúde do Município de São Paulo (SUS); (...) Posicionar-se contrariamente à tercerização dos serviços de Saúde, com total repúdio ao Projeto de Lei n. 318/05 e toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a Resolução 001/05 do Conselho Nacional de Saúde e o parecer do Subprocurador da República Dr. Wagner Gonçalves, de maio de 1998, registrando a inconstitucionalidade da tercerização da Gestão na Área da Saúde”. A deliberação é baseada numa resolução de 2005 do Conselho Nacional, com o mesmo conteúdo. Em 2006, o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo também aprova a mesma resolução.

Ressalta-se que o governo desconsiderou estas e muitas outras deliberações da Conferência, conseguindo aprovar a Lei Municipal sobre as OS em janeiro de 2006 por meio da convocação extraordinária da Câmara Municipal. As AMA continuaram sendo implantadas, e mais recentemente o prefeito Kassab anunciou sua intenção de atingir cem AMA (e não mais cinquenta, segundo o anunciado por Serra). Mas, a política do “fato consumado” não se traduziu até hoje na sua aceitação pelos funcionários e usuários organizados, mantendo o clima de discórdia e dificuldade de diálogo dos dirigentes com os servidores e usuários. Nestas condições, corremos o risco de perdermos a grande oportunidade de implementação do *Pacto pela Saúde*, que interessa a todas as partes hoje em conflito: o Pacto pressupõe a superação do ambiente de competição – não apenas entre gestores, das mesmas esferas e/ou das três esferas de governo – a favor da solidariedade e do diálogo. Não se pretende a ocultação das divergências, mas sim a negociação, só possível mediante a clara exposição das concepções, objetivos e das diferentes propostas em disputa.

Procurando contribuir para um debate produtivo, retomamos a questão AMA. Proposta voltada para ampliar o atendimento

imediate, sem agendamento, ela é criticada pelo fato de priorizar a quantidade em detrimento da qualidade, e assim, ser entendida como a resposta imediata do gestor, “mais fácil”, com retorno imediato e, portanto, de cunho clientelista.

Citamos alguns resultados de uma pesquisa desenvolvida pelo Centro de Estudos da Metrópole (CEM-CEBRAP) em 2004. Esta pesquisa procurou levantar o acesso da população mais pobre – 40% da parcela de menor renda da cidade - à educação, saúde e os programas de transferência de renda (como o *Bolsa-Família*). Na área da Saúde, verificou-se que 91% das famílias (valor considerado expressivo) tiveram pelo menos um membro procurando algum atendimento de saúde de rotina no último ano, sendo que para 49% o atendimento ocorreu até um mês antes da data da pesquisa (que foi em novembro de 2004). Observou-se também que 57% procuraram atendimento em UBS – dado que comprovaria o sucesso da hierarquização do SUS, onde a UBS representa a porta de entrada; e 16% procuraram um hospital público (outros 11,7% procuraram um pronto-socorro, público ou privado). A pesquisa apontou que 10,6% procuraram médico particular ou convênio.

Um resultado bastante preocupante foi que a consulta era agendada em média para 39 dias depois; entretanto, este prazo era muito maior para as famílias pobres moradoras em áreas periféricas da cidade, e também para moradores em áreas próximas de favelas. As principais dificuldades apontadas por estas famílias eram: marcar consultas; a falta de médicos; e a distância da Unidade.

Este resultado explica a grande aprovação das AMA pelos usuários atendidos, como foi apontado pelo governo, o que justifica a sua intenção de ampliar ainda mais a implantação de AMA, para alcançar cem unidades, principalmente nas áreas com maior carência de unidades básicas – portanto, mesmo com prejuízo do atendimento programado, com agendamento. Representaria facilitar o acesso daqueles que não conseguiam atendimento; assim,

estariam recebendo alguma assistência, mesmo precária, no lugar de um atendimento melhor, mas de baixa cobertura.

A pergunta dirigida em seguida aos gestores que lançam mão do pronto-atendimento (em geral não respondida) é: quando e como se colocará a questão da qualidade da atenção básica? A partir da AMA, será um dia possível retomar o atendimento programado? Até que ponto será sustentável a proposta, com a utilização dos parceiros para a contratação do pessoal? Pensamos que a resposta deverá ser formulada pela atual Secretária, que já manifestou em diferentes momentos – inclusive numa inauguração de AMA – preocupação com estas questões. Mas, espera-se que a resposta esteja dentro de uma proposta global e coerente de Plano Municipal de Saúde, com propostas de ações, metas, prazos – e que este Plano possa ser amplamente debatido e submetido à aprovação na próxima Conferência. E que o Termo de Compromisso de Gestão a ser assumido pela Secretaria, ainda neste ano de 2007, seja coerente com este Plano.

O desafio colocado para a atual Secretária, é que ela tome a iniciativa de propor o diálogo franco e as negociações com usuários e trabalhadores da Saúde, cumprindo o que se espera de cada gestor: formular, apresentar e aprovar o Plano de Saúde, e em seguida implementá-lo, com apoio e participação dos maiores interessados.

Como foi discutido no IX Encontro da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo, em dezembro de 2006, a implantação definitiva do SUS com efetivo controle social – uma das grandes bandeiras de luta da UMPS –, passa pela implantação do *Pacto pela Saúde* em São Paulo, com participação efetiva da população, em diálogo com os gestores e os trabalhadores da Saúde. A efetivação do *Pacto pela Saúde* em São Paulo e no país poderá resultar não apenas em avanços no SUS universal, resolutivo e humanizado, mas também inspirar e contribuir no aperfeiçoamento das demais políticas sociais como a Educação, a Segurança Alimentar, a Assistência Social, a Moradia, etc.

# Referências bibliográficas

Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS-SP (CEINFO). *Avaliação da Equidade: Índice-Saúde de 2005 por Subprefeitura e tendência nos últimos anos*. Outubro de 2006.

“Dados de 2004 e 2005 sobre agravos, causas de morte, nascidos vivos, produção ambulatorial; Inquérito de Saúde no MSP (ISA-Capital) de Julho de 2005 - Uso de serviços de saúde, e n. 1 de 2006: Exames Preventivos – Realização de Papanicolau; Diagnóstico Mínimo por Coordenadoria Regional de Saúde, 2005”. Boletins do CEINFO: Maio de 2005 e Março de 2006.

Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC). *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: resultados da pesquisa de avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) Estado de São Paulo*. Consórcio Medicina USP, 2006.

Centro de Estudos da Metrópole (CEM)/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). “*Pesquisa de acesso da população pobre de São Paulo a serviços públicos*” Novembro de 2004.

“Relatório final da 13ª Conferência Municipal de Saúde”. São Paulo: Dezembro, 2005.

PESSOTO, Umberto C.; *et al.* (2007). “Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo”. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva* – ABRASCO, Vol. 12, nº 2, pp. 351-362.

COELHO, Vera Schattan P.; SILVA, Nílian (2006). “Has the distribution of public health services become more equitable? Reflecting on the case of São Paulo”. Texto apresentado no seminário *The Politics of Service Delivery in Democracies: better access for the poor* na Suécia, abril/2006.

# Notas

---

<sup>1</sup> Médico sanitário, pesquisador do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (Instituto de Saúde), pesquisador do Instituto Pólis.

<sup>2</sup> Pesquisa InformEstado aponta a saúde pela segunda vez consecutiva como a área de pior desempenho da Prefeitura, com 26,2%. Comenta-se no artigo: “Mas melhorou em relação a junho de 2006, quando a desaprovação era de 31,3%; o índice atual é o menor da série de levantamentos desde o início da gestão José Serra”, iniciada em janeiro de 2005. *Jornal O Estado de S. Paulo*, 01/01/2007.

<sup>3</sup> Trata-se de um amplo acordo estabelecido em 2006 entre os gestores das três esferas de governo – Ministério, secretários estaduais e municipais de Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. O Pacto será analisado adiante.

<sup>4</sup> As subprefeituras foram criadas pela Lei n.13.399/02, em agosto de 2002. Mas a Lei n. 13.881 que criou os Conselhos de Representantes das Subprefeituras só foi aprovada em julho de 2004 e regulamentada em novembro. A primeira eleição dos Conselhos ocorreria apenas em 2005, levando um político do PSDB a considerá-la uma *bomba de efeito retardado* contra o novo governo, desativada pela liminar.

<sup>5</sup> Razões de veto à Lei que cria o CONOP, publicado no DOM de 29/06/2005.

<sup>6</sup> Pesquisa realizada pelo DCI, com duzentos profissionais do setor. *Diário do Comércio e Indústria*, em 03/05/2006. Os outros três Centros seriam: Hospital das Clínicas, Sirio-Libanês e Oswaldo Cruz.

<sup>7</sup> Citado no artigo de sua autoria: Lottemberg, Cláudio. “Parcerias na Saúde”. In: *Revista Debates GV Saúde* vol.1, São Paulo: 1º Sem. 2006, p 6.

<sup>8</sup> *Idem*.

<sup>9</sup> “Conselho notifica Secretaria sobre agressão a médicos”. In: *Jornal do CREMESP*, Ed. 212 de Abril/2005.

<sup>10</sup> “SOS Saúde”. In: *Notícias de Itaquera* – Edição 906 – 8 a 15/07/2005.

<sup>11</sup> Encontrado em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cms>.

<sup>12</sup> “Estamos doentes”. In: *Revista Época* n. 415, 1/05/2006.

<sup>13</sup> In: *Revista Debates GV Saúde*, vol. 1, 1º Sem. 2006.

<sup>14</sup> Cabe lembrar que o Conselho Municipal aprovou a Resolução nº 45, manifestando-se contra “a terceirização dos serviços de saúde, repudiando totalmente o projeto [de Lei sobre as OS]...”. Esta Resolução foi homologada pela secretária e publicada. Ver mais detalhes nos Comentários Finais (item 6).

<sup>15</sup> *Folha de São Paulo* de 11 de Outubro de 2006.

<sup>16</sup> São praticamente as mesmas entidades reconhecidas anteriormente como Organizações Sociais pelo governo estadual, e que atualmente administram catorze hospitais estaduais na Região Metropolitana de São Paulo - quatro deles na cidade de São Paulo: Grajaú, Pedreira, Vila Alpina e Itaim Paulista. Mais recentemente, foram celebrados contratos de gestão com OSs para administrarem um ambulatório, um laboratório (Mandaqui) e os Centros de Referência do Idoso (CRI) da Zona Norte e da Zona Leste.

<sup>17</sup> Revista *Saúde São Paulo*, Ano 1, nº 2, Junho de 2004.

<sup>18</sup> É importante lembrar que estas entidades parceiras são praticamente as mesmas reconhecidas pelo Estado como Organizações Sociais, e agora reconhecidas como OS também pelo município; e que a maioria das parcerias para a implantação do PSF foram estabelecidas no início da gestão da prefeita Marta Suplicy. São antigas as críticas e cobranças de usuários e servidores por informação e transparência sobre os valores e condições estabelecidas nestas parcerias – e que também foram utilizadas para a contratação dos trabalhadores das AMA.

<sup>19</sup> Silva, Zilda Pereira. “Avaliação da Política Municipal de Saúde 2001-2002”, Caderno 19, Série Cadernos do Observatório dos Direitos do Cidadão. São Paulo: Editora Instituto Pólis, 2004. Disponível para download no site [www.polis.org.br](http://www.polis.org.br).

<sup>20</sup> Encontrado na página da Prefeitura de São Paulo ([www.prefeitura.sp.gov.br](http://www.prefeitura.sp.gov.br)) em Nov/2006.

<sup>21</sup> Ver [www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/painel\\_monitoramento/0002](http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/painel_monitoramento/0002).

<sup>22</sup> Não estamos afirmando que estas famílias não demandam atendimentos de saúde junto à rede municipal, já que alguns estudos mostram que na prática, estas famílias acessam com maior facilidade os serviços de maior complexidade oferecidos pelo SUS, como os transplantes e cirurgias cardíacas. E parte destas famílias contam com planos que garantem um acesso diferenciado junto ao Hospital das Clínicas e ao Instituto do Coração.

<sup>23</sup> Aumento de 957 mil consultas sobre o total de 10,1 milhões registrados em 2004.

<sup>24</sup> De acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais, identificamos 25 UBS que já existiam em 2004 e que passaram a albergar uma AMA em 2006. Nestas unidades, houve um aumento de 350 mil consultas médicas em relação ao atendimento em 2004, o que representa 38% sobre o atendimento de 2004, sem AMA (917 mil consultas).

<sup>25</sup> Este número representou um aumento de 14% sobre o ano de 2004, quando os pronto-socorros ofereceram 4,6 milhões de consultas.

<sup>26</sup> As redes estadual e conveniada apresentaram em 2005 uma redução total de 515 mil consultas médicas em relação a 2004, entre os quais 200 mil classificadas como de urgência/emergência.

<sup>27</sup> A SEMPLA incluiu nesta contagem a rede pública federal, que é basicamente representada pelo Hospital São Paulo.

<sup>28</sup> A Emenda Constitucional n. 29 (EC-29), aprovada no ano 2000, estabeleceu os gastos mínimos para a saúde a serem seguidos por todos os governos. Assim, a partir do quinto ano da Emenda, todos os municípios deveriam aplicar no mínimo 15% da receita de impostos e transferências

constitucionais e legais para “ações e serviços públicos de Saúde”; os Estados e o DF, 12%; e a União, o montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. O desafio atual, incluído no Pacto em Defesa do SUS, é a regulamentação desta Emenda através de uma Lei Complementar, definindo com clareza o que são as ações e serviços de Saúde.

<sup>29</sup> Especialmente as famílias com rendas mais baixas; nos estratos superiores de renda, a situação se inverte.

<sup>30</sup> De acordo com o SIA, em 2004 foram 1,95 consultas por habitante, incluídos os atendimentos pela rede municipal, estadual e conveniada ao SUS; em 2005 foram 2,05 consultas, ou um aumento de 5% sobre o ano anterior; e 2,03 em 2006. Vale lembrar que este cálculo considerou toda a população do município. Sabemos que a parcela de 60% da população da cidade que tem planos ou seguros de saúde também é atendida pelo SUS, especialmente nos programas voltados para crianças, no primeiro ano de vida, ou para as mulheres, como o pré-natal. O PSF também inscreve e atende as famílias com planos. Mesmo assim, podemos estimar que em média, a concentração de consultas SUS da parcela da população que não tem planos seja bastante superior à da parcela que tem planos.

<sup>31</sup> Em relação às internações, valem as mesmas observações feitas sobre as consultas médicas. Mas a ANS tem mais informações sobre as internações pelo SUS de pessoas com planos e seguros, e tenta o ressarcimento das despesas junto às empresas seguradoras.



# O papel do CMS na política de Saúde em São Paulo

Luciana Tatagiba<sup>1</sup>

Ana Claudia Chaves Teixeira<sup>2</sup>



# 1. Introdução

Desde os anos 1990, assistimos a uma expansão sem precedentes da participação institucionalizada que vem alterando os padrões tradicionais de formulação e implementação das políticas, pela inserção de novos atores, temas, conflitos e interesses. É verdade que a intensidade e a direção das mudanças em curso, muitas vezes, estão longe das expectativas que motivaram sua criação. No caso específico dos conselhos gestores, objeto desse estudo, a bibliografia de referência sugere que essa nova institucionalidade participativa tem ocupado um lugar ainda marginal nos processos decisórios que envolvem a definição das políticas em suas áreas específicas. Mesmo que os problemas apontados variem em natureza e extensão, não é incomum encontrarmos nas conclusões dos estudos uma mesma afirmação: os conselhos “não deliberam”.

Embora possamos concordar com esse diagnóstico mais geral, temos que reconhecer que ele já não basta. Afinal, depois de mais de quinze anos de experimentação é preciso avançar na análise e retratar com traços mais definidos os contornos dessas novas instâncias participativas, identificando – na ampla gama de atores e processos que compõem a dinâmica de produção das políticas – sua identidade e forma de atuação específicas.

Afinal, se é verdade que os conselhos não deliberam, o que fazem? Para que estão servindo? Para além do que prevê a legislação, qual a função que estão *realmente* assumindo nas diversas fases de produção das políticas públicas? Indo além das expectativas e focando nas “experiências realmente existentes” qual tem sido o lugar, o papel e a função dessas novas instâncias e o que isso diz acerca de sua identidade institucional? Até que ponto os conselhos incidem nas políticas públicas e de que forma incidem?

Essas são as perguntas que nos desafiam e que justificam esse novo esforço de investigação. Acreditamos que enfrentar essas questões é essencial nesse momento em que se busca fazer um balanço dos resultados da aposta na participação institucional. Diante dos tímidos resultados da participação, no que se refere à melhoria das condições de vida da população, muitos estão se perguntando até que ponto tem valido a pena a luta por dentro das instituições. Nosso texto não tem a pretensão de responder a essa pergunta. O que podemos e esperamos fazer é oferecer mais subsídios para que esse debate avance. Acreditamos que somente com informação poderemos fugir das armadilhas simplificadoras, que ora conduzem a uma aposta cega na participação institucional, ora sugerem o abandono de qualquer tipo de envolvimento com dinâmicas participativas institucionalizadas.

Com o objetivo de intervir nesse debate, a pesquisa toma como foco de análise a co-relação entre a produção da política pública e a ação do conselho, nas áreas de assistência social, criança e adolescente, saúde e habitação. Como dissemos, queremos compreender se e até que ponto os conselhos têm funcionado como instâncias de formulação das políticas públicas e qual tem sido a capacidade dessas instâncias de influenciarem a ação estatal, e em que direção. Para tanto, a pesquisa foi estruturada em torno das seguintes dimensões analíticas: (i) o que são os conselhos e qual a sua história política; (ii) como os conselhos incidem nas políticas públicas. Vejamos, brevemente, cada uma dessas dimensões.

## 1.1. Dimensões de análise

A primeira dimensão central de nossa análise remete à pergunta: o que são os conselhos? Para isso, partimos da seguinte definição: os conselhos gestores são instituições participativas permanentes,

definidas legalmente como parte da estrutura do Estado, cuja função é incidir sobre as políticas públicas em áreas específicas, produzindo decisões (que algumas vezes podem assumir a forma de norma estatal), e que contam em sua composição com a participação de representantes do Estado e da sociedade na condição de membros com igual direito à voz e voto. Para além desses princípios mais gerais, cada conselho possui uma identidade própria que pode ser parcialmente apreendida a partir da consideração de duas variáveis fundamentais: desenho institucional e trajetória política.

*O desenho institucional oferece os parâmetros para a atuação dos conselhos, apresentando os contornos básicos de sua identidade política.* Nas leis de criação e regimento interno são definidas as regras para composição e representação, natureza da participação, dinâmica decisória, ritos procedimentais, etc., os quais, por sua vez, indicam as potencialidades e os limites de cada espaço no que se refere aos resultados esperados da participação (apresentamos essa discussão no capítulo 1). Como sugere Lüchman, o desenho institucional constitui-se como dimensão analítica importante “na medida em que se constitui como substrato ou suporte da dinâmica política” definindo “as condições de ampliação e de sustentabilidade das experiências participativas” (Lüchman, 2002: 47).

Contudo, no decorrer de nossa pesquisa, pudemos observar que os conselhos se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento e consolidação. Nas diferentes gestões de um conselho podemos perceber variações no que se refere à capacidade de incidir sobre as políticas, a forma de diálogo com o Estado, a dinâmica participativa, a relação com outros atores políticos, etc., sem que qualquer alteração no seu padrão institucional tenha sido verificada. Isso evidencia que *os conselhos passam por fases ou momentos distintos no decorrer de sua trajetória, que se transformam ao longo do tempo e que esse processo tem implicações na construção de sua identidade política.*

Por isso foi essencial para nossa investigação recuperar a história dos conselhos. Isso nos permitiu realizar um exercício muito interessante que é comparar um conselho consigo mesmo ao longo do tempo (os resultados podem ser conferidos no capítulo 2).

**Uma segunda dimensão analítica** importante remete às expectativas acerca da capacidade deliberativa dos conselhos. Como dissemos nos primeiros parágrafos, é muito comum nos estudos, a conclusão de que “os conselhos não deliberam”. Na nossa investigação, buscamos substituir a dicotomia “delibera/não delibera” por uma avaliação um pouco mais rica e complexa que busca compreender os *diferentes níveis de incidência dos conselhos nas diferentes fases da política pública*.

Começamos com a distinção entre deliberação e decisão. Enquanto o conceito de decisão remete ao resultado de um processo que envolve a eleição ou escolha entre alternativas; a noção de deliberação diz respeito à qualidade do processo que leva à decisão. O conceito de deliberação remete a um processo decisório que é precedido de um debate bem informado acerca das alternativas postas à definição dos problemas e às formas de intervenção. O padrão de interação é exigente, no sentido em que se espera que cada um apresente razões e esteja disposto a rever suas próprias opiniões, a partir do diálogo com o outro, visto como um igual em termos dos seus direitos de expressar e sustentar publicamente seus interesses e valores, sob a luz de argumentos razoáveis (Bohman, 1996). É esse processo que vai determinar se uma decisão é legítima ou não.

Partindo dessa distinção, esclarecemos que na nossa pesquisa preferimos usar o termo decisão e não deliberação porque não teremos condição de explorar, variáveis que remetam à *qualidade* do processo de tomada de decisão, tais como: a existência ou não de debate e discussão prévios à decisão, a pluralidade dos interesses

envolvidos na disputa, à natureza das razões apresentadas, o nível de autonomia dos sujeitos envolvidos para sustentar posições, o maior ou menor poder de cada ator/segmento na construção da agenda, etc. Ou seja, o que buscamos é tão somente analisar os tipos de problema com os quais os conselhos têm lidado ao longo de sua trajetória e que mereceram, por parte do Conselho, a tomada pública de posição por meio de decisões. Nossa pesquisa não abarcou todas as decisões produzidas pelos conselhos, mas se deteve a um tipo específico de decisão: as que se expressam sob a forma de resoluções. A resolução é uma decisão do Conselho, sobre determinado aspecto da política pública, que assume a forma de norma estatal. São “modalidades fortes” de decisão, com capacidade potencial para vincular os órgãos da administração pública e os agentes privados<sup>3</sup>.

O segundo movimento, fundamental para compreendermos de que forma os conselhos incidem sobre a política, é investigarmos as fases da política a que essas decisões estão geralmente referidas. Para facilitar a discussão, começamos esclarecendo o que estamos entendendo por “fases da política”.

É possível dizer que as políticas públicas possuem um ciclo: nascem, crescem, maturam-se e transformam-se (Draibe, s/data). Em linhas gerais, podemos afirmar que o desenvolvimento de uma política pública envolve dois processos fundamentais, que não são lineares (como uma evolução no tempo, pois podem se dar ao mesmo tempo):

- 1) *O processo de formulação de políticas públicas*, que envolve:
  - a) a identificação de uma questão a ser resolvida ou direitos a serem efetivados, a partir de um diagnóstico do problema. Nos termos de Draibe, este ponto seria o de formação da agenda pública em torno da política pública em questão; b)
  - a formulação de um plano de ação para o enfrentamento do

problema, evidentemente marcado pelo confronto de alternativas. Este plano de ação se traduz, em geral, num Plano Anual da política pública, com programas e projetos detalhados; c) Dentro deste plano, a decisão e escolha das ações prioritárias, apontando sobre o que e como investir os recursos públicos, ou privados (no caso de alguns fundos públicos que fazem captação de recursos privados), ou seja, as definições de estratégias de implementação.

2) *A implementação da política pública*, inclui tanto as atividades-meio, que viabilizam o desenvolvimento do programa, quanto a atividade-fim, ou a execução propriamente dita. Draibe identifica na fase da implementação, os seguintes subprocessos: a) sistema gerencial e decisório; b) Processos de divulgação e informação; c) Processos de seleção (de agentes implementadores e ou de beneficiários), d) Processos de capacitação (de agentes e ou beneficiários), e) Sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim).

No decorrer de todas essas fases, pode ocorrer o monitoramento e a fiscalização, feitos tanto por órgãos de governo quanto por atores da sociedade civil em geral. Como sabemos também, a política pública não ocorre necessariamente seguindo todas estas fases. Ela nem sempre é bem planejada, ou às vezes não chega a ser totalmente implementada ou avaliada. Isso ocorre porque há transições entre governos com prioridades diferentes ou mudança de prioridades dentro de um mesmo governo.

O nível de incidência dos conselhos pode variar nas diferentes fases da política, ou mesmo restringir-se a um subprocesso no interior de cada fase. O Conselho pode ter um nível de incidência forte na fase de planejamento e fraco na fase de implementação (e vice-versa); pode concentrar sua ação na última fase, com um

controle social *ex-post*; ou pode ainda não ter qualquer influência nos ciclos de produção da política. Para avaliar o tipo de incidência do Conselho sobre a política é fundamental conhecer seu desenho institucional, no qual são definidas as expectativas em relação a essa incidência (por exemplo, há conselhos cuja atribuição legal é unicamente acompanhar a execução de determinada ação no interior de um programa) e a trajetória política do Conselho, no decorrer da qual ele assume para si o desempenho de certas funções que podem ou não coincidir com o que está previsto na sua definição legal.

Traçados os contornos mais gerais de nossa pesquisa, apresentamos, a seguir, o estudo de caso sobre o qual nos debruçaremos nesse texto.

## 1.2. Estudo de caso

Esse texto tem como objetivo realizar a uma análise do Conselho Municipal de Saúde tendo como foco a relação do conselho com a política de saúde no município de São Paulo, tendo como recorte temporal o final de gestão da prefeita Marta Suplicy e o início da gestão José Serra/Gilberto Kassab (compreendendo a 7<sup>a</sup> e parte da 8<sup>a</sup> gestão do CMS). Apesar disso estendemos a análise documental às gestões anteriores do Conselho buscando construir uma perspectiva mais adequada para a análise dos desafios e das possibilidades da ação presente. Vale dizer que o CMS é o conselho mais antigo estudado nesta pesquisa<sup>4</sup>. Ele tem quinze anos de existência, com muitos percalços enfrentados.

Nossa estratégia metodológica consiste em dois movimentos. Em primeiro lugar, buscaremos investigar a agenda temática do Conselho. Os assuntos discutidos e as tarefas que o CMS assume

são um bom indicador da função que ele efetivamente está ocupando no contexto da política municipal. Não será nosso interesse reconstruir o processo de formação da agenda no interior do conselho (embora tema importantíssimo, ele foge das nossas possibilidades de análise nesse momento), mas apenas identificar seus temas mais recorrentes. Em segundo lugar, buscaremos comparar essa agenda do Conselho com a agenda da política pública. Ou seja, nesse momento, buscaremos avançar na avaliação da agenda do CMS tendo um ponto de apoio externo ao Conselho, que é a própria política pública da área.

Para atingirmos esses objetivos, utilizamos estratégias complementares de pesquisa. A primeira delas foi a análise documental. Foram analisadas as atas publicadas entre janeiro de 2005 e julho de 2006, num total de 25 atas analisadas. O segundo tipo de documento investigado foram as resoluções publicadas pelo CMS entre 1992 e 2006, num total de 143 resoluções. Para além dos registros documentais, realizamos entrevistas<sup>5</sup> com os conselheiros representantes do governo e da sociedade civil, num total de sete entrevistas. Também acompanhamos oito reuniões do CMS realizadas entre fevereiro e julho de 2006, com a produção de diários de campo<sup>6</sup>. Como registro, vale observar que muitas das informações necessárias para a realização deste trabalho estavam disponíveis na internet, como atas e resoluções, a partir de 2004. O site do Conselho na internet parece garantir uma relativa transparência ao conselho, pois além das atas e resoluções, encontram-se nele legislações específicas e notícias.

Acreditamos que a associação entre essas estratégias de pesquisa nos permitiu ampliar a compreensão sobre o CMS como instituição política participativa e, principalmente, sobre o lugar que tem ocupado na política de Saúde em São Paulo. Contudo, sabemos que de nossas escolhas resultam também limites claros no que se refere à

interpretação dos “achados” da pesquisa. Como não estamos preocupados com os padrões da disputa política que se estabelecem no interior do CMS<sup>7</sup>, e, tampouco, com a forma como ele se relaciona com as outras instituições governamentais e não-governamentais que compõem a rede de atenção, não somos capazes de dizer por que determinados temas são centrais na agenda do Conselho e não outros, quem são os atores com maior capacidade de influenciar esse processo, até que ponto as decisões são precedidas ou não de deliberação, qual a força que o Conselho tem para impor a atenção a suas decisões, etc. Por certo, esses temas compõem dimensões do nosso problema que, infelizmente, não terão como ser abordados no âmbito desse trabalho. Nosso objetivo, como dissemos, é mais modesto e, ao mesmo tempo, profundamente desafiador: queremos estudar o mapa temático do CMS para tentarmos a partir disso, lançar pistas acerca do lugar, do papel e da função do Conselho na rede da política de Saúde na capital.

\*\*\*

Nosso texto está dividido em quatro partes. Na primeira, buscamos caracterizar muito brevemente o CMS, chamando atenção para algumas dimensões do seu desenho institucional, com o objetivo de entender qual o lugar e o papel que a legislação lhe confere *vis-à-vis* os outros atores da área. Na segunda parte buscamos resgatar fragmentos da história do Conselho, por meio de uma comparação entre as diferentes gestões. Nesse exercício buscamos menos uma descrição minuciosa de cada estágio, e mais a identificação de possíveis momentos de inflexão na trajetória do CMS que possam ser importantes para compreender sua identidade institucional. Na terceira parte, estudando as resoluções produzidas pelo Conselho buscamos entender a que tipo

de problemas ele tem, predominantemente, oferecido resposta por meio da produção de normas legais. Na quarta parte, nosso estudo concentra-se nas gestões do Conselho que coincidem com a gestão dos prefeitos Serra/Kassab. Nesse momento, o objetivo é confrontar, por meio da análise das atas e das entrevistas, a agenda do Conselho com a agenda da política de Saúde no município.

## **2. Desenho institucional: competências e dinâmica de funcionamento<sup>8</sup>**

O CMS é um dos mais antigos conselhos municipais criados no município de São Paulo. Os primeiros registros remontam à Portaria nº 1166, 24/06/89, publicada na gestão de Luiza Erundina, e a referência na Lei Orgânica do Município, de 1990. Legalmente, seu início coincide com a publicação do Regimento Interno do CMS no DOM de 12 de maio de 1992, por aprovação do Plenário do Conselho em 27 de janeiro de 1992. O CMS adquire sua conformação legal no governo do Prefeito Celso Pitta (1997-2000) por meio da Lei nº 12.546 de 7 de janeiro de 1998. Segundo o atual regimento interno, o CMS é um órgão que tem por objetivo atuar e deliberar na formulação e controle da execução da política municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado. Em termos de vínculos institucionais, o CMS está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde funciona a partir de três instâncias de trabalho: Plenário, Comissão Executiva, e Secretaria Geral.

O Plenário é o fórum de deliberação plena e conclusiva. O Regimento Interno do CMS prevê reuniões mensais do Plenário, com possibilidade de convocação de reuniões extraordinárias, convocadas pelo presidente do Conselho ou pela maioria dos seus membros. O presidente do Conselho sempre será o Secretário de Saúde. Quanto à composição, o Conselho tem composição quadripartida com representação da sociedade civil, trabalhadores da saúde, instituições governamentais, prestadores de serviços e fornecedores ou produtores de materiais de saúde, num total de 32 membros, distribuídos de acordo com a paridade de representação da sociedade civil em relação aos demais segmentos: 50% do número total de conselheiros são de representantes dos usuários e os outros 50% são compostos por representantes dos demais segmentos. A cada titular corresponde um suplente. A Comissão Executiva do CMS tem por atribuição proceder ao encaminhamento e execução de todas as providências, recomendações e decisões tomadas pelo Plenário do Conselho. A Comissão Executiva contará com quatro representantes dos usuários, dois representantes dos trabalhadores da Saúde e dois representantes dos gestores, indicados entre seus pares. A Secretaria Geral é um órgão vinculado ao Gabinete do Secretário Municipal da Saúde, tendo por finalidade a promoção do apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho.

Para o melhor funcionamento do Conselho, há ainda comissões mais permanentes e grupos de trabalho temporários. No momento da pesquisa, além da comissão executiva, encontramos nove comissões permanentes: de Grandes Pautas, de Recursos Humanos, de DST/AIDS, Interconselhos, Saúde da População Negra, Orçamento e Finanças, Comunicação, Política de Saúde, Saúde do Trabalhador.

Sobre a competência do Conselho no processo de produção das políticas, o Art. 3º do Regimento Interno do CMS afirma que

compete ao Conselho, dentre outras funções: **deliberar** sobre a Política Municipal de Saúde e **controlar** sua execução, inclusive no que se refere aos aspectos econômicos e financeiros; **deliberar, avaliar e controlar**, no nível municipal, o funcionamento do SUS; **aprovar, controlar, acompanhar e avaliar** o Plano Municipal de Saúde; **apreciar e emitir parecer** sobre o Plano e aplicação de recursos financeiros transferidos pelos governos Federal, Estadual e do orçamento municipal consignados ao Sistema Único de Saúde; **apreciar** a movimentação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pela Secretaria Municipal da Saúde; **acompanhar e fiscalizar** os procedimentos do Fundo Municipal de Saúde; promover a articulação interinstitucional e intersetorial para garantir a atenção à Saúde constitucionalmente estabelecida; **estimular a participação** e o controle popular por meio da sociedade civil organizada, nas instâncias colegiadas gestoras das ações de Saúde em nível distrital regional e de unidades; **aprovar** as **diretrizes** e critérios de incorporação ou exclusão ao Sistema Único de Saúde, de serviços privados e ou pessoas físicas, bem como **controlar** e **avaliar** sua atuação, com a colaboração dos Conselhos das Administrações Regionais de Saúde e/ou Distritos de Saúde, podendo a qualquer tempo propor exclusões ou incorporações por não atendimento às diretrizes e critérios; ter todas as informações sobre recursos humanos, convênios, contratos e termos aditivos, de direito público, que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Segundo seu regimento, podemos dizer que o CMS deve atuar, portanto, em três grandes frentes: na definição dos planos e programas de políticas públicas, sempre respeitando o SUS; no acompanhamento dos recursos públicos da Saúde, sejam eles

municipais, estaduais ou federais; na mobilização da sociedade e do governo – por meio das conferências – além da formação de outros conselhos de âmbito local, nas unidades de saúde, autarquias, distritos etc. *Vale dizer que este é um conselho de políticas públicas municipais que possui um sistema de participação descentralizado, com conselhos de unidades básicas, autarquias, hospitais e conselhos distritais, sendo que um dos objetivos do Conselho é propor as regras de funcionamento e fiscalizar o funcionamento deste sistema participativo. Boa parte do seu trabalho, como veremos a seguir, é regulamentar e monitorar este sistema.*

No que diz respeito ao Fundo Municipal de Saúde, é importante afirmar que ele existe desde 1990 e possuía um conselho fiscalizador próprio. Em 2003, foi aprovada uma nova Lei do FUMDES, que colocava sobre o CMS a responsabilidade de aprovar e monitorar suas contas. (Carvalho, 2003). Segundo Carvalho, o entendimento inicial era de que o FUMDES só alocaria recursos federais e estaduais transferidos ao município, e não os recursos de origem municipal. A Emenda Constitucional n.29 obrigou que os recursos fossem passados fundo a fundo e que o controle social no nível municipal fosse feito pelo CMS.

\* \* \*

Pela análise do desenho institucional, o CMS pode ser definido como uma instituição participativa com forte poder de incidência nas fases de planejamento e implementação da política. Nas fases de planejamento, destaca-se a prerrogativa de deliberar sobre a Política Municipal e o Plano Municipal de Saúde, inclusive no que concerne aos aspectos econômico-financeiros. Na fase de implementação da política, a Lei dá ao Conselho papel de destaque, atribuindo-lhe a elaboração de critérios de incorporação ou

exclusão de serviços privados ao Sistema, e o controle e fiscalização quanto à correta aplicação dos recursos financeiros oriundos das esferas Federal e Estadual, cabendo ao Conselho pronunciar-se sobre os relatórios de gestão apresentados pelo gestor municipal. Para além dessas competências, ao Conselho de Saúde cabe gerir o sistema participativo na área da Saúde, favorecendo a ampliação da participação popular nas decisões sobre a política.

Mas isso é o que podemos apreender a partir da análise do desenho institucional do Conselho. Na prática sabemos que a divisão das funções, competências e poderes entre o Conselho e as instituições administrativas e burocráticas quanto à definição, execução e fiscalização das políticas está longe de estar resolvida apenas por essa disposição presente na legislação, que no mais das vezes, é vaga no que se refere ao lugar e papel de cada ator. Na prática, essa divisão das funções acaba ocorrendo a partir de acordos possíveis em cada conjuntura particular, variando à medida que se altera o jogo das correlações de forças entre os participantes (Tatagiba, 2002: 95). Por isso que nosso próximo passo será buscar nos fragmentos da trajetória do CMS, novos elementos que nos permitam avançar na compreensão de sua identidade política.

### **3 Ampliando a perspectiva: a trajetória do CMS**

Sabemos que a história das instituições participativas na cidade de São Paulo deve ser lida no interior de um quadro de referência mais amplo que remete, dentre outros: (i) às profundas rupturas no plano do executivo municipal, no suceder de administrações orientadas por princípios ético-políticos distintos; (ii) à ação dos

movimentos e organizações da sociedade civil em sua tensa e ambígua relação com a institucionalidade política; (iii) ao peso político-eleitoral de São Paulo e seus impactos sobre a partidari-zação da prática política na capital (Teixeira e Tatagiba, 2005). Essas três dimensões parecem conformar limites, potencialidades e desafios próprios à dinâmica participativa na cidade.

Partindo desse quadro mais geral, tentamos, nesse item, reconstruir fragmentos da trajetória do CMS buscando uma perspectiva de análise mais adequada sobre o nosso problema.

*O CMS é uma instituição participativa antiga na cidade de São Paulo, fruto de grandes mobilizações e com um histórico de resistência, pois esteve profundamente ameaçada durante os governos Maluf e Pitta.* Criado por uma Portaria em 1989, o CMS passou a existir legalmente a partir da aprovação do seu regimento interno, em 1992. Atualmente, o Conselho encontra-se na sua oitava gestão.

No quadro a seguir, buscamos recuperar, comparativamente, os traços mais gerais que marcaram cada uma dessas gestões, tomando como referência estudos já produzidos sobre o tema<sup>9</sup>. Como o CMS tem um histórico de lutas e legislações municipais e Federais importantes aprovadas antes de 1992, o quadro a seguir também conta com alguns marcos importantes, que antecedem o funcionamento do próprio Conselho.

## TABELA 1

### Gestões do CMS em perspectiva comparada

Gestão do CMS	Governos	CMS – Principais linhas de atuação em cada gestão
Antecedentes importantes	Olavo Setúbal Reinaldo Barros Jânio Quadros Luiza Erundina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1977 – Primeiras comissões de Saúde da Zona Leste</li> <li>• 1979 – Conselhos Populares de Saúde são reconhecidos pelo Estado</li> <li>• 1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• 1988 – Constituição Federal promulgada – capítulo da Saúde como direito</li> <li>• 1989 – Portaria SMS nº 1166, 24/06/1989 cria o CMS</li> <li>• 1990 – Os princípios constitucionais se consolidam nas leis nº 8080, de 19/09/1990 (cria o SUS), Lei nº 8142, de 28/12/1990 (define a participação da comunidade no SUS), e Decreto nº 99.438, de 07/08/ 1990 que cria o Conselho Nacional de Saúde, regulamentando a participação social</li> <li>• 1990 – Lei Orgânica do Município Capítulo II, Art. 218, prevê o Conselho Municipal de Saúde. Criação do FUMDES, com um conselho de orientação do fundo (e não ligado ao Conselho Municipal)</li> <li>• Início da implementação do SUS</li> </ul>
Primeira 1992-1993	Luiza Erundina e Paulo Maluf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprovação do regimento interno do CMS</li> <li>• Aprovação do regimento interno dos conselhos gestores das unidades de Saúde, dos conselhos distritais e dos conselhos regionais</li> <li>• III Conferência Municipal de Saúde</li> <li>• Defesa do Programa Hospital Aberto</li> <li>• IV Conferência Municipal de Saúde</li> <li>• CMS é impedido de funcionar</li> </ul>
Segunda 1994-1995	Paulo Maluf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-existência entre o novo Conselho de Saúde criado por Maluf e o CMS</li> <li>• Início da implementação do PAS – Plano de Atendimento à Saúde</li> <li>• Não reconhecimento do PAS pelo CMS</li> <li>• Ampliação da representação societária no CMS</li> <li>• VI Conferência Municipal de Saúde</li> <li>• Embates e denúncias sobre o não-cumprimento legal da participação popular na gestão do SUS, do CMS aos conselhos Estadual e Nacional e ao MP Estadual</li> </ul>

Gestão do CMS	Governos	CMS – Principais linhas de atuação em cada gestão
Terceira 1996-1997	Paulo Maluf e Celso Pitta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação do PAS (cooperativas privadas), com enfrentamentos entre o poder executivo e o CMS</li> <li>• I Encontro dos Movimentos Populares de Saúde, com criação da UMPS – União dos Movimentos Populares de Saúde</li> <li>• Reivindicações de acesso à informação, por meio de resoluções do CMS e denúncias</li> </ul>
Quarta 1998-1999	Celso Pitta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O CMS adquire sua conformação legal através da Lei n. 12.546, de 7 de janeiro de 1998</li> <li>• Extinção do Conselho criado por Maluf</li> <li>• VII Conferência Municipal de Saúde, em 1998. Celso Pitta não reconhece a representação do movimento popular de Saúde eleita nessa ocasião</li> <li>• Lei Municipal do Conselho regulamentada pelos decretos nº 37.330, de 16/02/1998, nº 38.000, de 25/05/1999 e nº 38.576 de 05/11/ 1999</li> <li>• IX Conferência Municipal de Saúde. Retomada do CMS e o início de uma nova etapa no processo de democratização da saúde no município</li> </ul>
Quinta 2000-2001	Celso Pitta e Marta Suplicy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fim do PAS</li> <li>• Construção do SUS na cidade</li> <li>• Reorganização da política e da estrutura organizacional da SMS, com destaque para a distritalização, municipalização e modernização gerencial</li> <li>• Adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica</li> <li>• Portaria nº 1.131/2001– criação de conselhos deliberativos e paritários nos distritos de Saúde e em todas as unidades, inclusive hospitais e autarquias</li> <li>• Estatuto dos Conselhos Populares de Saúde junto às Unidades de Saúde da SMS (Portaria 1.507/2001, de 23/06/2001)</li> </ul>

Gestão do CMS	Governos	CMS – Principais linhas de atuação em cada gestão
Sexta 2002-2003	Marta Suplicy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institui os Conselhos Distritais de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde</li> <li>• Nova Lei do Fundo Municipal, vinculando-o ao CMS</li> <li>• Gestão Plena do Município.</li> <li>• Revisão das regras para conveniamento</li> <li>• Troca de secretários. Sai Eduardo Jorge, entra Gonçalo Vecina Neto</li> <li>• Avanço na descentralização das subprefeituras – criação de 31 coordenadorias de Saúde, com controle sobre o orçamento</li> <li>• Maior atenção às Unidades Básicas de Saúde</li> </ul>
Sétima 2004-2005	Marta Suplicy e José Serra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• XIII Conferência Municipal de Saúde</li> <li>• Debate sobre concurso para contratação de profissionais de saúde</li> <li>• Reconcentração do poder em cinco coordenadorias regionais de saúde, acima das coordenadorias de subprefeituras</li> <li>• Aprovação do PPA 2006-2009</li> <li>• Implementação das AMA (Assistência Médica Ambulatorial)</li> </ul>
Oitava 2006-2007 (até julho de 2006)	José Serra e Gilberto Kassab	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debate acirrado sobre Organizações Sociais na Saúde</li> <li>• Aprovação da Lei das OSs, pela Câmara</li> <li>• Aprovação do Pacto de Atenção Básica 2006</li> <li>• Aprova o Programa de Pactuação Integrada da Vigilância em Saúde</li> <li>• Aprova a habilitação de 24 novas equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família</li> </ul>

**Fonte:** *Elaboração própria a partir das atas e resoluções do Conselho e das informações presentes nos Cadernos do Observatório dos Direitos do cidadão nos 3, 8, 17 e 19.*

Como vemos, nos seus quinze anos de história, o CMS de São Paulo evidencia os avanços e os limites da construção de um sistema participativo na área da Saúde. Contando com uma forte base societária, o Conselho canalizou os apelos para a mudança e democratização do modelo da Saúde, impactando na construção do debate no plano nacional enquanto internamente ia atuando no sentido da consolidação do SUS na cidade.

*No decorrer dessa rica trajetória, o CMS atravessou quatro grandes períodos, com três momentos fortes de inflexão.*

*O primeiro foi um período mais “instituinte”, criativo e dinâmico. Este período vai dos anos 70 até o fim do governo Luiza Erundina. Enquanto se formava no Brasil uma concepção do que seria o Sistema Único de Saúde e o controle social sobre a Saúde, o CMS de São Paulo foi, em muitos sentidos, contemporâneo e ao mesmo tempo pioneiro daquilo que se consolidaria no plano Federal. Exemplar nesse sentido foi a criação, ainda nos anos 70, dos conselhos populares de Saúde. Em 1989, ou seja, antes da promulgação das Leis Orgânicas Federais que garantiram o SUS e o sistema de conselhos, foi aprovada a Portaria que criava o CMS no Município, definindo-o como “órgão colegiado máximo, responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde a nível (sic) do Município de São Paulo”. Nessa mesma direção, em 1990, cria-se o Fundo Municipal e o seu respectivo Conselho. A presença de um governo comprometido com as lutas populares foi fundamental nesse momento instituinte, como explica Sampaio:*

Em SP [...] o Conselho de Saúde já estava em funcionamento um ano antes da promulgação das leis federais e da própria Lei Orgânica do Município em 1990 – que no seu artigo 218 cria o CMS na cidade. Tal fenômeno está diretamente ligado ao papel exercido pelo então secretário de Saúde do governo da Prefeita Luiza Erundina (1989-1992), no processo de constituição do SUS. Reconhecido médico sanitarista, a história de Eduardo Jorge Sobrinho estava diretamente ligada às lutas populares pelo direito universal à saúde (Sampaio, 2006:63).

*Com a posse de Paulo Maluf, em 1993, há uma significativa inflexão nesse processo, uma brusca mudança de rota, dando início à segunda fase, que se estende de 1993 a 1998. Nessa fase, que coincide com os governos Maluf e Pitta, há um retrocesso tanto no incipiente*

modelo de gestão do SUS, que tinha caminhado pouco no município, quanto no próprio controle social, com a criação, em 1993, de um “novo” Conselho de Saúde, formado por notáveis. De 1993 a 1998, São Paulo teve então dois conselhos de saúde: um “oficial”, que contava com a participação do governo e de seus convidados, e outro “paralelo”, que não tinha sede, nem representação governamental. Do “conselho paralelo” participavam os movimentos de saúde e demais segmentos articulados em defesa do SUS, que podiam contar, na ocasião, com o forte apoio do Conselho Estadual. Este momento é marcado por muitas denúncias quanto à falta de acesso à informação e de críticas à consolidação do novo modelo de gestão da saúde, o PAS (Plano de Atendimento à Saúde), baseado em cooperativas privadas, que impediu o município de São Paulo de municipalizar o sistema de saúde. Durante um período do governo Pitta, o Conselho Orientador do Fundo de Saúde não tinha nenhum contato com o Conselho Municipal de Saúde, pois este questionava e denunciava gastos do PAS (um sistema privado) com recursos públicos, sem qualquer controle social. Os movimentos organizados na cidade resistiram e mantiveram de forma autônoma a realização de conferências e de reuniões dos conselhos, mesmo sem a presença dos setores governamentais.

*Enfim, o período que se estende de 1993 a 1999 foi marcado por muitos conflitos entre o CMS e a administração municipal. Um conflito que não gerou bons resultados em termos das políticas públicas implementadas, pois por parte do gestor público não houve o reconhecimento dos conflitos como válidos e, tampouco, uma orientação geral que apontasse no sentido da ampliação da transparência e da democratização do acesso aos serviços públicos. Também marca essa fase, os embates entre trabalhadores da saúde e gestor diante da não realização de novos concursos públicos e das distorções decorrentes do PAS, ao gerar distintas*

faixas salariais, desestruturando o já precário serviço de saúde no município. Em 1998, o governo, sob forte pressão, recua e resolve integrar o SUS:

“Após mais de seis anos sem receber recursos federais para a área da saúde, o município de SP encontrava-se em situação de atendimento crítica. Depois de fortes pressões sociais e políticas, e sem alternativas para sanar os problemas da Saúde na cidade, o prefeito Celso Pitta resolveu restabelecer laços com a União. Para tanto, um projeto de lei visando à criação do Conselho Municipal de Saúde (uma das condições para o repasse de recursos do SUS aos municípios), foi submetida à Câmara de Vereadores. Depois de diversas alterações no texto original, a Lei nº 12.546/98 foi finalmente promulgada e o Conselho de Saúde (...) passou a ser legalmente instituído no Município” (Sampaio, 2003:064).

*Com a transição do governo Pitta para o governo Marta Suplicy, o CMS passa por seu segundo momento forte de inflexão e o início da terceira fase do Conselho, marcada pela retomada do SUS e do controle social na cidade.*

Marca essa terceira fase, o início da consolidação de um sistema participativo na área da saúde, com o fortalecimento da descentralização e o início da municipalização dos serviços de saúde. Como explica Silva,

“A posse da prefeita Marta Suplicy abriu a possibilidade para São Paulo recomeçar, depois de um atraso histórico, a implantação do SUS, alinhando-se, assim, à Política Nacional de Saúde construída desde 1988. A magnitude e a complexidade dos processos necessários de reorganização da SMS, de reunião dos trabalhadores de saúde, de transição do sistema cooperativado (PAS), de reformulação do modelo de atenção à saúde e de rearticulação da participação social configuravam-se num dos maiores desafios da nova gestão” (Silva, 2004:21).

Destacam-se, neste momento, as 31 Coordenadorias de Saúde, implementadas com a criação das subprefeituras a partir de 2001, e a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Sobre as relações entre Conselho e governo nessa fase, lemos na investigação de Sampaio que: “os conselheiros governamentais eram bastante representativos da posição da Secretaria de Saúde; os conselheiros e secretários de Saúde eram assíduos nas reuniões do Conselho; (...) que o governo ofereceria o apoio administrativo para o funcionamento do CMS/SP; que o governo não centralizava as reuniões do Plenário (...); o governo levou as suas principais posições políticas para serem apreciadas pelo Conselho” (Sampaio, 2003:87,90). O fato do Conselho contar, naquele momento, com representantes governamentais comprometidos com a participação e com a construção do SUS na cidade não impediu a emergência dos conflitos. Antes, pelo contrário, levou esses conflitos para o centro mesmo do debate político no interior dos conselhos: foram colocadas na mesa diferentes concepções sobre como garantir o direito à saúde, como combinar (ou confrontar) diferentes interesses (de trabalhadores, usuários, prestadores de serviços, hospitais privados etc.), quais seriam os melhores programas e projetos para o município, como distribuir os recursos públicos, etc. Como afirma um conselheiro governamental, entrevistado por Sampaio:

“O Eduardo Jorge é uma pessoa que vive o SUS. Então ele tinha um respeito enorme pelo pessoal do Conselho. Tentava-se, realmente, discutir, aprofundar, encaminhar as questões que eram trazidas pelo Conselho e que tinham compatibilidade com o que estava proposto como agenda do governo para encaminhamento. Nesse período, houve uma pré-disposição (...). Não que a relação fosse fácil. Mas se tentava respeitar e encaminhar o que era viável. Havia uma participação efetiva. Havia realmente um comprome-

timento em relação ao Conselho” (Conselheiro governamental do CMS/2001-2004, em Sampaio, 2006: 91).

Na avaliação de Sampaio, essa relação um pouco mais produtiva entre Conselho e governo, principalmente nos dois anos da gestão de Eduardo Jorge, não se traduziu, contudo, numa maior capacidade de influência do CMS no que se refere à formulação da política, diante de uma enorme dificuldade do Conselho de assumir uma postura mais propositiva: “*O CMS/SP no período estudado não conseguiu elaborar propostas de diretrizes políticas para a apreciação do governo (...)*. Essa baixa capacidade propositiva do Conselho gera uma enorme fragilidade do órgão frente à Secretaria de Saúde” (Sampaio, 2006:124). Faltava ao Conselho, continua Sampaio, uma agenda de prioridades própria que lhe permitisse uma intervenção mais crítica e autônoma: “Acho que o Conselho nunca conseguiu barrar nenhuma proposta do governo porque ele nunca propôs alguma alternativa. Às vezes, o Conselho batia, batia, batia no governo e daí o governo perguntava ‘então tá bom, qual é a alternativa?’ E o Conselho se fragilizava porque não tinha resposta” (Secretária Geral do Conselho, gestão Marta Suplicy, em entrevista concedida a Sampaio, 2006:124). Essa dificuldade do Conselho em abrir espaço na sua agenda para a formulação de políticas, com maior autonomia em relação à agenda estatal, é um problema que persiste e enfraquece sua interlocução com o campo governamental, como veremos no estudo sobre a atual gestão.

Além desse aspecto, o estudo de Sampaio mostra que mesmo no contexto de uma administração mais favorável à participação, muitas vezes o nível de animosidade entre os conselheiros, especialmente entre os representantes governamentais e representantes dos movimentos populares e sindicais, impedia o avanço do diálogo em torno das propostas apresentadas:

“Eu acho que essa forma, que essa relação Estado/sociedade ainda não está madura. Acho que isso é um processo em construção (...). O problema é que às vezes os dois lados ficam achando que o outro é ‘inimigo’ e daí não adianta. (...) O Conselho parecia um ringue! A gente [governo] sentia que ia lá para se defender” (conselheiro governamental, gestão Marta Suplicy, em entrevista concedida a Sampaio, 2006:126).

Na raiz de muitos desses conflitos estava o questionamento da legitimidade da representação societária e visões distintas quanto até onde submeter ao escrutínio do Conselho as decisões sobre as políticas. Questões importantes que vemos refletidas ainda em muitos conflitos presentes na atual gestão.

*Em 2005, com o início da gestão Serra-Kassab, assistimos a uma terceira inflexão, desta vez mais branda que as anteriores (pelo menos até o momento da elaboração do estudo, pois o Conselho continua sendo reconhecido e está em funcionamento), mas que inaugura uma nova fase na história do Conselho.*

O grande embate que o Conselho passa a enfrentar nessa fase diz respeito ao modelo gerencial da saúde no município, um debate que já vinha ocorrendo, mas que se acirra com a implementação das Organizações Sociais, as chamadas OS. Como veremos no Item 4, em torno deste grande tema gravitam as questões referentes aos recursos humanos no município (remuneração, contratação, plano de cargos e salários, etc.) e a implementação da AMA (Assistência Médica Ambulatorial). Temas que ocupam de forma central a agenda do CMS e que praticamente impedem as possibilidades de um diálogo produtivo entre governo e sociedade. Há um forte acirramento dos conflitos nessa fase que inviabilizam a busca de saídas negociadas e pactuadas. Parte significativa do Conselho se coloca contra o modelo de OSs, outra parte parece questioná-lo não tanto por seu conteúdo, mas pelo fato de ter sido implementado sem

passar pelo Conselho (o que tornaria o modelo ilegal). De qualquer forma, não está sendo proposto nenhum modelo alternativo<sup>10</sup>. Por parte do governo, este modelo é defendido como mais eficiente e eficaz, bem sucedido no plano Estadual, o que justificaria sua adoção também no plano municipal. No momento de nossa pesquisa, os debates em torno das questões substantivas tinham sido substituídos por uma queda de braço desgastante e improdutiva.

\* \* \*

A trajetória do CMS retrata com fidelidade os desafios da construção da política pública de Saúde na cidade de São Paulo. Após um período marcado por uma intensa mobilização da rede movimentalista na área da Saúde, que resulta na criação do Conselho, no governo de Luiza Erundina, seguem-se oito anos de resistência e conflitos com a administração municipal, nas gestões Maluf/Pitta, quando o Conselho foi impedido de funcionar. A partir de 2000, novos investimentos na conformação do sistema participativo na saúde recolocam o Conselho como ator importante do processo de produção da política pública. Apesar de todas as dificuldades, desde então o Conselho vem avançando na construção de sua identidade político-institucional.

Se formos pensar em termos de padrões de atuação do CMS veremos que talvez a principal ação do Conselho nesses anos tenha sido, justamente, a defesa do SUS como princípio estruturante para as ações na área da Saúde. Ou seja, muito mais do que propor políticas específicas, o Conselho tem assumido para si a defesa do SUS no plano municipal, tendo como seu principal “antagonista” o Executivo. E nesse ponto, cabe reconhecer uma peculiaridade do Conselho: em seis dos seus quinze anos de história, o Conselho atuou como espaço de resistência da sociedade civil, uma vez que

o governo retirou-se do Conselho, criando uma nova organização “participativa” composta por notáveis. A título de hipótese, a ser aprofundada em estudos futuros, talvez não seja equivocado supor que essa experiência forjou uma identidade do Conselho como *espaço da sociedade civil*, ou como espaço para embates com o governo, o que conflita com uma outra visão do Conselho como espaço de negociação voltada à construção da política pública. Há um certo caldo de cultura do antagonismo exacerbado e no geral pouco produtivo cujas raízes poderiam estar referidas a esse momento germinal. De qualquer forma, trata-se, como dissemos, apenas de uma hipótese a ser aprofundada em pesquisas futuras.

A seguir, continuamos investigando a trajetória do Conselho, tendo como referência as decisões que o Conselho produziu ao longo de sua história.

## 4. O CMS e a produção de decisões: uma análise das resoluções

Nesse item, nosso objetivo é avançar na compreensão do lugar e da função que o CMS ocupa no processo de produção da política setorial investigando os temas que foram objeto, ao longo dos quinze anos de história do Conselho, da produção de um tipo específico de decisão: as que se expressam na forma de resoluções. Vamos desenvolver uma análise de natureza mais descritiva, uma vez que não vamos nos debruçar sobre o processo decisório no CMS, mas sobre a agenda de problemas que incita o Conselho a produzir esse

tipo de resposta. Começamos com um quadro quantitativo que nos afirma sobre a capacidade do CMS de tomar “decisões fortes”.

**TABELA 2**

**Total de resoluções publicadas, por gestão CMS (1992-2006)**

Gestão do CMH	Governos	Número de resoluções	%
Primeira (1992-1993)	Luiza Erundina e Paulo Maluf		
Segunda (1994-1995)*	Paulo Maluf	06	
Terceira (1996-1997)*	Paulo Maluf e Celso Pitta	14	
Quarta (1998-1999)	Celso Pitta	06	
Quinta (2000-2001)	Celso Pitta e Marta Suplicy	23	
Sexta (2002-2003)	Marta Suplicy	26	
Sétima (2004-2005)	Marta Suplicy e José Serra	44	
Oitava (2006)	José Serra/Gilberto Kassab	18	
<b>Total</b>		<b>143</b>	<b>100,00</b>

\* *Tratam-se dos chamados conselhos “paralelos”, com efetiva participação popular àquela ocasião.*

Fonte: *Elaboração própria com dados do site e material coletado no CMS.*

O CMS divulgou 143 resoluções entre os anos de 1992-2006. Como vemos na tabela acima, elas estão desigualmente distribuídas nas oito gestões do Conselho, acompanhando as tendências gerais de sua trajetória, como podemos constatar na redução do número de resoluções no governo Maluf/Pitta, e no aumento do número de resoluções no Governo Marta Suplicy. É possível perceber também que sempre há um aumento do número de resoluções nos momentos de transição das equipes de governo, com a publicação de mais resoluções quando se encerra um mandato do Executivo e começa outro, o que mostra o vínculo direto da dinâmica do conselho com a dinâmica da política governamental.

Mas quais são os assuntos que se tornaram objeto de deliberação pelo CMS? Quais foram os problemas que incitaram decisões do

Conselho? Uma análise mais qualitativa das resoluções pode nos ajudar a responder essas perguntas. Na tabela seguir, apresentamos uma síntese das resoluções publicadas no período 1992-2006. Com base nela começamos a entender uma afirmação, feita em tom de brincadeira, por um dos entrevistados ao responder a nossa pergunta sobre os tipos de resoluções publicadas pelo CMS: “De cada cinco resoluções, dez são contra” (sociedade civil – 1).

**TABELA 03**  
**Temas das resoluções CMS (1992-2006)**

Temas	Número de resoluções	%
Expressa posicionamentos, recomendações, repúdios	32	
Funcionamento interno do Conselho	31	
Aprova (ou não) planos, programas e serviços	27	
Organiza conferências	26	
Sobre funcionamento de outros conselhos de saúde da cidade	13	
Outros	03	
Sem dados	11	
<b>Total</b>	<b>143</b>	

Fonte: *Elaboração própria a partir da análise das resoluções do CMS.*

Como vemos na tabela o tipo de resolução mais comum no CMS é a que expressa posicionamentos do Conselho de apoio ou repúdio às políticas de governo, ao atendimento prestado aos usuários da Saúde, ao pronunciamento ou posturas de autoridades públicas etc., indo desde de questões bem específicas (como o atendimento prestado em determinada unidade de saúde), até críticas às propostas mais amplas como no caso das resoluções nº 42/2005 (solicita ao prefeito retirada do projeto sobre OS da Câmara), nº 06/2006 e nº 15/2006 (propõe alteração do decreto que dispõe sobre as coordenadorias de saúde). Esse tipo de resolu-

ção aproxima-se muito das moções de apoio ou repúdio. Trata-se de uma manifestação pública do Conselho sobre determinado tema cuja resolução pode não estar diretamente referida ao seu próprio âmbito de atuação, como, por exemplo, o repúdio ao veto do Governador Geraldo Alckmin ao Projeto de Lei n. 851, que organizava os Conselhos de Unidades Básicas de Saúde em todo o Estado de São Paulo (Resolução nº 05/2006). No interior dessa categoria temos três tipos de pronunciamentos mais comuns:

a) recomendação ao poder público quanto à adequação das instalações de determinada unidade de saúde, hospital e/ou pronto-socorro e melhorias nas condições de atendimento e/ou solicitações de acesso às informações para avaliação do sistema. Na terceira e quarta gestões do CMS, ou seja de 1996 a 1998, foram publicadas um total de vinte resoluções, das quais dez são recomendações desse tipo.

b) responsabilização, veto ou repúdio a autoridades públicas responsáveis pela gestão do sistema. São exemplos as resoluções nº 03/1995, 06/1996, 03/1997, publicadas nos governos Maluf e Pitta, que responsabilizam os respectivos prefeitos e secretários de saúde “pelo não cumprimento de suas obrigações legais de respeito à participação da comunidade na gestão do SUS”; e as resoluções nº 39/2005 (voto de censura ao secretário municipal da Coordenadoria das subprefeituras) e nº 40/2005 (voto de censura ao Sr. Luiz Casadei, pelas declarações que tenta desqualificar o CMS), nº 44/2005 (moção de repúdio ao prefeito do município de São Paulo), nº 05/2006 (repudia o veto do governador Geraldo Alckmin ao Projeto de Lei nº 851), nº 39/2005 (voto de censura ao secretário municipal da Coordenadoria das subprefeituras) nº 12/2006 (Alerta a secretária municipal da Saúde quanto à não implantação e implementação das resoluções de caráter

político e técnico sobre Recursos Humanos aprovadas na 13ª Conferência Municipal de Saúde).

c) posicionamentos quanto à decisão da Prefeitura de manter, renovar e/ou extinguir convênios para administração de hospitais, programas e/ou projetos. Inserem-se nesse tipo, dentre outras, as resoluções nº 01/1993 (A favor da manutenção do Programa Hospital Aberto); nº 05/1997 (a favor da formalização do Convênio do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e o Hospital Santa Cruz – Sociedade Brasileira e Japonesa de Beneficência Santa Cruz);

Interessante observar que a ocorrência desse tipo de resolução está concentrada nos períodos que correspondem às gestões Maluf, Pitta e Serra e Kassab. Entre 2005 e 2006, o Conselho publicou doze resoluções desse tipo. O que poderíamos concluir a partir desses dados é que em contextos menos favoráveis à participação, os posicionamentos públicos de repúdio, os vetos e as denúncias são as principais alternativas que o Conselho encontra para realizar o controle social.

*O segundo tema mais presente nas resoluções é o próprio funcionamento do Conselho.* Como nos mostra a tabela acima, boa parte das decisões do CMS tem como foco assuntos internos, especialmente indicação de representantes para composição das comissões e grupos de trabalho e alteração do regimento interno. Esse dado confirma o que outros estudos já apontaram: a tendência dos conselhos de produzirem um debate que muitas vezes gira em torno do seu próprio funcionamento, o que sugere uma atuação auto-referenciada, ou seja, mais voltada para dentro do que para fora. Um registro interessante é o das resoluções publicadas entre 1993 e 1996 que têm como objetivo compor as comissões de Visitas a Hospitais, Orçamento, Políticas de Saúde, Recursos Humanos e Controle Social,

comprovando a intenção dos conselheiros de manter as atividades a despeito da decisão do Executivo de impedir o funcionamento do Conselho (Cf. resoluções nº 08/1993, e nº 01 a 04/1996). A categoria “assuntos internos”, diferente do que poderíamos supor a primeira vista, não está concentrada no momento de emergência ou de consolidação institucional do CMS, no final dos anos 1990, mas apresenta-se distribuída ao longo das várias fases do Conselho.

*A terceira categoria mais presente como tema das decisões do CMS, com 27 referências, é a aprovação de planos, programas, projetos e serviços.* Assim como as resoluções do tipo “pronunciamentos”, essa categoria apresenta uma distribuição diferente em cada fase do Conselho. Contudo, como vemos na tabela abaixo, numa direção inversamente proporcional à anterior.

**TABELA 4**

**Distribuição temporal das resoluções tipo “pronunciamento” e “aprovação de planos...” - CMS/SP 1992-2006**

Fase	Nº res. tipo “pronunciamentos”	Nº res. tipo “aprovação de planos...”
Primeira (1989-1992)	0	0
Segunda (1993-1999)	17	02
Terceira (2000-2004)	03	17
Quarta (2005-)	12	08
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>27</b>

Fonte: *Elaboração própria a partir da análise das resoluções do CMS.*

Como vemos na tabela, enquanto os “pronunciamentos” estão concentrados na segunda e quarta fase do Conselho; as resoluções voltadas à aprovação de “planos, programas e projetos” mostram uma concentração na terceira fase, principalmente entre os anos

de 2003-2004, na gestão de Gonzalo Vecina Neto na Secretaria da Saúde. Apenas duas resoluções tipo “aprovação” foram publicadas nas gestões Maluf/Pitta, as de nº 01/1995 e 05/1996, que tem como conteúdo a reprovação do PAS. Não há dúvida de que essa distribuição temporal desses dois tipos de resolução espelha o nível de relacionamento estabelecido, em diferentes governos, entre Conselho e administração municipal. Apesar de todos os problemas e conflitos, os dados sugerem que na gestão Marta Suplicy houve um maior espaço para a influência do Conselho sobre as políticas implementadas. Quanto à gestão José Serra/Gilberto Kassab ainda é cedo para afirmações conclusivas, uma vez que nossos dados se referem apenas a um ano e meio de gestão. De qualquer forma, a comparação entre as resoluções tipo “pronunciamento” e “aprovação de programas” demonstra o nível de animosidade, ao qual temos nos referido, e seu impacto sobre a discussão mais substantiva sobre a política de Saúde.

O quarto assunto mais presente nas resoluções são as conferências, não só as municipais, como também as demais conferências relacionadas ao tema da Saúde, como Saúde do Trabalhador, ou Saúde da População Negra. Boa parte do trabalho do Conselho é preparar e organizar essas conferências que vêm se diversificando ao longo do tempo, à medida que novos grupos emergem na arena pública apontando para novos problemas e reivindicando direitos específicos, no que parece ser uma característica da política de Saúde. Contudo, se esse processo mostra a inegável ampliação e complexificação da arena de formulação das políticas, aponta também para uma fragmentação dos espaços e esforços participativos que talvez possa limitar ou bloquear seus efeitos potencialmente democratizantes.

O quinto ponto mais mencionado nas resoluções remete ao papel do Conselho como coordenador do sistema participativo no nível local. Como afirmamos na análise do desenho institucional, uma ta-

refa importante do CMS é normatizar os demais conselhos de saúde do município, como os conselhos de UBS, distritais, das autarquias, etc. O CMS parece funcionar como instância máxima que decide sobre qualquer conselho que faça parte do “sistema participativo de saúde” do município. Destacamos aqui as duas primeiras resoluções que tratam, do tema, ainda em 1992, as de nº 02 e 03 que aprovam os regimentos internos dos Conselhos Gestores das Unidades, dos Conselhos Distritais e dos Conselhos Regionais de Saúde.

Por fim, vale a pena mencionar que há poucas deliberações sobre recursos e sobre o FUMDES. Como foi dito anteriormente, havia um outro conselho de orientação do fundo que deixou de existir a partir de 2003. Talvez por esse motivo haja tão poucas resoluções sobre este tema. Nas entrevistas foi possível identificar críticas pontuais à falta de transparência e acesso aos dados orçamentários:

“A mim chama atenção porque eu estou há quase seis meses no Conselho e nunca vi uma discussão sobre orçamento de saúde. Então assim, quanto o município de São Paulo dispõe de recursos, sejam transferências da União ou do Estado ou Recursos do orçamento Municipal, quanto o município de São Paulo tem para aplicar em Saúde, e quanto está aplicando, onde está aplicando, etc. (...) essa informação eu não recebi como membro do Conselho, pode ser que essa informação exista em alguma comissão do Conselho, mas no pleno do Conselho não chegou (...). Enfim, essa discriminação de quanto existe de dinheiro, onde, como e quando ele está sendo gasto. Essa informação não transita no Conselho. E se há uma informação fundamental para o Conselho é essa a informação (...). Essa é uma informação estratégica até para pessoas fazerem julgamento, fazerem avaliações inclusive de natureza política, sobre prioridades que a administração confere ou não confere a saúde” (instituição governamental – 1).

\*\*\*

Como vimos, o CMS tem assumido como uma das suas principais funções a denúncia da má qualidade dos serviços de saúde, cobrando das autoridades públicas o respeito às diretrizes do SUS. Mais do que a formulação (ou debate) de programas de saúde o que caracteriza a ação do Conselho é uma forte incidência no sentido do controle e da fiscalização das ações do Governo. O vínculo entre o Conselho Municipal e os conselhos locais, distritais e regionais faz com que o tema da qualidade do atendimento esteja sempre presente na agenda do Conselho, ao contrário do que verificamos, por exemplo, nos conselhos de assistência e criança e adolescente, que poucas vezes incorporaram em sua agenda denúncias ou problemas relacionados ao atendimento oferecido na ponta. As resoluções assumem em muitos casos, como vimos, características de moções de repúdio ou protesto contra autoridades públicas responsáveis pela gestão do sistema.

Mas, se essa é uma característica mais geral, vimos que há uma interessante distribuição temática das resoluções nas diferentes fases do Conselho, evidenciando as diferentes estratégias usadas pelos conselheiros em resposta à maior ou menor abertura do Estado ao controle social e, quem sabe, a um maior comprometimento de alguns segmentos do Conselho com os governos (nos referimos aqui basicamente à vinculação dos representantes dos movimentos populares da saúde com o governo petista que pode ter levado a um abrandamento da crítica, evidenciado na quase ausência das resoluções tipo “pronunciamento” durante o governo de Marta Suplicy). De qualquer forma, ainda precisaremos de novas pesquisas para que possamos avançar, com um pouco mais de segurança, nessas análises.

Por enquanto, seguimos buscando compreender a relação entre o CMS e o complexo processo de produção das políticas públicas tentando retratar um pouco mais de perto a dinâmica do Conselho, tomando como recorte temporal o início da gestão José Serra/Gilberto Kassab.

## 5. Em foco a 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> gestões do CMS (2005-2006)

### 5.1. A agenda do CMS

No item anterior buscamos compreender o papel do CMS na política de atenção a partir das *decisões* que ele produz. Nesse item, buscaremos aprofundar essa análise a partir da identificação dos *assuntos* que o Conselho discute. Para realizar essa análise optamos por um recorte temporal mais definido, tomando como referência empírica o período que vai de janeiro de 2005 a julho de 2006, coincidindo com o início da gestão José Serra/Gilberto Kassab. Começamos com a análise das atas<sup>11</sup>, buscando recuperar o mapa temático do Conselho. Foram analisadas 25 atas de reuniões ordinárias e extraordinárias referentes ao marco temporal definido. Infelizmente não foi possível analisar o trabalho das comissões que certamente são fundamentais no CMS. A análise consistiu em uma leitura atenta das atas que gerou a elaboração de categorias a partir das quais fizemos a codificação de todo o material.

*Antes de iniciar uma avaliação sobre o conteúdo dos assuntos debatidos, é importante dizer que em quase todas as reuniões relatadas em ata, o primeiro assunto mais debatido foi a própria pauta da reunião.*

Segundo o Regimento Interno, a Coordenação Executiva deve propor a pauta que pode ser modificada pelos conselheiros, caso haja questionamento sobre os itens propostos e/ou sobre a ordem prevista para a discussão dos mesmos. Pelo que pudemos verificar, o questionamento da pauta parece ter se transformado em regra, com evidentes prejuízos para a qualidade do debate (não é incomum encontrar a seguinte frase nas atas: “mas o que é mesmo que estamos discutindo aqui?”). No geral, quando a pauta era posta em xeque, a coordenação do Conselho tinha grande dificuldade em conduzir as negociações que se seguiam, e que, no geral, acabavam resvalando para posturas agressivas e desrespeitosas entre os conselheiros presentes. Os diários de campo evidenciaram a dinâmica desses conflitos e seus impactos sobre o “clima” da reunião. Abaixo extraímos um trecho do diário de campo referente à reunião realizada em janeiro de 2006. No início da reunião, segundo descrito em ata, a presidente solicita “a todos os conselheiros que tenham respeito pelos outros conselheiros e pelos convidados” (CMS, ata 16/02/2006), no entanto, a reunião seguiu atribulada,

“Grande confusão de pessoas entrando e saindo ao iniciar a reunião. Não respeito à fala da coordenadora da Comissão Executiva que presidia a mesa. Os conselheiros continuavam conversando, entrando e saindo. A coordenadora se exalta já no princípio da reunião e grita ao microfone. Burburinho em torno da pauta e muitas conversas paralelas. Alguns dizem que a pauta foi alterada momentos antes da reunião, outros dizem que não receberam a ata da reunião anterior, nem a pauta desta, e nem o regimento interno do Conselho, que deveria ter sido enviado a todos os conselheiros por correio (...). A mesa coordenadora se exalta durante toda a reunião, solicita que os conselheiros cessem as conversas paralelas, que se retirem da sala quando quiserem conversar (...). Muitas vezes, a mesa anunciava alguma coisa e

vários conselheiros não acompanhavam (ou devido a conversas de colegas ou devido à ausência na sala no momento da fala), fazendo necessário que a mesa repetisse diversas vezes a mesma informação e atrasando a reunião (...). O tom de cinismo e ironias se fazia presente em toda a reunião, de maneira generalizada (...). Reclamam também do descaso dos representantes do governo para com o Conselho, devido ao fato de se retirarem o tempo todo para fazer outras coisas dentro do prédio da Secretaria” (Diário de Campo, 16/02/2006).

Esse não foi um problema restrito a essa reunião. Durante todo o período investigado, o padrão de relação entre os conselheiros, via de regra, foi marcado pelas hostilidades recíprocas. Foram vários os registros de reuniões em que as pessoas renunciavam da comissão da qual fazem parte, gritam umas com as outras, choram e, em alguns casos, pedem desculpas formalmente. Esse foi um tema muito presente nas entrevistas.

“O grande problema [do CMS] são as brigas. Tem uma pauta e briga, briga, briga e não se consegue votar, faz uma extraordinária e aí briga, briga, briga e novamente fica sem votar” (segmento de prestadores e fornecedores ou produtores de materiais de saúde).

“O Conselho ta [sic] sendo um eterno conflito. Ali tem jogos de interesses pessoais infelizmente, então ta sendo pautado, muitos dos embates que você assiste ali são de origem pessoal, interesses particulares de conselheiros (...). A própria postura do governo que não discute acaba gerando também esse conflito, porque você briga pra conseguir informação e briga depois pra tentar mudar, pra dizer que você não concorda, então a falta de dialogo que ta gerando tudo isso, não há dialogo, não há de jeito nenhum. (...) a falta de discussão dos problemas e a maneira truculenta com que a administração também coloca, então isso faz com que os conselheiros se coloquem de uma forma mais

agressiva (...). A gente fica no embate puro e simples. Eles dizem uma coisa e nós dizemos não a essas coisas e isso é muito ruim, porque não constrói, não caminha” (segmento trabalhadores).

“Há uma dificuldade de condução dos trabalhos do Conselho, há muitos tensionamentos (...). Talvez porque muitos membros do Conselho se conheçam já algum tempo, então essas relações muitas vezes acabam resvalando pra uma relação quase pessoal e uma certa animosidade (...) uma certa antipatia entre pessoas às vezes se expressa nas reuniões do Conselho. Eu sinto que meus colegas membros do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, às vezes tem uma certa dificuldade em manter uma relação de respeito entre os pares do Conselho. Frequentemente eu ouço atitudes mais ríspidas, falas mais agressivas e que resvalam às vezes para uma quase agressão verbal que não deveria acontecer no espaço do Conselho. Eu tenho dificuldades ainda para entender porque isso ocorre, e frequentemente temo que isso possa levar a divisões entre os segmentos que não deveriam estar se dividindo ao participarem do Conselho” (instituição governamental – 1).

“É um jogo muito ruim, porque é assim, eu faço a critica o tempo todo, mas a critica que eu faço é tão contundente, tão contundente, tão agressiva que eu acabo não deixando espaço pra você se defender, então você me contra-ataca (...). E aí fica um discurso autista, porque ninguém ouve ninguém e não se discute saúde, vira quase relações pessoais, então fica um embate que não leva a nada e que é ótimo para o gestor, porque eu vou tocando o barco (...). Então esse jogo, o jogo de ser oposição além do limite acaba sendo um jogo de interesse do governo, precisamos parar com isso (...). [Os temas mais discutidos do CMS] foram mais picuinhas, essas bobagens, bobagens, eu te xingo, aí você responde educadamente, mas deixa uma farpinha, aí eu pego essa farpinha e transformo num mundo de coisas, digo que você

é preconceituosa, que você é racista, aí você se defende dizendo que não, que você não é racista, que racismo é crime, conta sua história que você nunca foi racista (...). Isso é jogo (...). O que nós discutimos sobre saúde? Nada (...)” (sociedade civil - 1).

Durante o período que acompanhamos as reuniões, também foi possível perceber uma intenção deliberada de estender as discussões visando a não-decisão dos temas mais polêmicos. Em muitos casos, quando a estratégia não era bem sucedida, procedia-se ao esvaziamento da reunião, em muitos casos de forma acintosa, provocativa e sarcástica:

“Quando o governo está em desvantagem na votação, como irá acontecer nesta reunião relatada, este lidera o esvaziamento da sala por parte de seus aliados, para que não haja quórum. Isso ficou explícito neste dia, pois uma conselheira de seu segmento foi provocada quando fez menção de segui-lo para fora da sala, e acabou ficando na sala. Ele, lá de fora, batia no vidro e fazia sinal para que ela saísse, na frente de todos os presentes, escancaradamente. Nesta reunião, as coisas aconteceram de maneira muito escancarada e com dois blocos bastante definidos (...). Isso é feito de forma extremamente clara e aberta. A retirada do governo é feita também com ar debochado, eles saem rindo da sala, demonstrando que estão esvaziando e evitando a votação” (Diário de campo, 23/03/2006).

O que os relatos de campo e as entrevistas evidenciam é a postura de conflito e antagonismo que não está diretamente relacionada ao tema em discussão, mas parece, pelo contrário, alimentada por outras divergências que remetem à defesa de posições político-partidárias, a ressentimentos acumulados ao longo do tempo, à disputa por espaço, vaidades pessoais, etc. A postura menos comprometida do Executivo, evidenciada na ausência da Secretária nas reuniões do Conselho, somada a uma coordenação frágil

contribuíram para esse clima de hostilidade e enfrentamento que bloqueia a busca por saídas negociadas. Nas entrevistas, quando pedimos aos entrevistados que avaliassem o primeiro semestre da oitava gestão do CMS, o tom é invariavelmente crítico, remetia em linhas gerais a esse quadro que acabamos de descrever, como podemos verificar em alguns dos fragmentos selecionados:

“Olha, tá (sic) muito difícil, muito difícil mesmo, porque não tem reconhecimento pelo próprio governo, o secretário dificilmente aparece e até entre nós existe determinados conselheiros que tem um estrelismo que até atrapalha o trabalho da gente. Tá (sic) bem difícil mesmo” (sociedade civil - 2). “Piorou um pouco [em relação a gestão passada] porque o secretário não participa mais das reuniões” (segmento prestadores e fornecedores ou produtores de materiais de saúde).

“Eu sinto muita dificuldade aqui (...). Desde quando nós assumimos, a secretária só teve aqui uma vez, e de lá para cá, que ela é a presidente nata, ela não tem comparecido. Fica muito difícil para nós porque ela tem o poder também de assinar e fazer cumprir as resoluções que são tiradas e que são importantes para o andamento desse Conselho. Eu vejo que a gente tem essa dificuldade, talvez lá na ponta a gente consiga fazer as coisas com mais praticidade do que aqui (...). Aqui o processo é muito lento” (sociedade civil - 3).

“Péssima. É a pior coisa que eu vi na minha vida. Nós não temos um Conselho hoje, nós temos um bando de gente que quer aparecer e que não está muito preocupado com o que está acontecendo (...). É frustrante. O que me ajudou a me eleger foi a minha capacidade de articulação, essa gestão me provou que não, eu não consigo articular nada (...). São sete meses de governo com essas pessoas, são sete meses que a gente não conseguiu fazer nada” (sociedade civil - 1).

Mas, em torno de quais temas principais era construída a agenda temática do Conselho? Quais as questões que o CMS mais discutiu entre janeiro de 2005 e julho de 2006? A tabela abaixo nos ajuda a responder essas perguntas.

**TABELA 5**

**Frequência dos temas nas atas das reuniões do CMS  
Janeiro 2005 a Junho de 2006**

Assuntos	Nº de reuniões
Organizações sociais, AMA, Recursos humanos	10
Assuntos internos: eleições para conselheiros, aprovação de atas, escolha comissão executiva, formação de GT	10
Conferências	8
Aprovação de projetos, programas	6
Balanço da situação da saúde – propostas por parte do governo: PPA, metas, recentralização.	6
Relato, denúncias de problemas	4
Fundos, orçamento	3
Convênios	2
<b>Total de atas pesquisadas</b>	<b>25</b>

Fonte: elaboração própria a partir da atas do CMS.

Como vemos, *o primeiro item da agenda* remete às mudanças no Plano da Política de Saúde introduzidas pela gestão Serra, dentre as quais e destacam a questão das OS, da AMA e dos recursos humanos. Agrupamos sob um mesmo item porque todos parecem estar relacionados com o modelo de gestão do município, como já mencionado anteriormente. Entre janeiro e julho de 2006, o Conselho focou no tema das Organizações Sociais, debatendo muito pouco os outros temas, como pudemos constatar também pelas entrevistas. Quando perguntamos sobre os temas mais discutidos, recebemos as seguintes respostas:

“OS nossa, desde o começo. Essa daí foi que mais tomou tempo, essa desde o início do mandato até mesmo ainda agora que foi para o Ministério Público Federal, enfim, esse daí foi o tema que em toda reunião era a mesma tecla” (sociedade civil - 3).

“Organização social e RH (...). A preocupação sobre como fica a situação do trabalhador e as organizações sociais estão tomando todo nosso tempo (...). Não discutimos outras coisas... desgasta muito... quando entra as Organizações Sociais, quando entra a AMA que foi um grande entrave no Conselho, então nós ficamos debatendo isso e perdemos grande parte do tempo” (sociedade civil - 2).

“Logo nas primeiras reuniões que eu participei e o assunto que veio a baila e que foi bastante debatido de modo bastante tenso, com a retirada de membros da reunião para que não houvesse quórum foi o tema das Organizações Sociais” (instituição governamental - 1).

“Os temas que mais discutimos] foram AMA e OS (...) há um ano e sete meses, desde quando o governo começou” (sociedade civil - 1).

O” tema que mais se discute são as organizações sociais, são as transferências de funcionários de uma função para outra” (segmento prestadores e fornecedores ou produtores de materiais de Saúde).

As AMA foram implementadas mesmo antes da aprovação da lei que instituiu as Organizações Sociais de Saúde. Este modelo esteve em discussão na Câmara dos Vereadores por mais de seis meses, sob forte pressão contrária de vários conselheiros do CMS, e foi aprovado em 2006. As AMA funcionam dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Pronto-Socorros. Segundo a Prefeitura, além do acesso facilitado ao serviço público de saúde, elas seriam responsáveis também por pequenas urgências, de pouca gravidade, que desafogariam os

Pronto-Socorros. A AMA tem como função o atendimento não agendado de pacientes portadores de patologias de baixa e média complexidade nas áreas de clínica médica, pediatria e cirurgia geral ou ginecologia. Estas unidades estão sendo implantadas e acopladas nas Unidades Básicas de Saúde, que apresentam condições de adaptação do espaço físico necessário para a AMA: quatro consultórios, sala de emergência, salas de observação (um para adulto, um para crianças), sala de Raio-X, sala de espera, sala de apoio. A gestão das AMA é realizada pelos denominados “parceiros”, instituições de caráter privado. Os recursos humanos, adequação física, aquisição de equipamentos e mobiliários são responsabilidade desses parceiros, por meio de assinatura de convênio. Tais convênios não obrigam os parceiros a realizar licitações para compra de materiais e equipamentos. Os insumos serão de responsabilidade de SMS. Desse modo, mesmo tendo sido implementadas antes da aprovação da lei sobre OS, as AMA foram desde o início identificadas com as organizações sociais defendidas pelo Executivo municipal.

Na verdade, sobre o tema das organizações sociais é mais correto afirmar que os conselheiros tentaram pautar um debate, que levasse a deliberações sobre este tema, mas como havia claramente uma polarização sobre ele, o tema nem chegou a ser discutido de fato, antes de ser aprovado pela Câmara. Houve em torno desse tema uma forte polarização no interior do Conselho, que impediu o avanço do debate<sup>12</sup>. Um dos conselheiros entrevistados resume: “O governo acha que [a OS] é a salvação pra cidade de São Paulo e nós vemos como um desastre pra cidade de São Paulo” (sociedade civil - 2). Como afirma um dos entrevistados, o que estava em jogo naquele momento eram diferentes projetos de sociedade e diferentes visões acerca do lugar e do papel do Estado:

“No Conselho Municipal de Saúde de São Paulo hoje há um evidente embate entre várias visões, vários projetos de sociedade,

vários entendimentos do que deve ser o sistema de saúde na cidade e qual o papel que as instituições públicas têm nesse sistema de saúde. Há uma questão ética subjacente que é se aceitam ou não que serviços de saúde sejam tratados como mercadoria. Se aceitam ou não que prestação de serviço de saúde vire negócio, sejam tratados como business, um lugar onde acionista de determinadas empresas vão fazer negócio. Se a saúde dever ser um lugar de acionistas, de interesses de empresas para fazer business ou não. É uma questão ética, há pessoas que aceitam isso, e há pessoas que não aceitam isso. Esse conflito está posto no Conselho Municipal de Saúde de São Paulo. Essas posições estão em confronto ali, mas elas não estão em confronto apenas ali, elas estão em confronto no Brasil” (instituição governamental -1).

Para o representante governamental e membro da Comissão Executiva do Conselho, o problema é a tendência à ideologização do debate:

“A maioria do Conselho é favorável à administração direta e concurso público, licitação, eles são favoráveis a esse tipo de modelo que é o modelo gerencial estatizante clássico. Nós aqui do governo somos favoráveis às organizações sociais, às AMA que são as parcerias público-privadas. Não é que nós somos contra a administração direta, nós somos favoráveis aos concursos públicos, nós temos que estimular o servidor público, temos que ajudar o servidor público, mas isso não impede que haja uma parceria da sociedade civil organizada, então é essa parceria que a gente acredita que seja importantíssima pro SUS, Sistema Único de Saúde, então essa é nossa defesa. Mas é o que eu falo, é uma bobagem, porque torna-se uma questão ideológica, enquanto nós formos ficar discutindo questões ideológicas, a gente não sai do lugar, porque o Conselho não é um fórum pra discutir coisas ideológicas e sim discutir o que nós vamos fazer de melhorias pro

atendimento da população ”(instituição governamental - 2).

Além do mais, afirma o representante governamental, para a população tanto faz o modelo de gestão. O que a população quer é o atendimento:

“Por exemplo, então ele [o representante dos usuários no CMS] vai ter que dar a prestação de contas pros usuários do que ele está fazendo. No meu ponto de vista, ele tem que prestar contas pro usuário, e o usuário, pra ele tanto faz se vai ser parcerias, se vai ser administração direta, pra ele tanto faz, ele quer atendimento com qualidade, seja ela como for. Então se existe essa lei das Organizações Sociais, se existe essa Lei dos Convênios, porque não eles participarem e ajudarem ao invés de falar, “não, eu sou contra e não participo”. Eu tive aqui um vereador, que veio com um grupo da Cidade Ademar que eles vieram reivindicar uma Unidade Básica de Saúde na Cidade Ademar, to dando um exemplo, aí a gente pegou os documentos e esse vereador específico, não vou citar o nome por questão de ética, ele é uma pessoa que defende a administração pública por concurso público, ele não defende parceria, ele é muito radical nessa linha, aí a própria população que ele trouxe pedindo a UBS... eu falei, tem a Cidade Ademar... lá tem as Irmãs Santa Catarina que é uma organização social do Estado. Aí eu perguntei pra eles, “o que vocês acham da Irmã Santa Catarina, vocês que estão lá na Cidade Ademar?”, eles falaram, “nós amamos lá doutor, adoramos”, aí meu secretário falou, “tá vendo vereador, você defende só isso, mas o pessoal gosta da parceria, e aí?”. A própria população que ele trouxe, então a população não interessa pra ela se é parceria ou não é, ela quer um bom atendimento de saúde, não interessa, interessa um bom atendimento, então é isso que nós estamos buscando, nós sabemos que a organização social vai trazer essa melhoria no atendimento” (instituição governamental - 2).

*O segundo tema mais debatido no conselho neste período foram assuntos internos, de comissões e grupos de trabalho, eleição de candidatos, revisão sobre o funcionamento do Conselho, como já nos referimos no item anterior. Talvez essa categoria tenha sido inflada pelo recorte temporal adotado que coincidiu com a mudança dos conselheiros governamentais, em 2005, e com as discussões sobre a eleição do Conselho no final de 2005. A cada alteração da composição, o Conselho deve proceder à eleição de novos conselheiros para a ocupação das comissões e do conselho diretor, o que nem sempre é resolvido numa única reunião. O terceiro tema mais presente refere-se à organização das conferências, que, como apontamos acima, são muitas e de variados assuntos.*

*A aprovação de projetos e programas e de um balanço mais amplo da situação da saúde no município estão empatados, em quarto e quinto lugar. Infelizmente é preciso dizer que nesses casos houve mais apresentação do que debate ou discussão sobre estes temas. Em alguns casos, como o PPA ou o programa DST-AIDS, foram aprovados com condicionalidades de serem mais aprofundados posteriormente, porque o prazo se esgotara. Isso levou um conselheiro a perguntar em Plenário para que serviria o Conselho se temas que eram importantes, como o PPA ou um programa de DST-AIDS de fato não eram debatidos no Conselho.*

\* \* \*

O que mais chama a atenção na análise da agenda temática do CMS é o tempo despendido, em cada reunião, para a decisão sobre o que discutir. Embora o momento de definição da agenda seja um momento político dos mais importantes, na medida em que determina a natureza das questões que merecem ser objeto de deliberação coletiva, a forma como essa questão tem sido condu-

zida no interior do Conselho produz impactos muito negativos sobre a qualidade do debate em torno dos temas substantivos, como foi reconhecido em várias entrevistas. Outro aspecto que destacamos é o tipo de relação estabelecida entre os conselheiros, pouco propícia ao debate, à reflexão, à troca de argumentos e posições. A capacidade auto-reflexiva de colocar-se no lugar do outro, ouvir suas opiniões, conferir legitimidade à sua fala, submeter os próprios argumentos ao escrutínio e avaliação dos demais participantes vistos como iguais – posturas tão importantes na prática deliberativa – parece não ser uma dimensão coletivamente valorizada. Essa extrema polarização resultou ou contribuiu para um debate de pouca qualidade e densidade em torno das questões que estiveram pautando a agenda do Conselho, dentre as quais se destacam, como vimos, as OS, AMA e Recursos Humanos.

## 5.2 A agenda da política x a agenda do Conselho

Segundo o texto da política pública de saúde, apresentada neste *Caderno*, os pontos principais que marcaram a gestão José Serra/Gilberto Kassab foram: a diminuição das Coordenadorias de Saúde (que passaram a ser cinco), a implantação das OS, os problemas envolvendo a falta de médicos, falta de medicamentos, integração entre Estado e município, vínculo entre atenção básica e hospitais (incluindo os estaduais), intersecção Programa de Saúde da Família, as UBSs, e as AMA. O texto afirma ainda que, pelo menos, dois temas deveriam ter passado pelo Conselho, o Plano Metropolitano de Saúde e o Pacto pela Saúde (aprovado no Conselho Nacional de Saúde). Mas, quando perguntamos aos

entrevistados se houve participação dos conselheiros na formulação de políticas públicas, eles são categóricos:

“Não, foi tudo através de decreto, nem na construção do PPA a gente participou, veio pra gente aprovar depois de pronto, mas não participamos da elaboração e nem da deliberação das políticas de saúde” (sociedade civil - 2).

“Não temos hoje um plano de saúde aprovado pelo conselho, é aprovado por osmose, ta (sic) sendo implementado e quem cala consente, não se votou, não se discutiu, não teve discussão” (sociedade civil - 1).

“Não, as coisas não estão sendo discutidas, porque qualquer discussão que você tem que estabelecer, vamos pegar o plano de saúde, tem a proposta, aí a prática tem sido de alguém encarregado da área temática vir apresentar o plano, aí vem lá, “ah não, quem tem que apresentar é a secretária”, aí a secretária não está, começa a briga daí e aí não discute o plano, discute se é a secretária que tem que apresentar ou não, porque a secretária não está, porque devia fazer alguma coisa e assim passam nossas reuniões. Aí tem o prazo, a gente não vota, porque se não vai parar a Saúde de São Paulo” (sociedade civil - 1).

Em termos de resultados, a avaliação é sempre muito negativa, com poucos destaques positivos, como a formação de uma comissão de visitação de unidades onde foram implementadas as AMA.

“Pra você ter uma idéia, o que nós conseguimos fazer, a partir de várias denúncias, foi apresentar uma comissão de visitação das unidades onde estão sendo implementadas as AMA e tal. Chamamos os conselhos regionais, fizemos até que um trabalho razoável, fomos visitar quatro unidades, fizemos um relatório razoavelmente bom, que colocamos que estava havendo um desmonte na saúde pública pra se montar seus paralelos privados

com os recursos que estão sendo dirigidos pra unidade. Mas, qual a consequência disso? Nenhuma. (...) Você constata isso (...) e fica nisso, esse é nosso problema” (sociedade civil - 1).

“A avaliação, na verdade, é muito ruim, muito ruim em que sentido? Eu vejo que não há ainda um fortalecimento da participação, o governo não ta (sic) passando nada pelo Conselho, só ta (sic) passando o que é absolutamente necessário (...). Não passa nenhum orçamento, quando ela presta contas, a atual secretária, ela presta contas em audiência pública no âmbito da Câmara Municipal de São Paulo (...). Mas, o correto seria ela encaminhar pra nós conselheiros, nós darmos um parecer e aí passar na Câmara, ela não faz nem uma coisa e nem outra, ela passa direto na Câmara, quando passa, que desde janeiro ela não presta contas, isso na questão orçamentária. Na questão de políticas de saúde ela [a Secretária Cristina Cury] mal informa, ela mandou o AMA por pressão do Conselho e mandou uma informação pra mim ridícula, parecia aula nem de faculdade, aula de colégio a explanação que foi feita. Quando a gente vai questionar não tem respostas, não tem respostas a respeito da política, até porque ela não tem nada por escrito que diga qual é a política de saúde do município de São Paulo, sequer ela apresentou um plano, então diante disso ela não passa nada, não comparece e tenta fazer uma gestão a parte do Conselho” (segmento trabalhadores).

Uma faceta desse debate remete à difícil questão sobre os limites do poder dos conselhos *vis-à-vis* os demais atores da área. Dizer que o Conselho é deliberativo, não significa dizer que ele concentra em seu âmbito todo o poder de decisão sobre a política pública. Afinal, a legitimidade do Conselho não elimina a importância e centralidade de outras instituições políticas, como, no caso, a Secretaria de Saúde e a Câmara de Vereadores, para ficar só com alguns exemplos. Diante disso, até onde deve ir o poder

de deliberação do Conselho? Qual a natureza das questões que devem ser apresentadas para a deliberação participativa nessas instâncias? Até que ponto pode o gestor contestar decisões produzidas nesse âmbito? A resposta a essas questões nunca será uma resposta técnica, ou passível de ser apreendida a partir da leitura “isenta” dos textos legais. A resposta a essa questão será sempre uma resposta de natureza política. Como sabemos, a orientação política dos atores, os projetos políticos a que estão vinculados resultam em diferentes posicionamentos quanto à desejabilidade de uma participação focada na “partilha do poder de governar”. Mas, para além da intencionalidade, há outras dimensões que poderiam ser consideradas ao lidarmos com essas questões. Uma delas diz respeito à fragilidade no funcionamento da própria burocracia pública que afeta a qualidade do diálogo entre governo e Conselho, como lembra Sampaio,

“Muitos atores governamentais entrevistados [governo Marta Suplicy] declararam que os obstáculos enfrentados pela Secretaria de Saúde para a efetiva gestão da política municipal exerciam um impacto negativo sobre o desempenho do CMS/SP. Seria muito difícil, segundo estes atores, observar um Conselho com amplos domínios sobre o orçamento municipal de saúde, com clareza para diagnosticar os problemas sociais da cidade e com habilidade para planejar e avaliar as políticas públicas, quando a própria Secretaria a qual este órgão se vincula não conseguia realizar estas atividades a contento” (Sampaio, 2006:129).

Outro aspecto a ser considerado, segue o autor, diz respeito à autonomia decisória do gestor municipal,

“Diversos atores governamentais entrevistados acreditam que a abertura do governo para negociar as políticas públicas no CMS/SP dependia, em grande medida, da margem de negociação que o SMS/SP detinha para estabelecer as prioridades da política

de saúde da cidade. Segundo a opinião dos entrevistados, esta margem era bastante restrita, haja vista que a maior parte das diretrizes políticas já estava pré-estabelecida em outros momentos ou em outros foros. Os atores governamentais entrevistados argumentam que uma parcela significativa das diretrizes da política municipal de saúde era traçada pelo governo federal” (Sampaio, 2006:132).

Não é o caso de aprofundarmos esse debate aqui, mas essas são dimensões importantes de serem consideradas quando se trata de avaliar o nível de incidência do conselho sobre a política, para não correremos o risco de esperarmos do Conselho mudanças que vão muito além do seu âmbito de atuação.

\* \* \*

Na análise do CMS no período de janeiro de 2005 a julho de 2006, vimos que o Conselho ocupou um lugar periférico no circuito decisório no que se refere à elaboração e implementação das políticas na área. O foco principal de incidência do Conselho esteve na tentativa de avaliação dos resultados das políticas, principalmente no que se refere à qualidade do atendimento, uma tarefa que, entretanto, foi bastante prejudicada pelas dificuldades de acesso às informações básicas, como por exemplo, dados sobre a execução orçamentária. Durante todo o período assistimos à tentativa do Conselho de barrar as ações do governo, no que também não obteve grande êxito, como demonstrado pela aprovação das OS. Essa baixa capacidade de incidência do CMS esteve, como vimos, associada a uma cena política altamente conflitiva. Nesse período em que acompanhamos as reuniões do CMS assistimos a um jogo perverso e desgastante que tem gerado resultados apenas medíocres no que se refere ao controle social das políticas.

# Conclusão

Esse texto buscou compreender o lugar e o papel do CMS no processo de produção da política pública de saúde no município de São Paulo. Desde o princípio de nossa pesquisa decidimos fugir de uma imagem idealizada do Conselho – que muitas vezes emerge da análise do seu desenho institucional – que afirma “que o Conselho pode tudo”; e/ou de um olhar fatalista que, que com base na realidade, afirma: “o Conselho não serve para nada”. Sabíamos que o desafio era dar conta da complexidade que envolve a atuação dos conselhos que, como bem disse Sônia Draibe “não se deixam conhecer com facilidade”.

Como vimos, a ação do CMS de São Paulo deve ser lida em referência a um contexto mais amplo que remete aos desafios da construção do SUS na cidade. Nas idas e vindas do Conselho, vemos refletida a própria trajetória cambiante da política pública, no suceder de administrações orientadas por princípios ético-políticos distintos. Nesse cenário, muitos foram os desafios à prática do controle social, chegando até mesmo à tentativa de extinção do Conselho.

No decorrer da pesquisa, identificamos as enormes dificuldades do Conselho para elaborar uma pauta de intervenção própria, abrindo espaço na sua agenda para a formulação da política. Tanto assim que no debate travado sobre as OS é fácil encontrarmos as críticas ao modelo; mas é muito mais complicado identificar as linhas de um modelo alternativo. A maior crítica às OS vêm por parte dos setores de trabalhadores, já que este modelo de gestão não precisa concursos públicos e pode contratar funcionários com outras faixas salariais, além de dispensar a realização de licitações. Os setores de usuários se preocupam basicamente com a falta de

controle social nas OS, porque está previsto que ela será controlada apenas por um conselho administrativo. Mas, o debate sobre a qualidade dos serviços de saúde, que apontem a maior ou menor eficiência dos serviços, por parte das OS está praticamente ausente. Nas atas e entrevistas pouco aparecem dados sobre os serviços de saúde do município, tanto por parte do governo, quanto da sociedade organizada. Em momento nenhum fica claro qual seria o modelo de gestão defendido por movimentos populares de saúde e de trabalhadores, em contraposição às OS, além de uma defesa genérica do SUS, que por vezes parece uma defesa retórica, formal. Nesse ponto, chama à atenção a forma como as conferências não repercutem no cotidiano do Conselho. Aliás, essa seria uma outra agenda de investigação importante: confrontar a pauta e as deliberações do Conselho com as resoluções retiradas das conferências. Talvez isso nos ajudasse a perceber se o problema está na capacidade do Conselho repercutir os temas das conferências em sua ação cotidiana, ou se são as conferências que não oferecem subsídios para a elaboração de uma estratégia de intervenção mais qualificada e autônoma.

# Referências bibliográficas

BOHMAN, J. *Public Deliberation. Pluralism, Complexity, and Democracy*, London: mit Press, 1996.

CARVALHO, Gilson. *Saúde: fundo municipal*. São Paulo, Instituto Pólis; IEE/PUC-SP, 2003. (Observatório dos Direitos do Cidadão – acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 17).

DRAIBE, Sônia M. “Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas”. In: BARREIRA, M.C.R.N. e CARVALHO. M.C.B. (orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo, IEE/PUC-SP, 2001.

JUNQUEIRA, V. *Saúde na cidade Cidade de São Paulo*. São Paulo, Instituto Pólis; IEE/PUC-SP, 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão – acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 03).

SACARDO, G. A., CASTRO, I. E. do N. *Conselhos de Saúde*. São Paulo, Instituto Pólis; IEE/PUC-SP, 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão – acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 08).

FUKS, M., PERISSINOTTO, R., SOUZA, N. R (Orgs). *Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná*, 2004.

LÜCHMAN, L. H. H. *Possibilidades e limites da democracia deliberativa. A experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre*. Tese de Doutorado, Campinas-SP, ifch-unicamp, 2002.

PEREZ, J. R. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M. (Org.) *Avaliação de*

*políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais, 1998.

SAMPAIO, S.B. de A. *O olhar governamental sobre os Conselhos de Políticas Públicas. O caso do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo no período de 2001 a 2004*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas/EASP, São Paulo, 2006.

TATAGIBA, L. “A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo”. In: AVRITZER, L. (org). *A participação em São Paulo*. São Paulo: UNESP, 2004.

TATAGIBA, L. *Participação, cultura política e modelos de gestão: a democracia gerencial e suas ambivalências*. Tese de Doutorado, Campinas-SP, ifch- unicamp, 2003.

TEIXEIRA, A. C. C. e TATAGIBA, L. *Movimentos sociais e sistema político: os desafios da participação*. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2005.



# Notas

---

<sup>1</sup> Professora do Departamento de Ciência Política da Unicamp.

<sup>2</sup> Pesquisadora do Instituto Pólis e Doutoranda em Ciência Sociais pela Unicamp.

<sup>3</sup> Em seu estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, Fuks (2004) identificou cinco tipos de deliberação: resolução, prestação de contas, aprovação, moção, encaminhamento. O autor agrupou esses tipos em três modalidades: “modalidade fraca”: envolve decisões de “caráter meramente formal”, como os encaminhamentos e as moções; “modalidade intermediária”: envolve uma “aprovação” do plenário do Conselho relativa a temas cuja decisão envolve, por exemplo, indicação de representante do Conselho para participação em eventos ou comissões, aprovação de proposta sobre encaminhamentos de Conferência, etc. “modalidade forte”: envolve decisões de natureza substantiva, como as resoluções e as prestações de contas. Partimos dessa indicação mais geral, ao elegermos as resoluções como nosso referencial empírico.

<sup>4</sup> Além do Conselho de Saúde, estamos estudando os conselhos municipais de Assistência Social, Habitação e Criança e Adolescente.

<sup>5</sup> Para que fiquem preservados os nomes dos entrevistados, apenas o segmento a qual ele pertence estará indicado ao final da citação da entrevista.

<sup>6</sup> O trabalho de campo foi realizado por Lizandra Serafim, da equipe de Participação Cidadã do Pólis. A ela coube, além do levantamento documental, o acompanhamento das reuniões e a produção dos registros de campo. À Lizandra agradecemos o empenho na realização dessa pesquisa.

<sup>7</sup> Nesse sentido, sabemos que o nosso recorte deixa de fora questões importantes, como por exemplo, a divisão de recursos de poder entre os diversos segmentos que compõem o conselho, as disputas, negociações e articulações entre os campos, as assimetrias e as estratégias utilizadas pelos atores em piores condições para superá-las, etc.

<sup>8</sup> Para uma análise mais detalhada sobre o início do CMS remetemos ao Caderno do Observatório nº 8.

<sup>9</sup> Tomamos como base aqui, particularmente, os Cadernos do Observatório nº 3, 8, 17 e 19. Faremos apenas um “registro telegráfico” remetendo as discussões substantivas aos estudos citados.

<sup>10</sup> Verificar o histórico desse debate no texto de Jorge Kayano, que compõe esse caderno, em que analisa a Política Municipal de Saúde na gestão José Serra / Gilberto Kassab.

<sup>11</sup> Gostaríamos de salientar que temos consciência de que as atas são um recurso importante, mas limitado de análise, não só pela natureza dos registros que encontramos, no geral bastante sucintos, mas também pelo fato de que as atas a que nos referimos são das sessões plenárias, e não das reuniões das comissões técnicas, nas quais os temas são discutidos com mais profundidade. Na plenária, no geral se aprova ou não a indicação feita pelo grupo de trabalho. Em pesquisa em profundidade, seria importante ter as atas das reuniões comissões, para que fosse possível de fato percorrer a trajetória que vai da apresentação do tema a sua decisão (ou não-decisão).

<sup>12</sup> Em relação à Resolução nº 42, apresentada no texto sobre a Política de Saúde – e não homologada pela secretária –, havia o pedido ao prefeito que o Projeto de Lei da OS fosse retirada da Câmara para debate no Conselho. Logo depois, o Conselho aprovou uma resolução contrária às Organizações Sociais (Resolução nº 45, de 23/06/05), nos termos da Deliberação 001 de 2005 do Conselho Nacional de Saúde e agora homologada pela secretária.

# Publicações do Observatório dos Direitos do Cidadão

A primeira série dos **Cadernos do Observatório dos Direitos do Cidadão** apresenta um balanço das políticas sociais em São Paulo nas gestões de Luíza Erundina, Paulo Maluf e Celso Pitta - período entre 1989 e 2000.

- 1 Assistência Social
- 2 Educação
- 3 Saúde
- 4 Habitação
- 5 Criança e Adolescente
- 6 Orçamento

A segunda série dos Cadernos teve como foco os **conselhos municipais** das respectivas políticas monitoradas pelo *Observatório*.

- 7 Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
- 8 Conselho Municipal de Saúde
- 9 Conselho de Escola
- 10 Conselho Municipal de Habitação
- 11 Conselho Municipal de Assistência Social
- 12 Articulação os entre Conselhos Municipais

A terceira série de Cadernos analisa os **fundos municipais** das cinco políticas monitoradas.

- 13 Financiamento da Política de Educação
- 14 Fundo Municipal de Habitação
- 15 Fundo Municipal da Criança e do Adolescente

16 Fundo Municipal de Assistência Social

17 Fundo Municipal de Saúde

A quarta série de Cadernos analisa as **políticas** monitoradas nos dois primeiros anos (2001-2002) da administração Marta Suplicy.

18 Orçamento Participativo

19 Saúde

20 Educação

21 Habitação

22 Assistência Social

23 Criança e Adolescente

Outros números da série do Observatório.

24 Orçamento - Leitura comparada 2004/2005

25 Movimento sociais e sistema político:  
os desafios da participação

26 Orçamento: comparativo entre subprefeituras

27 Fóruns e movimentos sociais na cidade de São Paulo

28 Criança e Adolescente: controle social e política pública

**Para maiores informações:**

Instituto Pólis

Rua Araújo, 124 Centro São Paulo/SP

tel. 11 2174-6801

atendimento@polis.org.br

Instituto de Estudos Especiais IEE/PUC-SP

Rua Ministro Godoy, 123 Perdizes São Paulo/SP

tel. 11 3801-1349

iee@pucsp.br





**PÓLIS**  
INSTITUTO DE ESTUDOS,  
FORMAÇÃO E ACESSORIA  
EM POLÍTICAS SOCIAIS



**FORD FOUNDATION**