

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ELISA DE ANDRADE ABREU

**CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
BRASILEIRO**

Porto Alegre
2014

ELISA DE ANDRADE ABREU

**CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dr.^a Idília Fernandes

Porto Alegre
2014

A162c Abreu, Elisa de Andrade
Controle social na atenção básica do sistema único de
saúde brasileiro. / Elisa de Andrade Abreu. – Porto Alegre,
2014.
144 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de
Serviço Social, PUCRS.

Área de Concentração: Serviço Social, Políticas e
Processos Sociais.

Linha de Pesquisa: Serviço Social e Políticas Sociais.

Orientação: Profa. Dra. Idília Fernandes.

1. Serviço Social. 2. Controle Social. 3. Cidadania. 4.
Política de Saúde. 5. Saúde Pública. 6. Sistema Único de
Saúde. I. Fernandes, Idília. II. Título.

CDD 362

ELISA DE ANDRADE ABREU

**CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Idília Fernandes (Orientadora – FSS/ PUCRS)

Profª Drª Berenice Rojas Couto (FSS/ PUCRS)

Profª Drª Jussara Maria da Rosa Mendes (FSS/ UFRGS)

*Dedico esta dissertação aos meus
grandes amores e companheiros nesta
caminhada, Daison e Joana.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido e à minha filha, meus grandes companheiros e incentivadores de grandes conquistas que, com muito amor e compreensão em relação aos momentos em que estive ausente, me acompanharam nesta caminhada.

Aos meus pais pelo apoio, incentivo e tempero especial do amor. Agradeço também por terem acreditado e apostado nos meus - e nossos - sonhos e por nunca terem desistido, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu irmão, à minha irmã, aos meus sobrinhos, tios, tias, avós, cunhadas e sogra pela generosidade de compartilharem momentos felizes.

À grande família e *máfia* dos Abreu, pelos momentos felizes, de união, regados à boa música, arte, poesia e muita afetividade.

À Rosete, minha estrela guia, que com muita maestria, profissionalismo, carinho e competência, tem-me ajudado na organização da vida diária.

Às minhas amigas de vida e alma, Leticia Tagliapetra, Tatiane Ventura, Thaisa Closs, Manoela Albuquerque, Inez Zacarias e Cecília Froemming (que mesmo longe está sempre perto), pelas trocas afetuosas, debates calorosos, pelo carinho e por compartilharmos as dores e as delícias da vida e da profissão desde o período da graduação em Serviço Social.

Aos colegas da turma do mestrado 2012/01, pelos debates, estudos coletivos e reflexões, pelos momentos lúdicos e cirandas no gramado, momentos que fortaleceram a nossa turma com base no respeito às diferenças.

Ao meu querido amigo, Flávio Fideles (*in memoriam*), pessoa adorável que apareceu de forma mágica na minha vida, deixando muitos ensinamentos e reflexões. Agradeço pelos momentos felizes, de companheirismo que vivemos juntos e que ficarão eternizados.

À minha orientadora, Idília Fernandes, pelos momentos de reflexão e aprendizagem proporcionados. Agradeço pelas contribuições que foram importantes no meu crescimento acadêmico e amadurecimento intelectual.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Acessibilidade e Diversidade (GEPAD) pelos momentos de estudo, pesquisa e debates acerca do método em Marx e enfoque misto de pesquisa.

Às professoras do PPGSS/ PUCRS, docentes que tenho grande carinho e admiração. Agradeço pela acolhida, pelos momentos de aprendizagem e contribuições na minha trajetória profissional desde a graduação.

Às funcionárias da secretaria do PPGSS/ PUCRS, que com profissionalismo e paciência me ajudaram a vencer a burocracia. Agradeço pela disponibilidade para ajudar a resolver o que, às vezes, parecia impossível.

Aos companheiros do Fórum em Defesa do SUS/ RS que lutam pela defesa do SUS público, integral, estatal, equânime e de qualidade para população brasileira. Agradeço a acolhida, os momentos de trocas, lutas e aprendizagem vivenciados.

Aos Agentes Comunitários de Mediação e Equipe Técnica do Núcleo de Justiça Comunitária Guajuviras, pessoas que tenho um grande carinho, admiração e fortaleceram o sentido comunitária na minha vida. Ao coordenador do NJCG, Wagner Moura, que mesmo diante das saudáveis divergências ideológicas sempre acreditou em mim enquanto profissional e me incentivou para dar um passo adiante.

À minha querida amiga e professora, Noili Demaman, pelas prazerosas aulas de português e pela cuidadosa revisão do texto.

Aos colegas da FPERGS e Direção do NAR Zona Oeste, pela acolhida e compreensão com relação ao momento final do mestrado.

À estagiária de Serviço Social do Nar Zona Oeste, Patrícia Côrrea, pelos momentos de troca, reflexões, parceria e compreensão.

Ao meu grande amigo, companheiro e compadre, Anderson Roveda, pela amizade em todos os momentos.

As minhas queridas amigas e amigos que me acompanham desde o período do ensino médio, seja nas escolas que estudamos, ou nas praças do bairro, Carolina Pommer, Fernanda Herrera, Rosana Thiel, Daniela Azevedo, Luciana Rodrigues, Lucas Reinisch e mais uma galera que me acompanham há muitos anos nas andanças da vida.

Enfim, agradeço a tod@s aos que porventura não citei, mas que, de uma forma ou de outra contribuíram para que a realização desse trabalho fosse possível.

RESUMO

O estudo analisa a concepção expressa em documentos oficiais, tais como legislações e Relatórios Finais de Conferências Nacionais e Municipais de Saúde, sobre controle social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e suas implicações no processo de implementação dos Conselhos Locais de Saúde com vistas à consolidação do controle social e ampliação da cidadania. Trata-se de uma investigação com base na pesquisa documental, tendo como característica a fonte de coleta de dados restrita a documentos. Contudo, trata-se de uma pesquisa de caráter quanti-qualitativo que visa analisar o fenômeno nas suas múltiplas dimensões e inter-relações. Esta abordagem é utilizada para que um pesquisador possa obter amplas perspectivas como resultado de diferentes abordagens. Para tanto se buscou complementar o estudo com dados quantitativos com vistas a conhecer a implementação dos Conselhos Locais de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório com vistas a conhecer o fenômeno estudado e uma aproximação com o objeto em análise. Inicialmente é realizado um debate sobre democracia e cidadania no contexto da sociedade contemporânea. A reflexão se propõe a um debate conceitual através de uma breve retrospectiva histórica e análise do desenvolvimento de processos sociais participativos apontando os desafios no que tange a radicalização da democracia e universalização da cidadania. A dialética do controle social em saúde no Brasil e as relações entre Estado e sociedade civil apontam propostas para além dos mecanismos institucionais de participação social na política de saúde buscando repensar o controle da sociedade sobre as ações do Estado. Buscando refletir sobre o controle social na Atenção Básica problematiza-se sobre a centralidade da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde tendo como pressuposto as diretrizes da descentralização e da participação popular. Realiza-se uma breve retrospectiva histórica da política de saúde no Brasil e análise da conjuntura atual situando as transformações societárias ocorridas nas últimas décadas do século XX e contrarreforma do Estado no contexto da reestruturação produtiva. Realiza-se uma reflexão sobre a relação do modelo de atenção e modelo de gestão em saúde através do resgate histórico e de como se expressam no contexto da disputa entre projetos societários distintos. O estudo aponta para conjuntura de privatização da Atenção Básica e recorrendo, a título de exemplo, a realidade do município de Porto Alegre. Buscou-se à luz dos resultados, elucidar a particularidade do controle social na Atenção Básica, materializado institucionalmente nos CLS. Os dados da pesquisa evidenciaram que existem duas concepções antagônicas em disputa acerca do Controle Social na Atenção Básica do SUS. As análises apontaram para uma concepção cidadã em disputa com uma concepção gerencialista através de premissas que foram evidenciadas no decorrer do estudo e que incidem no controle social na Atenção Básica.

Palavras-chave: Controle Social. Democracia. Cidadania. Atenção Básica. Conselhos Locais de Saúde.

ABSTRACT

The study analyses the concept of social control in public health primary care expressed in official documents, and its implications in the process of implementing Local Health Councils, which aim to consolidate social control and broaden human rights. Investigation is based on documents, and the research follows the quanti-qualitative method and aims at analyzing the phenomenon from all its multiple dimensions and interrelations. This approach is used so the researcher can get an ample perspective, so the study used the qualitative method to get to know the Local Health Councils. Initially democracy and human rights in contemporary society are discussed. A brief retrospective of history is presented and the development of participative social processes is analyzed, pointing the challenges of radicalizing democracy and universalizing human rights. The dialectic of health social control in Brazil and the relationship between State and civil society point to proposals that go beyond institutional mechanisms of social participation in health politics, rethinking the control of society over the actions of the State. The problems of centralized public health primary care are problematized, taking into consideration the guidelines of decentralization and popular participation. The history of health politics in Brazil is briefly presented, and the present conjuncture is analyzed – situating social changes that happened during the last two decades of the 20th century and the counter reformation of the State in the context of productive restructuring. The relation between the attention model and the management model is discussed based on history and on how they are expressed in different social projects. The study points to the conjuncture of privatizing public primary care and uses the city of Porto Alegre, located in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, as an example. The specificities of social control in primary care that were institutionally materialized with the Local Health Councils are elucidated. Research data shows that there are two antagonistic concepts about social control in primary health care. Analyses point to a human-rights oriented concept and a management-oriented concept through premises that appeared during the study and affect social control in primary care.

Keywords: Social control. Democracy. Human rights. Primary care. Local Health Councils.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das Equipes de Atenção Básica por Prestador de Serviço - 2013.....	84
Gráfico 2 – Serviços de Atenção Básica e Conselhos Locais de Saúde em Porto Alegre – 2013	108
Gráfico 3 – Cobertura dos Serviços de Atenção Básica e Conselhos Locais de Saúde em Porto Alegre - 2013	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Amostra da Pesquisa - Documentos: Legislações, Decretos, Resoluções	31
Quadro 2 – Amostra da Pesquisa - Documentos (Atas das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde).....	32
Quadro 3 – Articulação Intersetorial	73
Quadro 4 – Participação dos Trabalhadores	86
Quadro 5 – Conselhos Gestores e Conselhos Locais de Saúde.....	94
Quadro 6 – Processo de Regulamentação dos CLS.....	96
Quadro 7 – Estratégia de Mobilização Comunitária	103
Quadro 8 – Criação, Articulação e Ampliação dos Mecanismos de Controle Social.....	110
Quadro 9 – Concepção de Controle Social na Atenção Básica	112

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APS	Atenção Primária em Saúde
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
EBESRH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LC	Lei Complementar
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOPS	Movimento Popular em Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs	Organizações Sociais
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PGM	Procuradoria Geral do Município
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RIS	Residência Integrada em Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROPOSTA DA PESQUISA E AS MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO	15
1.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	21
1.3 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	35
2 O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE	38
2.1 DEMOCRACIA E CIDADANIA EM DEBATE	38
2.2 A DIALÉTICA DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: RELAÇÕES ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL	51
2.3 PARA ALÉM DOS MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE	62
3 DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO: A CENTRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	68
3.1 TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	69
3.2 A ATENÇÃO BÁSICA COMO LÓCUS PRIVILEGIADO DA PRODUÇÃO DE SAÚDE	76
4 OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE	88
4.1 A PARTICULARIDADE DO CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	89
4.2 AS CONCEPÇÕES ACERCA DO CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL (DADOS QUALITATIVOS)	132
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL (DADOS QUANTITATIVOS)	133
APÊNDICE C – QUADRO METODOLÓGICO: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	134
APÊNDICE D – QUADRO METODOLÓGICO: INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	135
APÊNDICE E - PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS SOBRE CONTROLE SOCIAL EM ÂMBITO LOCAL	136

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO CIENTIFICA DA FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DA PUCRS.....	143
--	------------

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo procura evidenciar como se expressa a concepção oficial acerca do controle social na atenção básica do Sistema Único de Saúde através da legislação e documentos oficiais produzidos no período de 1986 a 2013. Tem como eixo investigativo as implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde com vistas à consolidação do controle social e possibilidades de ampliação da cidadania. Diante desta perspectiva, será analisado, também, a título de exemplo, a implementação dos CLS no município de Porto Alegre.

O tema do estudo está vinculado à linha de pesquisa “Serviço Social e Políticas Sociais” do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), pois visa a aprofundar o debate sobre controle social na política de saúde, especificamente em âmbito local. Destacam-se a historicidade e as contradições da política pública de saúde no Brasil e a configuração da Atenção Básica, que conformam o contexto de implementação dos Conselhos Locais de Saúde. Levando em conta este cenário, ressaltam-se os desafios do controle social em âmbito local na política de saúde e seu caráter inovador em relação às outras políticas sociais.

Este capítulo tem o objetivo de apresentar a introdução geral sobre o estudo realizado. Na primeira parte, será apresentada a proposta da pesquisa, as motivações da pesquisadora e relevância do tema estudado; na segunda, a trajetória metodológica terá centralidade, tendo em vista que norteou e tangenciou o estudo como um todo, e na terceira e última seção deste capítulo, será apresentada uma breve descrição dos capítulos que o compõem.

1.1 PROPOSTA DA PESQUISA E AS MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

A abordagem do tema remete à discussão do projeto ético-político profissional e do projeto de reforma sanitária, pois são esses que balizam as perspectivas de abordagem tanto no campo da saúde, como no campo do Serviço Social. Quanto aos pontos comuns expressos nos dois projetos, está centralidade da cidadania, a preocupação com a universalização, a justiça social e o papel do Estado na provisão das políticas sociais (NOGUEIRA e MIOTO, 2002). Ambos os projetos orientam a construção de processos de trabalho no Sistema Único de

Saúde (SUS) com vistas à qualificação da política pública de saúde como esfera de efetivação do acesso aos direitos sociais e serviços em sintonia com as necessidades da população. Desta forma, o fortalecimento do controle social se constitui como ponto fundamental da política pública de saúde e um desafio para o exercício profissional.

O estudo está centrado no campo da política pública de saúde, buscando conhecer e analisar a concepção expressa nos documentos oficiais e nas legislações referentes ao tema. Busca-se compreender os avanços e desafios presentes no cenário atual no que tange à política pública de saúde e ao controle social em âmbito local. A intenção de conhecer a concepção acerca do controle social no nível da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde torna-se relevante à medida que esta demonstra a intencionalidade do aparato jurídico-ideológico e repercussões na consolidação do controle social em âmbito local no tocante as possibilidades de ampliação da cidadania.

A participação social como uma das diretrizes¹ da política de saúde representa uma conquista dos movimentos sociais e defensores do projeto da reforma sanitária brasileira. Na atualidade, representa também um desafio à consolidação e efetivação do controle social enquanto instância de democratização das relações sociais. Em âmbito local, os Conselhos Municipais de Saúde estão constituídos na grande maioria municípios brasileiros; porém os Conselhos Locais de Saúde, instância de participação social que possibilita aproximar a população dos serviços de saúde com ênfase no território, ainda estão sendo implementados nos serviços.

Ao analisar o processo histórico da participação da sociedade civil na vida política e da histórica relação com o Estado, observa-se que o controle social, por muito tempo, foi operacionalizado como um controle do Estado sobre a sociedade; no entanto, no decorrer do estudo abordaram-se as concepções de Estado e sociedade civil no sentido de compreender o controle social como contraditório. Pôde-se perceber que as relações entre Estado e sociedade civil também passam

¹ Conforme o artigo 198 da Constituição Federal Brasileira (1988), as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que deve ser organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. No decorrer do estudo serão apresentadas tais diretrizes, levando em conta como se constituem teoricamente e de que forma se materializam na realidade concreta.

por metamorfoses em relação ao tempo histórico em que se projetam, levando em conta aspectos estruturais, conjunturais, econômicos, políticos, sociais e culturais.

No campo da política de saúde, a discussão acerca da participação e do controle social adquiriu maior visibilidade com o movimento de reforma sanitária gestado no final da década de 1970 e início de 1980. As principais propostas que compunham o ideário da reforma sanitária brasileira foram garantidas na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, nas leis 8.080/1990 e 8.142/90. A concepção de controle social inscrita no texto constitucional, Lei Orgânica da Saúde e defendida pelo movimento sanitarista é o da participação da sociedade na elaboração, implementação e fiscalização das políticas de saúde, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências nos diferentes níveis (nacional, estadual, municipal e local).

Entretanto, a partir da década de 1990, quando as reformas do setor saúde estavam em processo de implementação por meio do Sistema Único de Saúde, percebeu-se uma forte ofensiva com as políticas econômicas de orientação neoliberal. Observa-se que, neste período, começou a estruturar-se um projeto antagônico à proposta da reforma sanitária. Este, chamado de projeto privatista, vem, ao longo dos anos, debilitando e enfraquecendo os espaços de controle social.

Nas análises realizadas nos relatórios finais das Conferências de Saúde nos diferentes níveis – nacional e municipal –, fica evidente que a luta dos defensores da reforma sanitária não está dada, estando sujeita a avanços e recuos. Em 100% dos relatórios finais analisados – de 1986 a 2013 –, aparecem propostas contra privatização da saúde no Brasil, demonstrando que, apesar de avanços no campo da saúde pública, ainda há muitos desafios na perspectiva de consolidação de um sistema único de saúde, estatal, público, integral, equânime, de qualidade sob administração direta do Estado.

Durante o estudo, procurou-se analisar os avanços, retrocessos e potencialidades no tocante à política de saúde no Brasil. Observou-se a urgência de consolidação e efetivação, bem como ampliação dos espaços de controle social existentes, para que as demandas e necessidades de saúde do conjunto da população possam ser incorporadas. As conquistas em relação aos direitos sociais garantidos no texto constitucional de 1988 representam um grande avanço; no entanto, a luta pela sua concretização é cotidiana, seja nos espaços de representação coletiva, seja nas mais diversas lutas cotidianas que estejam

pautadas em uma nova forma de sociabilidade comprometidas com a emancipação política e humana².

É neste campo de tensão, entre projetos societários distintos, que se situa a necessidade e importância de pesquisas que busquem dar visibilidade para as contradições que se expressam nos espaços do controle social em saúde na contemporaneidade. A perspectiva do controle social, como direito de cidadania – participação social na gestão da política de saúde -, vem sofrendo fortes ataques nos últimos anos e necessita ser fortalecida, pois o controle social se configura em uma das principais vias para a democratização da política de saúde no Brasil.

Muito se tem avançado no Brasil com estudos e pesquisas que versam sobre o controle social em saúde, porém a grande maioria dos estudos centra-se na análise dos Conselhos e Conferências em cada esfera de governo: poucos são os estudos realizados acerca do controle social em âmbito local, especificamente, no nível de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde.

É nesta perspectiva que a proposta de estudo torna-se relevante quanto à discussão de um tema ainda pouco estudado, academicamente, e pautado nas agendas políticas oficiais. Um dos grandes desafios no campo da Saúde e do Serviço Social se constitui em empreender estudos sobre o controle social em âmbito local no nível de atenção básica do Sistema Único de Saúde e problematização em relação aos Conselhos Locais de Saúde.

Nesse sentido, o presente estudo busca contribuir com análises que ampliem reflexões acerca do fenômeno, na contemporaneidade, resgatando o processo histórico. Busca elucidar potencialidades e desvendar contradições, com intuito de dar visibilidade para os Conselhos Locais de Saúde e colaborar para o seu fortalecimento como mecanismo de gestão e democratização das relações sociais. Para além da consolidação e efetivação do controle social em âmbito local, almeja-se contribuir com o resgate de ideais da reforma sanitária com vistas à defesa de um sistema público de saúde estatal, integral e de qualidade.

O estudo realizado tem como produto a dissertação intitulada *O Controle Social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde Brasileiro*, e procura ir ao encontro destes desafios. A proposta de estudo partiu da experiência da pesquisadora como conselheira local de saúde, na gestão 2007-2008, na Unidade

² No próximo capítulo, serão abordados os conceitos de emancipação política e emancipação humana.

de Saúde Jardim Itu, e atuação nos Conselhos Locais de Saúde através do exercício e inserção profissional na relação intersetorial com outras políticas sociais. Torna-se válido destacar a pesquisa realizada e defendida no ano de 2009, para obtenção do título de especialista em saúde da família e comunidade, do Programa de Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição, intitulada *A Percepção de Usuários acerca do Conselho Local da Unidade de Saúde Jardim Itu*.

Além disso, a participação nas Conferências Estaduais e Municipais do município de Porto Alegre e município de Canoas suscitaram a continuidade do interesse na temática, tendo em vista que se percebeu a necessidade de articulação dos Conselhos Locais com as demais instâncias de controle social. O município de Canoas, bairro Guajuviras, oportunizou a reflexão, entre os anos de 2010 a 2013, sobre a participação social nos Conselhos Locais de Saúde e conselhos intersetoriais, perpassadas pelas inquietações, reflexo de reflexões realizadas junto aos Agentes Comunitários de Mediação vinculados ao Núcleo de Justiça Comunitária Guajuviras (NJCG) - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI).

A participação nas reuniões e atividades do Fórum em Defesa do SUS/RS, a partir de meados de 2012, a participação no IV Seminário da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde em 2013, a organização e realização dos Seminários promovidos, no ano de 2013, pelo Fórum em Defesa do SUS/RS sobre Atenção Básica de Saúde em Porto Alegre, e o Seminário Atenção Primária: O desafio da construção de uma rede pública, estatal e integral de saúde da família em Porto Alegre foi fundamental para manter acesa a vontade de estudar a temática e lutar, coletivamente, por um sistema público de saúde estatal, integral e de qualidade. A oportunidade de debater a situação atual e os rumos da Atenção Básica em Porto Alegre junto ao movimento social ao passo em que se davam os intensos estudos foi essencial para o direcionamento político da pesquisa.

A participação no Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade, coordenado pela Prof^a Dr. Maria Isabel Barros Bellini, também marcou a trajetória visto que foi mais uma oportunidade para debater a política de saúde e a necessária interface com as outras políticas sociais, constituindo-se em um espaço para refletir, estudar, pesquisar e debater sobre o campo da saúde pública. A participação no Grupo de Estudos e Pesquisa em Acessibilidade e Diversidade, coordenado pela Prof^a Dr. Idília Fernandes, também contribuiu, de

forma significativa, com a perspectiva de aprofundar o debate sobre saúde, marxismo e enfoques mistos na pesquisa social.

Atualmente, inserida na Política de Assistência Social, na Proteção Social Especial de Alta Complexidade, observa-se que foram importantes tais vivências ao passo em que foi se processando um distanciamento prático progressivo do objeto de estudo. Este distanciamento contribuiu para uma postura crítica visto que foi possível perceber contradições antes não observadas em relação ao objeto ao passo em que o desenvolvimento do estudo convocava para uma maior aproximação com a sua materialização. O estudo como um todo contribuirá para instrumentalizar e refletir sobre o novo campo de atuação da pesquisadora uma vez que este ainda opera em uma perspectiva de controle sobre o social.

A partir de todas as experiências e da atuação na área estudada, observou-se que existe um grande desafio acerca da concepção de controle social na Atenção Básica, repercutindo de forma concreta na implantação e implementação dos Conselhos Locais de Saúde. Os desafios se expressam na falta de entendimento, conhecimento e regulamentação formal sobre os referidos espaços; necessidade de capacitações voltadas para equipes de saúde, gestores e conselheiros; modelo de atenção e gestão adotado pelo município; limites do caráter deliberativo, entre outros. Mesmo diante desse quadro, pôde-se observar a grande potencialidade dos Conselhos Locais de Saúde no que se refere ao atendimento das necessidades locais em saúde; articulação com outras políticas públicas, movimentos sociais, populares e de bairro; e possibilidade concreta de relação com a política municipal de saúde.

Diante de tantas possibilidades, limites, inquietações e questionamentos muitas vezes sem respostas concretas é que se objetivou a elaboração de um estudo que buscasse dar conta destas questões. Dessa forma, procuraram-se as respostas em documentos, tais como legislações e Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais disponíveis online e que fossem de domínio público, com intuito de analisar os dados a partir de informações existentes. A pesquisa realizada foi desenvolvida mediante a coleta de dados documentais. Levando em conta as poucas/ quase inexistentes publicações e fontes bibliográficas sobre o tema específico em questão – Controle Social na Atenção Básica – procurou-se centrar as análises em fontes documentais.

No estudo, buscaram-se privilegiar a dinâmica da realidade, os movimentos históricos, contraditórios, as interconexões, a fim de melhor conhecer o objeto em questão. Para isso, a escolha do método assumiu fundamental importância no sentido de orientar metodológica, epistemológica e politicamente a pesquisa. A opção pelo método dialético-crítico se fez no sentido de considerar que também se trata de uma postura política, tendo em vista que dispõe de subsídios para interpretar e intervir na realidade. Importante ressaltar a sintonia do Projeto ético-político da profissão e do Projeto de Reforma Sanitária com a tradição marxista.

1.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para a construção do estudo, delimitou-se como tema “A concepção acerca do Controle Social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde Brasileiro e suas implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde”. Nesse sentido, formulou-se o problema de pesquisa: Qual a concepção expressa na legislação brasileira e em documentos oficiais acerca do controle social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, e quais as implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde?

Para responder ao problema e nortear os caminhos da pesquisa, formularam-se as seguintes questões norteadoras: Como se expressa a concepção de controle social na legislação brasileira e em documentos oficiais? Quais as contribuições da legislação e de documentos oficiais na perspectiva da consolidação do controle social e da ampliação da cidadania? Como se materializa o controle social em âmbito local segundo a legislação vigente e os documentos oficiais? Existe regulamentação quanto à atuação dos Conselhos Locais de Saúde? Qual a relação dos Conselhos Locais de Saúde com as outras instâncias de controle do SUS? Quantos serviços de saúde vinculados ao SUS, no nível de atenção básica, existem em Porto Alegre? Quantos Conselhos Locais de Saúde existem atualmente no município de Porto Alegre?

Desta forma, buscou-se responder às questões norteadoras e à questão maior da pesquisa; para tanto, foram elaborados objetivos no sentido de contemplar e articular o porquê e o para quê estudar a temática. O objetivo geral foi formulado de forma mais ampla e articulado com objetivos mais específicos. Sendo o Objetivo Geral: “**Analisar como se expressa a concepção oficial acerca do controle**

social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde brasileiro e suas implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde com vistas à consolidação do controle social e ampliação da cidadania”.

Os objetivos específicos consistiram em: *“Identificar como se expressa a concepção de controle social na legislação brasileira e documentos oficiais a fim de conhecer as implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde; Apreender as contribuições da legislação e documentos oficiais com vistas à consolidação do controle social e ampliação da cidadania; Conhecer como se materializa o controle social em âmbito local segundo a legislação vigente e os documentos oficiais com o intuito de elucidar as particularidades do controle social em âmbito local; Identificar a existência de regulamentação oficial quanto à atuação dos Conselhos Locais de Saúde a fim de conhecer as potencialidades e fragilidades presentes na legislação e documentos oficiais; Analisar a relação dos Conselhos Locais de Saúde com as outras instâncias de controle do SUS com vistas à potencializar a efetivação de uma gestão participativa; Verificar quantos serviços de saúde vinculados ao SUS, no nível de atenção básica, existem atualmente em Porto Alegre, a fim de mapear a cobertura assistencial e relação com o controle social em âmbito local; Identificar quantos Conselhos Locais de Saúde existem atualmente no município de Porto Alegre, com intuito de mapear um diagnóstico situacional quanto à consolidação da institucionalização do controle social em âmbito local”.*

Importante destacar, novamente, que este estudo fundamenta-se no método dialético-crítico. O materialismo dialético é a base filosófica do marxismo, segundo Triviños (1987), e se realiza na busca de explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Esse método contribuiu para que fosse possível fazer uma análise dialética e crítica da realidade social, bem como do objeto estudado, reconhecendo-o através das suas múltiplas determinações, dos movimentos universais e interconexões existentes entre eles.

Segundo Prates (2002), o conceito de dialética em Marx tem caráter ontológico, histórico e relacional. Nessa perspectiva, para analisar a realidade de forma dialética foi necessário ter presente as categorias que embasam o método, “estas categorias não se constituem apenas em elementos para análise do real, mas são parte do próprio real” (p. 24). Para uma análise dialética da realidade, as categorias não podem ser separadas, pois estão, intrinsecamente, relacionadas e são inseparáveis.

Para Lefebvre (1983), a realidade concreta, no pensamento dialético, se apresenta em movimento, é múltipla, diversa e contraditória. O autor observa que todas as leis dialéticas constituem uma análise do movimento, de tal forma que a multiplicidade das leis dialéticas implica em uma unidade fundamental – “[...] encontram essa unidade na “ideia” do movimento, do devir universal” (p. 240). A perspectiva dialética entende o movimento como processo e está atenta à interconexão das suas múltiplas dimensões. Parafraseando Marx (1982), “O concreto é concreto porque é síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso” (p. 14).

No método dialético-crítico, o conhecimento da realidade se realiza através de sucessivas aproximações tendo em vista a necessidade de se ultrapassar o plano da pseudocreticidade a fim de captar a essência do fenômeno. Para Kosik (1976), o mundo da pseudocreticidade oculta a realidade concreta na medida em que a apresenta de forma superficial, mediata, natural, independente, fetichizada e reificada. Sendo assim, para apreender a essência do fenômeno, é necessário desocultar a estrutura e dinâmica do mesmo.

No intuito de ultrapassar o plano da pseudoconcreticidade, em busca de uma visão concreta da realidade social e de conhecer como se dão os processos sociais, buscou-se, desde a concepção do projeto de pesquisa, utilizar as categorias de análise do método dialético crítico de forma articulada a fim de sucessivas aproximações com o movimento da realidade concreta. O estudo realizado utilizou como base as categorias do método: historicidade, totalidade e contradição³.

Desta maneira, entende-se que a totalidade é mais que a soma das partes que a constituem (KONDER, 2000). Trata-se de um todo articulado onde tudo está em conexão. Para Kosik (1976), a realidade social é entendida como concreticidade (é a teoria da realidade como totalidade concreta), como um todo articulado,

³ A **contradição** na tradição dialética significa uma negação/ oposição inclusiva, onde os polos se pressupõem mutuamente (BOTTOMORE, 1983). Para exemplificar, a categoria contradição se expressa na constituição da sociedade capitalista ao passo que a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho amplamente social e a apropriação dos seus frutos mantêm-se privada (IAMAMOTO, 2004). Nesse caso, é uma contradição histórica - inerente ao modo de produção - que está assentada nas contradições estruturais do capitalismo. Sendo assim, a **historicidade** deve ser concebida como o movimento dinâmico da história e não como um prolongamento "natural" e contínuo da mesma (KONDER, 2000). Marx entendia que a história em si não tinha nenhum significado além daquele que os homens, em seus vários estágios de desenvolvimento lhe conferem (BOTTOMORE, 1983). Quanto à **totalidade** – como categoria de análise - ela é mais do que a soma das partes que a constituem. É necessário ter uma “visão de conjunto” e analisar a dimensão de cada elemento como parte do todo (KONDER, 2000).

estruturado e dialético. Sendo a realidade social entendida como concreticidade, esta se trata de um todo que possui a sua própria estrutura, que se desenvolve. É mutável e está em movimento, não é um todo perfeito e acabado no conjunto e não é mutável apenas em suas partes isoladas – o todo “se cria a si mesmo” na interação das partes.

O ponto de vista da totalidade orientou a análise no sentido de buscar a superação da pseudocreticidade a fim de entender a realidade em movimento para além dos fatos dados de forma aparente ou isolados. Contribuiu com a necessidade observada no decorrer do estudo de problematização da realidade, incidindo na análise realizada, pautando as interconexões e contradições presentes no real como processos sociais.

A categoria contradição, para além de ser uma categoria interpretativa da realidade, se constitui no próprio movimento do real. A contradição caracteriza-se por ser uma negação inclusiva, aquilo que se afirma pela sua existência na sua oposição, e exige a superação, pois como destruidora é também criadora (CURY, 2000). Compreender a realidade social e as contradições que a constituem, e que são constituídas no movimento da realidade, se tornou importante para a análise do objeto estudado.

Para Cury (2000):

A contradição sempre expressa uma relação de conflito no devir do real. Essa relação se dá na definição de um elemento pelo que ele não é. Assim cada coisa exige a existência do seu contrário, como determinação e negação do outro. As propriedades das coisas decorrem dessa determinação recíproca e não das relações de exterioridade (p. 30).

Nesse sentido, realizou-se um esforço de tentar captar as múltiplas determinações do movimento da realidade, considerando as partes, suas interconexões e contradições. Objetivou-se desvendar a realidade na sua forma aparente por meio de sucessivas aproximações para superar o plano da pseudoconcreticidade e chegar à totalidade concreta. A importância de desocultar os processos sociais ocultos e fetichizados⁴ na dinâmica da realidade social, das relações sociais, também se tornou importante para o presente estudo.

⁴ Na teoria do valor trabalho, Marx (2008) realiza uma análise sobre o fetichismo da mercadoria em seu duplo aspecto: de valor de uso e valor de troca. Mostra com isso que o trabalho se realiza e é medido – quantitativamente e qualitativamente – sob este duplo aspecto que se apresenta nas relações sociais de produção. Essa análise é a base para a teoria do valor trabalho, e vai mostrar que

Diante dessa perspectiva, tornou-se importante conhecer o movimento da realidade e do objeto estudado no sentido de conceber o caráter processual e histórico. Para Kosik (1976), sob o ponto de vista da totalidade concreta, cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo. Para esse autor, todo fenômeno social é um fato histórico ao passo que é examinado como momento de um determinado todo em processo. Para conhecer a historicidade, não basta conhecer a história, e sim o processo histórico. Nessa perspectiva, é importante reconhecer o movimento da realidade que se desenvolve de forma processual. Considerou-se importante recorrer ao processo histórico para conhecer como o fenômeno se apresenta na atualidade.

Considerando tais categorias, justifica-se e destaca-se a importância da escolha do método para investigação e análise do objeto em estudo. A escolha pelo método dialético-crítico pressupõe a defesa de novas formas de sociabilidade, baseada em um conjunto de valores e uma postura ético-política (PRATES, 2012). Tal escolha orientou a pesquisadora no sentido de uma análise dialética comprometida com a transformação da realidade. A proposta da presente pesquisa reside na necessidade, observada pela pesquisadora, de compreender o objeto estudado para então explicá-lo, buscando apontar os limites, as contradições e as possibilidades de superação. Desse modo, exclui-se qualquer pretensão de neutralidade.

Partindo do método em Marx (2011), é necessário distinguir o método de exposição do método de pesquisa (investigação)⁵. Nessa perspectiva, somente quando estiver concluída a investigação é que o pesquisador deve apresentar os resultados aos quais chegou. Para Marx (2011), somente depois de concluído o processo de investigação é que o pesquisador terá condições de descrever o movimento da realidade.

a força de trabalho, no processo de produção, vai se tornar uma mercadoria com a finalidade de produzir mais mercadorias. A teoria do valor trabalho é condição necessária para se realizar uma análise do processo sócio-histórico da sociedade capitalista. Desta forma, o fetichismo se expressa na forma de aparência que oculta a essência do fenômeno. O fetichismo da mercadoria mascara a relação social e as diversas formas de fetichismo contribuem para o processo de alienação.

⁵ É mister, sem dúvida, distinguir, formalmente, o método de exposição do método de pesquisa. A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isso se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada, o que pode dar a impressão de uma construção a priori (MARX, 2011, p. 28).

Dessa forma, é válido destacar que na pesquisa social, especialmente nas pesquisas qualitativas, utilizam-se categorias entendendo-as como conceitos básicos que pretendem refletir os aspectos gerais e essenciais da dinâmica da realidade, suas conexões e relações (CURY, 2000). A pesquisa social utiliza-se de categorias tanto para o processo de investigação, como para o processo de análise da realidade social. São diferentes tipos de categorias que compõem este processo: de análise do método (explicitadas anteriormente), temáticas (definidas pelo objeto de estudo) e empíricas (surgem da realidade e da expressão do objeto).

Neste estudo foram definidas, previamente, as categorias do método (totalidade, contradição e historicidade) e as temáticas, deixando para a análise de conteúdo a definição das categorias empíricas, que foram identificadas a partir do material coletado. As categorias temáticas que compõem o presente estudo foram estabelecidas com base no problema da pesquisa, nos objetivos e nas questões norteadoras e têm como objetivo serem categorias explicativas da realidade. Portanto, as principais categorias temáticas estabelecidas foram: **Participação, Controle Social, Cidadania, Democracia, Estado, Sociedade Civil e Atenção Básica**. Tais categorias serão discutidas ao longo dos capítulos, e no processo de análise se desdobraram em outras dimensões, que foram consideradas como subcategorias.

Diante das questões apontadas em relação à importância e justificativa de escolha do método e da escolha dos objetivos, será apresentado, a seguir, o detalhamento da trajetória metodológica da pesquisa; posteriormente – na seção seguinte do mesmo capítulo – será apresentado como está estruturado o estudo como um todo. Considera-se que a trajetória metodológica iniciou-se com a elaboração do projeto de pesquisa, que foi aprovado no ano de 2013 pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social da PUCRS (Anexo I).

Trata-se de uma pesquisa de caráter quantiquantitativo que visa a analisar o fenômeno nas suas múltiplas dimensões e inter-relações. Para Creswell (2010), esta abordagem é utilizada para que um pesquisador possa obter amplas perspectivas como resultado de diferentes abordagens, em oposição ao uso de apenas uma abordagem predominante. A pesquisa de enfoque misto⁶ é relativamente nova nas

⁶ Creswell (2010) refere que a pesquisa de métodos mistos emprega a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas e ganhou popularidade na última década. Essa popularidade deve-se ao fato de que a metodologia da pesquisa continua a evoluir e a se desenvolver, e os métodos mistos

ciências sociais e humanas e é utilizada com termos diferentes dependendo da abordagem utilizada. No entanto, as publicações mais recentes têm utilizado o termo método ou enfoque misto⁷ (CRESWELL, 2010). Importante salientar que o caráter da pesquisa é quantiquantitativo e que a ênfase priorizada foi a qualitativa.

Nas pesquisas de enfoque misto, utilizam-se os dados quantitativos e qualitativos de modo complementar, entendendo-os como uma unidade. Existem estudos que optam por enfatizar um ou outro enfoque (CRESWELL, 2010); no entanto, existem autores (SAMPIERI, 2012) que acreditam que ambos os enfoques, quando utilizados em conjunto, enriquecem a pesquisa: – “Não se excluem, nem se substituem” (SAMPIERI, 2012). A posição adotada pela grande maioria dos estudiosos de enfoque misto é a inclusão e complementaridade para o conhecimento do objeto a ser estudado. Os procedimentos de coleta, análise e interpretação dos dados podem ser realizados de forma sequencial ou concomitante.

Para Prates (2012), a relação entre o método em Marx e o enfoque misto é coerente e necessária; partindo do método dialético, busca-se mais do que dados isolados, pressupondo a conexão entre múltiplos fatores no desvendamento da realidade.

A mesma autora refere:

Entendemos que a caracterização de uma pesquisa como quanti-qualitativa ou mista difere dos estudos classificados como quantitativos e qualitativos, e não só pode, como deve, valer-se de características de ambos, mesmo que enfatize um ou outro, conformando-se com outro tipo de estudo, com particularidades que emanam de ambos. Exatamente por enfatizar a articulação de dados dos dois tipos, são mais coerentes com o método marxiano de investigação, que ressalta essa relação como necessária (p.123).

são outro passo adiante, utilizando os pontos fortes das pesquisas quantitativas e qualitativas. O uso combinado dessas abordagens visa obter mais insights com a sua combinação do que de forma separada, além de possibilitar uma maior compreensão dos problemas de pesquisa. Em 2003, foi publicada e apresentada no México a primeira visão geral abrangente dessa estratégia de investigação. Atualmente, várias revistas acadêmicas enfatizam a pesquisa de métodos mistos, enquanto muitas outras encorajam essa forma de investigação.

⁷ Muitos termos diferentes são utilizados para essa abordagem, como integração, síntese, métodos quantitativos e métodos qualitativos, multimétodos e metodologia mista, mas os textos recentes utilizam o termo métodos mistos. No Brasil, os pesquisadores, como Prates (2012), que utilizam essa estratégia de investigação, especialmente os que têm como base o método dialético-crítico, utilizam o termo enfoque misto, tendo em vista que o método de investigação escolhido é o marxiano, atribuindo, então, o enfoque misto na pesquisa social e enfatizando a relação necessária entre ambos.

Diante desta perspectiva, com base nos enfoques mistos, utilizou-se a estratégia de coleta, análise e interpretação dos dados de modo concomitante por entender que os dados quantitativos e qualitativos são complementares e possibilitam uma apreensão mais fidedigna do movimento da realidade social e suas múltiplas, interconectadas relações. Outras duas questões fundamentais para a escolha da estratégia concomitante foram a distribuição do tempo e a relação com o método dialético-crítico.

Quanto à distribuição do tempo, utilizando a estratégia concomitante, os dados (quantitativos e qualitativos) foram coletados ao mesmo tempo, e a implementação ocorreu de forma simultânea. Considerou-se ser mais funcional coletar os dados de forma concomitante, tendo em vista o prazo de término da pesquisa.

A presente pesquisa caracteriza-se pelo tipo de estudo exploratório com vistas a conhecer o fenômeno estudado e uma aproximação com o objeto em análise. Considerando que o tema relativo aos Conselhos Locais de Saúde ainda é pouco estudado e trata-se de um contexto particular no que se refere ao controle social em saúde, optou-se por utilizar um tipo de pesquisa que propiciasse uma maior familiaridade com um fenômeno que ainda é pouco conhecido (SAMPIERI, 2012).

Trata-se de uma pesquisa documental, onde se pesquisaram informações e dados verídicos nos documentos selecionados como “corpus de análise⁸” (BARDIN, 1977). Para Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa documental tem como característica a fonte de coleta de dados restrita a documentos, isto é, constituindo-se do que os autores denominam de fontes primárias. Diferencia-se da análise bibliográfica pelo tipo de fonte utilizada. Quanto às fontes primárias – que estão restritas a documentos –, estas podem ser coletadas no momento em que o fenômeno ocorre ou retrospectivamente (MARCONI e LAKATOS, 2010). Optou-se por não utilizar a análise bibliográfica, tendo em vista a escassa produção teórica em relação à particularidade do controle social na atenção básica do Sistema Único de Saúde e a grande quantidade das fontes documentais selecionadas como “corpus de análise”.

⁸ Estando o universo demarcado (o gênero de documentos os quais pode se efetuar a análise), é muitas vezes necessário proceder-se à *constituição de um corpus*. O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras (BARDIN, 1977, p. 97).

Buscou-se, com a pesquisa, a elucidação de formas de representação social a fim de analisar os fundamentos, os conceitos, as concepções, as contradições, os procedimentos e as orientações expressos nos documentos em relação ao Controle Social em âmbito local na Atenção Básica, e suas implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde. Para isso, foi necessário delimitar os documentos existentes (universo) e realizar um processo de escolha dos materiais a serem analisados.

Para a delimitação do universo da pesquisa, foram eleitos critérios com base na legislação brasileira e publicações oficiais datadas a partir do ano de 1986, contemplando o período de 1986 a 2013, e publicações que versassem sobre a temática do controle social na atenção básica do Sistema Único de Saúde. O processo de amostragem seguiu critérios de acordo com a pertinência do documento (fonte de informação) em relação ao tema, tendo sido essa definida em relação à adequação dos documentos e sintonia com os objetivos e questionamento maior a que se propõe o estudo.

A amostra caracteriza-se como não probabilística e intencional, tendo em vista que a pesquisa busca conhecer a concepção expressa nos documentos oficiais acerca do controle social em âmbito local. Dessa forma, utilizaram-se documentos oficiais, tais como: leis, decretos, portarias, resoluções do CNS e Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde do referido período, que versassem sobre a temática estudada e que estivessem adequadas com a finalidade da pesquisa. Nos Relatórios Finais das Conferências, centrou-se a análise no eixo Controle Social, Cidadania e Participação da Sociedade. A coleta dos dados qualitativos foi orientada com o uso de um instrumento no formato de roteiro (Apêndice A) elaborado previamente. Quanto aos dados quantitativos, estes estão delimitados nos dois objetivos específicos que preveem conhecer: quantos serviços de Atenção Básica existem em Porto Alegre e quantos destes serviços têm implementado Conselho Local de Saúde.

A delimitação do universo foi um momento que exigiu bastante rigorosidade, no sentido de que a amostragem (redução pensada) foi intencional e este tipo de amostra não se preocupa necessariamente com a representatividade do universo e sim com as concepções expressas. Desta forma, optou-se por apresentar a delimitação da amostra dos dados qualitativos em dois quadros, que foram divididas visando somente a critérios didáticos por se tratarem de fontes diferentes. Levando

em conta critérios científicos, com base nas normas da ABNT NBR 14724/2011, entende-se que o quadro é uma representação ilustrativa que serve também para organizar e possibilitar o entendimento do trabalho desenvolvido.

Visando a uma melhor compreensão da forma de constituição do “corpus da análise”, através da delimitação do universo, optou-se por dar visibilidade para os documentos que foram analisados por meio de quadros ilustrativos. No entanto, cabe salientar que o tratamento dos dados e resultados extraídos dos documentos selecionados será apresentado nos capítulos seguintes. O processo de amostragem constituiu-se na delimitação do universo pela seleção dos documentos que foram analisados (conforme os critérios estabelecidos) para a então constituição de um “corpus de análise⁹”. Diante disso, segue a definição da amostra dos dados qualitativos nos quadros a seguir:

⁹ O corpus de análise constituiu-se de 21 documentos, sendo 10 legislações e 11 Relatórios Finais de Conferências Nacionais e Municipais, totalizando 680 páginas de documentos analisados.

Quadro 1 - Amostra da Pesquisa - Documentos: Legislações, Decretos, Resoluções

Lei 8080/1990	federal	<i>Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.</i>
Lei 8142/1990	federal	<i>Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.</i>
Decreto nº 7.508/2010	federal	<i>Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.</i>
Lei complementar 277/1992	municipal	<i>Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.</i>
Lei complementar 287/1992	municipal	<i>Inclui inciso XLII no artigo 4º da Lei Complementar nº 277/1992 e dá outras providências.</i>
Lei complementar 660/2010		<i>Altera, inclui e revoga dispositivos das Leis Complementares nos 248, de 23 de janeiro de 1991; 277, de 20 de maio de 1992, alterada pela Lei Complementar nº 287, de 8 de janeiro de 1993; 318, de 28 de março de 1994; 325, de 7 de julho de 1994, e alterações posteriores; 340, de 12 de janeiro de 1995; 352, de 8 de agosto de 1995, e alterações posteriores; 367, de 8 de janeiro de 1996; 370, de 16 de janeiro de 1996; 399, de 14 de janeiro de 1997; 434, de 1º de dezembro de 1999, e alterações posteriores; 444, de 30 de março de 2000; 447, de 10 de maio de 2000, alterada pela Lei Complementar nº 587, de 22 de janeiro de 2008; 563, de 30 de janeiro de 2007; 585, de 28 de dezembro de 2007; e 617, de 29 de maio de 2009.</i>
Lei complementar 661/2010	municipal	<i>Dispõe normas gerais sobre os Conselhos Municipais, nos termos do art. 101 da Lei Orgânica do Município de Porto Alegre, e revoga legislação sobre esse tema.</i>
Lei Orgânica de Porto Alegre (SEÇÃO VII – Da Soberania e da Participação Popular)	municipal	<i>Emenda diversos art. da lei orgânica do município, versando sobre: organização municipal; órgão legislativo; vereadores; atribuições da câmara municipal; comissão representativa; leis e processos legislativos; orçamento; órgão executivo; prefeito; secretários municipais; servidores municipais; conselhos municipais; ordem e economia social; família, educação e cultura; disposições gerais, transitórias e finais.</i>
Lei 277/1992	municipal	<i>Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.</i>
Resolução do CNS – nº 453/2012	Federal/nacional	<i>Resolve aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.</i>

Fontes: Porto Alegre (2014); Conselho de Saúde (2014), Brasil (1988).

O primeiro quadro apresenta a amostra em relação aos documentos, legislações, leis complementares e decretos nas diferentes instâncias e resoluções do Conselho Nacional de Saúde. A escolha dos documentos seguiu o critério básico

citado anteriormente em relação à pertinência. Por se constituir de um recorte de tempo considerável, 1986 a 2013, optou-se pelas legislações que ainda se encontram em vigor, tendo em vista que muitas foram revogadas e alteradas. Esse movimento de alteração, inclusão e revogação foi analisado somente em relação aos assuntos que versam sobre a temática da pesquisa. Importante destacar que a análise do movimento do objeto de pesquisa será apresentada no decorrer dos capítulos à luz dos resultados.

As legislações de âmbito nacional foram localizadas na internet, no site do Planalto e do Conselho Nacional de Saúde, bem como consultadas na Constituição Federal de 1988. Em relação às legislações municipais, buscou-se no Portal Transparência da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Quanto ao segundo quadro, este apresenta a amostra em relação aos Relatórios Finais das Conferências de Saúde em âmbito nacional e municipal, conforme segue:

Quadro 2 - Amostra da Pesquisa - Documentos (Atas das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde)

Relatório Final 8º Conferência Nacional de Saúde - 1986	nacional	<i>Documento completo.</i>
Relatório Final 9º Conferência Nacional de Saúde – Municipalização é o Caminho – 1992	nacional	<i>Análise do Capítulo 6 e recomendações</i>
Relatório Final 10º Conferência Nacional de Saúde -1996	nacional	<i>Análise do Capítulo 1 – Saúde, Cidadania e Políticas Públicas; Capítulo 3 – Controle Social na saúde</i>
Relatório Final 11º Conferência – O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com controle social – 2000	nacional	<i>Análise da Carta da 11º Conferência – Capítulo 1 Cenário (Controle social sobre o SUS) e Capítulo 2 Proposições (Controle Social)</i>
Relatório Final 12º Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca – Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos - 2004.	nacional	<i>Análise do Eixo Temático I, II, III, IV, V.</i>
Relatório Final da 13º Conferência Nacional de Saúde – Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento - 2008	nacional	<i>Análise do Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde</i>
Relatório Final da 14º Conferência Nacional de Saúde – Todos usam o SUS - SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do povo brasileiro – 2012	nacional	<i>Propostas aprovadas Considerações para 15º</i>
Relatório Final da 2º Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre –1995	municipal	<i>Todo documento</i>
Relatório Final da 4º Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre – A Saúde que temos e o SUS que queremos – 2003	municipal	<i>Todo documento</i>

Relatório da 5ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre – 2007	municipal	<i>Todo documento</i>
Relatório da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre – Todos usam o SUS: Acesso e Acolhimento em Porto Alegre – 2011	municipal	<i>Todo documento</i>

Fonte: Conselho de Saúde (2014) e Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (2014).

No que concerne aos Relatórios Finais das Conferências Municipais, como o site do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre estava em manutenção no período da coleta de dados (2013), fez-se contato com o referido Conselho a fim de obter tais informações. Importante salientar que realizado o contato com o CMS de Porto Alegre, recebeu-se o retorno rapidamente, via email, com os materiais (Relatórios Finais das Conferências Municipais) que estavam disponíveis em arquivo virtual. Nesse sentido, os relatórios finais da 1ª e da 3ª Conferência Municipal de Saúde não se encontram digitalizados e necessitariam de um tempo maior para serem localizados. Assim, acabaram excluídos da amostra pela falta de dados ou de acesso a eles.

Quanto às fontes estatísticas, estava previsto que os dados seriam coletados no site do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e do Relatório da última Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul (2009). No entanto, o site do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre está em manutenção desde meados de 2013. Dessa forma, os dados foram coletados nas informações constantes do Relatório Anual de Gestão de 2013 e Plano Municipal de Saúde referente ao mesmo período, disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

A dificuldade em relação ao acesso dos dados pesquisados foi superada ao passo que se buscou pesquisar as informações em outras fontes possíveis e disponíveis para acesso público. Para a coleta dos dados estatísticos, foi utilizado instrumento norteador seguindo o formato de roteiro (Apêndice B). Importante destacar que a utilização dos roteiros elaborados previamente contribuiu de forma significativa para a coleta de dados e posterior realização do processo de análise. Durante a coleta dos dados (quantitativos e qualitativos), foi utilizado um quadro metodológico (Apêndice C), elaborado previamente com o objetivo de contribuir e organizar as informações relevantes para o processo de análise.

Para análise dos dados coletados, utilizou-se a técnica da análise documental com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Diante

disso, segue o detalhamento das etapas da análise de conteúdo, que se constituiu da seguinte maneira:

- **Primeira etapa** – Consistiu na organização do material e uma pré-análise. Foi a fase de organização do material selecionado, que contou com a elaboração dos Quadros (1 e 2) sobre a delimitação da amostra, levando em conta os critérios estabelecidos anteriormente, que contemplassem os objetivos e finalidade da pesquisa. Realizou-se também a impressão dos materiais e encadernação. Nesta etapa, foram revisados os Roteiros de Análise (Apêndice A e B) que, segundo Bardin (1977), devem ser flexíveis no sentido de permitir novos elementos;
- **Segunda etapa** – Consistiu na realização de uma “leitura flutuante” do material e marcação de questões consideradas importantes para o estudo. Nesta fase foi realizada a exploração do material e coleta de dados documentais através da técnica de análise documental com roteiro elaborado previamente (Apêndice C), e coleta de dados quantitativos em relação à cobertura assistencial da rede de Atenção Básica do município de Porto Alegre. Ao alimentar o quadro metodológico de análise dos dados (Apêndice D), foram destacadas categorias consideradas relevantes – do método, prévias e emergentes –, sempre levando em conta o período e contexto histórico em que os documentos foram produzidos;
- **Terceira etapa** – Consistiu no tratamento dos resultados obtidos através da realização de inferências e interpretação dos dados. Nesta etapa, foram realizadas inferências e interpretações com relação aos objetivos previstos e também em relação a descobertas inesperadas que ocorreram no decorrer do processo de análise. Identificaram-se categorias, relações, frequências, percentagens, orientadas e mediadas pelas categorias analíticas do método, categorias teóricas e as categorias empíricas.

Os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. A técnica de análise de conteúdo prevê diversos modos de recortes de análise. Neste estudo, foram utilizadas as análises: temática, frequencial, documental, de contexto e por percentagens. Com relação à análise dos dados quantitativos, foi utilizada a técnica de análise estatística (BARDIN, 1977), através da realização de operações

estatísticas simples (percentagens) representadas através de gráficos. Os dados qualitativos e quantitativos foram articulados na análise a fim de uma aproximação mais fidedigna com o objeto do estudo. Foram realizadas inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que dissessem respeito às descobertas inesperadas.

A análise de conteúdo contempla um sentido mais amplo que articula a interpretação da realidade e que estão contidas no mesmo movimento de olhar atentamente para os dados da pesquisa (MINAYO, 2003). Quanto à análise de conteúdo, compartilha-se da ideia de Bardin (1977):

A análise de conteúdo assenta implicitamente na crença de que a categorização (passagem de dados brutos a dados organizados) não introduz desvios (por excesso ou por recusa) no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível de dados brutos) (p. 119).

No sentido de descrever as opiniões, motivações, intenções, valores, concepções, expressas nos documentos e publicações oficiais sobre controle social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, os fragmentos (qualitativos e quantitativos) foram agrupados em categorias temáticas e empíricas. Dessa forma, acredita-se serem complementares os procedimentos que foram utilizados na pesquisa. O estudo buscou articular o conteúdo da análise documental com os dados quantitativos com o intuito de analisar as concepções, as inter-relações, conexões e as contradições que se expressam no objeto estudado.

Em relação aos pressupostos éticos da pesquisa e do estudo, estes foram garantidos pela avaliação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social/PUCRS (Anexo A). Quanto à divulgação dos resultados da pesquisa, acontecerá nos seguintes espaços: apresentação dos resultados para Banca Avaliadora da Faculdade de Serviço Social/PUCRS, visando à obtenção do título de mestrado; envio do relatório de pesquisa para o Conselho Municipal de Saúde, se houver o interesse do mesmo; apresentação para serviços de saúde que tenham interesse na temática; e possível apresentação dos dados em Congressos, revistas científicas e afins.

1.3 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Apresentaram-se, inicialmente, as motivações para o estudo tendo em vista dar visibilidade para relevância acadêmica e prática no que se refere ao tema em questão. A implicação teórica, política e prática mediadas com a experiência da pesquisadora também foram consideradas importantes e parte integrante de todo o processo de construção e resignificação do objeto de estudo.

Optou-se por dar visibilidade para trajetória metodológica na **introdução** tendo em vista que a metodologia se constitui em “espinha dorsal” do processo de investigação e conhecimento da realidade. Conforme referido anteriormente, a trajetória metodológica propôs-se para além da descrição dos meios e técnicas que foram utilizados, pois sinalizou também as motivações e aspirações que orientaram as escolhas dos mesmos e em relação à escolha do método dialético-crítico.

A seguir, no **segundo capítulo**, será realizado um debate sobre democracia e cidadania no contexto da sociedade contemporânea. A reflexão se propõe a um debate conceitual numa breve retrospectiva histórica e análise do desenvolvimento de processos sociais participativos apontando os desafios no que tange à radicalização da democracia e universalização da cidadania. Nesse mesmo capítulo, é proposto um debate sobre a dialética do controle social em saúde no Brasil e as relações entre Estado e sociedade. A discussão para além dos mecanismos institucionais de participação social na política de saúde finaliza o segundo capítulo apontando reflexões no sentido de repensar e ampliar o controle da sociedade sobre as ações do Estado.

Dando continuidade à discussão e buscando responder ao questionamento maior da pesquisa objetivou-se, no **terceiro capítulo**, apontar a centralidade da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde tendo como pressuposto as diretrizes da descentralização e da participação social. Assim, tornou-se importante situar como as transformações societárias repercutem na política de saúde no Brasil, em especial, no nível de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Realiza-se uma breve retrospectiva histórica da política de saúde no Brasil e análise da conjuntura atual.

Neste mesmo capítulo, buscou-se refletir sobre a relação do modelo de atenção e modelo de gestão em saúde através do resgate histórico e de como se expressam no contexto da disputa de projetos societários distintos. A reflexão

aponta para a conjuntura de privatização da Atenção Básica e recorre, a título de exemplo, a realidade do município de Porto Alegre.

Os principais dados da pesquisa estão contemplados e apresentados em dois momentos: no final do terceiro e no quarto capítulo como um todo. No **quarto capítulo**, à luz dos resultados, a particularidade do controle social na atenção básica adquire visibilidade, materializado institucionalmente nos CLS. Finalizando o quarto capítulo e partindo dos resultados da pesquisa, considerou-se que existem duas concepções antagônicas em disputa acerca do Controle Social na Atenção Básica do SUS. As análises apontaram para uma concepção cidadã em disputa com uma concepção gerencialista através de premissas que foram evidenciadas no decorrer do estudo e que incidem no controle social na Atenção Básica.

Por fim, seguem as **considerações finais** que contemplam os aspectos principais emergidos do processo de investigação, buscando apontar reflexões com vistas a contribuir para discussão do tema. Nas **referências** bibliográficas foram listadas todas as obras e todos os documentos que fizeram parte da construção do estudo. Os **apêndices** referem-se aos instrumentos elaborados para coleta, análise e sistematização dos dados.

2 O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Esse capítulo aborda inicialmente o debate sobre a democracia e cidadania no contexto da sociedade capitalista. Desta maneira, o campo da democracia e cidadania será analisado como um processo dinâmico e contraditório que apresenta desafios e possibilidades para o exercício do controle social nos espaços de representação coletiva e da participação social na contemporaneidade. A importância atribuída a este debate inicial tem como pano de fundo demarcar o ponto de partida no que se refere ao processo de análise e de investigação da pesquisadora em relação ao objeto de estudo.

Posteriormente, pretende-se dar visibilidade para a dialética do controle social em saúde no que tange às relações entre Estado e sociedade, tendo em vista resgatar, historicamente, a conquista do controle social enquanto um direito de cidadania. O objetivo é retomar os processos de mobilização e lutas sociais no campo da saúde, as mudanças das relações entre Estado e sociedade, o processo de reorientação do modelo de atenção em saúde e as legislações que asseguram o controle social como um direito de cidadania. Observou-se também a necessidade de abordar para além dos mecanismos institucionais de controle social em saúde que compõem o SUS.

Por fim, a reflexão deste capítulo, estará centrada na necessidade de consolidação, efetivação e ampliação dos mecanismos institucionais de participação social, especialmente na política de saúde. Assim, destaca-se a relevância de refletir sobre a necessidade e contradições existentes em relação à consolidação do controle social e da participação social para além dos mecanismos institucionais existentes.

2.1 DEMOCRACIA E CIDADANIA EM DEBATE

Para (re)pensar o controle social em saúde, considera-se importante situar as concepções de democracia e cidadania presentes na sociedade capitalista, pautadas em princípios neoliberais, onde a liberdade está atrelada ao consumo; a saúde, ao mercado. Nesse sentido, pretende-se, com este debate inicial, recuperar a trajetória histórica e os processos sociais que, para além do debate conceitual, imprimem materialidade para a ocorrência de processos democráticos na sociedade,

sempre levando em conta o antagonismo estrutural entre democracia e a lógica de funcionamento do modo de produção capitalista (COUTINHO, 1999).

Refletir sobre democracia na contemporaneidade não é uma tarefa fácil, pois é necessário ponderar para além do que ela significa, filosoficamente, e o contexto do seu surgimento, a fim de entendê-la através do seu caráter contraditório, histórico e processual, e também das possibilidades e dos desafios em relação ao antagonismo estrutural entre democracia e capitalismo. Considerou-se importante situar em que realidade se configuram os desafios em relação à questão democrática na atualidade.

Ainda em relação ao debate acerca da democracia e da cidadania na sociedade contemporânea, torna-se importante uma análise dos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais que influenciam no campo democrático. Como já referido no primeiro capítulo, a presente análise terá como base as categorias do método dialético – historicidade, totalidade e contradição. A relevância de tais categorias situa-se na fundamental contribuição do método para interpretação da realidade, entendendo que as mesmas são constitutivas do movimento da realidade concreta fazendo-se presentes e imprescindíveis para o debate.

Sendo assim, pode-se afirmar que a definição de democracia e da cidadania não são conceitos estanques, mas têm um sentido histórico que varia no tempo e espaço. Deste modo, recorreu-se ao conceito grego de democracia, que significa poder do povo (*demos = povo; Kratos = poder*) e é concebida como soberania popular (PEDROSO, 1999). No entanto, torna-se importante destacar que a cidadania ateniense não era universal. Segundo Vieira (2004), a estratificação social em Atenas, na época democrática (507 a.C), compunha-se de três grupos principais distintos, sendo eles: escravos, estrangeiros e cidadãos.

A democracia em Atenas nunca foi plenamente inclusiva; pelo contrário, somente os considerados *cidadãos* e pertencentes à comunidade por meio da titularidade de filiação, do privilégio, da homenagem, ou por serem proprietários de terras, é que tinham direitos políticos garantidos. Assim, os escravos, os estrangeiros, as mulheres e os jovens eram excluídos e permaneciam à margem da vida pública. Importante lembrar que os direitos de cidadania na Grécia Antiga evoluíram somente os direitos políticos: não eram universais.

Segundo Pinsky e Pinsky (2010), muitos estudos apresentam a ideia da democracia e da cidadania na antiguidade de forma falsa e idealizada, pois hoje não

se pode falar em continuidade ou repetição de uma experiência passada e nem mesmo de um desenvolvimento progressivo ou etapista que una o mundo contemporâneo ao antigo. Porém, foi sem dúvida uma experiência exitosa em relação à participação direta no poder de todas as camadas sociais, mesmo que no âmbito restrito dos cidadãos atenienses.

Ao levar em conta os limites postos à universalização da democracia na antiguidade, pode-se verificar que, na sociedade capitalista, os limites impostos pelo modo de produção, sua lógica e dinâmica, são de caráter estrutural. Na sociedade capitalista, pode-se observar que existe um limite e antagonismo estrutural entre a lógica do modo de produção e a perspectiva da universalização.

A raiz do modo de produção capitalista está assentada na contradição que se verifica entre o caráter social do trabalho e a apropriação privada dos frutos desse trabalho social. Para Marx (1978), a superação da contradição fundamental do capitalismo está na necessidade de supressão das relações opressoras da sociedade como um todo, superando qualquer tipo de alienação através da apropriação coletiva dos meios de produção. Assim, na sociedade sem classes, a abolição da propriedade privada garantiria a todos a satisfação das suas necessidades (Marx e Engels, 1988).

Coutinho (1999) observa a questão do processo de centralização e apropriação, neste caso, do poder, na sociedade capitalista. O autor também refere que a socialização da política é a crescente participação das massas na vida política, onde verifica que:

A história do capitalismo, se vista desse ângulo, é a história de uma crescente ampliação do número de pessoas direta ou indiretamente envolvidas em atividades políticas. E aqui surge igualmente a contradição, aquela entre essa socialização da participação política, por um lado, e por outro, a apropriação privada (individual ou grupista) dos aparelhos de poder. (p. 74).

Ao analisar o processo histórico da participação da sociedade civil¹⁰ na vida política e da relação histórica desta com o Estado, observa-se que a participação social se expressa de diferentes maneiras em relação ao tempo histórico e lugar que se projeta. Nas sociedades com uma maior socialização da política, a sociedade civil

¹⁰ Os conceitos de Estado e sociedade civil que embasam este estudo serão abordados na seção 2.2 deste capítulo. Importante destacar que partem de uma concepção gramsciana para entender a realidade.

estabelece uma relação de tensão com o Estado para garantia de direitos e de melhores condições de vida ou mesmo de luta por uma nova forma de sociabilidade.

Considerando a dinâmica contraditória da questão social¹¹ e as lutas históricas forjadas pela classe trabalhadora, em oposição à dominação do capital para o reconhecimento dos direitos sociais, civis e políticos, é que se torna importante reconhecer que “foram as lutas sociais que romperam com o domínio privado das relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para esfera pública, transferindo para o Estado o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos” (IAMAMOTO, 2011, p.17).

Para Chauí (2002), a sociedade democrática é aquela que não esconde as suas divisões, mas procura trabalhá-las pelas instituições e pelas leis. A autora chama atenção para uma questão central ao referir-se à sociedade capitalista e aos obstáculos à democracia, apontando que o “conflito de interesses é posto pela exploração de uma classe social sobre outra, mesmo que a ideologia afirme que todos são livres e iguais” (p. 433). A mesma autora parte da premissa de que os obstáculos à democracia não inviabilizam a sociedade democrática, e que somente nela é possível perceber tais obstáculos e lutar contra eles.

Sendo assim, precisamos estar atentos aos mecanismos e à dinâmica do próprio modo de produção capitalista, que invisibiliza as divisões da sociedade por meio do esvaziamento, da despolitização e da fragmentação das lutas e referenciais políticos de classe (DURIGHETTO, 2007). A democracia e a cidadania estão situadas em um processo histórico-político que é dinâmico e contraditório, sujeito a avanços e recuos, ao passo que há um antagonismo entre a universalização da cidadania/radicalização da democracia e o modo de produção capitalista.

Coutinho (1999) refere que muitas das liberdades democráticas na sua forma moderna (reconhecimento dos direitos civis, princípio da soberania popular) tiveram, nas revoluções burguesas, as condições históricas de sua gênese, e outras – como o sufrágio universal, o direito de associação – foram produto das lutas populares e se desenvolveram dentro da ordem capitalista. Essa contradição, que

¹¹ A questão social é aqui concebida, segundo Iamamoto (2011, p.16), como: “o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a determinação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à propriedade privada da própria atividade humana - o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos [...]. Esse processo é denso de conformismos e rebeldias, forjados ante as desigualdades sociais, expressando a consciência e luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos”.

acaba muitas vezes dando suporte para a manutenção do modo de produção, deve ser percebida também como uma possibilidade de tensionamento para a transformação.

Desta forma, a democracia no contexto da sociedade capitalista pode ser percebida como um avanço em relação ao período feudal e mesmo em relação à antiguidade. No entanto, mesmo considerando que houve um avanço, é necessário destacar que os limites estruturais não inviabilizam a democracia no capitalismo. A questão que se observa no processo histórico são os conflitos sociais de lutas da classe trabalhadora em oposição à burguesia, e da própria burguesia no sentido de buscar mecanismos de legitimação para manutenção do *status quo*.

Para Duriguetto (2007), a democracia está presente nas discussões das diferentes tendências políticas e teóricas, porém existe um grande esvaziamento do seu significado e de aspectos constitutivos que projetem para além de seus aspectos normativos. Posto isto, tornam-se relevantes análises histórico-sociais que partam do ponto de vista da totalidade. Neste estudo, não serão abordadas detalhadamente as diferentes tendências políticas e teóricas que permeiam o debate.

Desse modo, afirma-se a importância de desocultar os limites da democracia e da cidadania na sociedade contemporânea e o papel contraditório que assumem em uma sociedade marcada pela luta de classes antagônicas. Amorim (2010) chama a atenção para pensarmos a cidadania para além dos direitos políticos e de liberdade, tendo em vista que, analisando ou limitando-se somente em relação a estas duas dimensões, afirma-se, funcionalmente, uma igualdade que poderia se sobrepor às desigualdades do mercado, exercendo um efeito suavizador das diferenças de classe.

Para uma compreensão ampliada da democracia, dos limites e das possibilidades na sociedade capitalista, recorreu-se às formulações de Coutinho (1999), que afirma a democracia como um valor universal e utiliza-se do referencial de Lukács para tratá-la de forma ontológica, como um processo e não como um estado. Luckács (2008) considerava correto utilizar o termo “democratização”, tendo em vista o caráter processual da democracia. Para esses autores, a democracia não está dada: é processo histórico, campo de luta e tensão, não sendo, necessariamente, uma criação exclusiva de uma classe social.

A democracia como valor universal se diferencia, substancialmente, da democracia formal, essa entendida como as formas de democracia que têm como base a questão da igualdade que, na dinâmica capitalista, mostra-se limitada e até mesmo anulada pelas desigualdades econômicas. Para Coutinho (1999), democracia é sinônimo de soberania popular¹² e pode ser definida como a presença efetiva de condições sociais e institucionais que possibilitem ao conjunto dos cidadãos a participação ativa (exercício da cidadania) na formação do governo e no controle da vida social. A democracia não necessariamente deve estar vinculada à vontade de uma maioria, acredita-se que a “vontade de todos” quase sempre exclui algumas partes da população. É necessário que interesses divergentes encontrem uma forma de representação política adequada.

Dessa forma, a democracia pressupõe condições necessárias para participação do conjunto dos cidadãos na busca por controle da vida social e por condições dignas e emancipatórias de existência. Assim, cidadania e democracia estão intimamente ligadas; nessa perspectiva, cidadania constitui-se em um conceito que é histórico e político, pois:

Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado [...]. A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de luta permanente, travada sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando assim um processo histórico de longa duração (COUTINHO, 1999, p.50).

No entanto, a cidadania na atualidade está geralmente limitada a um caráter formal de igualdade e liberdade baseada em um status de cidadão juridicamente regulamentado que pouco se efetiva na prática e desconsidera a existência de classes sociais antagônicas. Para Marx (2009), quando todos são iguais diante da lei, aí começa a desigualdade; deste modo, a cidadania é esvaziada do seu caráter emancipatório. Todavia, é necessário levar em consideração que a transformação

¹² Coutinho (1999) refere que uma das grandes contribuições do pensamento de Rousseau foi a concepção de democracia como soberania popular. Para este pensador, a democracia é entendida como a construção coletiva do espaço público através da participação consciente de todos na gestão e no controle da esfera política. Do ponto de vista teórico, Coutinho ressalta as contribuições e limitações do pensamento de Rousseau. No entanto, não serão abordados os tais aspectos da obra do referido autor.

da condição de cidadão em uma condição ampliada está em devir e historicamente em disputa na sociedade (AMORIM, 2010).

É nesse sentido que se pretende analisar, dar visibilidade e desvendar as contradições presentes no campo da democracia e da cidadania. O presente estudo, ao analisar a dinâmica contraditória da questão social, concebe que as lutas sociais se situam no campo dos limites estruturais e imprimem possibilidades ao passo que foram as lutas da classe trabalhadora em oposição ao capital que conquistaram o reconhecimento dos direitos sociais, civis, políticos e culturais.

Ao mesmo tempo em que o reconhecimento de muitos direitos foi utilizado pelo capitalismo como uma forma de garantir legitimidade e funcionalidade para o próprio modo de produção, com características diferentes em cada fase. Para Couto (2006), foi com a consolidação do capitalismo e a relação contraditória entre as demandas do capital e dos trabalhadores que se criaram condições objetivas para identificação e inclusão das reivindicações dos trabalhadores no campo dos direitos.

Quanto ao processo e a trajetória da conquista por direitos, Couto (2006) refere à pontuação do tempo cronológico¹³ como um aspecto importante, mas chama a atenção de que a trajetória da conquista por direitos na sociedade não corresponde necessariamente a uma evolução linear. Assim, destaca a importância das análises que relacionam a presença de direitos à questão da cidadania, como direitos históricos, conquistados através de lutas sociais e correspondentes a determinadas sociedades. Contudo, o reconhecimento de tais direitos e a sua garantia no ordenamento jurídico não garantem necessariamente a efetivação dos mesmos.

No processo histórico da civilização, observa-se que mesmo com a conquista de direitos que possibilitam a ampliação da cidadania, ainda têm-se muitos limites em relação à efetivação e à dimensão dos direitos individuais e coletivos. Entendê-los como direitos que são interdependentes e indivisíveis¹⁴ para a

¹³ Couto (2006) com base nos estudos de Marshall (1967) destaca as limitações da análise realizada pelo autor quanto a uma cronologia linear e refere que: “os direitos civis foram conquistados efetivamente no século XVIII; os direitos políticos, no século XIX, enquanto os direitos sociais são conquistados no século XX (COUTO, 2006, p.33)”.

¹⁴ Parte de uma visão integral dos direitos humanos introduzida na modernidade através da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) que é caracterizada pela necessidade de universalidade e indivisibilidade desses direitos. Universal, porque pretende a universalização dos direitos humanos e indivisibilidade e interdependência porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para garantia dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os outros também são (PIOVESAN, 2008).

universalização da cidadania torna-se fundamental no que tange à luta por uma nova sociabilidade pautada na universalização da cidadania e radicalização da democracia.

No esforço de tentar compreender a democracia como valor universal, recorreu-se à relação entre democracia, cidadania e o campo dos direitos. Veremos, no terceiro capítulo da dissertação, a relação teórica e prática que se estabelecerá entre os campos fundamentais que compõem a relação supracitada, incluindo então, a política social.

Diante das transformações societárias em curso, que serão abordadas também no terceiro capítulo, observa-se uma intensificação da questão social. Para Butierres e Mendes (2010), a mundialização financeira produz uma difusão das relações mercantis, conduzindo a um retrocesso no campo dos direitos, especialmente os sociais, e nas políticas públicas correspondentes. Dessa forma, as políticas governamentais privilegiam a esfera financeira em detrimento dos direitos sociais e das políticas públicas.

A cidadania pressupõe o reconhecimento legal dos direitos, mas também seu reconhecimento social pelo conjunto da sociedade. Para Couto (2006), os direitos podem ser entendidos como estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais, ou mesmo como uma estratégia de manutenção e legitimação da sociedade capitalista. Assim, refere-se à importância de “compreender que a criação, a negação, a expansão e a retração dos direitos são constituintes de um processo, onde participam os mais diferentes sujeitos sociais” (COUTO, 2006, p. 38).

No debate acerca dos limites da democracia e universalização da cidadania – em uma sociedade marcada pela luta de classes antagônicas e pelas desigualdades econômicas – tem-se como pano de fundo a discussão de reformismo ou revolução. Sendo assim, qualquer projeto que tenha como horizonte a perspectiva da emancipação deve descartar o reformismo limitado e pautar a necessária disputa e conquista de hegemonia para implantar reformas que abram caminho para socialização da riqueza socialmente produzida e do poder político (DURIGUETTO, 2007).

Para Marx (2009), a emancipação política é um grande progresso quando conquistada, mas não é emancipação humana e “o limite da emancipação política aparece logo no fato de que o Estado pode libertar-se de uma barreira sem que o homem esteja realmente livre dela, [no fato que] que o Estado pode ser um Estado

livre sem que o homem seja um homem livre” (p.48). Sendo assim, a emancipação humana transcende à emancipação política, e só será possível alcançá-la quando:

O homem individual retoma em si o cidadão abstrato, e como homem individual – na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas relações individuais -, se tornou ser genérico; só quando o homem reconheceu e organizou suas *forces propres* como forças sociais e, portanto, não separa mais de si a força social na figura da força política – [é] só então [que] está consumada a emancipação humana (MARX, 2009, p.71).

Diante dessa perspectiva, torna-se necessária e evidente a superação do modo de produção capitalista. Porém, mesmo no campo da tradição marxista, o processo de transição para uma nova ordem social – livre e igualitária – pode ser concebido estrategicamente com base na obra marxiana e de marxistas. Assim, as concepções de Estado também variam em relação aos autores que partem da base ontológica do materialismo histórico.

Entendendo a democracia de forma ontológica – como um processo e não como um estado – precisa-se estar atento para não se contentar com as conquistas democráticas de modo que os objetivos anticapitalistas sejam esvaziados de conteúdo. Os processos democráticos se dão de forma particular em cada sociedade e não de uma maneira linear e homogênea; desse modo, a análise dos dados que serão apresentados nos capítulos seguintes objetiva mostrar os avanços e retrocessos no que se refere ao controle social em saúde no Brasil.

Para alguns autores, como Vieira (2004), não podemos falar em democracia e sim em democracias, tendo em vista o tempo histórico e os modelos de governo e Estado que são múltiplos e têm particularidades mesmo que em uma economia globalizada. Este autor refere que mesmo a origem teórica sendo a mesma, a história mostra a existência de diferentes tipos de democracia e o atrito entre elas. Outros autores, como Coutinho (1999) preferem considerar a democracia como valor universal, concebendo o seu caráter contraditório e histórico; nessa perspectiva, a democracia é luta e conquista da classe trabalhadora, mesmo quando levado em conta os seus limites na ordem capitalista.

Portanto, existem muitas divergências teóricas, políticas e epistemológicas quando o assunto é democracia e cidadania. Não se pretende, neste debate inicial, analisar cada uma das tendências e suas divergências tendo em vista que o objetivo

deste capítulo é situar o leitor em relação ao percurso teórico realizado pela pesquisadora e contextualizar a discussão proposta.

Partindo dos pressupostos explicitados anteriormente, recorreu-se novamente às formulações de Coutinho, que refere ser “um equívoco histórico e teórico falar em democracia burguesa” (COUTINHO, 1999, p. 49). Para este autor – que considera a democracia como um valor universal – seria além de um equívoco, uma injustiça contra os trabalhadores, atribuir à burguesia algo que foi conquistado contra ela.

Posto isso, considera-se importante desocultar as múltiplas determinações que incidem no campo da democracia. As diferentes conjunturas políticas, econômicas, sociais e culturais se expressam de diversas maneiras nos diferentes tipos de governo e regimes políticos presentes na sociedade contemporânea: é necessário levar em conta as particularidades e contradições existentes na sociedade capitalista.

Nesse sentido, o exercício da democracia e a ampliação da cidadania são concebidos como processos sociais, isto é, processos democráticos que podem se configurar de variadas maneiras levando em conta o tempo histórico, a conjuntura e o local onde se projetam. Veríssimo (2013) expressa bem esta questão e contradição ao referir que “as primaveras, como a democracia, são lindas, mas também podem ser vésperas de verões infernais”.

A democracia concebida como um valor universal expressa a beleza e as flores que a primavera proporciona. Porém, na tentativa de materialização da democracia na sociedade capitalista, contemplando o seu caráter contraditório de legitimação da ordem burguesa e das lutas sociais visando à emancipação, a democracia pode, realmente, ser véspera de “verões infernais”. Desse modo, pode-se afirmar que os variados tipos de governos/ regimes políticos comportam mais de um tipo de exercício de democracia política¹⁵.

Para critérios de análise, mesmo ao considerar a democracia como um valor universal, pretende-se distinguir duas formas consideradas principais de exercício da democracia política na contemporaneidade: a democracia representativa, atrelada

¹⁵ Nesse sentido, Coutinho (1999), refere-se à democracia como uma tentativa exitosa de superar a alienação na esfera política. Quanto à questão do conceito de alienação presente da teoria marxiana, Coutinho refere que para Marx, os indivíduos constroem coletivamente todos os bens sociais, toda riqueza material e cultural e todas as instituições sociais e políticas, porém devido à divisão da sociedade em classes antagônicas, não conseguem se reapropriar desses bens que criaram.

ao voto e à escolha de representantes; e a democracia direta/ participativa ou de massas¹⁶, em que todas as pessoas têm o direito e o poder na tomada de decisões. Importante salientar que em uma mesma sociedade podem conviver elementos das duas formas de exercício da democracia.

Entretanto, conforme a concepção política-ideológica adotada pelo Estado privilegia-se mais um tipo ou outro de exercício de democracia, ou intercambiam as duas formas, conforme a proposta de governo e os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais. Os canais de participação social também variam de uma organização social para outra conforme os princípios ideológicos que os norteiam.

A democracia direta e participativa também pode ser possível nas sociedades capitalistas, muitas vezes se caracterizando como um dos instrumentos e caminhos para a mudança do sistema econômico através da socialização do poder ou mesmo como estratégia de legitimação do poder dominante. Neste contexto, verifica-se uma tensão entre o que as classes dominantes entendem por democracia e seu exercício, frente ao que representam os canais de participação política no seu sentido emancipatório.

Não se deve desconsiderar a importância da democracia representativa, porém deve haver uma articulação entre democracia direta, participativa e representativa. A representativa pode, sim, e deve ser mais “democrática” e participativa (participação consciente), se houver mecanismos de participação social, onde as pessoas possam realmente realizar o exercício político de forma qualitativa e priorizando as demandas sociais e coletivas. No entanto, a democracia representativa vem demonstrando, ao longo da história civilizatória, um esgotamento. Prova disso, na atualidade, são as manifestações populares que eclodiram em todo Brasil em junho de 2013¹⁷, defendendo diversas bandeiras de luta por uma sociedade justa e igualitária. Tem-se presente que no bojo de tais

¹⁶ A democracia, na sua concepção ampliada, deve estar pautada no ideal de soberania popular e deve articular organismos representativos e participativos constituindo o que o marxista italiano Piero Ingraio (1980) chamou de democracia de massas (COUTINHO, 1999, p. 50).

¹⁷ As mobilizações ou “Jornadas de Lutas” que eclodiram no Brasil em junho de 2013 convocadas pelo Movimento Passe Livre (MPL), contra os aumentos da tarifa do transporte público, foram o estopim para jovens saírem às ruas levando as mais diferentes pautas e questionamentos em relação ao modo de produção capitalista e as formas de sociabilidade vigentes. Para Sakamoto (2013), as vozes das ruas são divergentes. Trata-se de um concerto dissonante, múltiplo, com elementos progressistas e de liberdade, mas também de conservadorismo e brutalidade, expressões da própria sociedade brasileira. Para Žižek (2013), as mobilizações que sacudiram o Brasil em junho e julho de 2013 e sua relação/ semelhança com as mobilizações contemporâneas realizadas no mundo (Primavera Árabe, Indignados da Espanha, etc.) têm como pano de fundo os modelos de desenvolvimento e as formas de fazer política.

reivindicações populares encontra-se como pano de fundo o questionamento sobre o desenvolvimento (econômico, político, social, cultural, geográfico) desigual e excludente da civilização.

O descontentamento com a democracia representativa demonstra que a luta de classes está se atualizando e se acirrando de modo a tencionar as elites políticas e econômicas representadas pelo grande capital. Considera-se que a democracia de massas vem sendo colocada em pauta, mundialmente, pelos movimentos sociais e que o desafio – tendo em vista as contradições e diferentes posições de projetos societários em disputa – é encontrar meios para garantir a unidade na diversidade (Coutinho, 2008). Isto não significa que a classe trabalhadora deva se aliar a classe detentora do capital. A unidade na diversidade é uma construção de classe e de busca por uma nova hegemonia.

Portanto, existe possibilidade de efetivação de mecanismos e processos democráticos na sociedade contemporânea, mecanismos estes de participação política ativa que, muitas vezes, passam por processos de cooptação, mas que também abrem possibilidades objetivas para o exercício efetivo do poder político. Exemplos destes mecanismos e processos na contemporaneidade são: os movimentos sociais, movimentos populares, os Conselhos de Direitos, o Orçamento Participativo, os Sindicatos, as Associações de Moradores, dentre outros. No entanto, mesmo que contenham a possibilidade de cooptação, considera-se a importância em ocupar estes espaços a fim de fortalecê-los, além de lutar pela ampliação, articulação e criação de outros.

Para Simionatto (2008), Gramsci denomina como estrutura a sociedade econômica, o mundo da produção. Já a superestrutura da sociedade capitalista é composta por duas esferas: a sociedade política e a sociedade civil. Essas duas categorias são interdependentes. A sociedade civil¹⁸ é composta por sindicatos, igrejas, meios de comunicação, e são os aparelhos privados de hegemonia; a sociedade política faz parte do Estado. Da relação intrínseca entre as duas é que se realiza a prerrogativa estatal de “educar o consenso”. A sociedade civil é arena para estabelecimento do consenso entre as classes sociais com interesses distintos, é

¹⁸ Com base nas análises e nos estudos realizados por Simionatto (2008, p.17): “Evidencia-se, portanto, nas reflexões gramscianas, a ênfase na necessária relação dialética entre Estado e sociedade civil, que se separam apenas para uma melhor compreensão, mas não como esferas cindidas, incluindo-se aqui a atividade econômica.” Para Duriguetto (2007), a sociedade civil é a esfera em que as classes sociais se organizam, defendem seus interesses e disputam hegemonia.

espaço contraditório de tensão entre interesses divergentes, onde se consolidam os processos de participação social e busca pela hegemonia¹⁹.

Segundo Gramsci (2002), a supremacia de um grupo social sobre o outro se manifesta de dois modos: como domínio (coação) e como “direção intelectual e moral” (consenso). Neste caso, o Estado, nunca é somente força (coação) nem a transformação pode ser somente violenta. Assim, um grupo dominante não é, necessariamente, dirigente e um grupo dominado não está fadado à eterna subalternidade.

Posto isto, é necessário considerar os aspectos históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais que determinam as formas de participação social na contemporaneidade e que sempre determinaram – de uma forma ou de outra – a participação (ou não) dos sujeitos na vida política. A relação da democracia com o trabalho também se torna importante para analisar como as relações sociais são produzidas em cada momento histórico (WOOD, 2006). Para Wood (2006), “somente no capitalismo se tornou possível deixar fundamentalmente intactas as relações de propriedade entre capital e trabalho enquanto se permitia a democratização dos direitos políticos e civis” (p.174).

As desigualdades econômicas e sociais, típicas da sociedade capitalista assentada na luta de classes antagônicas, dificultam o exercício da democracia²⁰ no seu sentido emancipatório e sua incidência no plano da estrutura. O processo histórico do desenvolvimento capitalista se deu valendo-se da exploração e exclusão social: por processos de inclusão perversa que reiteram a subalternização da classe trabalhadora.

Para Gramsci (2002), a dominação social se processa através da unidade entre repressão violenta e integração ideológica. Neste caso, o Estado constitui uma unidade contraditória entre a coerção e o consenso. Sendo assim, o papel da estrutura/esfera econômica como balizador das relações sociais torna-se importante na medida em que se concebe o caráter social de todo o movimento da realidade concreta. Para Marx (1978, p.09), “A própria sociedade que produz o homem enquanto homem, assim também ela é produzida por ele”.

¹⁹ “A ampliação do conceito de Estado e sua relação dialética com a sociedade civil estão, portanto, na base da construção da hegemonia.” A autora refere que “a concepção de hegemonia está relacionada, então, à socialização do poder, à efetiva construção democrática que implica a superação entre “dirigentes” e “dirigidos” (SIMIONATTO, 2008, p.19).

²⁰ Para Pinsky e Pinsky (2010, p.10), “podemos afirmar que, na sua acepção mais ampla, a cidadania é expressão concreta do exercício da democracia”.

Desta forma, problematizar a efetivação da democracia não é uma tarefa fácil, visto que os mecanismos de poder e o próprio Estado estão assentados e pautados em uma lógica neoliberal (que transcende fronteiras dos Estados nacionais) centrada no individualismo e na lógica mercantil. Isto se expressa nas palavras de Galeano (2002): neste contexto, os direitos civis, políticos e sociais são transformados em favores do poder.

Baseando-se no conceito de hegemonia²¹ de Gramsci, Santos (2003) faz referência a essa questão, como a forma hegemônica da democracia representativa e elitista, e a democracia participativa e popular sendo um processo contra-hegemônico no qual são elaboradas formas econômicas, políticas e morais alternativas. Assim, todas as alternativas e ações que privilegiem a democratização, a socialização da riqueza e do poder são consideradas contra-hegemônicas e de luta por uma nova hegemonia.

Portanto, qualquer processo democrático (mesmo que micro) que se caracterize como contra-hegemônico deve estar assentado na perspectiva de socialização do poder e da política. Dessa forma, acredita-se ser possível, vislumbrar a construção coletiva de uma nova ordem societária pautada em valores democráticos que contribuam para a emancipação humana.

Refletir sobre os avanços e desafios da democracia e da cidadania na contemporaneidade, especialmente no campo da saúde, requer não se entregar ao fatalismo do “nada posso” ou à ilusão messiânica do “tudo posso” (CHAUÍ, 2002), mas reconhecer a contradição entre o ideal e o real e as contradições que se expressam na realidade concreta como possibilidades objetivas de abertura de novas direções e novos sentidos.

2.2 A DIALÉTICA DO CONTROLE SOCIAL²² EM SAÚDE NO BRASIL: RELAÇÕES ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL.

Considerou-se importante situar as concepções de democracia e cidadania na primeira parte deste capítulo a fim pensar a dialética do controle social em saúde

²¹ A ampliação do conceito de Estado e sua relação dialética com a sociedade civil estão na base da construção da hegemonia. “A concepção de hegemonia está relacionada, então, à socialização do poder, à efetiva construção democrática que implica a superação entre “dirigentes” e “dirigidos” (SIMIONATTO, 2008, p.19)”.

²² A expressão controle social tem sido utilizada como sinônimo de controle da sociedade sobre as ações do Estado (BRAVO e CORREIA, 2012, p.127).

na realidade brasileira. O debate contemporâneo sobre controle social na saúde centra-se prioritariamente nos mecanismos institucionais e formais que envolvem o controle social (Conselhos e Conferências de Saúde), seja por meio dos limites e desafios que permeiam a consolidação e efetivação do mesmo como um direito de cidadania seja por meio de um debate mais amplo – econômico e político – das relações entre Estado e sociedade civil.

No presente estudo, não se pretende analisar as diferentes concepções sobre controle social no debate teórico na atualidade, sim dar visibilidade para o processo histórico das lutas que conquistaram o controle social como um direito de cidadania. A reflexão se propõe a uma breve retrospectiva histórica do controle social em saúde e desdobramentos na atualidade, resgatando as transformações ocorridas no campo da saúde após o período de “redemocratização” da sociedade brasileira e repercussões no que tange a participação da sociedade civil na esfera estatal.

No campo da política de saúde, objeto de análise do presente estudo, o movimento sanitário – constituído no final da década de 1970 e início dos anos 80 – caracterizou-se como uma proposta contra-hegemônica e de luta por uma nova hegemonia. Além de lutar pela democratização da política de saúde, sustentava um projeto que tinha como princípios a radicalização da democracia e a universalização da cidadania, baseando-se em um conceito ampliado de saúde²³ e na determinação social do processo saúde-doença²⁴ com vistas à transformação radical da sociedade.

Nas décadas 1970 e 1980, ocorreram intensas transformações no sistema de saúde brasileiro relacionadas ao processo de “redemocratização” do Estado e também ao acirramento da questão social. Durante este período, começa a ganhar força o Movimento de Reforma Sanitária, inicialmente constituído por profissionais

²³ No período do regime civil-militar e mesmo anterior a esse período, predominava o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doença. A organização dos serviços de saúde centrava-se na atenção médica-curativa. O movimento sanitário registra no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde que nas discussões realizadas ficou evidente que as transformações necessárias transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira sendo necessária uma reformulação mais profunda e ampliando o conceito de saúde. “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis da vida (BRASIL, 1986)”.

²⁴ A determinação social do processo saúde-doença parte do entendimento de que “as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural (BRASIL, 1986)”.

do campo da saúde e posteriormente com a adesão de outros segmentos da sociedade, como as centrais sindicais, os movimentos populares de saúde, partidos políticos e movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2007).

A participação da sociedade no campo da saúde toma maior vulto e visibilidade com o Movimento de Reforma Sanitária que começou a se organizar no período da ditadura civil-militar²⁵ brasileira. O movimento de Reforma Sanitária visava à democratização da política de saúde no Brasil frente às péssimas condições de saúde da população e restrições de acesso aos serviços de saúde.

As principais propostas que compunham o ideário para a reforma da saúde assim se caracterizam:

Universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar para saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2007, p.96).

Propunham, além do reordenamento do setor, um novo modelo de saúde que rompesse com a prática curativa e privatista até então hegemônica no campo da saúde no Brasil. A proposta de reforma sanitária visava à democratização da política de saúde, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos importantes para a reforma do setor.

Isso se fez necessário porque, no período do regime militar, o Estado assumiu características extremamente autoritárias gerando um grande descontentamento em parte da população frente ao aumento das desigualdades sociais. Para Gerschman (2004), o processo de transição à democracia originou uma forte crítica na sociedade a respeito da modalidade autoritária predominante no Estado e exacerbada pelo regime militar. Essa postura foi acompanhada pela compreensão de cidadania como um novo conjunto de direitos a serem alcançados pela sociedade como um todo. As propostas defendidas pelo movimento sanitário comportavam, no seu ideário, a possibilidade de reversão das desigualdades sociais (GERSCHMAN, 2004).

²⁵ Compreende-se que o regime ditatorial no Brasil contou com a participação ativa de parte da sociedade civil, tanto no golpe de Estado de 1964, como no financiamento do regime e repressão social presentes no referido período. Sobre este tema, indica-se o documentário Cidadão Boilesen (2009).

Historicamente, a característica mais marcante do Estado brasileiro é o autoritarismo: a sociedade brasileira, desde sua conformação, é elitista e excludente, herança do período colonial baseado no trabalho escravo. Para Gerschman (2004), o Estado brasileiro impôs, historicamente, seu domínio através do patrimonialismo político, do clientelismo e da incorporação da classe trabalhadora através de mecanismos cooptados para garantir o privilégio das elites.

Nas tensas e históricas relações entre Estado e sociedade, essas características são exacerbadas no período militar, e com mecanismos de intensa repressão e violência. Neste período, com o agravamento da questão social e do autoritarismo, surgem em cena muitos atores sociais com interesses divergentes, mas com forte crítica em relação ao modelo autoritário de Estado. Com a organização de diversos atores e entidades congregados na luta pela redemocratização da sociedade brasileira, estes começam a fortalecer a relação de tensionamento com o Estado. Muitos estudiosos, como Gerschman (2004) e Carvalho (2002), consideram que sociedade civil colocou limites à atuação dos militares. O que não representou perda de controle para o regime militar no processo de transição, mas o obrigou a negociar com a oposição e operar uma lenta e gradual abertura “democrática”.

Baseando-se nas análises de Gramsci sobre a relação entre Estado e sociedade civil, e retomando as análises de Coutinho (2006) sobre os equívocos em relação às leituras sobre a sociedade civil, Bravo e Correia (2012) chamam a atenção para a compreensão desta relação ao concebê-la como uma unidade e não como polos de oposição. Na perspectiva de cisão, sociedade civil significava tudo àquilo que se contrapunha ao Estado ditatorial considerando a conjuntura do período dado. No entanto, não se pode esquecer que parte da sociedade, a elite econômica e o empresariado, especialmente, apoiavam o regime militar.

Neste período, começaram a se fortalecer muitos movimentos populares em bairros das periferias de todo Brasil, que se organizavam para reivindicar melhores condições de vida, saneamento básico, postos de saúde, água potável, esgotos, habitação, transportes, etc. Em relação aos serviços de saúde, somente tinha acesso o trabalhador formal através do INAMPS, das Caixas de Pensão; os outros cidadãos ficavam à mercê dos serviços privados e/ou filantrópicos.

Em relação ao período que antecede a Constituição de 1988, no Brasil, a participação da sociedade na política de saúde tinha um caráter moralista e

higienista, e as práticas estavam voltadas para manter o consenso entre os sujeitos sociais, pois não envolviam um amplo debate sobre a direção e organização dos serviços públicos (KRUGER e SOUZA, 2010). Pode-se observar que neste período o controle era exercido eminentemente pelo Estado em relação à sociedade.

Quanto às mudanças no modelo de atenção em saúde ou modelo assistencial brasileiro, durante a década de 1980, o crescimento dos serviços públicos municipais de saúde teve destaque por meio da ampliação da atenção básica através da rede de unidades de saúde, centros de saúde e ambulatórios dos estados e municípios (CAMPOS, 1997). Nesse mesmo período, com a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciada em 1982, já se previa de maneira incipiente a existência de instâncias de participação social na gestão dos serviços de saúde (Conselhos Interinstitucionais), sem, contudo, maiores especificações sobre o peso de cada segmento, constituindo-se na primeira tentativa de descentralização política-administrativa do setor (GERSCHMAN, 2004).

Os espaços de participação da sociedade eram previstos, mas eram reduzidos aos aspectos consultivos e com indicação dos representantes do executivo, materializados em um formalismo legal. No entanto, o movimento popular estava fortalecido em algumas regiões do país, como é o caso do movimento popular de São Paulo, que foi significativo na composição das lutas pela democratização da saúde, elegendo seus conselhos por conta própria e de forma autônoma. O primeiro desses conselhos foi eleito em 1979 por 8 mil pessoas. Em 1981 já eram 19 conselhos eleitos, cada um ligado a uma unidade de saúde. Em 1983, constituíram-se 37 conselhos. Esse movimento se estendeu para outras regiões da cidade e do país (PAIM, 2008). Pode-se dizer que essa foi à iniciativa embrionária dos conselhos em âmbito local no Brasil.

É nesse contexto de profundas transformações nas relações entre Estado e sociedade que adquire força o movimento sanitário. As demandas e reivindicações do movimento centravam-se no questionamento em relação às iniquidades sociais. Lutavam por justiça social, com propostas políticas para redefinição da política de saúde e demais políticas sociais visando à reversão das desigualdades sociais. A concepção de cidadania defendida pelo movimento sanitário era de universalização dos direitos e benefícios sociais para toda população; para isto, era necessário ampliar o financiamento para o setor público considerando que, historicamente, este

era desfavorecido em relação ao setor privado. A reorientação do modelo assistencial hegemônico médico-privatista era uma premissa.

A saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, e que tem o Sistema Único de Saúde como estratégia (BRASIL, 1988) foi conquistada com amplas mobilizações e lutas sociais. Segundo o relatório final da VIII Conferência de Saúde (CNS, 1986), a reforma sanitária e as modificações no sistema de saúde deveriam transcender os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma transformação mais profunda para se chegar a um novo modelo de saúde, onde era necessária a própria ampliação do conceito de saúde.

A ampliação do conceito de saúde tem relação com a forma como a sociedade se organiza, partindo do pressuposto de que saúde não é um “conceito abstrato”, definindo-se no contexto histórico de cada sociedade e em relação ao seu processo de desenvolvimento. A saúde, neste contexto, é produto das relações sociais de produção, considerando as questões que envolvem o trabalho, alimentação, habitação, educação, renda, liberdade, transporte, meio-ambiente, entre outros (BRASIL, 1986).

Na Constituição Federal de 1988, o movimento sanitário consagra: o princípio de universalização do Sistema Único de Saúde (artigo 196); a relevância pública das ações e serviços de saúde (artigo 197); a regionalização e hierarquização através de um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (artigo 198); formas de financiamento (artigo 198); a participação em caráter complementar da iniciativa privada segundo diretrizes reguladoras (artigo 199) e as competências e atribuições do SUS (artigo 200).

A descentralização político-administrativa do Estado, preconizada como uma das diretrizes do SUS, era vista como descentralização do poder federal e democratização das políticas públicas, bem como uma estratégia de fortalecimento do controle social e da participação da sociedade nas decisões políticas (BRAVO, 2002). Desta forma, Souza (2003) chama a atenção para uma nova relação sendo estabelecida entre Estado e sociedade: descentralizar consistia na aproximação do Estado com o cidadão a fim de torná-lo mais eficiente e mais democrático.

Para contribuir com a ampliação do conceito de saúde e atendimento das necessidades da população, a participação social era considerada imprescindível.

Para isto, era importante abrir canais decisórios e estimular a participação organizada nestes espaços, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado (BRASIL, 1986).

Compreende-se que a participação social é um “processo existencial concreto, se produz na dinâmica da realidade cotidiana” (SOUZA, 2004, p.79). A participação, constituindo-se como processo social, não pode ser deslocada do contexto em que ocorre e sim na própria dinâmica das relações sociais, caracterizando-se em um processo dinâmico e contraditório. Para isto, exige a necessidade de compreensão histórica de que muitas práticas e discursos intitulados de participação não são mais do que processos de dominação e de contraparticipação.

Desta maneira, o movimento sanitário constituiu-se de forma heterogênea, com diferentes segmentos e posições em relação à institucionalização/autonomia dos movimentos sociais em saúde. Gerschman (2004) aponta, em seus estudos sobre os movimentos sociais em saúde, que a ideia predominante no Movimento Popular em Saúde (Mops), desde sua formação, foi a de que a política do Estado é cooptá-lo nos canais de participação abertos por ele, uma vez que nestes o movimento não tem poder decisivo, sendo o Estado apontado como espaço exclusivamente da burguesia.

Por outro lado, havia grupos que defendiam a participação social através dos mecanismos estatais de controle social, caracterizando o Estado também como espaço da burguesia, porém considerando as possibilidades de fraturas do mesmo com vistas a pressionar e negociar a obtenção de conquistas sociais no campo da saúde (GERSCHMAN, 2004). Situado no campo das lutas por melhores condições de vida e saúde, bem como pela redemocratização do Estado via participação social e implementação de políticas sociais em sintonia com as necessidades da população, é que o movimento sanitarista se movimentava.

Bravo e Correia (2012) referem que no contexto do Estado ditatorial, tudo que era visto como sociedade civil era concebido de forma positiva, e o que era associado ao Estado como negativo, tendo em vista que a sociedade civil era caracterizada como um bloco de oposição ao modelo de estado repressor. Para estas autoras, este período demarcou o reforço na contraposição entre Estado e sociedade civil. Elas salientam que as lutas políticas não se dão apenas na

sociedade civil, e sim na totalidade da estrutura social, desmistificando a relação entre estrutura econômica e superestrutura política.

Em relação à participação política da sociedade civil e da relação intrínseca desta com o Estado, observa-se que, por muito tempo, o controle social foi pensado e operacionalizado como um controle do Estado sobre a sociedade, exacerbado nos períodos da ditadura. No entanto, a concepção de controle social inscrita na constituição federal e defendida pelo movimento sanitário é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas de saúde (BRAVO, 2002).

Sendo assim, o controle social como política de saúde do SUS é um dos princípios fundamentais da reforma sanitária brasileira e diretriz importante do sistema. O controle social em saúde foi regulamentado em 1990, com a lei 8.142/90 que juntamente a lei 8.080/90 conformam a Lei Orgânica da Saúde (BRAVO, 2002). É a lei 8.142/90 que garante o controle social em instância formal: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde; caracterizados como instâncias colegiadas de gestão e vinculados aos níveis municipal, estadual e nacional (SOUSA, 2003). Para Campos (1997), anteriormente, previa-se a participação popular sem especificações de cada segmento e constituindo-se, na maioria das vezes, uma variante tecnocrática e empobrecedora do conceito de democracia direta.

Importante salientar que a implementação do Projeto de Reforma Sanitária ocorreu em um momento adverso. Para Bravo (2007, p.99), “apesar de o texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes”; diante disto, observa-se que algumas das proposições inscritas na constituição nunca chegaram a se efetivar.

A partir da década de 1990, percebe-se uma forte ofensiva das políticas econômicas de orientação neoliberal através das recomendações dos organismos multilaterais²⁶. Importante ressaltar que a influência dos organismos multilaterais através das agências internacionais ocorreu também nos processos que deram origem aos conselhos como canais institucionalizados de participação. Neste período, começa a estruturar-se um projeto antagônico à proposta de reforma sanitária. Observa-se que este projeto, chamado por alguns autores (como Bravo, Vasconcelos e Souza) de Projeto Privatista (saúde articulada ao mercado), está em

²⁶ Para uma compreensão ampliada, indicam-se os estudos de Ribeiro e Raicheles (2012).

tensão com o projeto de reforma sanitária até os dias atuais. As principais propostas que compõem o projeto privatista são:

[...] caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA apud BRAVO e MATOS, 2006, p.199).

Estas propostas não só se contrapõem ao Projeto Sanitarista, como também tendem a debilitar e enfraquecer os espaços de representação coletiva e controle social sobre o Estado, conquistas das mobilizações populares. Para Bravo (2007), o projeto de saúde articulado ao mercado ressurgiu como uma reatualização do modelo médico assistencial privatista hegemônico que operava anterior à Constituição de 1988.

Atualmente, segundo Bravo e Correia (2012), observa-se um terceiro projeto em disputa no campo da saúde que se refere à defesa do projeto de reforma sanitária, porém de forma a flexibilizar os princípios defendidos na década de 1980. Sendo assim, é no contexto da crise capitalista e de estratégias de reestruturação produtiva do capital que se situam as políticas sociais e o controle social em saúde como arena de lutas pela ampliação da cidadania e radicalização da democracia.

É neste campo de tensão entre projetos societários distintos que se situa a discussão entre renovação, conservadorismo e as formas de reatualização do conservadorismo na contemporaneidade. Logo, torna-se evidente o desafio a ser enfrentado pela sociedade na garantia do controle social enquanto direito de cidadania, no sentido deste ser uma via de acesso para a democratização da política de saúde no Brasil (articulada com as demais políticas sociais). Considera-se que a perspectiva do controle social defendida pelo movimento de reforma sanitária ainda está em disputa na sociedade.

A análise dos dados evidenciou que, mesmo com a garantia dos mecanismos de controle social na LOS (1990) e demais legislações de âmbito local, a luta pela sua consolidação e efetivação é cotidiana. As transformações da sociedade vêm ao longo dos anos imprimindo mudanças conjunturais que se configuram em novos desafios e na necessidade de criar novas estratégias frente a essa realidade. A aposta do movimento sanitário na participação social nos mecanismos institucionalizados caracterizando-se como um direito e como uma

estratégia para reforma do sistema de saúde mostrou-se insuficiente apesar das muitas conquistas.

Correia (2007), baseando-se no conceito de Gramsci, chama atenção para as concepções de Estado e sociedade civil no sentido de compreender o controle social como contraditório. A autora refere que, partindo do referencial teórico de Gramsci, não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, e sim uma relação orgânica, “pois a oposição real se dá entre as classes sociais, o controle social acontece na disputa entre as classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado” (p.117).

Nesse sentido, é necessário estar atento à redefinição do papel do Estado na contemporaneidade que, sob a orientação dos organismos multilaterais, propõe, através da descentralização, um deslocamento da sua responsabilidade para sociedade civil pelos serviços e pela gestão pública. A sociedade passa a ser parceira com o objetivo de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados, o que acaba por desresponsabilizar o Estado com a provisão das necessidades básicas da população e com as políticas voltadas para proteção social (BRAVO e CORREIA, 2007). Conforme será analisada no capítulo seguinte, esta realidade implica diversos desafios para controle social, especialmente, em âmbito local.

Para Correia e Bravo (2012), existem diferentes posições, no debate atual, sobre o abandono/ocupação dos mecanismos de controle social, tendo em vista a cooptação dos movimentos sociais. As mais expressivas são: a posição que defende os conselhos como únicos espaços de luta para conquista de direitos e poder e a que defende a ocupação dos conselhos como espaço de tensionamento, reconhecendo os limites impostos, apostando na luta ampliada por novos mecanismos de participação fora do espaço institucional e articulação com os movimentos sociais.

Correia (2007) refere-se à análise realizada por Bravo e Souza (2002) quanto a quatro posições teóricas e políticas que têm embasado o debate teórico sobre conselhos de saúde e controle social:

A primeira, baseada no aparato teórico de Gramsci, parte da contradição de classe, visualizando os conselhos como arena de conflitos, em que grupos diferentes estão em disputa. Nesta perspectiva, o consenso implica em dissenso e contradição. A segunda baseia-se na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos, e considera os conselhos como

espaço consensual, em que grupos com diferentes interesses convergem, através das pactuações, para interesse de todos. A terceira é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo, que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. Nesta perspectiva os conselhos são concebidos como espaço de cooptação dos movimentos sociais pelo poder público [...]. A quarta posição é a representada pela tendência neoconservadora da política que questiona a democracia participativa, defendendo apenas a democracia representativa (p. 120).

A presente análise parte da premissa de que os mecanismos de controle social não são espaços de consenso e sim de representação das diferenças, onde projetos societários e interesses distintos estão em disputa. A garantia da participação social na gestão da política de saúde e os mecanismos institucionais de controle social foram uma conquista do movimento de reforma sanitária e da sociedade brasileira.

Para Correia (2007), “a expressão controle social tem sido alvo de discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas”. A mesma autora refere-se a Bravo (2000) no que tange à análise do controle social dentro da democratização do Estado via participação na gestão das políticas públicas, considerando os conselhos como espaços de tensão entre interesses contraditórios, baseando-se no conceito de democracia de massas.

O controle social na saúde foi uma conquista do Movimento de Reforma Sanitária, embora apresente limites e desafios quanto ao seu significado e operacionalização da forma como foi concebido pelo MRS. Conceitualmente, observa-se que, geralmente, é utilizado o termo “controle social” para os mecanismos institucionais (Conselhos e Conferências) já existentes. Considera-se que seu exercício deve ser considerado para além dos mecanismos formais tendo em vista os limites e desafios desses espaços levando em conta as potencialidades presentes na participação social através das lutas por transformações efetivas que avancem na consolidação do SUS e na garantia de acesso universal à saúde com qualidade.

Observa-se que com a crise estrutural/sistêmica do capitalismo contemporâneo e introdução do ideário neoliberal, as políticas sociais – e em especial a política de saúde – sofrem grandes impactos e regressões no campo dos direitos, ao passo que o Estado está perdendo centralidade na garantia dos

mesmos. Diante destas questões, a cidadania vai perdendo seu caráter universal e emancipatório: a crise contemporânea e estrutural do capitalismo, bem como o processo de reestruturação produtiva do mesmo através dos ideais neoliberais, vem definindo e impondo redefinições no papel do Estado e da sociedade civil.

Partindo dos avanços e desafios do controle social em saúde, desde a incorporação no texto constitucional brasileiro e lutas sociais empreendidas pelo projeto de reforma sanitária, torna-se imprescindível, nos dias atuais, pensar em alternativas de viabilização e ampliação do projeto construído na década de 1980 (BRAVO e MATOS, 2006). Para isto, é necessária a articulação com as demais políticas sociais, com os movimentos sociais, movimentos populares, universidades, coletivos, partidos políticos anticapitalistas e diversas categorias profissionais que atuam no campo da saúde e da esfera pública estatal.

Para tanto, considerou-se importante destacar o processo histórico da participação da sociedade brasileira na luta pela democratização da política de saúde. Entende-se a sociedade civil como um terreno fértil de disputas entre projetos societários distintos. Desta forma, o controle social se dá na articulação dialética entre Estado e sociedade civil, como bem apontam Bravo e Correia (2012) em seus estudos. Considerou-se importante também demarcar como se constituiu o processo de implantação e implementação do projeto de reforma sanitária no Brasil, a fim de pensar e repensar os mecanismos de controle social existentes como arena de lutas na perspectiva da construção de uma nova hegemonia.

2.3 PARA ALÉM DOS MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Observou-se, na seção anterior, que o controle social em saúde é um direito de cidadania fruto de amplas mobilizações sociais desencadeadas no processo de redemocratização do Estado brasileiro. Foi concebido no processo de reforma sanitária e posteriormente regulamentado na Constituição Federal de 1988, e posteriormente na Lei Orgânica da Saúde. Com a garantia das instâncias de participação no texto constitucional, o controle social no campo da saúde torna-se um direito fundamental para a consolidação do SUS e fortalecimento do projeto de reforma sanitária brasileira.

Considerando os avanços e desafios no tocante à participação social na gestão da política de saúde no Brasil, pretende-se refletir sobre os desafios postos na atualidade quanto à incorporação das demandas e necessidades do conjunto dos cidadãos brasileiros pelos espaços instituídos de controle social. Os desafios em relação ao campo da política de saúde baseada nos princípios constitucionais e defesa do projeto gestado na década de 1980, também são colocados em questão.

A participação social foi inserida no texto constitucional (BRASIL, 1988) como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos de Saúde e as Conferências caracterizam-se como instâncias formais de controle social inscritos na Lei Orgânica da Saúde. É a lei 8142/1990 (BRASIL, 1990) que regulamenta a diretriz da participação da comunidade e prevê a organização e operacionalização através dos Conselhos e Conferências de Saúde em cada esfera de governo. Dispõe sobre a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde entendendo os referidos espaços de controle social como instâncias colegiadas de gestão.

Conforme disposto, os Conselhos de Saúde têm caráter permanente, deliberativo e paritário, são compostos por 50% de usuários e 50% gestores, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde. O objetivo principal dos Conselhos de Saúde é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, artigo 1º, § 2º, lei 8142/1990).

As Conferências de Saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, artigo 1º, § 1º, lei 8142/1990).

Com relação aos Conselhos e Conferências de Saúde, pode-se dizer que se constituem em espaços formais, institucionalizados, de disputas entre projetos societários distintos. Estes, permeados por contradições fundamentais em que a população usuária dos serviços de saúde passa a inferir sobre a política pública enquanto sujeito político na luta por melhores condições de vida e saúde visando a outro patamar de sociabilidade (BRAVO, 2002).

Levando em conta que a cidadania está atrelada ao exercício da democracia e é resultado de uma luta permanente, surge a necessidade da luta pela defesa e

ampliação dos mecanismos de controle social institucionalizados tendo em vista que ainda apresentam diversos desafios. Considerando essa realidade, o presente estudo objetiva dar visibilidade para os mecanismos de controle social em âmbito local, especialmente, os Conselhos Locais de Saúde que ainda não estão implementados na totalidade dos serviços de saúde que compõem o nível da atenção básica do SUS. Tal mecanismo passou a adquirir maior visibilidade na política, nas legislações e nos relatórios das Conferências de Saúde – Nacional e Municipal – após os anos 2000, no bojo do processo de descentralização e municipalização da saúde.

Posto isto, é preciso também ampliar o debate sobre as estratégias não institucionalizadas e que podem contribuir com a formulação, fiscalização e gestão da política pública, bem como para consolidação e efetivação dos referidos espaços institucionalizados. Em relação à análise dos dados da pesquisa, em 95% dos relatórios finais das conferências – nacionais e municipais – ficou evidenciada a necessidade de fomentar a criação e o incentivo de mecanismos alternativos e não institucionalizados de controle social considerando a contribuição da participação e organização social que não exigem formalidades, conforme abordado no quarto capítulo.

As propostas propõem a articulação e criação de mecanismos não institucionalizados tanto em nível local, como nacional. As propostas e formas de organização são através de fóruns de saúde, fóruns populares, fóruns intersetoriais, associação de moradores, organizações de bairro, sindicatos, coletivos, movimentos sociais, entre outros. Observou-se que poucas propostas (somente 2) consideram os mecanismos “autônomos” (não institucionalizados) com um fim em si mesmo. As outras propostas (21) que se referem aos mecanismos “autônomos” consideram a necessidade de articulação com as instâncias de controle social institucionalizado visando a sua consolidação, mas também ampliação considerando os limites do mesmo.

Bravo e Correia (2012), ao analisarem os desafios do controle social na atualidade, desde a formulação até os impasses a partir dos 1990, consideram nas suas análises a emergência de mecanismos “autônomos” de controle democrático do controle social institucionalizado. As autoras apontam, como exemplo, a criação dos Fóruns estaduais, municipais e da Frente Nacional contra Privatização da

Saúde²⁷, essa criada em 2010. Nesta perspectiva, o controle social é a participação social nos mecanismos institucionalizados e o controle democrático é mais amplo e dialoga com o controle social institucionalizado; ambos têm a perspectiva de tensionar e garantir participação da sociedade na gestão da política de saúde.

Assim, considera-se importante a reflexão e o debate político sobre a necessidade de incorporação das demandas coletivas e sociais que não estão representadas nos mecanismos institucionais de controle social, visando à ampliação de espaços não institucionalizados de luta social no campo da saúde e da perspectiva intersetorial. A questão que se coloca é a contradição expressa entre a cisão dos mecanismos de controle social, legalmente constituídos, e a invisibilidade dos espaços não formais relacionados à participação política dos cidadãos. De forma articulada, os mecanismos não institucionalizados tendem a enriquecer, inclusive, os referidos espaços institucionalizados existentes, contribuindo para ampliação da cidadania e democratização da política de saúde com vistas ao fortalecimento dos princípios defendidos pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Em âmbito local, considerando a particularidade de não haver requisito de representatividade, pois qualquer usuário e trabalhador do serviço podem compor o Conselho Local de Saúde, desde que eleito, a articulação com as outras instâncias de participação no território (comunitárias e intersetoriais) são fundamentais na luta pela garantia do direito integral a saúde. A articulação com os diferentes níveis de controle social (CDS, CMS, Fóruns, CES, CNS) também são fundamentais no sentido de adequar a política à realidade local e contribuir com a consolidação do SUS, conforme abordado no quarto capítulo.

Considerando as transformações societárias ocorridas nas três últimas décadas, as conquistas, bem como os desafios no que se refere ao campo dos direitos conquistados por meio de intensas mobilizações da sociedade civil é que ressurgem a necessidade de fortalecimento do projeto sanitário gestado na década de 1980. Considera-se que este projeto tem como questão central a defesa da universalização da cidadania com vistas à radicalização da democracia

²⁷ Bravo (2013) refere que foram criados outros mecanismos de participação para fortalecer a luta por saúde. Os Fóruns de Saúde estão constituídos em 20 estados brasileiros mobilizando diversas forças sociais. A Frente Nacional é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos, projetos universitários, atores sociais e tem por objetivo defender o SUS público, estatal, integral, gratuito, universal e lutar contra privatização da saúde e pela retomada dos princípios da Reforma sanitária gestada nos anos 1980.

Entende-se que o controle social na saúde como um instrumento de ampliação da cidadania propicia para além da participação social, o sentimento de pertencimento dos sujeitos envolvidos na tomada de decisões, desencadeando processos sociais participativos, de modo a efetivar transformações que avancem na consolidação do SUS e na garantia de acesso universal à saúde com impactos efetivos nas condições de vida e saúde da população brasileira. Diferente da perspectiva que considera os sujeitos como meros consumidores de bens e serviços.

Devem-se ter presentes os avanços, retrocessos e potencialidades no tocante à política de saúde no Brasil e a urgência de efetivação, bem como de ampliação dos espaços de controle social existentes para que as demandas e necessidades do conjunto da população possam ser incorporadas e haja de fato melhoria nas condições de vida e saúde. As conquistas em relação aos direitos sociais garantidos no texto constitucional de 1988, para além da política de saúde, representam um grande avanço. No entanto, a luta pela sua concretização é cotidiana, seja nos espaços de representação coletiva ou nas mais diversas lutas populares para garantia de melhores condições de vida e de uma nova forma de sociabilidade.

A participação social é de fundamental importância para a radicalização da democracia, e uma via para garantia de serviços de saúde comprometidos com as necessidades da população, em especial da classe trabalhadora. Nesse sentido, é que se faz necessária à defesa dos princípios defendidos pelo projeto de reforma sanitária e a sua relação política e ideológica com reformas de cunho estrutural.

A participação social na gestão da política de saúde, através dos mecanismos institucionais de controle social é uma conquista da sociedade brasileira. O objetivo da presente análise não é despotencializar estes espaços de participação, mas de problematizar os desafios postos na atualidade quanto à incorporação das demandas e necessidades do conjunto dos cidadãos brasileiros no que se refere ao campo da política de saúde pública. Correia (2007) analisa que:

Vale destacar o aspecto contraditório desses mecanismos de participação institucionalizados na área da saúde, pois, apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas também, podem ser espaços de participação e controle social dos

segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia (p.125).

Atualmente, muitos são os limites e desafios dos mecanismos institucionais, como a burocratização; a forma de escolha dos representantes; a falta de transparência dos processos de gestão envolvendo o financiamento público; a não legitimação efetiva das deliberações realizadas nos espaços e mecanismos institucionais; a falta de capacitação dos conselheiros (usuários e trabalhadores) e gestores; dentre outros. Isso acaba levando ao descrédito da população nos espaços formais de participação social. A funcionalidade desses mecanismos institucionalizados para a legitimação do Estado e para o sistema do capital também se coloca em questão, retomando a discussão realizada pelo Movimento de Reforma Sanitária quanto à institucionalização *versus* autonomia dos movimentos sociais frente ao Estado.

Diante desses desafios e somados os desafios postos na atualidade é que os mecanismos “autônomos” e não institucionalizados de controle democrático também se tornam importantes para fortalecer a participação social na política pública de saúde. Desta forma, estes novos mecanismos têm o objetivo de articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário (BRAVO, 2013); além disso, é notável que tais mecanismos objetivem a efetivação do controle social enquanto um direito de cidadania fomentando o controle democrático do controle social com vistas a potencializar também os espaços dos conselhos.

É nesta perspectiva que os mecanismos não institucionalizados se inserem como mecanismos de resistência e ruptura com o instituído. Assim, abre-se a possibilidade de uma nova modalidade de participação, de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas (BRAVO, 2002).

Pensar nos desafios da política de saúde, em uma perspectiva ampliada de atendimento às necessidades sociais, requer pensá-la na articulação com as outras políticas sociais, a fim de possibilitar, inclusive, a ampliação da seguridade social brasileira. Considera-se que a política social e a participação social por si só não dão conta de mudanças estruturais rumo a uma nova ordem societária que privilegie a ampliação da cidadania e radicalização da democracia. Porém, ao considerar o seu caráter histórico, contraditório e sua relação com a totalidade concreta é que devemos pautar a articulação e necessidade de direção das lutas.

3 DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO: A CENTRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O presente capítulo pretende refletir, de maneira ampla, sobre a política de saúde no contexto da crise estrutural do capitalismo na atualidade. O debate tem como eixo norteador as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial a descentralização e a participação social, com o intuito de buscar dar visibilidade para centralidade da Atenção Básica no sistema de saúde brasileiro. Pode-se afirmar que as transformações societárias ocorridas nas últimas décadas repercutem, diretamente, no campo da política pública de saúde enquanto um direito de cidadania. Nesse sentido, observa-se que as mudanças conjunturais apresentam diversos desafios para o controle social em saúde nas suas diversas instâncias.

Assim, objetiva-se uma análise sócio-histórica, no contexto das transformações societárias contemporâneas, tendo como foco principal o debate acerca das diretrizes do SUS e da centralidade do nível de Atenção Básica como eixo estruturante do sistema de saúde no Brasil. Considera-se o contexto da crise capitalista, partindo de uma concepção de que houve uma mudança na aparência do capitalismo a partir de 1973, embora a lógica inerente de acumulação capitalista e suas tendências permaneçam as mesmas (HARVEY, 1992).

Deste modo, parte-se do pressuposto de que as mudanças societárias, ocorridas nas últimas décadas do século XX, contribuíram para o agravamento e surgimento de novas expressões da questão social, colocando novos desafios no que se refere à universalização dos direitos sociais e ampliação da cidadania. Compreende-se necessário o entendimento das transformações societárias para analisar a relação entre projetos antagônicos em disputa no campo da política de saúde e que influenciam diretamente nas diretrizes do SUS.

Serão analisadas, neste capítulo, as repercussões de tais transformações sociais no que se refere às diretrizes da participação social e da descentralização. No entanto, também foi necessário demonstrar os impactos destas transformações nos princípios do SUS tendo em vista que os mesmos orientam a organização, funcionamento e concepção doutrinária do sistema.

3.1 TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No sentido de refletir sobre as diretrizes do SUS, com destaque para a descentralização e participação social, pretende-se analisar a disputa entre projetos societários distintos e a influência dos organismos multilaterais na orientação das políticas de saúde na América Latina e, em especial, no Brasil a partir da década de 1990. A discussão objetiva embasar o estudo no sentido de desocultar os desafios do controle social, especialmente em âmbito local, no contexto da crise capitalista. Entende-os como espaços contraditórios e arena de lutas tendo em vista os desafios no que tange a universalização da cidadania, conforme discutido no capítulo anterior.

As grandes mudanças ocorridas na economia política do capitalismo no final do século XX provocaram transformações históricas expressivas na sociedade e no modo de produção capitalista. Harvey (1992) em sua obra “A Condição Pós-Moderna”, retoma os grandes eventos ocorridos desde a primeira grande recessão do pós-guerra, em 1973 e refere-se à importância em analisar as transformações societárias de maneira que não se perca de vista “as regras básicas do modo de produção capitalista que continuaram a operar como forças plasmadoras e invariantes do desenvolvimento histórico-geográfico da sociedade” (p.155).

Nesse sentido, a produção em função dos lucros permanece como princípio organizador básico da vida econômica. Para Iamamoto (2008), o capitalismo avançou na internacionalização da produção e dos mercados, aprofundando o desenvolvimento desigual entre as nações e entre as classes sociais em resposta a uma longa crise expressa nas últimas três décadas. Torna-se importante destacar que as crises fazem parte da dinâmica capitalista, são cíclicas e periódicas (NETTO, 2012). Em relação ao cenário político-econômico mundial, no que se refere à reorganização do capitalismo como modo de produção, pode-se observar no final do século XX que:

Os países centrais passam a preconizar, por intermédio dos organismos multilaterais, “ajustes estruturais” por parte dos Estados nacionais: ajustes estes que dão livre curso ao capital especulativo financeiro destituído de regulamentações voltado à lucratividade dos grandes conglomerados multinacionais, o que exige Estado forte – ao contrário do que é propalado pelo discurso neoliberal – para traduzir essas demandas em políticas nacionais e resistir à oposição e protestos de muitos (IAMAMOTO, 2008, p.118).

É no contexto de mundialização da economia²⁸ e financeirização do capital que começa a operar no Brasil, a partir da década de 1990, uma forte ofensiva das “políticas econômicas de recorte teórico neoliberal” (REIS e WÜNSCH, 2010). As propostas do projeto neoliberal dizem respeito à flexibilização da produção e das relações de trabalho, desregulamentação dos direitos sociais, privatização do patrimônio estatal, enxugamento do papel do Estado no campo da prestação de serviços sociais e focalização das políticas sociais.

Tradicionalmente, na sociedade brasileira, a formulação e implementação de políticas sociais públicas foram realizadas de forma centralizada, fragmentada e baseadas na cultura clientelística e paternalista presente historicamente na gestão pública brasileira (COUTO, 2006). Deste modo, observa-se que com a Constituição de 1988 – conquistada através de amplas mobilizações populares – foram garantidos constitucionalmente diversos avanços e conquistas de direitos sociais na perspectiva da cidadania.

No entanto, a garantia constitucional de direitos do ponto de vista da cidadania não implica, necessariamente, sua concretização. Nas análises realizadas, ficou evidenciado que a garantia ao direito à participação da sociedade na gestão das políticas de saúde nas diversas instâncias, seja nos espaços das Conferências ou dos Conselhos de Saúde, não garantem necessariamente a sua efetivação.

Em relação ao controle social em saúde, observou-se que, até os anos 2000, as propostas das Conferências de Saúde estavam centradas na implantação e implementação dos Conselhos de Saúde (nos diversos níveis). Dos anos 2000 em diante, as propostas voltaram-se para efetivação, qualificação e consolidação dos referidos espaços de controle social. Isso evidencia que, mesmo garantido no texto constitucional de 1988, a sua consolidação é um processo.

Um dos maiores avanços da Constituição de 1988, em termos de política social, foi a adoção do conceito de seguridade social, englobando em um mesmo sistema as políticas de saúde, assistência social e previdência (BOSCHETTI e SALVADOR, 2007). Destaca-se também, o avanço em relação à descentralização

²⁸ A mundialização da economia está ancorada nos grupos industriais transnacionais, resultantes de processos de fusões e aquisições de empresas em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia. Esses grupos assumem formas cada vez mais concentradas e centralizadas do capital industrial e se encontram no centro da acumulação (IAMAMOTO, 2008, p.108).

política e administrativa da gestão das políticas sociais públicas, como é o caso da política de saúde, por exemplo, que incorpora a participação social nos processos decisórios.

No entanto, torna-se válido destacar que as ações em saúde no Brasil anteriores à Constituição de 1988, passaram por intensas transformações desde o início da República em 1889. No início do século XX, o país não contava com um modelo sanitário voltado para saúde pública, e as ações em saúde constituíam-se em intervenções de cunho “campanhista” voltadas para o combate das grandes endemias. Somente a partir da década de 1930 é que vai ocorrer uma primeira intervenção estatal na saúde pública no Brasil e iniciativas de organização do setor, porém voltadas para ações de cunho higienistas e focalizadas na saúde do trabalhador formal (BRAVO, 2007).

O modelo do sanitarismo “campanhista” predominou até a década de 1960. A assistência médica previdenciária adquiriu maior expressão na segunda metade da década de 1950 – contexto conjuntural de crescimento econômico do capitalismo – maior desenvolvimento industrial do país e crescente população assalariada (POLIGNANO, 2011).

Posteriormente, no período da ditadura militar brasileira, ocorre uma expansão da assistência médica previdenciária e um incremento do complexo médico-industrial baseado em um modelo de produção de saúde voltado para ações curativas e compra de serviços dos prestadores privados, contando com uma considerável expansão hospitalar. Os recursos e as decisões administrativas, políticas e institucionais eram centralizados, fragmentados e concentrados. Para Campos (1997), a estrutura estatal conservou-se rígida e centralizada; a gestão, burocratizada e autoritária, porém permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada da coisa pública presentes, historicamente, na sociedade brasileira.

O processo de redemocratização da sociedade brasileira foi diferente de outros países da América Latina, tornando-se um processo de transição negociada, gradual e parcial. Não houve momentos definitivos ou períodos concentrados de ruptura com a autocracia (GERSCHMAN, 2004). Paralelamente, como já referido no segundo capítulo, os movimentos sociais e a crescente insatisfação popular pressionavam o Estado e passavam a exigir do mesmo o atendimento das necessidades sociais da população.

No que tange à reformulação da política de saúde no Brasil, nos anos 1970 e 1980, os atores sociais comprometidos com a reforma do setor saúde aglutinavam forças contra o modelo “médico assistencial privatista” centrado no atendimento individual e curativo do sistema previdenciário (CORREIA, 2012). Conforme observado no segundo capítulo, no ano de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde, consagrando os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária em seu relatório final.

A saúde, como um direito de todos e um dever do Estado, inserida como política do tripé da seguridade social brasileira, garantida na constituição Federal de 1988, no artigo 194, tem o Sistema Único de Saúde como estratégia (BRASIL, 1988). No entanto, a ideia de seguridade social e seu orçamento passaram a serem desconstruídas já no início da década de 1990, quando a legislação que regulamentou a seguridade social operou a separação das três políticas, com leis específicas para cada uma delas (BOSCHETTI e SALVADOR, 2007). A ideia de políticas sociais e um modelo de proteção social brasileiro que dessem conta de respostas unificadas para as necessidades da população brasileira continuaram a operar de forma fragmentada e setORIZADA.

Em âmbito local, muitas vezes, observa-se que as comunidades, ou seja, os territórios são regionalizados de forma diferenciada no que se refere às diferentes políticas que operam de forma descentralizada no território²⁹. A importância de articulação intersetorial das políticas sociais para atender às necessidades da população de maneira integral em sintonia com a realidade local é um dado que se materializa nos relatórios das Conferências Nacionais e Municipais analisados. A articulação intersetorial caracteriza-se como uma categoria empírica do presente estudo sendo apontada desde a 8ª CNS e configurando-se ainda em um desafio a ser enfrentado. A articulação intersetorial como premissa do atendimento integral das necessidades sociais e sua garantia, entre outras condições, por meio de processos sociais participativos, está presente em 4 Relatórios Finais de Conferências Municipais e 7 Relatórios Finais de Conferências Nacionais, como se observa a seguir nos extratos selecionados:

²⁹ É no território que são apreendidas as manifestações da questão social, e nele também se criam tensionamentos e possibilidades para o seu enfrentamento. Para além da dimensão geográfica, o território é entendido como “espaço habitado”, dinâmico, síntese de relações sociais e está em movimento. O princípio da territorialização significa a lógica da proximidade do cidadão, ou seja, da oferta capilar de serviços e priorização de “territórios vulneráveis” (COUTO, YASBEK e RAICHELES, 2010).

Quadro 3 – Articulação Intersetorial

EXTRATOS Articulação Intersetorial	Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir, explicitamente, uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986).
	Os gestores do SUS e controle social devem intensificar a articulação setorial na sua região, buscando o trabalho conjunto com os demais órgãos (meio ambiente, saneamento básico, educação, assistência social, habitação), com o objetivo de contemplar o conceito de saúde preconizado pelo SUS (PORTO ALEGRE, 2007).
	As políticas de promoção da saúde devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial, articulando a vigilância em saúde com a Atenção Básica e devem ser financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo para que sejam superadas as iniquidades e as especificidades regionais do País (BRASIL, 2012).

Fonte: dados sistematizados pela autora com base nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde.

A articulação intersetorial das políticas sociais no sentido de atender ao conjunto das necessidades da população brasileira ainda permanece um desafio, sendo evidenciado em 84,6% dos relatórios das Conferências que foram analisados. O objetivo de ampliação do conceito de saúde defendido pelo MRS e preconizado na legislação brasileira é um desafio ainda maior quando as políticas operam de forma fragmentada e setORIZADA.

Contudo, considera-se que houve conquistas significativas no tocante à esfera dos direitos sociais e no campo da saúde pública na década de 1980. Em relação à política de saúde no Brasil, é necessário destacar que o início do processo de implementação do SUS se deu em um “contexto de rebatimentos da crise econômica mundial no Brasil (CORREIA, 2012)”. Como já referido anteriormente, foram as grandes mudanças societárias ocorridas na economia política do capitalismo no final do século XX que provocaram transformações no processo de intervenção pública. A prerrogativa de privilegiar o mercado e retirar o protagonismo do Estado na provisão das necessidades sociais é retomada nos anos 1990, acirrando os antagonismos próprios da sociedade capitalista.

A partir da década de 1990, as políticas sociais e o sistema público de saúde brasileiro foram alvos das reformas neoliberais e contrarreformas³⁰ do Estado em

³⁰ Correia (2007, p. 02) destaca, em sua obra, e compartilha a concepção de contrarreforma do Estado utilizada por Behring (2003): denominadas contrarreformas pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Na realidade, são as contrarreformas do Estado, exigidas pelos programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais.

uma conjuntura marcada pela desregulamentação e desestruturação do mesmo no contexto da reestruturação produtiva³¹ do capitalismo.

Para Correia (2007):

[...] Na década de 90, este sistema foi alvo das reformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde. Essas reformas são decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das conseqüentes reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial, pelo Banco Mundial (BM) que vem tendo proeminência nesta área, desde a segunda metade da década de 80.

É diante dessa conjuntura que se situa a disputa entre projetos societários distintos e antagônicos no campo da saúde, conforme já abordado no segundo capítulo tendo como base os estudos de Bravo, Correia e Mattos (1996; 2006; 2012). O projeto de reforma sanitária defendido na década de 1980 vem sofrendo grandes tensionamentos e perdas significativas na sua perspectiva ampliada, universalizante e de caráter público. O projeto privatista se reatualiza à medida que os organismos multilaterais passam a estimular que os Estados adotem medidas de ajustes estruturais através de políticas residuais que privilegiam o mercado e os interesses do capital. Assim, se apresenta um terceiro projeto que articula os dois primeiros – o projeto de reforma sanitária flexibilizada – que descaracteriza e esvazia os princípios do SUS em nome de interesses privatistas.

Desta maneira, a esfera pública estatal diminui os serviços prestados ao passo que o mercado, articulado pelo setor privado, passa a ser o provedor para os que a ele têm acesso (BRAVO, 2007). Assim, o Estado passa a garantir apenas o mínimo para os cidadãos que não detém poder de compra, repassando para o mercado e para sociedade civil organizada reduzida ao terceiro setor³², a responsabilidade na provisão das necessidades sociais incidindo diretamente no campo da cidadania.

³¹ O eixo da reestruturação capitalista é a volta da liberdade do mercado cortando as amarras impostas pelo pacto social-democrata e pelo Estado intervencionista. É uma intervenção da luta de classes contra as classes trabalhadoras. O retorno do *laissez faire* em tempos de globalização permite que o fluxo de capitais se mobilize instantaneamente entre os mercados mundiais favorecendo os monopólios financeiros que controlam a economia mundial. Isso se processa pela destruição dos direitos sociais e trabalhistas, eufemisticamente chamados de flexibilização, de terceirização (CORREIA, 2007, p.13).

³² Para Montaño (2002) o debate sobre terceiro setor preserva uma polarização tripartite da realidade social, compreendendo Estado, mercado e sociedade civil como esferas cindidas. Desta forma, o autor sinaliza que a polarização entre o público e o privado permeiam o debate em uma perspectiva acrítica e reificada da totalidade social.

É nesse contexto de redefinição do papel do Estado que ocorreu o processo implementação do SUS na década de 1990 e ocorre a luta pela sua efetivação na atualidade. Assim, torna-se relevante destacar que o que está em disputa para efetivação de um sistema único de saúde, estatal, integral, gratuito e de qualidade, refere-se diretamente ao modelo de gestão e modelo de atenção em saúde³³. Para Correia (2012), o que continua em jogo é a histórica disputa na saúde, a defesa do seu caráter público e a sua utilização como fonte de lucro. Considera-se que a tensão entre a perspectiva do modelo médico assistencial privatista – centrado na doença – e da saúde coletiva –, centrado na produção social do processo saúde-doença, também estão no cerne dessa questão.

Quanto aos denominados “novos modelos de gestão” e o processo que se refere à proposta da VIII CNS sobre a meta de estatização progressiva da saúde, Correia (2013) aponta que ocorreu o caminho inverso. A mesma autora refere que, ao invés da estatização da saúde, houve um processo com apoio estatal de privatização e incentivos para o crescimento do livre mercado no campo da saúde.

O Plano Diretor da Reforma do Estado, publicado em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, de autoria de Bresser Pereira, pode ser considerado como marco da reforma gerencial do Estado brasileiro. A reforma foi introduzida no contexto brasileiro buscando a adequação da administração pública a critérios da administração gerencial perante a inserção de formas de gestão consideradas inovadoras voltadas a combater o Estado burocrático, a fim de descentralizar controles gerenciais, flexibilizar normas, estruturas e procedimentos. Diante dessa perspectiva, a descentralização se deu mediante ao repasse de funções e atribuições do Estado para a sociedade civil então reduzida ao terceiro setor composto pelas organizações sem fins lucrativos e de interesse público, as empresas privadas em suas ações de responsabilidade social e a propriedade corporativa (SIMIONATTO; LUZA, 2011).

Granemann (2011), Correia (2011) e Júnior (2011) defendem que os “novos modelos de gestão³⁴” estão associados à privatização dos serviços públicos e à

³³ Para Paim (2003), os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

³⁴ Os novos modelos de gestão se dão através de: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direitos Privado e as Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

histórica relação entre o público e o privado na política de saúde. O repasse da prestação de serviços públicos de saúde para as entidades privadas ocorre com a implementação destes, como se fosse uma solução para os problemas do SUS em nome de uma pretensa eficiência dos serviços prestados. Observa-se que o caráter complementar da iniciativa privada está se colocando na atualidade como principal forma de gestão e sendo retroalimentado pelo próprio sistema público, caracterizando uma complementaridade invertida.

Pode-se afirmar que existe uma forte ofensiva no sentido de esvaziar o caráter universal, integral e público do Sistema Único de Saúde repercutindo em diversos desafios³⁵ para sua efetivação e do ponto de vista da cidadania. Os relatórios das conferências de saúde analisados apontam uma longa trajetória de intensas lutas para efetivação do controle social em saúde como uma estratégia de preservar o SUS, na contramão das reformas neoliberais e diante das fortes restrições financeiras. Mesmo com o controle social garantido legalmente e pautado, muitas vezes, numa perspectiva contra-hegemônica, esta realidade impossibilitou que o modelo de atenção à saúde fosse, substancialmente, modificado para atender aos princípios e às diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade (BRASIL, 2003).

A relação do modelo de gestão com o de atenção em saúde também se coloca em questão ao passo em que se situa a tensão entre o modelo médico-assistencial privatista (centrado no atendimento individual e curativo) e o modelo de reforma sanitária (identificado com o campo da saúde coletiva). A organização e gestão do SUS são afetadas por fatores estruturais, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Desta maneira, entende-se a política de saúde brasileira, no contexto da crise estrutural do capitalismo e das transformações societárias das últimas décadas, como mecanismo contraditório e arena de lutas. A análise dos projetos societários em disputa coloca em evidência, para a reflexão, os limites e as possibilidades da política de saúde e do controle social nos processos contra-hegemônicos.

³⁵ Correia (2011, p.43) aponta sete argumentos porque os defensores do SUS devem se posicionar contra os novos modelos de gestão: 1° - Integra o processo de contrarreforma do Estado brasileiro; 2° - Privatiza os serviços públicos; 3° - Ameaça os direitos sociais; 4° - Contraria a legislação do SUS; 5° - Prejudica os Trabalhadores; 6° - Limita o Controle Social e 7° - Propicia o desvio de recursos públicos.

Considerou-se importante, para compreender a política de saúde no Brasil na contemporaneidade, conhecer os determinantes históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais envolvidos no processo de organização do Sistema Único de Saúde e estratégias de reorientação do modelo de atenção em saúde. A seguir, pretende-se privilegiar o debate acerca da atenção básica do SUS como *locus* privilegiado da produção de saúde com equidade e participação popular, bem como apontar os desafios frente às mudanças conjunturais.

3.2 A ATENÇÃO BÁSICA COMO LÓCUS PRIVILEGIADO DA PRODUÇÃO DE SAÚDE

No Brasil, o modelo de atenção em saúde, baseado no projeto de reforma sanitária em sintonia com o projeto de saúde coletiva, começou a ser gestado na década de 1970. Conforme abordado anteriormente, nesse período, surgiram e se fortaleceram movimentos populares, de trabalhadores, estudantes e intelectuais em torno da questão saúde (PAIM, 2008). Esses atores buscavam problematizar as iniquidades sociais pautando o debate e as ações em um novo projeto de intervenção em saúde no que se refere à organização dos serviços e do atendimento das necessidades sociais concebendo a determinação social do processo saúde-doença.

No entanto, a história da política de saúde brasileira evidencia que as influências da conjuntura nacional e internacional no bojo das transformações societárias e contrarreformas do Estado trouxeram variações nas concepções acerca da terminologia da Atenção Básica também compreendida como Atenção Primária em Saúde³⁶. No caso brasileiro, existem diferentes interpretações sobre as diferenças e semelhanças no uso do termo; a semelhança está no sentido de afirmar os termos para designar o primeiro nível de atenção à saúde³⁷.

³⁶ De acordo com Barbara Starfield (2002), as características e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) são: constituir-se como porta de entrada do serviço (acesso de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde), continuidade do cuidado (longitudinalidade), integralidade e coordenação do cuidado.

³⁷ Atenção em Saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento às doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica (unidades de saúde, centros de saúde e ESF), a de média complexidade (ações e serviços especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico) e a de alta complexidade (ações e serviços altamente especializados no âmbito hospitalar). Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais

Entretanto, no Brasil, passou-se a utilizar o termo Atenção Básica em contraste com o uso de Atenção Primária em Saúde, sendo oficializado, o primeiro, pelo governo brasileiro nos documentos oficiais e, atualmente, utilizando-os como termos semelhantes. Para alguns autores como Mendes (2005), no Brasil, inventou-se um termo sem similaridade na literatura internacional. Outros autores (VIANA; FAUSTO, 2005) apontam a opção ideológica e política para a adoção desta denominação de “Atenção Básica” no que se refere à negação de concepções restritas sobre APS orientadas por organismos multilaterais na tentativa de diferenciar as peculiaridades da estratégia brasileira pautadas em uma concepção universalista e não focalizadas e seletivistas (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

O objetivo da presente análise sobre a atenção básica no Brasil não é esgotar o debate tendo em vista que esta questão sobre a terminologia mais adequada provoca discussões e reflexões em diferentes espaços no âmbito acadêmico e profissional. A centralidade da presente análise está situada na proposta de transformação do modelo de atenção em saúde no Brasil e a compreensão do nível de atenção básica como estratégia para organização do SUS, considerando a descentralização e a participação popular. A forma como a atenção básica e o controle social nesse nível de atenção se inserem na política de saúde também compõe o estudo.

No contexto internacional, em 1978, na Conferência de Alma-Ata, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Essa política ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000” e foi consubstanciada na Declaração de Alma-Ata, assinada por 134 países. Essa declaração defende a definição da APS denominando cuidados primários em saúde³⁸, sendo ela um marco no campo da saúde pública e consubstancia recomendações em uma perspectiva ampliada do conceito de saúde, destacando a necessidade de envolvimento da

relevante que outro, porque a atenção à Saúde deve ser integral e integrada (O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios, BRASÍLIA, 2005).

³⁸ Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Opas/OMS, 1978).

comunidade como possibilidade de controle externo sobre as burocracias com vistas à promoção de reformas no sistema de saúde (RIBEIRO; RAICHELES, 2012).

A Declaração dos Cuidados Primários de Saúde é identificada por muitos estudiosos sobre o tema (CÔRTEZ; SERAPIONI; MATTOS; RIBEIRO; RAICHELES, 2012) como a principal referência no que se refere à influência das agências internacionais na origem de processos envolvendo a participação popular na política de saúde. Ribeiro e Raicheles (2012), considerando a conjuntura da realização da conferência em um contexto de crise mundial e plena vigência da Guerra Fria. As autoras destacam a sintonia da Declaração com as orientações das agências internacionais ao passo que eram exaltadas orientações de reajuste estrutural e medidas de redução dos gastos públicos.

No Brasil, porém, as lutas pela reforma sanitária estavam centradas na preocupação em assegurar as diretrizes da universalidade e integralidade para o sistema de saúde, pois, em outras reformas ocorridas na América Latina nos anos 1980, foi enfatizada a atuação do Estado com políticas focalizadas e residuais, centradas no primeiro nível de atenção como estratégia para racionalização dos custos (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Pelos estudos realizados, compreende-se que duas são as concepções predominantes, e por vezes articuladas, que embasam o debate sobre Atenção Básica e APS: como estratégia para a reorientação do modelo de atenção em saúde configurando-se na porta de entrada do sistema, aparecendo por vezes de forma seletiva e outras de forma universal; como nível de atenção em saúde através da oferta de um conjunto de ações, em âmbito individual e coletivo, assentados nas diretrizes da descentralização e participação popular, dirigidas a populações de territórios definidos.

No Brasil, várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltadas para Atenção Básica, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que nunca saiu do papel, pois não tinha sustentação política dada à conjuntura política-econômica do período (PAIM, 2006).

Logo, em 1982, com a crise da Previdência Social e as mudanças na conjuntura nacional, cria-se o Conselho Nacional de Administração da Saúde

Previdenciária (CONASP) que com medidas racionalizadoras formulou e aprovou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. A partir dessa iniciativa, foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983: constituíram em estratégias importantes para o processo de descentralização da saúde.

Além disso, já na década de 1970 questionava-se o modelo médico privatista e sua “crise”, a saúde pública era negligenciada para atender os interesses da assistência médica curativa individual. Nesse mesmo período se fortalecem discussões e iniciativas voltadas para medicina preventiva. No Brasil, presenciou-se, na década de 1970, o primeiro e o segundo ciclos das propostas voltadas para Atenção Básica: o primeiro se direcionou para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS); o segundo marcou sua expansão com um amplo programa de medicina simplificada (MENDES, 2002).

No que se refere à conjuntura dos anos 1980, essa foi marcada por disputas políticas e ideológicas ao passo em se processava a redemocratização da sociedade brasileira. Paim (2008) refere que os governos de transição constituíram-se em um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressivas, resultando em um jogo de interesses opostos. No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, as propostas voltadas para serviços básicos de saúde assumiram um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde (MENDES, 1999).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) realizada em março de 1986, consagrou os princípios preconizados pelo MRS, constituindo-se em um marco para o estabelecimento das diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços; a integralidade dos cuidados; a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários; a descentralização das ações de saúde; o desenvolvimento de instituições gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Como produto de todo o processo desenvolvido durante duas décadas, criou-se futuramente o Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a década de 1980, a principal mudança no modelo de atenção em saúde no Brasil foi o crescimento dos serviços públicos municipais através do incremento da atenção básica. O aumento de repasses financeiros – através do INAMPS – para os municípios e estados também marcou o período e as primeiras propostas de descentralização cujo principal resultado foi a ampliação da rede de unidades básicas, a criação de centros de saúde e ambulatórios (CAMPOS, 1997).

No entanto, a ampliação da rede de serviços básicos aconteceu em um contexto contraditório visto que, em 1990, os gastos do governo federal com a rede ambulatorial foram centralizados em serviços contratados (filantrópicos e privados) apesar do predomínio da área pública na assistência ambulatorial e sua exclusividade nas ações de saúde pública. A descentralização como diretriz do SUS recomenda o repasse de um conjunto de responsabilidades, recursos financeiros e de poder para o município. Entretanto, o processo de municipalização ocorreu com ambiguidades: sem uma contrapartida financeira adequada e sem plena autonomia gerencial e política a nível local (CAMPOS, 1997).

Conforme se observou no subcapítulo anterior, a implementação do SUS ocorreu em um momento bastante adverso em que a agenda de contrarreforma do Estado – influenciada pelos organismos multilaterais – estava pautada no caráter restrito no que se refere aos gastos sociais e à expansão de serviços públicos universais. Em relação à atenção básica, a conjuntura política e econômica da década de 1990 foi marcada pelas dificuldades de implementação do PSF (Programa Saúde da Família) que se configurou na principal estratégia nacional para atenção básica a partir de 1995 no Brasil (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Constituindo-se em um marco para institucionalização do PSF (Programa Saúde da Família), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi institucionalizado em 1991 e, posteriormente, regulamentado em 1997 como política federal. Deste modo, o PSF foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994. Atualmente configura-se como “Estratégia de Saúde da Família”, pois não se constitui mais em um programa. A ESF tem como objetivo a reversão do modelo de atenção em saúde hegemônico, centrando-se na família, comunidade e na saúde.

No Brasil, muitos são os debates em relação à conjuntura de implementação da ESF que ocorreu concretizando os princípios de seletividade e focalização dado o contexto conjuntural de contrarreforma do Estado. A tensão entre as propostas seletivas versus universais no tocante a política de saúde no Brasil e atenção

integral estão presentes nos debates sobre modelos de atenção, reorientação e organização de um sistema de saúde integrado e descentralizado.

Considerando a expansão da ESF, em âmbito nacional, que se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica constante na Portaria nº 648/GM/2006 que estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para o PSF e o PACS. Os debates que antecederam à PNAB (2006) estavam fundamentados nos princípios doutrinários e organizativos do SUS em um contexto de descentralização e controle social da gestão (BRASIL, 2006). A PNAB (2006) orienta que, com o fortalecimento da Atenção Básica, ela deve se constituir “como porta de entrada preferencial do SUS, sendo ponto de partida para estruturação de sistemas locais (BRASIL, 2006)”.

Recentemente, em 2011, foi instituída a nova PNAB através da Portaria nº 2.488, de 2011 que, de forma geral, manteve os aspectos essenciais da política anterior e incorporou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais; a presença de profissionais de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família; regulamentou os Consultórios de Rua; o Programa Saúde na Escola; mudou o desenho do financiamento para Atenção Básica, combinando equidade com qualidade, com propostas de aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade; atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados à concepção da AB na ordenação das Redes de Atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica (2011) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes associando a ambos os princípios e as diretrizes do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica tem, na Saúde da Família, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando-se em um processo progressivo que considera e inclui as especificidades locais (BRASIL, 2012).

A PNAB (2011) propõe a ESF como estratégia para expansão e consolidação da Atenção Básica, resgatando, de certa forma, a centralidade da AB no Sistema Único de Saúde com vistas à transformação do modelo de atenção em

saúde no Brasil visando à produção de saúde. No entanto, é necessário considerar a introdução de princípios gerencialistas apoiados em novos modelos de gestão pautados na lógica da contrarreforma e em sintonia com as recomendações do Banco Mundial e agências internacionais; enxugamento das funções do Estado que não deve mais responsabilizar-se pela execução direta das políticas sociais, mas coordená-las e financiá-las; ênfase em programas focais e o fortalecimento do setor privado na provisão dos serviços de saúde (CORREIA, 2012).

Diante dessa realidade e frentes às mudanças conjunturais que ainda requerem uma análise ampliada, pois contam com escassas análises e produções científicas, incide o debate da atenção básica na contemporaneidade. Os debates frente à nova conjuntura, seja na sociedade, nos conselhos, nos serviços, nos movimentos sociais ou nas universidades – em torno dos novos desafios no que se refere à Atenção Básica – ainda estão em um processo inicial em se tratando da nova conjuntura de privatização dos serviços básicos. A modalidade de Fundações Públicas de Direito Privado e OSs na Atenção Básica ainda é muito recente tendo suas primeiras experiências após os anos 2000. Para Correia (2012, p.02): “O setor privado da saúde tem se expandido no livre mercado e por dentro do SUS”.

Anteriormente, os serviços básicos de saúde não eram de interesse do setor privado, pois a possibilidade lucrativa é muito menor do que os serviços de média e alta complexidade. Dessa maneira, constituía-se em responsabilidade do Estado da execução, coordenação ao financiamento, exigindo um investimento menor e uma maior resolutividade comparado aos custos despendidos com os outros níveis de atenção do SUS.

Os dados da pesquisa evidenciaram que a implementação da Atenção Básica, no contexto da descentralização, por meio da municipalização, ocorreu de forma perversa no que tange ao modelo previsto pelo SUS e ainda está inconclusa. O discurso que defende a privatização dos serviços básicos de saúde refere que há uma baixa capacidade financeira e administrativa do município de dar conta da provisão dos mesmos ao passo em se opera uma “modernização gerencial” que privilegia os interesses privatizantes.

A título de exemplo, recorreremos à realidade do município de Porto Alegre, considerando o Relatório Anual de Gestão 2013 (ainda não aprovado pelo CMS): a atual gestão da SMS/ Porto Alegre, informa que, no ano de 2013, o município contava com 191 serviços de Atenção Básica em Porto Alegre, correspondendo a

46,5% de cobertura dos serviços, considerando o total ideal por número de habitantes³⁹. Importante destacar que foram contabilizadas no Relatório Anual de Gestão de 2013, todas as equipes da ESF atuantes no município, habilitadas ou não junto ao Ministério da Saúde.

Dessas equipes, 128 estão habilitadas e implantadas, e 61 estão em processo de habilitação. As equipes em processo de habilitação tiveram seus quadros de Agentes Comunitários de Saúde e de médicos completos durante o ano de 2013, em especial com a inserção dos profissionais do Programa Mais Médicos⁴⁰ e com os processos seletivos públicos executados pelo IMESF⁴¹. Segundo os dados do mesmo relatório, durante o ano 2013, os vínculos profissionais das equipes atuantes na ESF mantiveram-se com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Divina Providência (HDP), Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AMHV) e com o Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF).

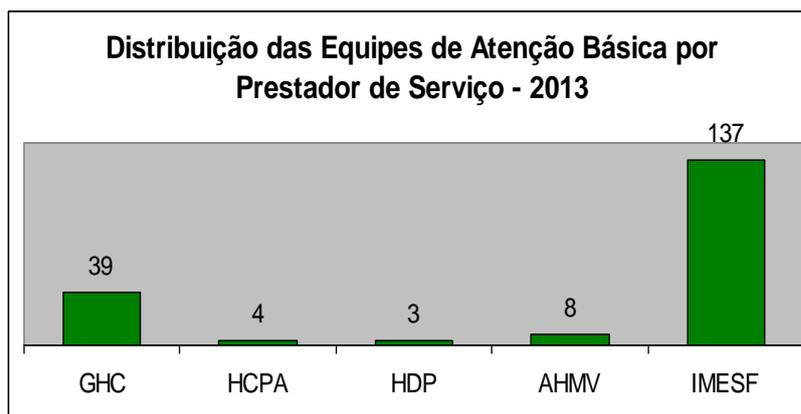
Segue a sistematização dos dados no gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Distribuição das Equipes de Atenção Básica por Prestador de Serviço - 2013

³⁹ Porto Alegre é a 10ª capital mais populosa do país, permanecendo na mesma posição desde o Censo realizado em 2000, e ocupa a 12ª posição com maior densidade demográfica: 2.837,52 habitantes por Km². Possui uma população de 1.409.351 habitantes. Para o cálculo, considerou-se total de 3450 habitantes por equipe sendo a população contabilizada pelo censo 2010 do IBGE. Os dados do Censo 2010 foram processados pela CGVS/ Equipe de Eventos Vitais, por unidades de APS, Distrito Sanitário e Gerência Distrital, e estão disponíveis no site da SMS (PORTO ALEGRE, 2013).

⁴⁰ Em junho de 2013 o Governo Federal lançou o Programa *Mais Médicos*. A principal proposta do Programa baseia-se em três eixos: aumentar a duração do período de formação médica acrescentando dois anos finais de estágio supervisionado pela universidade com registro provisório e recebimento de bolsa; promover abertura de escolas médicas e ampliação de vagas e promover a vinda temporária de médicos formados no exterior. Importante salientar que o PMM não aponta para a lógica de qualificar o SUS e tem gerado muitos debates, dividindo a opiniões na esquerda e na direita brasileira.

⁴¹ O Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família foi criado por decreto em julho de 2011. O IMESF foi criado para gerir a Atenção Básica do município de Porto Alegre.



Grupo Hospitalar Conceição (GHC); Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); Hospital Divina Providência (HDP); Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV); Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Fonte: Relatório Anual de Gestão 2013 SMS/ Porto Alegre.

Diante dessa realidade, observa-se que a maioria das equipes de ESF, no município de Porto Alegre, estão vinculadas ao IMESF, sendo 137 ESF, totalizando um percentual de 71,7%. Mesmo com parecer contrário do CMS⁴² de Porto Alegre a atual gestão municipal de Porto Alegre implantou o IMESF – Fundação Pública de Direito Privado – que, atualmente, está gerindo a maior parte dos serviços de atenção básica do município. O não respeito às deliberações do CMS já demonstra uma afronta ao controle social, podendo ainda ser observada a ausência de dados sobre os vínculos estatutários, em uma flagrante ênfase para flexibilização e fragilização das relações de trabalho.

O IMESF destina-se à prestação de serviços básicos de saúde que são considerados essenciais e cuja prestação é dever do município; apenas de forma complementar, esse serviço pode ser prestado por pessoa jurídica de direito privado. Nesse sentido, o Fórum em Defesa do SUS/ RS em conjunto com as entidades que o compõem impetraram a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 70046726287, que foi aprovada em 2013, no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Em relação à decisão do Órgão Especial do Tribunal de Justiça que julgou inconstitucional a lei municipal que autorizou o Executivo a criar IMESF, foi impetrado recurso pela SMS/ Porto Alegre, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), para tentar derrubá-la.

A privatização dos serviços de atenção básica tem sido a política principal dos governos neoliberais – como é o caso do município de Porto Alegre⁴³ – repercutindo na transferência para o setor privado dos serviços públicos prestados,

⁴² Resolução nº 01/2011 e 08/2011 do CMS/ POA.

⁴³ Importante salientar que a privatização da atenção básica de Porto Alegre já vem, há muito tempo, com a FAURGS, o Instituto Sollus, o Instituto de Cardiologia, o Moinhos de Ventos, Mãe de Deus.

bem como, com contratos e convênios com empresas e planos privados, transferindo recursos públicos para instituições que visam ao lucro em detrimento do atendimento à saúde.

Nessa lógica, os recursos públicos são destinados ao setor privado, para que ele administre com autonomia os serviços públicos de saúde, repercutindo em: compras sem licitações; contratação de funcionários por meio de processo seletivo (CLT); liberdade na gestão dos serviços podendo restringir o acesso da população à assistência à saúde; enfraquecimento do trabalho em rede de atenção, desqualificação do serviço público, reforçando a ideia de que os serviços privados são melhores e fragilização do controle social. Estas repercussões podem ser identificadas em vários contextos regionais do país como sistematiza o documento *“Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”* (2012).

A atenção básica como *lócus* privilegiado da produção de saúde – que tem como estratégia a priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos sujeitos coletivos, das famílias, das comunidades, de forma contínua e de qualidade, incentivando a organização da comunidade, a efetiva participação popular constituindo-se em um dever do Estado e direito da sociedade – está sendo esvaziada pelos interesses privatizantes. Os desafios que se apresentam diante dessa nova conjuntura são muitos, especialmente, o que se refere ao controle social nesse nível de atenção do SUS.

Algumas questões adquirem relevância para este estudo, pois foram evidenciadas nas análises realizadas e são expressões desta nova conjuntura que se apresenta na atenção básica. As expressões observadas são: precarização do vínculo empregatício e diferentes regimes jurídicos de trabalho; falta de transparência no uso do recurso público; deslegitimação do controle social; modelo de gestão privatizante; modelo de atenção curativo centrado na doença; enfraquecimento do trabalho em rede de atenção; desqualificação dos serviços públicos; focalização e seletividade do acesso ao atendimento dos usuários; complementaridade invertida; descentralização das ações para sociedade civil reduzida ao terceiro setor; introdução de princípios gerencialistas; entre outros.

A precarização do vínculo empregatício incide, diretamente, no vínculo do profissional com a comunidade e limita a participação política dos trabalhadores nos espaços de controle social. As análises realizadas acerca do controle social na

atenção básica – materializado institucionalmente nos conselhos locais de saúde – evidenciaram nas propostas que perpassam as Conferências de Saúde, a necessidade e importância de participação dos trabalhadores nos Conselhos Locais de Saúde. A importância da participação dos trabalhadores também se revelou como categoria empírica tendo em vista a incidência em 7 Relatórios das Conferências de Saúde dos 11, sendo evidenciada em 63, 6% dos Relatórios analisados.

Isso pode ser observado nos extratos a seguir:

Quadro 4 – Participação dos Trabalhadores

EXTRATOS	Estimular, incentivar e garantir a participação do trabalhador de saúde nos fóruns de discussão, CLS e CMS, para que possam relatar suas dificuldades e obter o apoio dos demais segmentos sociais visando à qualificação dos serviços de saúde (PORTO ALEGRE, 2003).
Participação dos Trabalhadores	Criar, em cada instituição do SUS, processos de ampliação da participação dos profissionais e funcionários na gestão, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos dos trabalhadores com as instituições (BRASIL, 2003).
	Intensificar e estimular a participação dos trabalhadores nos conselhos locais, de gestores e nas câmaras técnicas (PORTO ALEGRE, 2011).

Fonte: dados sistematizados pela autora com base nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde.

A possibilidade de unir trabalhadores e usuários para planejar, avaliar, propor, sobre as questões de saúde do serviço, da região, do município e da política de saúde como um todo, contribui para que ambos os segmentos tenham conhecimento das dificuldades encontradas e apontem para propostas de superação através do planejamento integrado e participativo, seja no âmbito da prestação de serviço, ou acesso e qualidade dos serviços prestados e acessados pelos usuários.

A participação dos trabalhadores e da comunidade é fundamental para garantir que a organização dos serviços aconteça de forma descentralizada e integral de acordo com as necessidades de saúde da população. A importância de mobilizar as comunidades também se caracterizou como categoria empírica importante no que se refere à reorientação do modelo de atenção voltado para a saúde coletiva e em sintonia com as necessidades de saúde conforme apontado no capítulo seguinte. O desafio na atualidade reside em resgatar e adensar propostas

para a qualificação da rede de atenção básica com base em modelos públicos estatais de atenção e gestão em saúde.

No contexto de contrarreforma do Estado, no que se refere à política de saúde em âmbito local, observa-se que a implementação de estratégias voltadas para atenção básica no Brasil ocorreu mediante a introdução de princípios gerencialistas voltados para racionalização dos custos e fortalecimento do setor privado na provisão dos serviços de saúde. Nesse sentido, considerou-se importante resgatar as propostas voltadas para atenção básica no Sistema Único de Saúde no Brasil e desdobramentos na atualidade considerando os projetos societários em disputa no campo da saúde.

Assim, no próximo capítulo, serão apresentados os dados da pesquisa com relação a como se expressa, nos documentos analisados, a concepção de controle social em saúde na atenção básica do SUS e implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde. A discussão visa a compreender e apontar os desafios para consolidação e efetivação do controle social em âmbito local e possibilidades de ampliação da cidadania.

4 OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Este capítulo visa a apresentar os dados e achados da pesquisa e sobre eles refletir, buscando dar concretude e materialidade ao estudo realizando a mediação com capítulos apresentados inicialmente. Nesse sentido, objetivou-se uma reflexão que abarcasse as transformações societárias ocorridas nas últimas décadas e as refrações no campo da política pública de saúde, especialmente da Atenção Básica como nível de atenção estruturante do Sistema Único de Saúde e do controle social em âmbito local enquanto um direito de cidadania.

A análise está centrada na concepção expressa em capítulos anteriores de que existe uma disputa entre projetos societários distintos, compreendendo que a participação social e o controle social em âmbito local na saúde estão situados no campo de tensão entre a renovação e o conservadorismo. Compreende-se necessário o entendimento das transformações societárias para analisar a relação entre projetos antagônicos em disputa no campo da saúde e que influenciam diretamente na participação e no controle social no campo da saúde.

A particularidade do Controle Social na Atenção Básica, materializados nos Conselhos Locais de Saúde ainda é um tema pouco estudado. Desse modo, procurou-se explicitar através da análise dos documentos estudados, as legislações que regulamentam os Conselhos Locais de Saúde, a composição, a formas de atuação previstas, as atribuições, as competências, entre outras questões que buscaram responder ao questionamento maior do presente estudo. No subcapítulo intitulado: *A particularidade do Controle Social na Atenção Básica*; buscou-se dar visibilidade para essas questões com o intuito de apresentar também as contradições existentes.

Para uma melhor compreensão do processo histórico, de avanços e recuos, dos determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais que influenciam tais processos em relação ao Controle Social na Atenção Básica, buscou-se apresentar no subcapítulo 4.2: *As concepções acerca do Controle Social na Atenção Básica*. Durante a trajetória histórica, analisada nos documentos, observou-se que, diante dos avanços e recuos, estes últimos foram permeados por diferentes tendências e concepções em relação aos Conselhos Locais de Saúde enquanto instância de controle social em âmbito local.

4.1 A PARTICULARIDADE DO CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir do processo de análise dos dados referentes ao controle social na Atenção Básica, foram identificados eixos temáticos que dão visibilidade à particularidade⁴⁴ do controle social neste nível de atenção do SUS. Estes eixos são: **concepção, marco legal, funcionamento, competências e atribuições dos Conselhos Locais de Saúde.**

A apresentação desses eixos está destacada ao longo da redação desta seção. Considerou-se importante o movimento da realidade, a necessidade de resgatar a história enquanto um processo para conhecer o objeto de estudo e de desvendar as contradições. Optou-se por não dividir esta seção em subseções com vistas a dar visibilidade para o movimento do objeto. Pretende-se descrever, em decorrência das análises, as interpretações e inferências realizadas, bem como se expressa e se materializa o objeto de estudo na realidade social a partir do movimento e dinâmica da mesma.

Dessa forma, é válido lembrar que a saúde enquanto um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) foi garantida na constituição federal em 1988 através de forte pressão popular. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde já era referida pelo MRS a necessidade de fortalecimento das instâncias de participação social em âmbito local e necessidade de ampliação dos serviços de Atenção Básica (com foco na prevenção e promoção em saúde).

Como se observou anteriormente, a 8ª CNS (1986), ocorreu em um momento de profunda transformação da sociedade brasileira atravessada pela abertura política após um longo período de ditadura militar, mobilizando diversos atores comprometidos com a reforma da saúde. Neste dado momento, concluiu-se que as modificações discutidas e necessárias para reforma da saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reforma que passava pela ampliação do conceito de saúde. A saúde passou a ser entendida como resultado das formas de organização social (BRASIL, 1986). A centralidade do Estado como provedor de uma política pública de saúde, integrando as demais políticas econômicas e sociais, foi explicitado como questão fundamental. Para isto, eram necessárias reformas de cunho estrutural.

⁴⁴ Compreende-se a particularidade como um campo de mediações e um espaço onde a legalidade universal se singulariza e a imediatividade do singular se universaliza (PONTES, 2000).

Em relação às estratégias previstas para reforma sanitária no Brasil, o MRS objetivava ir além da garantia constitucional para que as propostas fossem efetivadas de fato. Como se observou nos capítulos anteriores, a conjuntura política e as posições divergentes dentro do próprio movimento caracterizaram-se como pontos importantes para a institucionalização da participação social na gestão da política pública de saúde no Brasil. A necessidade do regime militar de operar uma “lenta e gradual” abertura política com grande influência dos organismos multilaterais, e a forte pressão popular frente ao descontentamento com um modelo de estado autoritário, burocrático e centralizador marcou a conjuntura política do período.

A perspectiva do controle social em saúde surge no centro destas contradições. Para assegurar o direito à saúde a toda população brasileira tornava-se imprescindível estimular e efetivar a participação da população na gestão da política de saúde assegurando o controle social sobre o Estado. Diante dessas questões, foi ressaltada a importância da participação da população no controle do processo de formulação, gestão e avaliação da política de saúde com vistas a contribuir para reorientação do modelo de atenção e gestão em saúde.

Visando a enfrentar as iniquidades sociais geradas pelo modelo econômico e superação das desigualdades regionais que refletiam as condições estruturais, entendia-se a descentralização como uma das alternativas para a excessiva centralização das decisões e dos recursos no nível federal. Dessa forma, objetivava-se, atingir com um sistema único e descentralizado, níveis satisfatórios de saúde e uma organização dos serviços adequados com as necessidades da população. Assim, compõe-se como uma das propostas da VIII Conferência: “Estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado (BRASIL, 1986)”.

Essa foi concebida como uma das estratégias para assegurar o direito à saúde. No tocante à reestruturação do sistema de saúde, a criação do Sistema Único de Saúde, regido pelos seguintes princípios: descentralização na gestão; integralidade das ações; regionalização e hierarquização; participação da população; universalidade e equidade. Como forma de viabilizar a participação da população na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações em saúde, foi proposto:

Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), que permitem a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida (BRASIL, 1986).

No entanto, passados 28 anos, os Conselhos Locais de Saúde ainda não estão implementados na totalidade dos serviços de saúde e ainda contam com tímida visibilidade. Como os processos de descentralização e municipalização iniciados no final dos anos 1980 e que ainda estão inconclusos. Na seção 4.2, será apresentado, a título de exemplo, através de Gráficos (2 e 3) que demonstram a cobertura dos serviços de Atenção Básica e a implementação dos Conselhos Locais de Saúde no município de Porto Alegre.

Quanto ao **marco legal**, no artigo 198, da Constituição Federal, a participação popular está prevista como uma das diretrizes do sistema de saúde. No entanto, são as Leis Orgânicas da Saúde, consubstanciadas na Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990, que consagram a participação popular na gestão do SUS através dos mecanismos de controle social. A lei nº 8142/1990 não faz referência direta aos Conselhos Locais de Saúde. Entretanto, ela aponta aspectos significativos como a institucionalização das instâncias colegiadas de gestão nos diferentes níveis de governo – os Conselhos e Conferências.

No que se refere aos Conselhos de Saúde, a lei nº 8.142/ 1990, no art. 1º, dispõe sobre a **finalidade/ competências, composição e funcionamento**:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho (BRASIL, 1990).

Quanto às instâncias de participação em âmbito local, observou-se, na análise das fontes documentais, que a legislação nacional não se refere a estas instâncias de gestão. No entanto, através dos relatórios das Conferências Nacionais

e Municipais analisou-se que até meados dos anos 1996 a preocupação central era com a institucionalização dos Conselhos Municipais e Conselhos Distritais⁴⁵ de Saúde tendo em vista que os processos de descentralização e municipalização ainda estavam em curso, o que também foi reforçado pela NOB/96 que previa estratégias para reorganização do sistema a partir da priorização da atenção básica, conforme discussão realizada no capítulo anterior. Como segue proposição da 2ª Conferência Municipal de Saúde, realizada no ano 1996:

Implantação progressiva de gerências distritais, cobrindo todo o território da cidade, com papel articulador político e intersetorial, apontando para a autonomia da gestão. As Gerências distritais devem ser progressivamente constituídas por equipes interdisciplinares compatíveis com as necessidades integrais de gerenciamento do distrito. Tal definição deve se dar junto ao CMS, comunidade e trabalhadores de saúde de cada distrito (PORTO ALEGRE, 1996).

A ampliação da Atenção Básica e sua priorização como nível de atenção em saúde estruturante do Sistema Único de Saúde também influenciaram essa realidade. Além disso, as políticas econômicas de orientação neoliberal começaram a se tornar mais expressivas refletindo-se em grandes impactos na implementação do SUS. A introdução do conceito de territorialização com ênfase na participação popular constituindo territórios delimitados para as Unidades de Saúde e serviços de atenção básica começaram a ser fomentadas nos anos 1990 (PORTO ALEGRE, 1996). A territorialização constituiu-se como uma estratégia para organização do sistema descentralizado. No entanto, o Relatório Final da 5ª CMS (2007), evidenciou que a territorialização estava colocada como princípio acima do direito ao acesso. Questão que revela uma grande contradição e cisão com o princípio da universalidade.

Contudo, a necessidade de implantação dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Conselhos Distritais com função política articuladora fazendo a cobertura do território foi ressaltada como estratégia necessária para organização dos serviços. É importante ressaltar que o Conselho Municipal de Saúde, no caso do município de Porto Alegre, foi instituído através da Lei Complementar nº 277/1992.

⁴⁵ O Conselho Distrital de Saúde (CDS) é a instância descentralizada e regionalizada do CMS/POA, com função deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde, na sua área de abrangência (Regimento Interno do CMS, Capítulo XI, Conselhos Distritais, Porto Alegre, 2008).

Esta lei municipal prevê os Conselhos Locais de Saúde como instância deliberativa na sua área de abrangência e refere que a sua **composição** será definida em regimento interno (Art.3, § 2º, PORTO ALEGRE, 1992). No caso do município de Porto Alegre, a Lei nº 277/1992 é concebida como um **marco legal** para a instituição e regulamentação dos Conselhos Locais de Saúde; no entanto, através da análise documental realizada, verifica-se que essa não é a realidade de muitos municípios brasileiros. Em meados dos anos 2000 surgem propostas nos diferentes níveis para criação por lei de Conselhos Municipais e Conselhos Locais de Saúde, pois em muitos municípios a criação se dá através de decreto⁴⁶.

Quanto às **atribuições** dos Conselhos Locais de Saúde a legislação municipal (nº 277/ 1992) refere no Art. 5º:

Aos Conselhos Locais de Saúde, constituídos pela Plenária do Conselho Municipal de Saúde, competem exercer as atribuições descentralizadas do CMS, nos respectivos distritos sanitários, e suas conclusões serão consubstanciadas em recomendações (PORTO ALEGRE, 1992).

Percebe-se uma contradição na própria legislação municipal no que se refere ao caráter deliberativo dos Conselhos Locais de Saúde visto que os CLS recomendam e somente o CMS resolve. Entende-se que o CMS é instância máxima de deliberação, mas que os CLS devem ter autonomia em relação às deliberações na sua área de abrangência sobre os serviços, ações de saúde e relação com a política municipal. Isto não significa que os CLS sejam instâncias autônomas, mas devem ter a sua autonomia política preservada na sua indispensável relação com as outras instâncias de controle social.

As análises realizadas também evidenciaram que, no tocante à **concepção** sobre Conselho Local de Saúde, tanto nos relatórios das Conferências Nacionais como das Conferências Municipais, estes se confundiram, por muito tempo, com Conselhos Gestores. Entende-se que estes últimos tendem a apontar para o esvaziamento do caráter deliberativo e centrados no caráter fiscalizatório, porém na perspectiva de contribuir com o “bom funcionamento” dos serviços prestados. Conforme segue as seguintes proposições das Conferências, sendo apenas selecionados alguns extratos, pois emergem em todos os documentos até 2003:

⁴⁶ No que se refere à lei e ao decreto, é importante compreender que a lei tem mais força normativa que o decreto. A mais importante de todas as distinções entre a lei e o decreto é que a lei obriga a fazer ou deixar de fazer, e o decreto, não.

Quadro 5 – Conselhos Gestores e Conselhos Locais de Saúde

EXTRATOS Conselhos Gestores e Conselhos Locais de Saúde	Que os Conselhos gestores tenham caráter deliberativo e controlador , no seu nível de atuação, respeitadas as normas técnicas da sua execução (BRASIL, 1992, <i>grifo nosso</i>).
	Estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde (BRASIL, 1996, <i>grifo nosso</i>).
	Estender os Conselhos Gestores a todos os serviços básicos de Saúde (PORTO ALEGRE, 1996).
	Implantar Conselhos Gestores Distritais e Locais para planejar, avaliar e controlar a saúde daquele território (PORTO ALEGRE, 1996, <i>grifo nosso</i>);
	A ampliação do Controle Social a outras instâncias do SUS também foi aprovada na Plenária Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que indicou a necessidade de se estabelecer à criação de Conselhos Gestores em todas as unidades e serviços de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicos ou conveniados (incluindo os Hospitais Universitários), garantindo a participação dos trabalhadores e usuários na sua composição [...] A consciência da existência de problemas que afetam os sistemas municipais de saúde, mas que estão fora de sua possibilidade de ação isolada, indica a necessidade de criação de instâncias de Controle Social nos moldes dos Conselhos de Saúde, nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, além de Conselhos Regionais de Saúde, de caráter consultivo , compostos por representação dos Conselhos Municipais de Saúde [...] (BRASIL, 2000).
	Estimular e efetivar o controle social, através da conscientização e da educação da população e do trabalho de base, a fim de ampliar e qualificar a participação nos Conselhos Gestores e Locais, nos Fóruns e nas Conferências (PORTO ALEGRE, 2003).

Fonte: dados sistematizados pela autora com base nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde.

A partir dos dados acima expostos, entende-se que os Conselhos Gestores compreendidos como instâncias de controle social em âmbito local confundiram-se por muito tempo com a **concepção** de Conselhos Locais tendo em vista a indefinição do termo. No entanto, geralmente, quando utilizado, denota um sentido limitado que acaba comprometendo a autonomia política dos mecanismos locais de controle social. Através dos Relatórios Finais das Conferências, foi possível verificar que a **finalidade** de implantação dos Conselhos Locais dialoga com o direito que a população tem de inferir sobre o destino e a priorização de recursos públicos investidos na saúde e nos serviços, propor políticas e programas locais, fiscalizar a qualidade dos serviços e ações em saúde – diferentemente dos espaços meramente consultivos ou pautados em uma lógica gerencialista.

A partir de meados dos anos 2000, os Conselhos Locais de Saúde passaram a ter mais visibilidade e destaque nos Relatórios da Conferências e nas diretrizes do Conselho Nacional de Saúde. A análise dos documentos evidencia que, nessa época, passaram a ser classificados como CLS apesar de já instituídos formalmente desde a década de 1990. Evidenciou também, nos documentos do período, que os Conselhos Gestores passaram a ser identificados como instâncias descentralizadas junto a hospitais, Centros de Referência Especializados e serviços públicos de urgência.

Importante destacar que a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333, de 04 de novembro de 2003, define as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Esta resolução não se refere especificamente aos Conselhos Locais de Saúde; entretanto, o texto inicial dessa resolução se refere ao processo bem sucedido de implantação dos Conselhos Locais e Distritais, o que evidencia este mecanismo estava incorporado como um nível decisório. A primeira diretriz da resolução refere que, com o processo bem sucedido de descentralização, ocorreu a ampliação dos Conselhos de Saúde que se estabelecem em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente (BRASIL, 2003). Entende-se que o referido documento define questões importantes no tocante aos Conselhos de Saúde e contempla os Conselhos Locais de Saúde na sua **concepção**.

A resolução nº 333/ 2003 do Conselho Nacional de Saúde foi revogada pela resolução do CNS nº 453/ 2012: a substituição e modificações no texto tornaram-se necessárias para adequar-se às mudanças na conjuntura do controle social no país. As mudanças referem-se: as **atribuições** dos conselhos; tempo de mandato; recomendação de renovação das entidades; responsabilidades dos conselheiros; participação da sociedade recomendando reuniões com plenárias abertas a comunidade; decisão dos conselhos sobre o seu orçamento; **competências** dos conselhos e responsabilidade dos conselhos na atualização do banco de dados.

A primeira diretriz desta resolução aponta para a **definição (concepção) de Conselho de Saúde**, considerando-os como instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com **composição, organização e competências**

fixadas na Lei nº 8.142/90. Considera ainda o processo de descentralização e a existência dos Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais, Conselhos Regionais e os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Com base na resolução do CNS nº 453/ 2012, a criação destes espaços deve ser por meio de lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8142/1990. O poder executivo deve acolher as demandas aprovadas nas Conferências de Saúde e homologá-las. Nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais, observou-se que, a partir de 2004, também se tornaram mais evidentes as propostas em relação aos Conselhos Locais Saúde no que se refere à necessidade de criação, **regulamentação** e instituição por lei. Conforme segue propostas selecionadas e extraídas dos documentos:

Quadro 6 – Processo de Regulamentação dos CLS

EXTRATOS Processo de Regulamentação CLS	Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde com dotação orçamentária e estimular a criação dos Conselhos Locais de Saúde, por meio de seminários e palestras, nos Conselhos, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros, usuários e gestores, apoiados pelas secretarias municipais de saúde, assegurando autonomia estrutural, eleições democráticas das entidades representativas dos segmentos, a paridade conforme a Resolução CNS n.º 333/03, bem como eleições de todos os membros (BRASIL, 2003).
	Incentivar a criação por lei, em todo país, de conselhos locais e distritais de saúde, como apoio e supervisão das três esferas de governo, como instância de controle social, recomendando a participação efetiva dos usuários e trabalhadores no seu processo de implantação e desenvolvimento (BRASIL, 2008).
	Incentivar a criação de conselhos locais de saúde em todos os serviços de saúde (ESF, UBS, Centro de Saúde e hospitais) e de conselhos gestores e câmaras técnicas (hospitais privados, Santas Casas e fundações públicas de direito privado que prestam serviços ao SUS) onde não houver e incrementar as existentes com obrigatoriedade do critério de paridade em todos eles (50% usuários, 25% trabalhadores, 25% gestores e prestadores) (PORTO ALEGRE, 2011).
	Instituir a criação dos Conselhos Locais de Saúde e fomentar a participação das comunidades, sobre a importância do controle social, dando ênfase aos direitos e deveres dos usuários, criando material informativo, bem como divulgação em todos os meios de comunicação sobre as experiências exitosas do SUS, dando publicidade às atas dos conselhos de saúde (BRASIL, 2012).

Fonte: dados sistematizados pela autora com base nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde.

Evidenciando que as resoluções do Conselho Nacional de Saúde foram um marco importante também na regulamentação do controle social na atenção básica, cada uma em seu tempo, frente às novas exigências colocadas pela transformação da sociedade e do próprio amadurecimento do controle social no país.

Sobre a **organização, finalidade e composição** dos Conselhos de Saúde (nos diferentes níveis) a resolução do CNS nº 453/ 2012 propõe na terceira diretriz:

A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária (BRASIL, 2012).

Esta diretriz ainda propõe a paridade do segmento dos usuários na composição do Conselho em relação aos outros segmentos. Recomenda outras questões em relação à composição dos Conselhos de Saúde, destacando que a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas (BRASIL, 2012).

A quarta e a quinta diretriz referem-se sobre a **estrutura e funcionamento** dos conselhos. A quinta diretriz ainda aponta as **competências** dos Conselhos. No entanto, faz referência somente aos “Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde” (BRASIL, 2012).

O documento acima citado faz referência explícita aos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo; partindo da primeira diretriz, entende-se que o mesmo refere-se também aos Conselhos Locais de Saúde. Sendo assim, fica a critério de cada município a **regulamentação** dos CLS. O que se evidencia nas legislações e nos Relatórios das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde é que a **regulamentação** desses espaços de participação em âmbito local pouco se efetiva na prática, necessitando o reforço de propostas ao longo dos anos. Segundo Souza e Kruger (2010), em alguns municípios brasileiros, os Conselhos Locais de Saúde mantêm um caráter fiscalizador, consultivo e normativo no âmbito da sua área de atuação. Os aspectos propositivo e deliberativo ficam, na maioria das vezes, em segundo plano.

As análises evidenciam que a efetivação do controle social em saúde na atenção básica está em devir e historicamente em disputa na sociedade brasileira considerando que, desde 1986, vem sendo pautada a importância dos referidos espaços. Em todos os Relatórios das Conferências, nos diferentes níveis, que foram analisados, referentes ao período de 1986 a 2012, foi ressaltada a importância de implantação, implementação, consolidação e efetivação dos Conselhos Locais de Saúde.

O estudo de diferentes documentos propiciou conhecer o movimento do objeto estudado. As contradições que se expressam nos movimentos de avanços e recuos dos mecanismos institucionais de controle social na Atenção Básica têm relação direta com a conjuntura política e econômica em cada período. O estudo evidenciou que nos relatórios das Conferências Nacionais e Municipais, a partir dos anos 2000, a **concepção** e definição de Conselhos Locais de Saúde se diferenciam da **concepção** de Conselhos Gestores como já apontado anteriormente. Também evidenciou o aumento de proposições em relação à necessidade de efetivação e consolidação dos CLS como mecanismos de gestão participativa.

As análises sinalizaram que, até os anos 2000, a preocupação central era com a institucionalização dos CMS/ CDS tendo em vista que o processo de municipalização e descentralização ainda estava em curso. Após esse período, aumentam as propostas voltadas para a implementação dos CLS e para a consolidação e efetivação dos CMS e CLS. As propostas passaram a apontar os CLS como estratégia importante para garantir os princípios do SUS adequados às realidades locais (equidade) e como estratégia para organização SUS e reorientação do modelo assistencial.

Quanto à legislação e resoluções em relação aos Conselhos Locais de Saúde evidenciou-se que pouco se avançou na **regulamentação** de fato destes espaços. Recorrendo a realidade do município de Porto Alegre, a título de exemplo, ao considerar que por se tratar de um mecanismo de controle social em âmbito local deve ter uma relação direta com a política municipal, observou-se que a **regulamentação** depende da vontade política do gestor municipal (Secretário Municipal de Saúde e Prefeito) e também do Conselho Municipal de Saúde.

Sendo assim, visando a apontar as peculiaridades do Controle Social na Atenção Básica por meio dos mecanismos institucionalizados de participação social, configurados através dos Conselhos Locais de Saúde, recorreram-se às legislações

municipais e regimento interno do CMS⁴⁷ de Porto Alegre a fim de dar concretude e materialidade para a análise realizada. No entanto, a necessidade de realizar mediações com as outras fontes documentais adquiriu grande relevância para análise do movimento de avanços e recuos do objeto de estudo.

Nesse sentido, a Lei Complementar nº 277/92 do município de Porto Alegre, conforme referida anteriormente, instituiu e **regulamenta** o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Esta lei também prevê os Conselhos Locais de Saúde como instância deliberativa nas suas regiões de abrangência e aponta regras para o seu funcionamento. Quanto ao Conselho Municipal de Saúde, dispõe sobre a **composição, funcionamento e competências**. Uma peculiaridade desta legislação é:

As decisões do Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, serão encaminhados ao Prefeito, que as acolherá ou vetará, no todo ou em parte, conforme o disposto na Lei Complementar nº 267/92 (PORTO ALEGRE, 1992).

Posteriormente, a LC nº 277/92 foi alterada pela LC nº 660/ 2010, no artigo 3º, dispondo de nova redação que trata o artigo:

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado, será composto por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Parágrafo único. A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde será, no mínimo, paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Esta análise foi realizada com base no parecer⁴⁸ da PGM de 2011 que questiona sobre as atribuições e os limites deliberativos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Neste parecer técnico, a PGM aponta que existe uma lacuna na legislação em relação às atribuições e limites deliberativos do Conselho Municipal de Saúde tendo em vista que a redação original do artigo 3º da LC nº 277/ 1992 foi revogada pela Lei Complementar nº 661/ 2010, que dispôs sobre normas gerais para os Conselhos Municipais nos termos do artigo 101 da Lei Orgânica do Município de Porto Alegre. A LC nº 661/2010 enfatiza a necessidade de encaminhar

⁴⁷ Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, aprovado em Plenária em 10 de julho de 2008. Publicado no Diário Oficial de Porto Alegre (DOPA) em 20/10/2008.

⁴⁸ Parecer n. 1165/2011, lavra da Procuradora Clarissa Cortes Fernandes Bohrer, que enfrenta a questão referente às atribuições e limites deliberativos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, à luz dos preceitos das Leis Complementares n. 277/1992, 660/2010 e 661/2010.

as deliberações dos conselhos ao gestor municipal para apreciação do tema, configurando-se em uma flagrante tentativa de esvaziamento do controle social.

Diante de tal impasse que envolve o controle social em saúde em Porto Alegre, é válido salientar que o Conselho Municipal de Saúde, enquanto instância máxima deliberativa das questões de saúde da cidade, fica com seu caráter deliberativo limitado e condicionado ao entendimento do gestor municipal. Mesmo se o CMS esteja articulado com os Conselhos Distritais e Conselhos Locais estes também acabam tendo o seu caráter deliberativo limitado uma vez que compõem a mesma estrutura de gestão.

Segundo as análises realizadas nos Relatórios das Conferências Nacionais, esta realidade não é diferente em outros municípios brasileiros. Tanto que foi necessária uma nova resolução do CNS nº 453/2012, para orientar sobre o tema. Considera-se que muitas das conquistas obtidas em termos da **concepção** do controle social como uma possibilidade de ampliação da cidadania se deu em função das lutas nos Conselhos de Saúde, Conferências e da participação social como instâncias de controle da sociedade sobre as ações do Estado. Contudo, no cenário de avanços e recuos observa-se que a cidadania está constantemente sendo limitada aos aspectos formais de participação da comunidade.

Os documentos analisados evidenciaram que a **regulamentação** sobre **criação, funcionamento e competências** dos Conselhos Locais de Saúde ainda ficam a critério de cada município e atrelados a vontade política do gestor e dos Conselhos Municipais. Importante destacar que as Conferências são espaços não homogêneos e sim um campo fértil de disputa de projetos societários distintos. Nesse sentido, a partir dos documentos analisados foi possível inferir que os Conselhos Locais de Saúde ora são apropriados de modo reducionista retirando-lhes o caráter deliberativo, fiscalizatório, despolitizando a sua relação com o todo, reduzindo-o ao estritamente local; ora são concebidos como mecanismo de controle social com vistas à participação da comunidade a fim de articular as necessidades e realidades locais com o todo, isto é, com as diferentes instâncias de controle social e políticas intersetoriais.

Diante das análises realizadas e das contradições apontadas, considerou-se importante analisar o Regimento Interno do CMS, já que é o Conselho Municipal de Saúde, com base nas legislações federais e municipais, que tem a **competência** de articular os Conselhos Locais de Saúde e as outras instâncias institucionais de

controle social descentralizado (Conselhos Distritais e Conselhos Gestores). Importante salientar que no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre está em capítulos diferentes os Conselhos Locais de Saúde e os Conselhos Gestores de Saúde, o que denota que já estão concebidos com **concepções** diferentes. O capítulo XII, do Regimento Interno do CMS de Porto Alegre, dispõe sobre os Conselhos Locais de Saúde, no que se refere à **concepção, funcionamento** e as **competências**:

Art. 45 O Conselho Local de Saúde (CLS) é a instância máxima deliberativa e de participação da comunidade na área de abrangência de cada unidade de saúde, que atua no planejamento, na co-gestão e na fiscalização, exercendo atuação descentralizada e regionalizada do CDS e do CMS/POA.

Art. 46 As reuniões do Plenário do Conselho Local de Saúde serão abertas aos trabalhadores e usuários da respectiva unidade de saúde, sendo obrigatória a participação do Coordenador da mesma.

Art. 47 A Coordenação do Conselho Local de Saúde será integrada por, no mínimo, 04 (quatro) membros, respeitada a paridade, eleitos pelo Plenário do Conselho Local de Saúde para um mandato de dois anos em reunião específica para esse fim.

Art. 48 Aos Conselhos Locais de Saúde **competem**:

I - atuar na formulação e controle de execução da política de saúde, no âmbito local do serviço de saúde incluindo seus aspectos econômicos e financeiros;

II - traçar diretrizes de elaboração e aprovar o planejamento do serviço de saúde, com vistas a adequar sua capacidade de resposta frente às necessidades sociais identificadas;

III - estabelecer estratégias e mecanismos de parceria para o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde no âmbito do seu território;

IV - promover a articulação com as demais instâncias de participação local, gerando agendas e metas integradas, promovendo a qualidade de vida e saúde, mobilização social e a garantia do cumprimento por parte do Gestor;

V - propor e acompanhar medidas específicas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do serviço de saúde;

VI - examinar e encaminhar propostas e denúncias, relativas à saúde na área de abrangência, respondendo aos órgãos competentes;

VII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações que impactem na saúde por parte dos setores públicos e privados;

VIII - estimular a participação comunitária para o controle social em seu território de abrangência;

IX - incentivar, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas de interesse para o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde no serviço;

X - designar os representantes para comporem o Plenário do CDS;

XI - elaborar seu Regimento Interno, conforme o inciso XIII do art. 2º, que será encaminhado ao Plenário do CMS/POA para discussão e aprovação (PORTO ALEGRE, 2008).

Nesse sentido, entende-se que os Conselhos Locais de Saúde são instâncias de controle social descentralizados do Conselho Distrital e do Conselho Municipal de Saúde. Partindo da análise realizada no conteúdo das fontes

documentais, considera-se o Conselho Local de Saúde, como espaço de discussão permanente dentro das Unidades de Saúde, ESF's e sua região de abrangência. Objetiva reunir para a avaliação dos problemas do território, propor estratégias, planejar, acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados no território e no município. Devem participar deste processo, os trabalhadores em saúde, gestor e a população usuária desses serviços, buscando contribuir com a elaboração da política de saúde em sintonia com as necessidades da população considerando as particularidades locais e regionais.

Com os Conselhos Locais de Saúde a comunidade fica mais próxima do serviço de saúde e tem a possibilidade de interagir com as demais organizações do bairro, inferindo sobre as questões de saúde da comunidade e da política pública de saúde como um todo. O Município e a questão territorial, neste caso, são os espaços para a construção de uma rede de participação social de grande capilaridade, entrelaçando as diferentes instâncias de gestão em saúde, articuladas ao conjunto das outras esferas (SOBRAL, 2012).

O controle social como inscrito na constituição federal de 1988, consubstanciado na Lei Orgânica da Saúde – garantido constitucionalmente como um direito de cidadania - encontra-se no centro da tensão entre a renovação e o conservadorismo. Observam-se diversos desafios em relação à proposta de participação social da comunidade na elaboração, fiscalização e implementação da política de saúde tendo em vista a redução orçamentária para o setor, a deslegitimação das decisões tomadas nos espaços de controle social; a adoção de modelos privatizantes de gestão; entre outros.

No que se referem às realidades locais, nas análises de conjuntura dos Relatórios das Conferências, que identificam primeiro os problemas para depois propor as soluções, foi observado que uma das questões ressaltadas é a necessidade de **mobilizar as comunidades** para o alcance das mudanças desejadas. Diversos Relatórios Finais das Conferências Municipais e Nacionais analisados apontam a pouca participação da comunidade que, muitas vezes, não tem conhecimento da realização das reuniões dos conselhos. Demonstram que há empecilhos à participação da comunidade, especialmente pelas dificuldades de acesso, financeira e falta de informação (PORTO ALEGRE, 2003).

Conforme as análises realizadas, 09 Relatórios Finais das Conferências de Saúde apontam como proposta para enfrentar esta dificuldade a realização de

“mobilizações entre associações de moradores para encaminharem seus representantes a estas reuniões, criando mecanismos de incentivo à mobilização comunitária para a efetivação do controle social, considerando a peculiaridade de cada região (PORTO ALEGRE, 2003)”. Além disso, conforme abordado anteriormente, os relatórios evidenciaram a necessidade e importância da **participação dos trabalhadores** nos Conselhos Locais de Saúde.

Observaram-se, através dos Relatórios das Conferências Municipais e Nacionais de Saúde que, a partir de 2000, foram apontadas 12 proposições no sentido de incentivar a mobilização das comunidades como estratégia para a efetivação do controle social em âmbito local. A importância em **mobilizar as comunidades** visando a desencadear processos sociais participativos, caracterizou-se como uma categoria empírica tendo em vista que se tornou presente nos diversos Relatórios das Conferências analisados e como uma das **atribuições** dos CLS na legislação. Conforme evidenciado nos extratos selecionados:

Quadro 7 – Estratégia de Mobilização Comunitária

EXTRATOS Mobilização das Comunidades	Mobilizar a comunidade, unindo-a através de debates e palestras, reuniões e conferências, para que alcance as mudanças desejadas (PORTO ALEGRE, 2003).
	Estimular a participação da população nas instâncias de controle social com a descentralização do poder (PORTO ALEGRE, 2007).
	Garantir, através da mobilização da comunidade (Conselhos Locais e Distritais de Saúde e Assistência Social), que as demandas elencadas nos Planos de Investimentos do Orçamento Participativo sejam cumpridas pelo governo repassando os recursos ao Fundo Municipal de Saúde (PORTO ALEGRE, 2011).
	O objetivo do fortalecimento dos Conselhos e Conferências deverá ser atendido pelo desencadeamento de amplo processo de mobilização popular para fazer cumprir as deliberações das instâncias de Controle Social do SUS, bem como estabelecer sanções e penalidades aos gestores públicos que, arbitrariamente, desacatarem a legislação do SUS e as deliberações dos Conselhos de Saúde, ou não respeitarem as diretrizes aprovadas nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde (BRASIL, 2000).
	Divulgar pelos meios de comunicação, inclusive mídia eletrônica, digital e rádios comunitárias, o papel dos conselheiros, das conferências e dos conselhos de saúde (distritais, locais e gestores) e sua importância como órgão deliberativo do SUS, bem como os cronogramas e pautas de suas reuniões ordinárias, destacando as políticas e as diretrizes de atuação do SUS. Divulgar esses conteúdos também por meio de cartazes afixados nas unidades de saúde e outros espaços públicos apropriados, como escolas e templos, entre outros, folhetos e outros veículos, contribuindo para divulgar direitos e deveres dos usuários do SUS e estimular, organizar e mobilizar a população a participar e exercer sua cidadania, inclusive tendo acesso a informações relevantes como: escalas de serviço, atividades das unidades e dos distritos e painel de vagas dos serviços contratados, sempre utilizando linguagem acessível (BRASIL, 2012).

Fonte: dados sistematizados pela autora com base nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde.

A estratégia de mobilização das comunidades deve estar pautada no desenvolvimento de processos sociais participativos democráticos e não de uso instrumental da ação comunitária para legitimar a política social vigente e a forma de organização dos serviços de saúde que, geralmente, não estão em sintonia com as necessidades das mesmas. Além disso, é necessário ultrapassar uma visão micro do território a fim de ampliar para uma visão macro que incida na política de saúde como um todo, considerando as necessidades locais, mas não se reduzindo somente a elas, pois são produzidas socialmente. A comunidade compreendida como processo social não é realidade autônoma que possa traduzir elementos distintos da própria sociedade na qual se situa (SOUZA, 2004).

A não participação pode ser indicador de participação: por vezes, esse pode ser um caminho para dizer não a uma realidade não aceita (SOUZA, 2004). A falta de acesso às necessidades básicas por parcela significativa da população também é outro indicador a ser levado em conta. Precisa-se considerar que as pessoas vivenciam suas necessidades na integralidade e não de modo setorizado, o que geralmente é banalizado e usualmente praticado pelo discurso técnico e acadêmico dos profissionais, gestores e também conselheiros de saúde, na concepção de modelos de políticas públicas frente às necessidades vivenciadas pelos usuários dos serviços de saúde (SCHEZZI, 2012).

Em contrapartida, através das análises, percebeu-se que houve avanços no que se refere à implementação dos CLS (conforme será analisado também no subcapítulo a seguir) como mecanismos institucionais de controle social em âmbito local. No entanto a efetivação e consolidação desses mecanismos pautados na concepção de cidadania ainda estão em disputa. Em relação ao **marco legal**, não existe uma legislação específica para essas instâncias na grande maioria dos municípios brasileiros, ficando, na maioria das vezes, atrelados à gestão do CMS. Muitas são as propostas especialmente das Conferências Nacionais, de instituir por lei esta instância, conforme observado anteriormente. A instituição por lei, não se refere necessariamente a relação com o conselho municipal, que deve ocorrer independente de sua orientação política, mas a importância de cumprimento do gestor em relação às resoluções e deliberações dos CLS, afetando, inclusive, no repasse de recursos.

Quanto às **competências e atribuições**, os dados evidenciaram a necessidade de fortalecer o caráter deliberativo e fiscalizador dos mecanismos

institucionais de controle social. A importância de articulação com as outras instâncias de controle social e intersetorial também foram evidenciadas: no estudo, se tornam importantes para incidir nos Planos de Saúde e na política de saúde, exigindo o fortalecimento e a capacitação dos conselheiros usuários, trabalhadores e gestores.

No que se refere à composição, a composição paritária é ampliada tendo em vista que podem participar todos os usuários do serviço de saúde, independente de representação. Pode-se inferir que, quando articulado com a base comunitária, esses mecanismos constituem-se em espaços de democracia participativa. Entretanto, torna-se importante a garantia de participação do coordenador da unidade de saúde nas reuniões do colegiado a fim de garantir a transparência, continuidade e encaminhamento das deliberações e discussões realizadas. A participação dos trabalhadores em um contexto de privatização dos serviços e flexibilização das relações de trabalho, conforme abordado no capítulo anterior, torna-se um desafio diante dessa nova conjuntura.

Quanto ao **funcionamento**, deve-se caracterizar como um espaço de discussão permanente dentro dos serviços de saúde com reuniões abertas à comunidade e definidos em regimento internos elaborados pelo próprio conselho. Os Conselhos Distritais e Municipais devem prestar assessoria e consultoria visando a fomentar e auxiliar no processo de constituição e reestruturação desses mecanismos de gestão participativa em âmbito local, experiência que foi evidenciada no município de Porto Alegre.

No que se refere à **concepção**, apesar de utilizados como sinônimos por muito tempo e indefinição quanto às diferenças em relação ao uso dos termos Conselhos Gestores e Conselhos Locais de Saúde, não se pode afirmar que, necessariamente, sempre que utilizada a terminologia de Conselhos Gestores, a mesma tem um caráter restrito. Conforme referido anteriormente, os dados evidenciaram que por muito tempo os termos foram utilizados como sinônimos. Verificou-se a necessidade de compreender as concepções acerca do controle social na Atenção Básica a fim de conhecer as implicações em relação à implementação desses mecanismos institucionalizados de participação em âmbito local. Nesse sentido, serão analisadas no próximo subcapítulo as concepções que emergiram das análises acerca do controle social na Atenção Básica do SUS.

Por fim, diante das análises realizadas, entende-se o controle social na Atenção Básica, materializado institucionalmente nos Conselhos Locais de Saúde, assume características e especificidades importantes. A particularidade do controle social na atenção básica refere-se aos CLS como instâncias de mediação e articulação com a política de saúde nas várias instâncias e na necessária articulação com as outras instâncias de participação e controle social. O âmbito local deve extrapolar o estritamente local e articular com as diferentes instâncias de participação e controle social, com os diferentes níveis de atenção que compõem o SUS e com as outras políticas públicas. A necessidade verificada de efetivação e consolidação dos Conselhos Locais de Saúde perpassa pela necessidade identificada de fortalecer o conjunto das competências dos conselhos sem sobrepô-las.

4.2 AS CONCEPÇÕES ACERCA DO CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Passar-se-á, neste subcapítulo final, para uma mediação dos dados com as categorias de análise do método, temáticas e emergentes com vistas a refletir sobre o objetivo geral do estudo. Sobre os elementos que compõem o estudo, considera-se que diante das análises realizadas, os estudos e dados evidenciaram que, no contexto de contrarreforma do Estado existem duas concepções antagônicas em disputa que incidem no controle social na atenção básica. O controle social na atenção básica está no centro da tensão entre uma concepção renovadora/progressista, articulada aos princípios da RSB e pautada em uma concepção do controle social enquanto um direito de cidadania; e por outro lado, percebe-se o tensionamento de uma concepção gerencialista pautada em propostas de reatualização do conservadorismo de forma a flexibilizar os princípios do SUS com vistas a privilegiar o mercado e não as reais necessidades de saúde.

Entende-se que as mudanças conjunturais recentes estão situadas no contexto do processo histórico das transformações da sociedade. Considerou-se importante, ao longo do estudo, buscar conhecer o movimento da história que se desenvolve de forma processual para compreender os avanços e limites no que se refere à dinâmica do objeto estudado. O desvendamento das contradições presentes no devir da realidade também se tornou importante para compreender o objeto na sua totalidade e interconexões.

Conforme observado em capítulos anteriores, algumas experiências locais de participação social da comunidade em prol da saúde iniciaram no Brasil ainda na década de 1970. Nas grandes cidades brasileiras, muitos bairros contavam com associações de moradores e movimentos populares organizados em torno da democratização da saúde. A partir da década de 1980, a ideia de controle social na saúde começou a ser incorporada pelo MRS, porém, com muitas controvérsias no interior do movimento sobre a institucionalização e autonomia dos movimentos. Posteriormente, na década de 1990, o controle social como um direito de cidadania foi regulamentado em lei, caracterizando-se uma importante estratégia para democratização da gestão dos serviços de saúde em sintonia com as necessidades da população.

Contudo, mesmo o controle social (Conferências e Conselhos) sendo garantido e regulamentado no plano jurídico, a luta pela sua concretização e consolidação como um instrumento que propicia processos participativos que incidam na política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, é cotidiana. No que se refere aos mecanismos institucionais de controle social na atenção básica, os dados da pesquisa evidenciaram que desde 1986 já aparecem nos Relatórios das Conferências de Saúde propostas para instituição destas instâncias de âmbito local. No entanto, pouco se avançou em legislação específica sobre o tema em âmbito local, não existindo, passados 28 anos, uma legislação que impulsiona a sua criação em todo território nacional.

As conquistas em relação aos mecanismos institucionais de controle social na saúde são muitas; também muitas são as contradições em um cenário que propicia avanços e recuos no que se refere à democratização da sociedade. Observou-se que a legislação se adéqua frente às mudanças conjunturais à medida que a disputa por hegemonia e as transformações societárias vão imprimindo novas relações entre o Estado, o mercado e a sociedade.

Entretanto, percebe-se que houve avanço a passos lentos na implementação dos Conselhos Locais de Saúde como mecanismos de controle social. Buscando dar visibilidade para essa realidade, recorreu-se a realidade do município de Porto Alegre a título de exemplo. Considerando que, desde 1986, os Relatórios das Conferências apontam para importância de instituição desses mecanismos; passados 27 anos, o município contava no ano de 2013 com 58,2% de CLS implantados nos serviços de atenção básica (unidades de saúde e ESF).

Essa realidade dialoga com a “ampliação” da atenção básica que se deu de forma tardia considerando que o município de Porto Alegre já apresentava propostas de serviços básicos de saúde desde os anos 1980. Em 2013 a atenção básica contava com uma cobertura de 46,5%, demonstrando que a atenção básica como estratégia de reorientação do modelo de atenção e a participação popular com o objetivo de garantir a equidade não foram consolidadas e efetivadas de fato, conforme segue os gráficos abaixo:

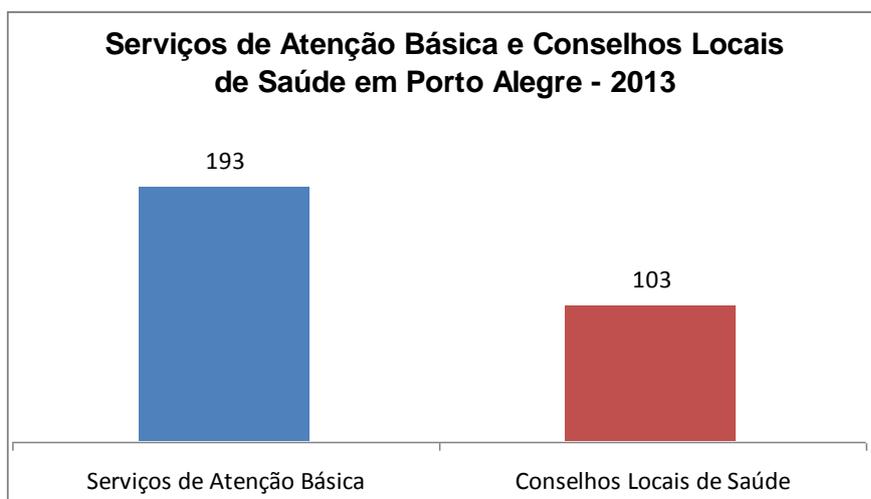


Gráfico 2 – Serviços de Atenção Básica e Conselhos Locais de Saúde em Porto Alegre - 2013
Fonte: sistematizado pela autora com base no Relatório Anual de Gestão 2013 SMS/ POA.

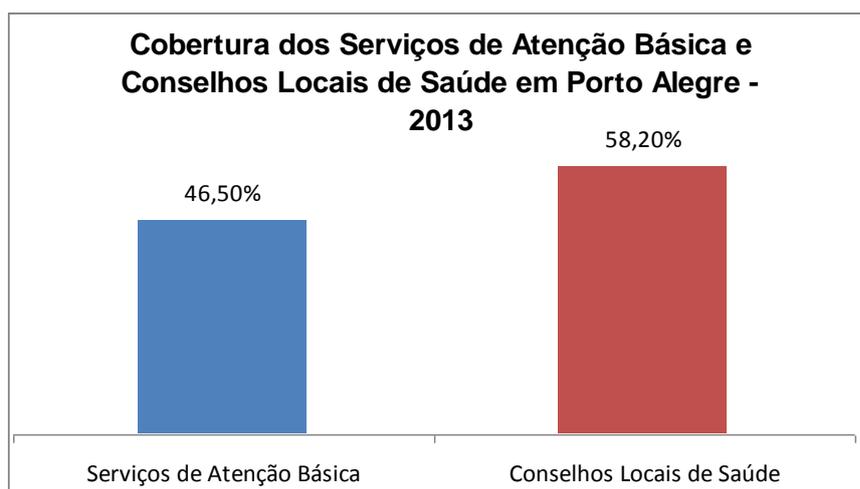


Gráfico 3 – Cobertura dos Serviços de Atenção Básica e Conselhos Locais de Saúde em Porto Alegre – 2013
Fonte: sistematizado pela autora com base no Relatório Anual de Gestão 2013 SMS/ POA.

Segundo dados do Relatório Anual de Gestão 2013 (PORTO ALEGRE, 2013), dos 193 serviços, 61 dos serviços de atenção básica ainda estavam em

processos de habilitação (requisito básico) junto ao Ministério da Saúde. À vista realidade, torna-se evidente que atenção básica não é uma prioridade na agenda política do município de Porto Alegre. É importante salientar que, no quadro que demonstra a cobertura da Atenção Básica em Porto Alegre, a cobertura na verdade aumentou nos últimos anos em relação à Saúde da Família através da transformação de Unidades Básicas em Unidades de Saúde da Família. O que evidencia que não houve efetivamente um aumento de cobertura, pois se observa que somente ocorreu a conversão do modelo de uma grande parte dos serviços que se transformaram em ESF. É sabido que houve a construção de algumas novas unidades, mas elas são poucas e não são evidenciadas nos RAGs.

Além disso, a “ampliação” da atenção básica está sendo realizada de forma privatizante, conforme abordado no capítulo anterior. Diante dessa realidade, a concepção de controle social na atenção básica ainda está em disputa, caracterizando momentos de avanços e recuos na perspectiva de ampliação da cidadania. Os desafios para o controle social em âmbito local estão situados diante de questões: privatização dos serviços básicos de saúde; flexibilização e fragilização das relações de trabalho; introdução de princípios gerencialistas no âmbito das políticas e na dinâmica dos conselhos; flexibilização dos princípios do SUS; redução da participação comunitária ao estritamente local, entre outros.

Esses desafios sinalizam que os mecanismos de controle social na atenção básica se situam no limite da emancipação política, não efetivando a participação popular como diretriz estruturante do SUS e situando-se, muitas vezes, no âmbito de uma cidadania restrita. Desta maneira, buscou-se compreender o controle social na AB para além dos mecanismos institucionais de controle social. As análises evidenciaram através das proposições das Conferências Nacionais e Municipais a importância e necessidade, diante dos limites e das contradições expressos nos mecanismos institucionais, de garantia de formas inovadoras e alternativas de gestão democrática e participativa que não dependam de formalidades.

Os Conselhos Locais de Saúde são instâncias de controle social descentralizados do Conselho Distrital e Conselho Municipal de Saúde no âmbito dos serviços básicos de saúde. Conforme abordado no capítulo anterior, são instâncias deliberativas, de participação social da comunidade e trabalhadores na área de abrangência de cada serviço de saúde, devendo atuar na gestão, fiscalização, planejamento e acompanhamento dos serviços prestados e da política

de saúde. Para extrapolar o caráter estritamente local e setorial devem estar articulados com as outras instâncias de controle social, movimentos sociais e comunitários e com as diferentes políticas intersetoriais.

No decorrer da análise realizada, evidenciou-se, nas proposições das Conferências, a necessidade de fomentar e desenvolver no âmbito os serviços de saúde metodologias participativas através de processos formais e informais de participação da sociedade na democratização da gestão da política de saúde. Os dados evidenciam que, diante das contradições existentes e limites presentes nos mecanismos institucionais de controle social, faz-se necessário pensar em alternativas de criação, articulação e ampliação do controle da sociedade sobre as ações do Estado. Conforme evidenciam os extratos selecionados:

Quadro 8 – Criação, Articulação e Ampliação dos Mecanismos de Controle Social

<p>EXTRATOS Criação, articulação e ampliação dos mecanismos de Controle Social.</p>	<p>O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde (BRASIL, 1992).</p>
	<p>O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem estudar, estimular e implantar formas inovadoras e alternativas de gestão democrática, participativa e sob controle social para a continua modernização da prática gerencial das unidades e serviços de saúde e para aperfeiçoamento do SUS [...] (BRASIL, 1996)</p>
	<p>Constituir espaços de discussão nas comunidades sobre os desafios de construção do SUS, que não dependam de formalidades ou estejam inseridos em espaços de conferência (PORTO ALEGRE, 2003).</p>
	<p>É preciso qualificar o controle social do SUS envolvendo o fortalecimento e a estruturação de uma rede de Conselhos de Saúde, bem como uma ação sinérgica e inclusiva que incorpore os movimentos sociais organizados. Além disso, se faz necessária a criação de mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS, permitindo uma maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão. Todos esses fatores contribuem para a qualificação da administração pública, ampliando o seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa (BRASIL, 2003).</p>
	<p>Implementar nas escolas a discussão sobre o SUS (direitos e deveres) como conteúdo programático para a conscientização do cidadão e como incentivo a participação social (PORTO ALEGRE, 2007).</p>
	<p>Apoiar e ampliar as estratégias de organização e mobilização dos movimentos sociais e populares voltadas para a concretização de suas agendas de luta na defesa dos direitos humanos, da saúde e da cidadania (BRASIL, 2008).</p>
	<p>Ampliar as articulações dos conselhos de saúde das três esferas de governo com os demais órgãos de controle (Tribunais de Contas dos Estados e da União e Ministério Público), Auditoria da Saúde e sociedade civil organizada para melhorar e qualificar o controle social</p>

	no SUS e garantir rapidez e eficiência na apuração e punição de fraudes e malversação de recursos financeiros e materiais na saúde, bem como para a efetiva fiscalização do uso de recursos e ações executadas pelos gestores das três esferas de gestão do SUS, promovendo a inclusão dos conselheiros de saúde em outros conselhos, fortalecendo o compartilhamento e intersetorialidade das ações de controle social (BRASIL, 2008).
--	---

Fonte: dados sistematizados pela autora com base nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais e Municipais de Saúde.

As propostas evidenciam diversas questões que permeiam o debate da participação da sociedade na gestão das políticas públicas. Muitas dessas propostas referem-se não especificamente ao controle social em âmbito local, mas diante da premissa que refere-se a necessária articulação considerou-se que também servem de base para discussão. As propostas apontam desde a necessidade de o controle da sociedade sobre as ações do Estado não se traduzirem reduzidamente em mecanismos formais de participação, visto os limites e os desafios em relação a estes espaços, conforme abordado em capítulo anterior. A articulação com os movimentos sociais, populares e fóruns de saúde é outra questão apontada no sentido de extrapolar o setor saúde e articular com as lutas mais amplas de democratização da sociedade. A criação de novos mecanismos institucionais e o fomento de novas práticas gerenciais também compõe o rol de propostas. Além da necessária articulação com os demais órgãos de controle do Estado e políticas intersetoriais.

Na análise dos dados foi possível perceber que a história da política de saúde brasileira evidencia que as influências da conjuntura nacional e internacional, no bojo das transformações societárias e contrarreformas do Estado, trouxeram variações nas concepções acerca do controle social, em especial na atenção básica. O uso da terminologia Conselho Local de Saúde ou Conselhos Gestores de Saúde não denota, necessariamente, as diferenças políticas e ideológicas que influenciam a concepção de controle social na atenção básica, apesar do segundo apontar para concepção restrita, conforme abordado no subcapítulo anterior.

Consoante com o que foi referido inicialmente, as análises possibilitaram a inferência de que existem duas concepções antagônicas em disputa sobre o controle social na atenção básica. A primeira está embasada nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira concebendo o conceito ampliado de saúde e pautada em uma concepção de controle social enquanto um direito de cidadania, por isto chamada de concepção cidadã; A segunda está embasada em uma concepção gerencialista

pautada em propostas conservadoras, focalizadas e seletivas que visam à racionalização dos custos em saúde com vistas a privilegiar o mercado e não as reais necessidades de saúde. A partir dos dados analisados e objetivando dar visibilidade para o conjunto das reflexões até então realizadas, elaborou-se o quadro a seguir, onde se encontram sistematizadas as premissas dessas concepções antagônicas que incidem no controle social na Atenção Básica.

Quadro 9 - Concepção de Controle Social na Atenção Básica

	CONCEPÇÃO GERENCIALISTA	CONCEPÇÃO CIDADÃ
PREMISSAS	Sociedade civil é reduzida e despolitizada	Sociedade civil como arena de lutas
	Despolitização da Participação e Controle Social	Controle Social e Participação Social como um direito de cidadania
	Complementaridade invertida	Mercado atua somente em caráter complementar e de forma regressiva
	Privatizações e Parcerias Público-Privadas	Saúde como um direito do cidadão e dever do Estado
	Diminuição dos gastos sociais	Financiamento efetivo
	Controle Social restrito aos mecanismos institucionais	Concebe outros espaços de participação social que contribuem para o controle da sociedade sobre as ações do Estado
	Desarticulação entre as instâncias de controle social com ênfase para atuação setorial	Articulação entre as diferentes instâncias e formas controle social voltadas para intersetorialidade
	Universalização excludente	SUS público, estatal, integral e de qualidade sob administração direta do Estado
	Territorialização como barreira de acesso aos serviços	Território em movimento, dinâmico, síntese das relações sociais

Fonte: dados sistematizados pela autora.

As premissas que servem de base para tais concepções distintas expressam os fundamentos que embasam os projetos societários que estão em disputa, historicamente, no campo da saúde, conforme abordado em outros capítulos. A concepção gerencialista está associada ao projeto privatista orientado pelo referencial teórico neoliberal. A concepção pautada na cidadania ou concepção cidadã está calcada e orientada pelos princípios da reforma sanitária e do SUS. Na perspectiva de reatualização de propostas conservadoras e privatistas, observa-se que existe um terceiro projeto societário em disputa, conforme abordado em capítulos anteriores, para o qual concorrem premissas na concepção gerencialista. Este último, utilizando os mesmos conceitos e as mesmas terminologias que originaram o SUS, se propõe a uma ação racionalizadora e administrativa a partir dos quadros técnicos do Estado, permanecendo, assim, adepto ao neoliberalismo

por não formular propostas com radicalidade de mudança para este setor (CAMPOS, 1992).

Nesse sentido, com base nas reflexões de Mendes (1994), o projeto de orientação neoliberal de saúde pode ser sintetizado a partir de três aspectos a serem considerados. O primeiro diz respeito à tendência de privatização, à descentralização e à focalização (assentada na atenção primária seletiva). Soma-se a esta tendência o fortalecimento da atenção médica supletiva, que se constitui em um subsistema privado com baixa regulação estatal que, para seu crescimento, conta com a baixa qualidade do subsistema público.

O segundo aspecto é o fato de que esse processo opera um mecanismo de universalização excludente, pois atrai para o subsistema privado setores com maior poder de compra – mas que não deixam de utilizar os serviços de alta tecnologia do subsistema público, geralmente não cobertos pelo subsistema privado – ao passo que o subsistema público volta-se ao atendimento dos segmentos populacionais mais carentes. Instaura-se assim um sistema de saúde regressivo, com modelos de gestão e atenção em saúde diferente e extremamente discriminatória.

O terceiro pauta-se no reconhecimento de que o projeto de orientação neoliberal é composto por três subsistemas: o de alta tecnologia, contando com recursos públicos como sua principal fonte de financiamento; o de atenção médica supletiva, que detém hegemonia e é composto pelas medicinas de grupo, cooperativas médicas, entre outras modalidades; e o subsistema público, que, por sua vez, pode ser dividido em subsistema público e subsistema privado. Destaca-se ainda a ênfase hospitalocêntrica do subsistema público (herança do modelo médico-privatista), associada à baixa qualidade dos serviços prestados, e falta de articulação entre os níveis de atenção em saúde.

Assim, pensar nos desafios da política de saúde no contexto da contrarreforma do Estado e em uma perspectiva ampliada de atendimento às necessidades sociais, requer pensar o controle social na atenção básica e a política de saúde na articulação com as outras políticas e instâncias de controle social. Procurou-se refletir como se configura o capitalismo na atualidade para uma compreensão ampliada dos atravessamentos que a introdução de princípios gerencialistas imprimiu nas múltiplas dimensões das relações de produção e reprodução da vida social. Para isso, considerou-se importante discutir a crise capitalista no contexto de reestruturação produtiva e as relações entre Estado,

mercado e sociedade civil na buscando evidenciar os limites e possibilidades de ampliação da cidadania na sociedade contemporânea.

A análise das mudanças conjunturais em curso e as transformações societárias ocorridas nas últimas décadas adquiriram visibilidade através das premissas identificadas no plano da estrutura (sociedade econômica) e na relação orgânica com a superestrutura (sociedade política e sociedade civil). A influência dos modelos de gestão e atenção em saúde no controle social no nível da Atenção Básica também adquiririam relevância no se refere à disputa pela materialidade do SUS.

As transformações sociais no contexto da reestruturação produtiva do capitalismo e conseqüente contrarreforma do Estado, como bem apontam os dados, imprimiram novos rumos para política de saúde e para os mecanismos institucionais de controle social no SUS promovendo a introdução de princípios de funcionamento no formato da iniciativa privada, ou seja, na lógica da “otimização dos gastos custe-o-que-custar”. Paralelamente, observou-se que as lutas sociais no campo da saúde e a participação social propiciaram avanços ao longo dos anos no processo de afirmação dos princípios do SUS.

O que se perceber, no contexto da descentralização da política de saúde desde os anos 1990, que para se adequar as necessidades locais e promover a descentralização político-administrativa, o Estado descentraliza, repassando recursos e responsabilidades para sociedade civil, reduzida, na maioria das vezes, ao terceiro setor. A mobilização comunitária e os espaços de participação social, principalmente os institucionalizados, são acionados para atuar na gerência ou gestão controladora de recursos e metas para fazer frente às necessidades sociais pontuais e localizadas (MONTAÑO, 2002). A participação social da comunidade, nesse contexto, é despolitizada do sentido da cidadania como direito e participação como processo existencial, e valorizada no sentido de participar de ações já instituídas e no “controle” da prestação de serviços precários.

Diante dessa lógica, ainda são muitos os desafios quanto à efetivação e consolidação de sistema público estatal, integral, equânime, de qualidade e sob administração direta do Estado. Cotidianamente, presencia-se uma série de dificuldades enfrentadas pelos usuários dos serviços básicos de saúde: filas e demorada espera para atendimento nos serviços de saúde, atendimento desumano,

demora na marcação de consultas especializadas, falta de medicamentos, sucateamento dos serviços de saúde, falta de profissionais, barreiras de acesso, etc.

As dificuldades citadas, além de outras, constituem-se como problemas históricos e evidenciam que a reorientação do modelo de atenção através da atenção básica ainda não foi suficiente, pois está sendo implementada de forma focalizada e sem um financiamento efetivo. As diretrizes do SUS de descentralização e participação popular estão sendo apropriadas por interesses privatistas visando reduzir ou até mesmo retirar a centralidade do Estado, conforme abordado no capítulo anterior.

Na perspectiva gerencialista, a sociedade civil é reduzida e despolitizada de sentido. A participação da sociedade é chamada no sentido de assumir responsabilidade pela atenção à saúde, desresponsabilizando o Estado em relação às suas atribuições exclusivas. A descentralização é proposta como um deslocamento da responsabilidade do Estado para sociedade civil, esta última passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da “participação da comunidade” (BRAVO; CORREIA, 2012).

Dessa forma, compartilhando das reflexões das autoras, na relação entre Estado e sociedade civil, compreendendo-os como uma unidade, o controle social se situa na articulação dialética entre ambos. A sociedade civil é arena de lutas e composta por interesses de classe opostos; nesse sentido, o controle social deve se dar na perspectiva da defesa dos interesses da classe trabalhadora e na construção de contra-hegemonia às tendências do uso do fundo público para o financiamento da reprodução do capital visando superar a racionalidade capitalista (BRAVO; CORREIA, 2012).

O controle social na atenção básica, entendido como processo, não tem um início e muito menos estará consolidado com uma legislação que impulse a criação de mecanismos em todo território nacional. Para Mendes (1994), reformas sociais democráticas são, por natureza, lentas, politicamente contraditórias e custosas. Mudanças rápidas e efêmeras são típicas de regimes autoritários. O campo da democracia é intrinsecamente contraditório, mas comporta a possibilidade de conquistas no limite da emancipação política. Importante desvendar as contradições para avançar em conquistas democráticas com vistas às mudanças estruturais.

Desta maneira, os Conselhos Locais de Saúde necessitam avançar como mecanismos institucionalizados de controle social extrapolando o caráter estritamente local ou no âmbito do serviço de saúde. A falta de articulação com as demais instâncias de controle social, movimentos, organizações comunitárias e políticas intersetoriais podem redundar em despolitização e isolamento porque desconecta das relações societárias mais amplas (COUTO; YASBEK; RAICHELIS, 2010).

O princípio da territorialização dos serviços deve conceber o território para além da dimensão geografia ou área de abrangência dos serviços. O território é movimento, está em processo e é síntese das relações sociais (COUTO; YASBEK; RAICHELIS, 2010). Na saúde, a territorialização é realizada para contribuir com a organização dos serviços e aproximação com a realidade local: não pode se constituir como barreira de acesso aos serviços ou limitar a participação social.

Por fim, as análises realizadas evidenciaram que a concepção de controle social na atenção básica não está dada, de modo que a partir do estudo passou a ser compreendida como um processo, situada na tensão entre projetos societários distintos. Compreende-se que não existe uma concepção oficial como fora pensado inicialmente para construção do presente estudo visto que as concepções presentes no debate estão em disputa, implicando em uma lenta e gradual implementação dos Conselhos Locais de Saúde. Nesse sentido, torna-se importante adensar propostas que apontem para a qualificação da rede de atenção básica com base em modelos públicos estatais de atenção e gestão em saúde, estruturados no controle social com vistas à universalização da cidadania.

CONSIDERAÇÕES

O processo de construção de conhecimento é permeado por múltiplas inquietações e resignificações acerca do objeto de estudo. O conhecimento é metamorfose, é dinâmico, movimento, caracterizando-se em um constante busca. Quando se chega ao final do processo, descobre-se que este pode ser apenas o começo.

Nesse sentido, o presente estudo não pretende esgotar o debate sobre a temática abordada, e sim busca apontar reflexões com vistas a contribuir para discussão e novos estudos acerca do tema. Considerou-se válida a realização do estudo através de fontes documentais de modo que os documentos analisados encontram-se acessíveis e são de domínio público. Deste modo, compreende-se que a pesquisa documental é uma modalidade que possibilita o conhecimento da realidade social do ponto de vista da totalidade, especialmente quando tangenciada pelo método dialético-crítico.

As motivações que levaram à realização do estudo foram as implicações teóricas, práticas e políticas na relação com o tema, expressas no primeiro capítulo: não há neutralidade na ciência e no modo de olhar da pesquisadora. Desta maneira, a conjuntura no que se refere às transformações societárias das últimas décadas do século XX, no contexto da reestruturação produtiva e contrarreforma do Estado, convoca a refletir sobre as tendências de esvaziamento versus as possibilidades de ampliação da cidadania na contemporaneidade.

Analisa-se que muito se tem avançado, no Brasil, com estudos e pesquisas que versam sobre o controle social em saúde, porém, a grande maioria dos estudos, está voltada para análise dos Conselhos e das Conferências de Saúde em cada esfera de governo. Escassas são as produções científicas, documentos e legislações que se referem ao controle social em âmbito local, especificamente no nível de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, buscou-se dar visibilidade para o controle social em âmbito local buscando contribuir com análises que ampliem reflexões acerca dos Conselhos Locais de Saúde.

No entanto, o que os dados e as análises evidenciam é que esta tem sido uma pauta constante nas Conferências de Saúde, mas que a legislação não tem acompanhado e se adequado frentes às transformações sociais. Ficou evidenciado que não existe uma legislação específica para essas instâncias na grande maioria

dos municípios brasileiros. Muitas são as propostas especialmente das Conferências Nacionais, de instituir por lei os mecanismos de controle social em âmbito local. A instituição desses mecanismos por lei refere-se a obrigatoriedade de cumprimento do gestor em relação às resoluções e deliberações dos CLS, afetando, inclusive, no repasse de recursos. Nesse sentido, aponta-se uma contradição ao passo em que se exige uma ampliação da cidadania para além do aparato jurídico, se observa a necessidade de regulamentação dos CLS.

Parece-nos fundamental o reconhecimento destes mecanismos institucionais de controle social como um direito de cidadania e uma possibilidade de adequar os serviços integralmente às realidades locais. Contudo, também se considera importante retomar a reflexão e o debate político sobre a incorporação das demandas e necessidades sociais que não estão representadas nos mecanismos institucionais de controle social visando à ampliação e criação de espaços não institucionalizados de participação social no campo da saúde.

A preocupação reside em não reforçar posições em relação ao abandono ou à ocupação dos mecanismos locais de controle social, e sim reconhecer os limites e as possibilidades presentes na dinâmica contraditória dos mesmos. A reflexão adquire relevância quando os dados evidenciam que a participação social, principalmente nas vias institucionalizadas, é acionada para atuar na gestão controladora de recursos e metas, de forma pontual e localizada para fazer frente às necessidades de saúde.

A política de saúde no Brasil e o controle social em saúde, no contexto da crise estrutural do capitalismo e das transformações societárias das últimas décadas, são compreendidos como mecanismos contraditórios e arenas de lutas na disputa por hegemonia. A análise dos projetos societários em disputa possibilitaram o desvendamento das contradições e as premissas de cada projeto em questão de modo a perceber como se materializam na realidade concreta.

Assim, os modelos de gestão e atenção em saúde adquirem relevância quando se propõe a reflexão sobre as formas de organização social no que se refere a produção e reprodução das relações sociais. As formas de produção de saúde estão, historicamente, em disputa na sociedade e como apontado na VIII CNS, “as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural (BRASIL, 1986)”. A privatização dos serviços públicos e a histórica relação entre o público e o privado na política de saúde sinalizaram que,

diante da disputa entre projetos societários distintos, as propostas privatistas e conservadoras se reatualizam com “novas” roupagens.

Em face das transformações societárias e contexto de contrarreforma do Estado que operaram alterações substanciais nas relações entre Estado e sociedade, observou-se nos capítulos que compõem o estudo, a tendência à redução e eliminação dos direitos historicamente conquistados. Nesse sentido, surgem novos desafios, apontados nas análises, frente às mudanças conjunturais que convocam a reflexão sobre a necessidade de uma práxis consciente, com clareza de finalidade para incidir em mudanças através de perspectiva transformadora com vistas à radicalização da democracia e universalização da cidadania.

Em relação ao problema de pesquisa, buscou-se ao longo do estudo, responder ao questionamento: Qual a concepção expressa na legislação brasileira e em documentos oficiais acerca do controle social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e implicações na implementação dos Conselhos Locais de Saúde?

Considerando as questões norteadoras e em relação às reflexões que emergiram do processo de investigação apontadas ao longo do estudo, pode-se afirmar que não existe uma concepção consolidada expressa na legislação e documentos oficiais sobre controle social na atenção básica. A legislação e resoluções do CNS não tratam, especificamente, do tema, mas compreende-se que embasam as discussões em relação às Conferências e Conselhos de Saúde de forma geral. Os dados evidenciaram que a concepção de controle social, entendida neste estudo como o controle social da sociedade sobre as ações do Estado (CORREIA, 2012), refere-se aos mecanismos institucionais de controle social – Conselhos e Conferências. A participação social em saúde, que não depende de formalidades, é destacada como elemento importante, inclusive, para consolidação e efetivação do controle social em saúde, mas não tem destaque na legislação.

As análises também possibilitaram inferir que, diferentemente do que concebido inicialmente, existem duas concepções antagônicas em disputa sobre o controle social na atenção básica. Também possibilitaram identificar premissas dos dois projetos em disputa no campo da saúde que influenciam na concepção de controle social em saúde e em especial no nível de atenção básica do SUS. Identificou-se uma concepção embasada nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, concebendo o conceito ampliado de saúde, afirmando a concepção de controle social enquanto um direito de cidadania, a qual também foi chamada de concepção

cidadã: compreende o controle da sociedade sobre as ações do Estado para além dos mecanismos formais de controle social em âmbito local a fim de articular as necessidades e realidades locais com o todo, isto é, com as diferentes instâncias de controle, participação social e políticas intersetoriais.

A outra concepção está embasada nos princípios da reforma gerencial do Estado e do projeto privatista, articulando a saúde ao mercado e orientado pelo referencial teórico neoliberal. Está foi identificada como uma concepção gerencialista, reafirmando propostas conservadoras, focalizadas e seletivas que visam à racionalização dos custos em saúde com vistas a privilegiar o mercado e não as reais necessidades de saúde. Nesse sentido, foi importante situar as redefinições do papel do Estado que, sob a orientação dos organismos multilaterais, propõe, através da descentralização, um deslocamento da sua responsabilidade para sociedade civil pela provisão e execução no campo das políticas sociais e na prestação de serviços.

As premissas dessas concepções antagônicas incidem, diretamente, no controle social na Atenção Básica implicando avanços e recuos na implementação dos CLS. Observou-se o contexto de privatização da atenção básica e implementação dos Conselhos Locais de Saúde. No que se referem aos CLS, os dados da pesquisa evidenciaram que, desde 1986, já apareciam nos Relatórios das Conferências de Saúde propostas para instituição desses mecanismos. No entanto, pouco se avançou em legislação específica sobre o tema em âmbito local, não existindo, passados 28 anos, uma legislação que impulse a sua criação em todo território nacional. Além disso, os processos de descentralização e municipalização, previstos no final da década de 1980, ainda estão inconclusos.

Pelas análises realizadas, entende-se que a particularidade do controle social na atenção básica refere-se aos CLS como instâncias de mediação com a política de saúde, na articulação com as outras instâncias de participação e controle social. Desta maneira, deve extrapolar o estritamente local e setorial. A população vivencia as necessidades sociais e em saúde, de forma integral, e não de forma fragmentada e setorializada.

Conforme referido nas análises, pode-se afirmar que existe uma ofensiva no sentido de esvaziar o caráter universal, integral e público do Sistema Único de Saúde repercutindo em diversos desafios para sua efetivação e consolidação do ponto de vista da cidadania. Contudo, no cenário de avanços e recuos, observa-se que a cidadania é resultado de uma luta permanente (COUTINHO, 1999) situada no

campo das lutas e referenciais políticos de classe, em contraposição com as premissas de esvaziamento e despolitização desses referenciais. Desse modo, se afirma a importância de desocultar os limites e possibilidades da democracia e da cidadania na sociedade contemporânea e o papel contraditório que assumem em uma sociedade marcada pela luta de classes antagônicas.

Por fim, não objetiva-se contemplar todos os aspectos emergidos do decorrer do processo de investigação e sim apontar as principais reflexões com vistas a contribuir para discussão do tema. O estudo buscou contemplar todos os aspectos emergidos no processo de investigação buscando compreender o objeto como um todo, dando visibilidade para o processo histórico e suas interrelações. Compreende-se a necessidade de empreender estudos voltados para o controle social na atenção básica.

Refletir sobre os avanços e desafios do controle social no nível de atenção básica do SUS requer estabelecer mediações, desmistificando a relação entre estrutura econômica e superestrutura política (BRAVO; CORREIA, 2012), situando o campo das lutas e referenciais políticos de classe. A sociedade civil se configura como *locus* privilegiado da luta de classes por meio da disputa entre projetos societários antagônicos em busca de hegemonia.

Em relação ao controle social na atenção básica, o grande desafio na atualidade reside em resgatar e adensar propostas voltadas para rede de atenção básica com base em modelos públicos estatais de atenção e gestão em saúde. Assim, reafirma-se a importância de se compreender o controle da sociedade sobre as ações do Estado para além dos mecanismos institucionais e na articulação com os movimentos sociais.

As transformações da sociedade vêm imprimindo mudanças conjunturais, configurando-se em novos desafios e apontando a necessidade de criar novas estratégias em contraposição às contrarreformas de orientação neoliberal. Desta maneira, torna-se importante reconhecer as contradições que se expressam na realidade social como possibilidades objetivas de abertura de novas direções e novos sentidos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Álvaro André. O persistente estado de crise: nexos entre Estado, política social e cidadania no Brasil. In: CAPITALISMO EM CRISE, POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS. São Paulo: Cortez, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14724/2011: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. O que você precisa saber sobre o SUS. 1. ed. São Paulo, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BIZ, Osvaldo; PEDROSO, Elisabeth. **Participação Política**: Limites e Avanços. 8º ed. Porto Alegre: Evangraf. 1999.

BOSCHETTI, Ivanete e SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem paga a Conta? In: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Ed. Cortez, 2007.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

BRASIL. Conselho de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. **Lei n. 8080 de 18 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (**SUS**) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para ESF e o PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para ESF e o PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASILIA. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRAVO, Maria Inês. A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde e a Luta pela Saúde. Cadernos de textos do IV Seminário da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde. Santa Catarina, p. 12 e 13, 2013.

_____; CORREIA, Maria Valéria da Costa. Desafios do Controle Social na Atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012.

_____; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: formação e trabalho profissional**. 2ªed. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1996.

_____. BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Participação Popular e controle social na saúde. In: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1º Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BUTIERRES, Maria Cecília e MENDES, Jussara Maria Rosa. Implicações das transformações societárias na materialização dos direitos sociais. **Sociedade em Debate**, Pelotas, n. 16, p.9-23, 2010.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**. O longo Caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da Reforma**: Repensando a Saúde. 2º ed., São Paulo: Hucitec, 1997.

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. 12. ed. São Paulo: Editora Ática, 2002.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2º, 1995, Porto Alegre. **Relatório Final...** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 1995.

_____. 4º, 2003, Porto Alegre. **Relatório Final...** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

_____. 5º, 2007, Porto Alegre. **Relatório Final...** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

_____. 6º, 2011, Porto Alegre. **Relatório Final...** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

_____. 8º, 1986, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. 9º, 1992, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. 10º, 1996, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. 11º, 2000, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. 12º, 2004, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 13º, 2008, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. 14º, 2012, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2008.

_____. Diagnóstico Situacional 2007 - publicação da Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselhodesaude.poars.br/>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CORREIA, Maria Valéria Correia e BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios do Controle Social na atualidade. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 109, p. 126-150, Cortez, 2012.

_____. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde **brasileira**. **Temporalis**, Brasília, v. 13, p. 11-38, 2007.

_____. Controle Social na Saúde. In: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

_____. Por que ser contra os novos modelos de gestão no SUS. In: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1º Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTIZzYIBnNjBTcHFEbnZaRXBHWNmQQ/edit?pli=1>. Acesso em 23/04/2012.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Cidadania e Modernidade. **Revista Perspectivas**, São Paulo, n. 22, p. 41-59, 1999.

_____. **Marxismo e Política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed., São Paulo: Cortez; 1996.

COUTO, B. R. ; YASBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: _____ et al (org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. 1. ed. São Paulo: Cortez Ed., 2010.

COUTO, B. R. ; YASBEK, M. C.; RAICHELIS, R. **A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS**: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B. R.; YASBEK, M. C.; SILVA, M. O. da S. ; DEGENSZAJN, R. R. . **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. 1. ed. São Paulo: Cortez Ed., 2010.

_____. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CRESWELL, JOHN W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo.** 7.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia – Um debate necessário.** São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREL, Sarah. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Revista Divulgação Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, n. 43, , 2008.

GALEANO, Eduardo. **O Teatro do Bem e do Mal.** Porto Alegre: LePM, 2002.

GASTÃO, Wagner de Souza. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1996.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** v. 3, 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1º Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

HARVEY, David A. **A condição pós-moderna.** São Paulo, Loyola, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social. 5.ed. São Paulo, Cortez, 2011.

_____. Mundialização do capital, “questão social” e Serviço Social no Brasil. In: CBAS: A questão social na América Latina: ofensiva capitalista, resistência de classe e Serviço Social, 12. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, UERJ, 2008.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 7. ed. São Paulo, Cortez, 2004.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1995.

JÚNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer?. In: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1º Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

KONDER, Leandro. **O que é dialética?** São Paulo: Brasiliense, 2000.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 2.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

KRÜGER, Tânia Regina e SOUZA, Andréia Vieira. Participação Social no SUS: Proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. Revista **Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v.3, n.1, 2010.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica Formal, Lógica Dialética**. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

LUKÁCS, G. O processo de democratização. In: SOCIALISMO E DEMOCRATIZAÇÃO: escritos políticos 1956-1971. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2008. p. 83-206.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de Lima; VIANA, Ludmila da Silva. **Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro**. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup, 2008.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro 1 – O Processo de Produção do Capital. V. 1, 29. ed. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Para a Questão Judaica**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

_____. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: UCITEC/ABRASCO, 1996.

_____; FRIEDRICH, Engels. **Manifesto do Partido Comunista**. Edição Comemorativa 150 anos. Bauru, São Paulo: EDIPRO, 1988.

_____. **Manuscritos econômicos filosóficos e outros textos escolhidos**. 2º ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 19-91.

MENDES, E. V. **O SUS e a Atenção Primária à Saúde**, 2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/voo8n2/entrevista.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. IN: HUCITEC – ABRASCO, 6. **Anais...** São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.

NETTO, José Paulo. Crise do Capital e suas consequências societárias. In: SEMINÁRIO ANUAL DE SERVIÇO SOCIAL: CRISE DO CAPITAL, PARTICULARIDADES DA QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL E ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SEU ESTÁGIO ATUAL, 5. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 111, 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, ESZMinistério da Saúde, Ed. Cortez, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. **Desafios para saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PEDROSO, Elisabeth e BIZ, Osvaldo. **Participação Política: Limites e avanços**. 8. ed. Porto Alegre: Evangraf. 1999.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. e STEIN, Rosa Helena. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: CAPITALISMO EM CRISE, POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS. São Paulo: Cortez, 2010.

PINSK, Jaime e PINSK, Carla Bassanezi. **História da Cidadania**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

PIOVENSAN, Flávia. **Direitos humanos**: fundamento, proteção e implementação: perspectivas e desafios contemporâneos. Curitiba: Juruá, 2008.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/transparencia>>. Acesso em: 09 maio 2014.

PRATES, Jane Cruz. O Método Marxiano de Investigação e o Enfoque Misto na Pesquisa Social: uma relação necessária. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n.1, p. 116-128, jan./jul. 2012.

_____. O Planejamento da Pesquisa Social. **Revista Temporalis**, Brasília, ABEPSS, n. 07, 2003.

_____. **Polígrafo para fins didático**. Disciplina de Teoria do Serviço Social II: A produção do conhecimento em Marx. Mimeo. Porto Alegre, FSS/PUCRS, 2002.

RAICHELES, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Ed. Cortez, 2007.

RIBEIRO, Natalina; RAICHELIS, Raquel. Revisitando as influências das agências internacionais na origem dos conselhos de políticas públicas. In: Serviço Social e Sociedade, nº 109. São Paulo: Cortez, 2012.

REIS, Carlos Nelson dos. e WÜNSCH, PAULO ROBERTO. O trabalho e o Minotauro: as constantes metamorfoses de um conflito permanente. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 13 - 22, jan./jun. 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. 2009 Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/auditoria_operacional/ops/AuditoriaOperacional_Porto_Alegre.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

SAKAMOTO, Leonardo. Em São Paulo, o Facebook e o Twitter foram às ruas. In: CIDADES REBELDES. São Paulo: Boitempo, 2013.

SAMPIERI, Roberto H.; FERNÁNDEZ-COLLADO, Carlos; LUCIO, Pilar B. **Metodologia de Pesquisa**. 1. ed. México: McGraw-Hill, 2012.

_____; _____. **Metodologia de Pesquisa**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

SILVA, Ademir Alves da Silva. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

SIMIONATTO, Ivete. Estado e Democracia. In: COSTA, Lúcia Cortes da (org.). **Estado e Democracia: pluralidade de questões**. 1 ed. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2008 (p.13 – 34).

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle Social em saúde e cidadania. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 74, 2003.

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, Aldaíza. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, nº1, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária** — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1>. Acesso em: 21 abr. 2013.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Prática Reflexiva. **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 10, jun.1997.

VERISSIMO, Luis Fernando. **Hipócritas**. Crônica publicada no jornal Zero Hora em 26 de agosto de 2013. Porto Alegre: 2013.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

VIANA Ala, FAUSTO MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra o Capitalismo: a renovação do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2006.

ŽIŽEK, Slavoj. Problemas no Paraíso. In: CIDADES REBELDES. São Paulo: Boitempo, 2013.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL (DADOS QUALITATIVOS)

1. Qual a concepção de controle social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde?
2. Existe regulamentação específica para o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS)?
3. Quais os critérios legais para existência dos CLS?
4. Qual a finalidade dos Conselhos Locais de Saúde?
5. Qual a composição prevista para os CLS?
6. Qual a relação dos CLS com as outras instâncias de Controle Social?
7. Qual a contribuição dos CLS no que se refere a gestão da política de saúde?
8. Qual a relação dos CLS com a gestão municipal?
9. Existe mudança de concepção no período estudado?
10. Qual a contribuição da concepção oficial para consolidação do controle social e ampliação da cidadania?

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL (DADOS QUANTITATIVOS)

1. Quantos serviços de saúde vinculados ao SUS, no nível de atenção básica, existem atualmente em Porto Alegre?
2. Quantos Conselhos Locais de Saúde existem atualmente no município de Porto Alegre?

APÊNDICE C – QUADRO METODOLÓGICO: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

TIPO DE DOCUMENTO	INSTÂNCIA	DISPÕE SOBRE (...)	OBJETIVO	CATEGORIAS PRÉVIAS	LEGISLAÇÃO/ RELATÓRIOS CONFERÊNCIAS (ORIGINAL)	RESUMO
					<u><i>hiperlink</i></u>	<u><i>hiperlink</i></u>

APÊNDICE E - PROPOSIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS SOBRE CONTROLE SOCIAL EM ÂMBITO LOCAL

1° CMS 1991	2° CMS 1996	3° CMS 2000	4° CMS 2003	5°CMS 2007	6° CMS 2011
<p>Estimular a participação popular, fortalecendo as CLIS e CIMS, garantindo seu poder decisório.</p> <p>O planejamento das ações de Saúde deve ser descentralizado – discutido nos serviços de saúde, entre os servidores e com a população, nas CLIS e nas associações de moradores.</p> <p>Constituir conselhos gestores junto às Unidades de Saúde Públicas e privadas.</p> <p>Fiscalização, pela CIMS e pelas CLIS, das verbas do SUS.</p> <p>Acesso da população às informações orçamentárias e fiscalização dos gastos.</p>	<p>Garantia de informação sobre os serviços a partir da Municipalização, em todos os meios de comunicação.</p> <p>Fornecimento de infraestrutura para os Conselhos Distritais e Municipal.</p> <p>Implantação dos “Conselhos Gestores Locais” e “Conselhos Gestores Distritais” para planejar, avaliar e controlar a saúde daquele território.</p> <p>Articulação entre os Conselhos Locais e Distritais garantindo o CMS como instância máxima de deliberação.</p> <p>Integrar a Temática de Saúde do Orçamento Participativo à dinâmica do CMS e introduzir as demandas de investimentos e custeio de saúde no Orçamento Participativo.</p>	<p>Utilizar os meios de comunicação para informar a população dos seus direitos.</p> <p>Adequação da estrutura dos conselhos para função de fiscalização.</p> <p>Instituir política de formação de conselheiros.</p> <p>Transformar os Conselhos Locais de Saúde em Conselhos Distritais de Saúde;</p> <p>Estender os Conselhos gestores a todos os serviços de Saúde.</p> <p>Realização de capacitações conjuntas e Seminário de integração de</p>	<p>Incentivar a participação da população nos conselhos locais de saúde e outros conselhos, garantindo a fiscalização nos serviços da rede pública e privada para a qualificação no atendimento.</p> <p>Constituir espaços de discussão nas comunidades sobre os desafios de construção do SUS, que não dependam de formalidades ou estejam inseridos em espaços de conferência.</p> <p>Discussão, com pauta fixa, sobre os indicadores no Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais para a criação da consciência do direito sobre as reais necessidades sociais em saúde da população (perfil epidemiológico, evolução e diagnóstico de patologias).</p> <p>Mobilizar a comunidade, unindo-a através de debates e palestras, reuniões e conferências,</p>	<p>Reforçar a importância dos distritos sanitários através da regionalização, como pontos da rede articulada dos serviços e não como ilhas isoladas.</p> <p>Implantar gestão democrática no SUS nos moldes da educação através de eleição direta para os coordenadores dos serviços de saúde.</p> <p>Os gestores do SUS e controle social devem intensificar a articulação intersetorial na sua região, buscando o trabalho conjunto com os demais órgãos (meio ambiente, saneamento básico, educação, assistência social, habitação), com o objetivo de contemplar o</p>	<p>Fortalecer o papel de fiscalização do controle social, respeitando e garantindo as ações e deliberações dos Conselhos de Saúde.</p> <p>Garantir, através da mobilização da comunidade (Conselhos Locais e Distritais de Saúde e Assistência Social), que as demandas elencadas nos Planos de Investimentos do Orçamento Participativo sejam cumpridas pelo governo repassando os recursos ao Fundo Municipal de Saúde.</p> <p>Garantir o cumprimento de projetos aprovados pelo controle social-conselhos de saúde, independente de mudanças de governo.</p> <p>Controlar e fiscalizar os gestores e prestadores de serviços de saúde (instituições privadas e ONGs que aderem a convênios com o SUS), garantindo que esses serviços sejam guiados pelos princípios do SUS.</p> <p>Garantir os direitos e ampliar o espaço de controle social para</p>

<p>Criar um Fórum permanente de saúde para mobilização pública, para se opor às medidas privatizantes.</p>	<p>Estabelecer no início de cada ano calendário de discussão das prioridades de saúde nas regiões do OP.</p> <p>Racionalização dos Fóruns de participação através da interinstitucionalidade;</p> <p>Recomendar organização de seminário sobre saúde, habitação e outras áreas e as relações entre os Conselhos com as Temáticas e com o OP.</p>	<p>Conselheiros de saúde e OP.</p> <p>Integração de agendas dos conselhos de saúde e reuniões regionais do OP.</p> <p>Desmembrar o Conselho Local de Saúde da região restinga/extremo sul.</p> <p>Prestação de contas - dados epidemiológicos, administrativos e financeiros dos serviços de saúde aos conselhos.</p>	<p>para que alcance as mudanças desejadas. Nas reuniões locais a comunidade (usuários) tem pouca participação, a maioria dos participantes é composta por profissionais de saúde e muitos usuários não têm conhecimento da realização de reuniões do conselho local de saúde. Há empecilhos à participação da comunidade, especialmente pelas dificuldades de acesso e financeira (passagem, etc.). Deveriam ser feitas mobilizações entre associações de moradores para encaminharem seus representantes a estas reuniões, criando mecanismos de incentivo à mobilização comunitária para a efetivação do controle social, considerando a peculiaridade de cada região.</p> <p>Estimular e efetivar o controle social, através da conscientização e da educação da população e do trabalho de base, a fim de ampliar e qualificar a participação nos Conselhos</p>	<p>conceito ampliado de saúde preconizado pelo SUS.</p> <p>Que o controle social proponha e acompanhe os estudos da capacidade instalada dos serviços a fim de que as ações de saúde sejam baseadas na realidade local.</p> <p>Promover capacitação para os conselheiros, principalmente para os usuários, sobre processo de funcionamento dos serviços e formação e composição das equipes de saúde. É necessário instrumentalizá-los para participar dessa discussão, pois eles não se sentem capacitados para tal.</p> <p>Garantir recursos públicos para a capacitação de Conselheiros, lideranças comunitárias e usuários.</p>	<p>as populações em situação de vulnerabilidade social</p> <p>Garantir a implantação, implementação, viabilização e fortalecimento dos Conselhos Locais/ Gestores/ Câmaras Técnicas em todos os serviços de saúde do município, garantindo o que consta em lei.</p> <p>Mobilizar e instrumentalizar a comunidade para a implementação dos conselhos locais de saúde e para uma melhor fiscalização das ações realizadas em saúde.</p> <p>Criar reuniões periódicas das equipes de saúde com conselheiros locais de saúde.</p> <p>Informar a população, periodicamente através do conselho local, sobre a prestação dos serviços de saúde e o número de consultas especializadas agendadas.</p> <p>Incentivar a criação de conselhos locais de saúde em todos os serviços de saúde (ESF, UBS, Centro de Saúde e hospitais) e de conselhos gestores e câmaras técnicas (hospitais privados, Santas Casas e fundações públicas de direito privado que prestam serviços ao SUS) onde não</p>
--	--	---	---	---	--

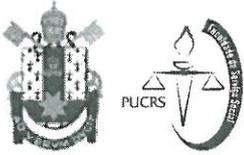
			<p>Gestores e Locais, nos Fóruns e nas Conferências.</p> <p>Estimular, incentivar e garantir a participação do trabalhador de saúde nos fóruns de discussão, CLS e CMS, para que possam relatar suas dificuldades e obter o apoio dos demais segmentos sociais visando à qualificação dos serviços de saúde.</p> <p>Desenvolver programas contínuos de capacitação de conselheiros.</p> <p>Desenvolver programas de capacitação para as lideranças comunitárias para se tornarem agentes de mudança das transformações sociais.</p> <p>Elaborar material educativo de fácil acesso e linguagem com distribuição nacional para capacitação de conselheiros de saúde e para o conhecimento dos demais usuários, no sentido de estimular o surgimento de novas lideranças.</p> <p>Promover a mudança de postura dos trabalhadores de saúde frente à</p>	<p>Implementar nas escolas a discussão sobre o SUS (direitos e deveres) como conteúdo programático para a conscientização do cidadão e como incentivo a participação social.</p> <p>Ampliar a rede de controle social, fazendo resgate do seu conceito e implantando Conselhos Gestores e Locais de Saúde em todos os serviços, inclusive nos hospitais vinculados ao SUS, garantindo estrutura física e condições para que possam melhor cumprir suas funções, inclusive a de fiscalização.</p> <p>Estimular a participação da população nas instâncias de controle social com a descentralização do poder.</p>	<p>houver e incrementar as existentes com obrigatoriedade do critério de paridade em todos eles (50% usuários, 25% trabalhadores, 25% gestores e prestadores)</p> <p>Garantir a suficiência de recursos, criando e fortalecendo espaços de participação comunitária e controle social (Conselhos locais e distritais, Orçamento Participativo, Fóruns e Movimentos Sociais).</p> <p>Criar Comissões Organizadoras para a condução do processo de implantação e viabilização dos conselhos locais, gestores/ câmaras técnicas, bem como acompanhar e fiscalizar a sua efetividade.</p> <p>Intensificar e estimular a participação dos trabalhadores nos conselhos locais, de gestores e nas câmaras técnicas.</p> <p>Garantir que os Conselhos Locais participem da organização, avaliação e acompanhamento do acolhimento, discutam os critérios de cadastramento dos usuários para o acesso e fluxos de atendimento dos serviços de</p>
--	--	--	--	--	--

			<p>participação da comunidade no controle social, através da conscientização, educação e coerência.</p> <p>Implementar e efetivar os conselhos gestores em toda a cidade, garantindo a participação e o controle social em todo o município, bem como a garantia da legitimação das responsabilidades e cumprimento das propostas/demandas e ações destes conselhos para não virarem apenas um espaço de ouvidoria</p> <p>Implementar, efetivamente, os conselhos gestores locais, junto às unidades de saúde.</p> <p>Incentivar os usuários para assumir com mais intensidade a corresponsabilidade no processo de construção e gestão do SUS que queremos.</p> <p>Garantir que o Conselho Municipal de Saúde seja o espaço legítimo para o encaminhamento de denúncias e resolutividade das mesmas.</p>	<p>saúde, a partir da realidade do território.</p> <p>Incentivar os Conselhos Locais de Saúde, Conselhos, Distritais de Saúde, Conselho Municipal de Saúde à participação no Orçamento Participativo e temáticas de saúde.</p> <p>Promover ações através de debates e materiais de divulgação sobre a importância dos Conselhos Locais de Saúde e da participação das comunidades nos espaços de Controle Social.</p> <p>Criar ouvidorias locais nos Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde (realizada pelos conselheiros).</p> <p>Fortalecer e qualificar os conselhos de saúde, criando estratégias de informação, mobilização e participação da comunidade no controle social.</p> <p>Subsidiar apoio (financeiro, transporte...) para os conselheiros visitarem as entidades de base comunitária para chamamento à participação para as questões de saúde.</p>
--	--	--	--	--

			<p>Garantir a participação da comunidade na definição da composição da equipe multiprofissional da US/PSF, bem como no planejamento das ações a serem desenvolvidas no território.</p> <p>Organizar uma sistemática de discussões nos Conselhos Locais e regiões para que estas sejam mais qualificadas nas pré-conferências.</p>		<p>Garantir a autonomia política e financeira dos conselhos de saúde, assegurando a estrutura de financiamento e criando condições para participação dos trabalhadores e usuários no controle social, garantindo espaço físico, equipamentos e materiais para a realização das atividades dos conselhos de saúde.</p> <p>Mobilizar trabalhadores, usuários, comunidade escolar, lideranças comunitárias e outros através de educação permanente, capacitação continuada e seminários sobre o tema controle social e cidadania, potencializando a inclusão do tema a partir do ensino fundamental.</p> <p>Educar permanentemente os conselheiros sobre a política de saúde (através de oficinas, rodas de discussão com a comunidade e profissionais de saúde, etc), a nível local e distrital.</p> <p>Identificar os elementos que possibilitem a participação da população no controle social através de oficinas de reflexão de metodologias.</p> <p>Garantir a alternância</p>
--	--	--	---	--	---

					<p>regimental nas presidências dos conselhos.</p> <p>Afirmar o SUS como um patrimônio do povo brasileiro, direito de cidadania, operacionalizado através do controle e participação social.</p> <p>Criar e fortalecer conselhos locais de saúde.</p> <p>Criar, fortalecer e qualificar os conselhos de saúde.</p> <p>Instrumentalizar a comunidade para uma melhor fiscalização das ações realizadas em saúde.</p> <p>Respeitar e garantir as ações e deliberações dos conselhos de Saúde.</p> <p>Informar a população sobre o que é o controle social.</p> <p>Criar estratégia de mobilização para participação no controle social.</p>
--	--	--	--	--	--

**ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA FACULDADE DE
SERVIÇO SOCIAL DA PUCRS**



Porto Alegre, 23 de abril de 2013

Encaminho o projeto de pesquisa sob o número 10/2013 intitulado "**O CONTROLE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**" da mestrandia Elisa de Andrade Abreu.

De acordo com a avaliação o projeto enquadra-se na seguinte categoria:

- (X) Aprovado
- () Com pendências – anexar parecer
- () Não aprovado – anexar parecer

Atenciosamente,

Profª. Dra. Patrícia Krieger Grossi
Coordenadora adjunta da Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social - FSS/PUCRS

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681-P. 15-sala 330-CEP90619-900

Porto Alegre – RS - Brasil

Fone: (51) 3320-3539 – Fax (51) 3320-3606

E-mail: servico-social-pg@puhrs.br

www.puhrs.br/fss/pos