

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS**  
**MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**MYTZLY MARQUES GUEX DUTRA**

**ANÁLISE DOS LIMITES DO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO DO CONSELHO GESTOR DA**  
**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – CSU AREAL/PELOTAS-RS**

Pelotas

2015

**MYTZLY MARQUES GUEX DUTRA**

**ANÁLISE DOS LIMITES DO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO DO CONSELHO GESTOR DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – CSU AREAL/PELOTAS-RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Política social, do Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Vini Rabassa da Silva

Pelotas

2015

**MYTZLY MARQUES GUEX DUTRA**

**ANÁLISE DOS LIMITES DO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO DO CONSELHO GESTOR DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – CSU AREAL/PELOTAS-RS**

Dissertação submetida à avaliação pela Banca Examinadora no Programa de Pós-Graduação em Política Social, Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da Universidade Católica de Pelotas como requisito para obtenção do Título de Mestre em Política Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador Profa. Dra. Vini Rabassa da Silva – UCPel

---

Profa. Dra. Mara Rosange Acosta de Medeiros – UCPel

---

Profa. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim – UFPel

Pelotas  
2015

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D978a Dutra, Mytzly Marques Guex  
**Análise dos limites do controle social na atenção primária em saúde.** /,  
Mytzly Marques Guex Dutra . – Pelotas: UCPEL, 2015.  
142f.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de  
Pós-Graduação em Política Social, Pelotas, BR-RS, 2015. Orientador: Vini  
Rabassa da Silva.  
1.participação popular. 2.controle social democrático. 3. Unidade Básica  
de Saúde. 4. Conselho Gestor Local. I. Silva, Vini Rabassa da, or. II. Título.  
CDD 362

Dedico este trabalho a meu pai Renê  
Moreira Dutra Jr (in memoriam) que  
viveu despido de preconceitos, amou a  
política e a coletividade e sempre  
acreditou na revolução.

## AGRADECIMENTO

Uma citação atribuída a Cervantes traz que “Quando se sonha sozinho é apenas um sonho. Quando se sonha juntos é o começo da realidade”, muitas pessoas sonharam comigo e foram essenciais para que o sonho de outrora se transmutasse em realidade. Nestes agradecimentos espero não esquecer de nenhuma e, se assim o fizer, me desculpe antemão.

Agradeço primeiramente a Deus em todos os seus nomes e formas, a beleza, a plenitude e a verdade.

À mulher da minha vida Neelfay Marques Guex, minha mãe, minha fortaleza e minha melhor amiga.

À minha família e aos amigos que de perto ou de longe sempre me apoiaram e se orgulham com todas as minhas conquistas. Obrigada Vó Zê, mano,afilhadas, primas, primos, tios, tias, Sérgio, Cléo, Augusto, Cê e Vera!

Ao Inácio, razão do meu afeto, por todo companheirismo,por suportar minha ausência e algumas crises de nervos com carinho, compreensão e paciência.

A queridae admirável LenaraStelmake,colega de trabalho e amiga. Sem o teu apoio e orientação eu não teria entrado no PPG em Política Social da UCPel. Obrigada!

À Fabiana Neumann, Darinny Machado, Glória Drawanz, Raquel Falchi e Daiane Ugoskicolegas de mestrado que a convivência fez amigas. Serei sempre grata por todos nossos cafés, oportunistadesímpares de construção dialogada desconhecimento e afeto.

Aos usuários e a equipe de trabalhadores da UBS CSU Areal por me apoiarem nesta empreitada. Em especial à professora Dr<sup>a</sup>Maria Aurora César, chefia da UBS CSU Areal, por todo apoio e incentivo e aRosemeri Costa e Rosemeri Rodrigues, queridas companheiras da enfermagem, que em muitas ocasiões trabalharam sozinhas para que eu pudesse comparecer as aulas e orientações.

A todos docentes do PPG em Política Social daUCPel. Em especial a professora Dr<sup>a</sup> Myriam Siqueira da Cunha pelas importantes contribuições ao desenvolvimento desta pesquisa.

As professorasDr<sup>a</sup> Mara Rosange e Dr<sup>a</sup> Vanda Jardim por aceitarem com presteza e carinho o convite para comporem a banca desta dissertação. Á professora Vanda também agradeço pelas contribuições realizadas na Banca de Qualificação.

À minha orientadora, professora Dr<sup>a</sup> Vini Rabassa da Silva, por todo carinho, compreensão, apoio, presença e competência com que me orientou. Foi um privilégio ter sido sua orientanda, sem a fortaleza e potência da tua orientação eu não teria chegado até aqui!

“Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos [otimismo e pessimismo] e os supera: sou pessimista com a inteligência, mas otimista com a vontade. Em cada circunstância penso na hipótese pior, para pôr em movimento todas as reservas de vontade e ser capaz de abater o obstáculo”.

A. Gramsci

## RESUMO

As profundas mudanças estabelecidas pela constituição de 1988 declaram a instituição de um Estado Democrático de Direito em que é garantida a participação direta da população no planejamento, fiscalização e execução das políticas sociais. No que tange ao controle social democrático da política de saúde, o processo de descentralização propiciou o estabelecimento de inúmeros mecanismos legítimos de participação popular nas diferentes instâncias da federação (nacional, estadual, municipal) e, ainda, os conselhos gestores locais de saúde. Fortalecer o espaço legítimo dos conselhos gestores é de suma importância na luta pela qualificação da política de saúde e pela manutenção da saúde enquanto direito universal em um cenário político econômico de tendência neoliberal que acena para o retrocesso das garantias de bem estar social. Este estudo analisa a história do Conselho Gestor de uma Unidade Básica de Saúde, do município de Pelotas/RS, que desenvolveu suas atividades de 2003 a 2008, para descobrir os aspectos determinantes de sua extinção, a fim de indicar elementos que necessitam de superação, tendo em vista a efetivação do controle social democrático desde a porta de entrada da política de saúde. Foi desenvolvido através de um estudo de caso de abordagem qualitativa dentro do enfoque dialético crítico, que utilizou como procedimentos metodológicos o estudo documental e as entrevistas semiestruturadas com sujeitos direta e indiretamente vinculados ao referido conselho. As descobertas da pesquisa indicam como determinantes da dissolução deste espaço: o fato de sua criação advir de um processo “de cima para baixo”, associado à reprodução de uma cultura de subalternidade no seio deste mecanismo e ao temor e desconhecimento do significado real do controle social democrático por parte dos conselheiros e da equipe da UBS. Estas determinações permitiram a constatação de que o referido conselho foi uma instância figurativa de controle social, o que incide entre os motivos de sua dissolução. Embora com todas as dificuldades enfrentadas, decorrentes da história de desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, os conselhos gestores seguem sendo espaços com potencial de exercício da participação popular, cidadania ativa e controle social democrático. Por isto, é fundamental conhecer e trabalhar as contradições que os atravessam, para poder descobrir estratégias que permitam a superação dos limites enfrentados por conselhos gestores de saúde. E, para isto, os conselhos gestores locais necessitam de atenção especial, enquanto espaços mais próximos do cotidiano da

população, e, portanto, de sua mobilização, formação e organização para defesa de uma saúde pública de qualidade.

Palavras-chave: Participação Popular; Controle Social Democrático, Unidade Básica de Saúde; Conselho Gestor Local.

## ABSTRACT

The profound changes established by the 1988 constitution declared the establishment of a democratic state in which is guaranteed direct involvement in the planning, supervision and execution of social policies. Regarding the democratic social control of health policy, the decentralization process led to the establishment of numerous legitimate mechanisms of popular participation in the different bodies of the federation (national, state, municipal) and also the local administrative health councils. To strengthen the legitimate place of management councils is of paramount importance in the fight for qualification of health policy, and the maintenance of health as a universal right in an neoliberal trend of economic political scene about to rewind the guarantees of social welfare. This study analyzes the history of the Management Board of a Basic Health Unit (BHU) in the municipality of Pelotas/RS, which developed its activities from 2003 to 2008, to discover the key aspects of its extinction. It was developed through a qualitative approach case study within the critical dialectical approach, which used documentary study and semi-structured interviews with individuals directly and indirectly linked to the board as instruments. The research findings indicate as determinants of dissolution of this space: the fact that their creation comes from a process "from above", associated with the reproduction of a subordinate culture within this mechanism and the fear and ignorance of the real meaning of social democratic control by the directors and staff of the BHU. These determinations led to the finding that the board was a figurative instance of social control, which figures among the reasons for its dissolution. Even with all the difficulties, arising from social political development of history in Brazil, the management councils continue to be spaces with public participation exercise potential, active citizenship and democratic social control. So it is essential to know and work the contradictions that run through them, to be able to find strategies to overcome the limitations faced by managers of health councils. And for that, local management councils need special attention, as closer areas of population's daily life, and therefore of their mobilization, training and organization for the defense of public health quality.

**Keywords:** Popular Participation; Social Democratic control, Basic Health Unit; Local Management Council.

## LISTA DE QUADROS

Quadro – 1 Reuniões do conselho com registro documentado .....	77
Quadro - 2 Artigos que abordam o Controle Social oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo.....	115
Quadro - 3 Continuação Artigos que abordam o Controle Social oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo.....	116
Quadro - 4 Artigos que abordam a instância dos Conselhos Gestores de Saúde oriundos de pesquisa no banco de dados Biblioteca Virtual de Saúde /BIREME .....	117

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEP/UCPel	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas
CGLS	Conselho Gestor Local de Saúde
CIEE	Centro de Integração Empresa-Escola
CMSPel	Conselho Municipal de Saúde de Pelotas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COP	Circulo Operário Pelotense
CRT	Conselheiro Representante dos Trabalhadores
CRU	Conselheiro Representante dos Usuários
CS	Controle Social
CSD	Controle Social Democrático
CSU	Centro Social Urbano
DeCS	Descritores em ciências da Saúde
DMS	Departamento de Medicina Social
EaD	Ensino à Distância
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAU	Fundação de Apoio Universitário
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família.
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LCE	Liderança Comunitária Externa
LCI	Liderança Comunitária Informal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

ONG	Organização Não Governamental
PCMSP	Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde Saneamento
PPA	Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
Pubmed	Public Medline
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica Saúde
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
VI CMS	Sexta Conferência Municipal de Saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico
VIII CNS	Oitava Conferência Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1    CAPÍTULO - DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>22</b>
<b>1.1    Democracia e participação política: uma breve abordagem conceitual.....</b>	<b>22</b>
1.1.1    Democracia.....	22
1.1.2    Participação Política .....	26
<b>1.2    O processo de democratização do Estado e da política de saúde no Brasil: de 1970 à 1990 .....</b>	<b>28</b>
<b>1.3    Trajetória       da       política       de       saúde       no       Brasil .....</b>	<b>34</b>
<b>2    CAPÍTULO - O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE COMO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>42</b>
<b>2.1    A Trajetória do Controle Social na Política de Saúde .....</b>	<b>42</b>
<b>2.2    Revisitando produções científicas sobre o Controle Social na Política de Saúde... .....</b>	<b>522</b>
<b>2.3    O Conselho Gestor Local de Saúde da UBS CSU Areal como objeto de estudo .....</b>	<b>55</b>
2.3.1    Apresentação da pesquisa: motivações da pesquisadora, justificativa da pesquisa e procedimentos metodológicos .....	55
2.3.2    O contexto institucional do CGLS da UBS CSU Areal .....	62
2.3.3    Perfil dos sujeitos pesquisados .....	66
<b>3    CAPÍTULO III: O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO POR UM CONSELHO GESTOR LOCAL: PERCEPÇÕES E DETERMINAÇÕES DA EXTINÇÃO DO CGL DA UBS ESCOLA CSU AREAL .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1    A Gênese “de cima para baixo”: o começo do fim .....</b>	<b>70</b>
<b>3.2    “Nós” e “eles, os pacientes”: a reprodução de uma cultura de subalternidade..</b>	<b>78</b>
<b>3.3    Uma instância figurativa de Controle Social Democrático: a participação reprodutora não produz democratização da política de saúde.....</b>	<b>85</b>

<b>3.4</b>	<b>O temor e o desconhecimento do Controle Social Democrático como mordças...</b>	<b>97</b>
	.....	
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>102</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE A - ARTIGOS QUE ABORDAM OS DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL ORIUNDOS DE PESQUISA NO BANCO DE DADOS SCIELO ....</b>	<b>115</b>
	<b>APÊNDICE B – ARTIGOS QUE ABORDAM A INSTÂNCIA DOS CONSELHOS GESTORES DE SAÚDE ORIUNDOS DE PESQUISA NO BANCO DE DADOS BVS/BIREME.....</b>	<b>117</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>118</b>
	<b>ANEXO A - OFÍCIO CIRCULAR DO GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS Nº 014/2003.....</b>	<b>119</b>
	<b>ANEXO B – MATERIAL ANEXADO AO OFÍCIO CIRCULAR DO GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS Nº 014/2003.....</b>	<b>120</b>
	<b>ANEXO C – REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS .....</b>	<b>121</b>

## INTRODUÇÃO

A legislação brasileira estabelece no art. 196 da Constituição Federal que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Este direito deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos de forma universal e igualitária (BRASIL, 1988, art.196) e do respeito às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), entre elas, a descentralização, atenção integral<sup>1</sup> e a participação popular no Controle Social (Brasil, art.198). A área de interesse deste estudo é em sentido mais amplo o Controle Social (CS) na Atenção Primária à Saúde (APS), entendendo-o como sinônimo de Controle Social Democrático (CSD), ou seja, como controle que a sociedade civil organizada exerce sobre o Estado, fiscalizando as suas ações no âmbito da política da saúde.

Segundo Correia (2005, p.49) o controle social é compreendido como “controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado”. Os conselhos de políticas públicas, existentes nas três esferas da federação e na base, são mecanismos ou instrumentos de controle social da função administrativa do Estado no campo das políticas sociais.

Na política da saúde os conselhos figuram entre as estruturas institucionalizadas que garantem a participação e o controle social, com representatividade paritária<sup>2</sup> dos distintos sujeitos sociais (BRASIL, 2009). São órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde Brasileiro, existentes nas três esferas de gestão (Conselho Nacional, Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais), com composição, organização e competências fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2009). Os conselhos de saúde atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (NOB SUS 333/2003). São espaços de elaboração, avaliação e

---

<sup>1</sup>Atenção Integral aos usuários só é possível a partir do alcance de um princípio fundamental do SUS denominado Integralidade. Este princípio garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A integralidade é um conceito complexo que também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009 p.192)

<sup>2</sup> Mantendo o que propôs a resolução nº33/92 do CNS e conforme as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde as vagas nos conselhos deverão ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (NOB SUS 333/2003, p.5).

fiscalização das políticas públicas (MENEZES, 2010). O processo de descentralização<sup>3</sup> da política de saúde possibilitou a ampliação dos conselhos de saúde para além das três esferas o que propícia o estabelecimento também de Conselhos Regionais, Conselhos Gestores Locais e Conselhos Distritais de Saúde (NOB SUS 333/2003).

Segundo a resolução 333/2003 estas instâncias da base devem ser coordenadas pelo Conselho de Saúde da esfera correspondente. Entre as finalidades de um Conselho Gestor Local de Saúde (GGLS) estão à aquisição de conhecimento sobre a realidade da área da Unidade Básica de Saúde (UBS<sup>4</sup>) e do trabalho realizado na mesma, a discussão dos conselheiros junto à população usuária, os trabalhadores, o gestor e os prestadores de serviço terceirizado sobre o plano de trabalho desta e as prioridades e ações que deverão ser desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS). O CGLS também avalia o atendimento da unidade, propõe melhorias na atenção, discute sobre os recursos humanos e materiais e as condições de trabalho, propõe ações de capacitação para a equipe e de educação popular para a comunidade. Esta instância também tem por função buscar informações e cobrar a efetivação de direitos na Secretária Municipal de Saúde, no Conselho Municipal de Saúde (CMSPe) e em outros órgãos afins.

O trabalho do conselho local não se restringe ao espaço da UBS, ele pode e deve ser desenvolvido em todos os espaços de interação social da comunidade, proporcionando ações de fortalecimento, organização e mobilização da população e uma maior integração entre a mesma e os trabalhadores de saúde.

Neste contexto, considera-se importante a atuação dos trabalhadores da área da saúde na formação de opinião, na educação em saúde e na promoção de ações que esclareçam os sujeitos do território<sup>5</sup> da importância, do poder e do direito que eles

---

<sup>3</sup>É um processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2009, p. 115)

<sup>4</sup> Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nessas áreas (BRASIL, 2009, p.246)

<sup>5</sup> Território é a unidade espacial, que é base do sistema de saúde, é o território que corresponde às áreas de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde. Neste processo de delimitação de áreas é identificado, dentre outros, o território-área que diz respeito à delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde (FONSECA, 2007, p.213). Neste estudo a palavra território é compreendida como território área. Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em relação de identidades comuns, sejam elas culturais sociais ou outras. O município pode ser dividido em diversos territórios para implementação das áreas de abrangências das equipes de unidades básicas de saúde (BRASIL, 2009, p.236). Territorialização é um conceito técnico utilizado no âmbito da gestão da Saúde que consiste na definição de territórios vivos com suas margens de responsabilização sanitária, quais sejam áreas de abrangência ou de influência dos serviços (BRASIL, 2009, p.237).

possuem de participarem dos espaços de controle social democrático da política de saúde.

A reflexão crítica sobre a trajetória das políticas sociais em nosso país, e especialmente sobre a trajetória da política de saúde no Brasil<sup>6</sup> também justificam a importância do engajamento da sociedade civil nos processos de controle social da política de saúde. O conhecimento da história política de nosso país descortina um passado onde o direito a democracia participativa era inexistente, onde o controle social era compreendido como o controle coercitivo do estado (poder de polícia) sobre os cidadãos, onde o direito a seguridade social –previdência, assistência social e saúde- não era uma garantia constitucionalizada, onde o direito a previdência e a saúde tinham sua centralidade no trabalho e na contribuição, ou seja, não eram direitos universais e sim uma garantia de uma parcela de cidadãos inseridos no mercado de trabalho.

Com base em estudos prévios para elaboração do referencial teórico desta pesquisa, foi possível perceber que diversos trabalhos abordam como área de interesse o controle social, mas poucos são os trabalhos que tem como objeto de pesquisa os Conselhos Gestores Locais de Saúde. Este fato confirma a necessidade de mais estudos sobre o tema e reforça a relevância acadêmica deste estudo que teve por problema de pesquisa conhecer os aspectos socioeconômicos e políticos que influenciaram na dissolução de um Conselho Gestor Local de Saúde.

Em termos mais restritos, a área de interesse, o tema deste estudo é o controle social no espaço do extinto Conselho Gestor Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano Areal (CSU AREAL) e teve por fim realizar uma análise dos limites do exercício do Controle Social Democrático, neste conselho, a partir da análise de sua história para buscar os aspectos determinantes de sua extinção a fim de indicar elementos que necessitam de superação, tendo em vista a efetivação do controle social democrático desde a porta de entrada da política de saúde.

O Conselho Gestor Local de Saúde é a instância mais próxima dos usuários do SUSE do cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, base e principal porta de entrada do SUS. A Unidade Básica de Saúde CSU Areal é vinculada ao Departamento de Medicina Social (DMS) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e possuía um Conselho Gestor de saúde, que funcionou por cinco anos (de 2003 a 2008) e foi desativado em 2008.

---

<sup>6</sup> A Trajetória da Política de Saúde no Brasil será abordada no referencial teórico deste projeto de pesquisa.

A partir daí surgiu o questionamento sobre quais foram os aspectos determinantes da extinção do Conselho Gestor Local de Saúde da UBS CSU Areal. Para isto, este estudo se propõe a atingir os seguintes objetivos específicos: (a) Conhecer a gênese do Conselho Gestor Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano Areal, (b) investigar o percurso desenvolvido pelo Conselho Gestor Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano Areal em seus aspectos estruturais e organizacionais, (c) analisar a participação dos conselheiros nos espaços de participação popular em nível local e municipal e (d) identificar as conquistas, dificuldades e limites do Conselho Gestor Local de Saúde para a UBS e a população de sua área de abrangência.

O caminho metodológico deste estudo de abordagem qualitativa é guiado pela dialética marxista, desta feita, a dissolução do CGLS da UBS CSU Areal não poderia ser analisada como um fenômeno isolado e de maneira neutra. No momento em que comecei a desempenhar minhas atividades profissionais na UBS CSU Areal constatei na prática a importância e necessidade da participação popular efetiva das classes subalternas nos espaços de controle social das políticas públicas. O cenário de limitações e deficiências estruturais da Unidade Básica de Saúde (UBS) CSU Areal proporcionou a convicção da importância do exercício popular da democracia representativa e participativa nos mecanismos de Controle Social das políticas públicas, em especial nos mecanismos de controle social das políticas sociais.

Este trabalho de abordagem qualitativa contou com análise documental dos registros do extinto conselho gestor e com depoimentos de onze sujeitos envolvidos direta ou indiretamente na história e trajetória deste mecanismo de controle social democrático. Dentre os onze sujeitos da pesquisa quatro foram membros do extinto conselho gestor e fizeram parte do segmento dos usuários, três do segmento dos profissionais de saúde, dois foram lideranças comunitárias externas formais do território da UBS, uma liderança comunitária externa informal da comunidade da UBS e um sujeito que desempenhou a função de presidente do CMSPel no período em que o conselho gestor da UBS CSU Areal vigorou (2003 a 2008).

O controle social, de forma mais ampla, é entendido dentro da articulação dialética entre o Estado representado pelo poder político governamental e a sociedade civil composta por interesses de classes opostos, a fim de possibilitar a intervenção popular direta nas políticas sociais para direcioná-las ao atendimento das reais necessidades da população usuária.

Na conjuntura político-econômica neoliberal vigente, se averigua o controle social do capital sobre o Estado e a sociedade e conseqüentemente, a resistência por parte das classes dominantes (representantes dos interesses do capital) à participação popular na gestão e fiscalização das políticas públicas do Estado. Atualmente, pensadores neoliberais e os meios de comunicação de tendência neoliberal incentivam explicitamente ou de forma velada o individualismo, a competitividade, o consumismo e a participação da sociedade civil em organizações do terceiro setor, manobras do capital com o intuito de gerar mais valia e diminuir os gastos do Estado com a questão social.

Neste panorama os estudos que abordam as questões do coletivo e da importância dos cidadãos se perceberem como coletividade pretendem, também, despertar através da crítica reflexiva a responsabilidade dos indivíduos na luta pela manutenção dos direitos sociais e das medidas de conservação dos seus mecanismos<sup>7</sup>.

Para dissertar sobre a importância do controle social particularmente relacionado à política da saúde e analisar as suas contradições na realidade local, a fim de propiciar a descoberta de estratégias que possam influir em determinações que contribuem para a extinção de mecanismos locais de controle social, este trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta fundamentos teóricos sobre democracia e participação política e aborda o processo histórico de democratização da política de saúde no Brasil até 1990, ano em que foi legitimada a lei orgânica do SUS (8080/90). A seguir, apresenta uma breve exposição da trajetória histórica da política de saúde no Brasil.

O segundo capítulo aborda o Controle Social na Política de Saúde enquanto objeto de estudo e está dividido em três itens. No primeiro apresenta o referencial teórico sobre a trajetória do controle social na política de saúde. No segundo item traz a sistematização da revisão de literatura sobre o controle social realizada em bases indexadas pela autora da pesquisa e em um último momento traz o Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal, apresentando a pesquisa, o contexto institucional do referido conselho e o perfil dos sujeitos pesquisados.

O terceiro capítulo apresenta o resultado da análise realizada sobre as descobertas da pesquisa, a fim de buscar a elucidação das determinações da extinção do Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal.

---

<sup>7</sup>Segundo Siraque (2009, p.115) os mecanismos de participação nos negócios estatais são numerosos, entre eles estão o orçamento participativo, o planejamento participativo, as organizações não governamentais, os meios de comunicação social, os conselhos de políticas públicas e as ouvidorias.

Tais descobertas possibilitaram a captura do objeto da pesquisa em suas particularidades permitindo a análise dos determinantes que influenciaram na dissolução do supracitado Conselho Gestor Local que são apresentados a partir da elucidação de subitens que consistem nas quatro categorias temáticas oriundas desta pesquisa, a saber: “A gênese “de cima para baixo”: começo do fim”; ““Nós” e “eles, os pacientes”: a reprodução de uma cultura de subalternidade”; “Uma instância figurativa de Controle Social Democrático: a participação reprodutora não produz democratização da Política de Saúde” e o “O temor e o desconhecimento do Controle Social Democrático como mordanças”.

A história desta instância de controle social democrático e a análise dos aspectos que influenciaram em sua dissolução permitiram a inferência de possibilidades ao exercício do controle social na base. Dentre as quais se destacam a necessidade de elaboração de planos de educação continuada que despertem a crítica reflexiva sobre a trajetória da política de saúde em nosso país e a importância da existência e manutenção de espaços de controle social da referida política, espaços onde de fato ocorra a participação popular. Além da urgência da reflexão sobre estratégias de incentivo ao fortalecimento e participação dos movimentos populares da comunidade na fiscalização e condução da política de saúde no território da UBS.

Por fim, destaca-se a necessidade da reconstrução das relações entre usuários e trabalhadores de saúde no território da UBS CSU Areal, relações que não sejam pautadas em uma cultura médico centrada, paternalista e assistencialista, além do incentivo à participação dos movimentos sociais e lideranças comunitárias na condução da política de saúde como possibilidades ao pleno exercício do controle social nas bases e, conseqüentemente, a manutenção dos direitos sociais inscritos na constituição cidadã e a garantia de conquistas sociais geradoras de melhorias na Atenção Primária em Saúde.

Corroboramos com Calvi (2008) quando este traz que os conselhos são espaços com potencialidade de realização do controle social democrático pela via da participação popular, mas que é preciso ter o conhecimento de que a efetivação do Controle Social Democrático não se limita a existência dos conselhos ou a mera ocupação representativa da população nestes espaços.

Como cidadã e profissional de saúde da APS, espero que este trabalho tenha o potencial de despertar nos leitores a constatação da importância do controle social

democrático das políticas sociais e a necessidade da construção de relações que possibilitem o exercício da cidadania ativa por parte dos usuários da política de saúde.

# **1 CAPÍTULO - DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Este capítulo tem por preocupação central fornecer subsídios teóricos que permitam analisar com maior propriedade os limites do extinto conselho gestor da UBS CSU Areal, no que diz respeito ao exercício do Controle Social Democrático.

Ele está estruturado em três partes, na primeira parte serão brevemente contextualizadas as categorias democracia e participação. Na segunda parte será apresentado o processo de democratização do estado brasileiro enfatizando a democratização do segmento saúde e por fim será apresentada uma breve trajetória da política de saúde no Brasil com o intuito de apresentar as transformações societárias que culminaram em lutas dos movimentos sociais, que repercutiram na transição de um modelo de atenção à saúde segregador, onde o direito à saúde era garantia dos poucos que contribuía com a seguridade social, para um modelo de atenção à saúde democrático e de caráter universalista que concebe todo o sujeito como um cidadão de direitos.

## **1.1 Democracia e participação política: uma breve abordagem conceitual**

### **1.1.1 Democracia**

A democracia é resultado de um processo histórico e esta relacionada à soberania popular, a participação e a igualdade. A sua conceituação não é restrita a apenas um significado, sendo considerada polissêmica no pensamento social contemporâneo (MENEZES, 2010). A problematização da categoria de análise “democracia” nesta dissertação é sustentada pela construção intelectual de Fleury (1997), Coutinho (2000) e Chauí (2011), as quais abordam a importância do exercício de uma democracia participativa que possibilite uma democracia de massa.

A democracia é entendida como mais do que o direito de colocar um representante político na direção do Estado. O ato de votar não garante por si só a existência de uma democracia plena, onde os sujeitos sociais participam de forma presente e potente no desenrolar da cena política, “[...] na tradição do pensamento democrático, democracia

significa: a) igualdade, b) soberania popular, c) preenchimento das exigências constitucionais, d) reconhecimento da maioria e dos direitos da minoria, e) liberdade (CHAUÍ, 2011, p.148).

O pensador liberal Bobbio distingue dois sentidos básicos para o conceito de democracia: a democracia formal que tem por princípio a liberdade e o mecanismo de representação (foco da democracia liberal), e a democracia substancial, uma visão social de democracia que assegura a participação mais ampla e um desenvolvimento integral da sociedade política (FLEURY, 1997).

Dentre as teorias políticas liberais, o modelo democrático formulado por Schumpeter compreende democracia como um mecanismo para escolha e autorização de governos, uma escolha realizada através do voto, em um processo onde a função dos eleitores se restringe a escolha dos representantes políticos. Nesta concepção, a participação na cena política no que diz respeito a elencar problemas, prioridades políticas e suas possíveis formas de resolução compete exclusivamente a uma elite dirigente (CHAUÍ, 2011), partindo do pressuposto que democracia é um sistema que mantém o equilíbrio entre as demandas da cidadania e as ofertas do Estado.

O modelo de equilíbrio pluralista elitista de Schumpeter baseia-se no mercado econômico e visa acima de tudo a sua segurança, reconhece como instável a natureza dos sujeitos políticos e desta feita prevê a necessidade de um aparato governamental baseado em acordos e moderação de conflitos com a finalidade de “estabilizar as demandas da vontade política pela estabilização da vontade geral” (CHAUÍ, 2011, p.145).

Conforme análise de Chauí (2011), em contraposição ao modelo de Schumpeter, mas ainda dentro de uma concepção liberal, McPherson propõe um modelo denominado “Democracia Participativa”, um projeto que leva em consideração a literatura marxista sobre o assunto e apresenta as condições sociais para a democracia. Entre elas a mudança na consciência popular e um sentimento de comunidade que permitisse aos sujeitos se reconhecer como agentes de mudança e aptos à tomada de decisões políticas. Também estão entre as precondições da democracia participativa a diminuição das desigualdades sociais e econômicas, o estímulo e fortalecimento dos movimentos sociais com vistas à ampliação do espaço político pela sociedade civil.

O modelo de Schumpeter prioriza uma democracia representativa e o de McPherson um projeto liberal democrático participativo, mas, ambos repousam sobre um conjunto de critérios políticos e sociais que definem que a democracia somente se manifesta no processo eleitoral periódico, em seu caráter representativo, que permite a liberdade de expressão e competição e conseqüente estabelecimento de consenso através da criação da vontade geral da

opinião pública. Desta feita, as teorias de Schumpeter e Mc Pherson denotam a fragilidade democrática no capitalismo e reforçam a definição liberal de democracia como “regime da lei e da ordem para a garantia das liberdades individuais” (CHAUÍ, 2011, p.350). O projeto de democracia participativa é parte fundamental do necessário processo de desenvolvimento de um caminho democrático que leve ao socialismo democrático tão necessário no cenário contemporâneo.

O dilema entre representação e participação e os limites da representação também se colocam para os marxistas, e como saída para este dilema Poulantzas propõe uma via democrática para o socialismo democrático que consiste em transformar os centros de resistência difusos da rede estatal em centros efetivos de poder através de uma estratégia de luta exterior ao aparelho do Estado (FLEURY, 1997), “lutas populares de movimentos e proliferação de democracia direta na base acompanhadas da constituição de núcleos reais de poder popular no seio do Estado (o que não se confunde com uma via eleitoral ou parlamentar)” (FLEURY, 1997, p.32).

A autora Marilena Chauí (2011) aborda que o pensamento da esquerda define democracia em uma concepção mais ampla, considerando-a mais que um regime político, afirmando a ideia de sociedade democrática de direitos (políticos, econômicos e sociais) que enfatiza o exercício da participação, sob os princípios da igualdade e do direito, através da intervenção direta e indireta nas decisões políticas. A participação é considerada como interlocução social que permite determinação de prioridades, a orientação e o controle da ação dos representantes escolhidos por lei no que diz respeito aos rumos da política.

Na perspectiva da esquerda a democracia não é o regime do consenso pregado por algumas concepções liberais, mas a forma política que considera o conflito legítimo e necessário. E que não se limita a garantir direitos adquiridos, tendo por característica o estabelecimento de novos direitos, demandas da conjuntura histórica e das lutas encabeçadas pelas classes populares. Neste contexto, a equação de democracia e participação popular resulta em cidadania.

cidania se constitui pela e na criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, movimentos populares, movimentos sindicais) e pela instituição de formas políticas de expressão permanente (partidos políticos, Estado de Direito, políticas econômicas e sociais) que criem, reconheçam e garantam direitos (CHAUÍ, 2011,p.352).

Os espaços sociais supracitados são considerados institutos políticos democráticos que oportunizam o exercício da cidadania e por consequência do controle social democrático o

que permite uma ampliação da democracia para além das formas representativa e participativa liberal, propostas por Schumpeter e Mc Pherson, possibilitando a concretização de uma Democracia de massas.

A democracia de massas é compreendida como uma forma de governo baseada na articulação entre democracia representativa e democracia direta, de base (COUTINHO, 2000; BRAVO, 2013). Esta forma de democracia marcou a reflexão política do comunista Pietro Ingrao, que a concebia como uma alternativa ao liberalismo, onde os sujeitos políticos coletivos representantes das bases sustentam uma presença organizada das massas nos espaços institucionalizados de intervenção e decisão, favorecendo a transformação do Estado através da projeção permanente dos movimentos populares, conforme Coutinho (2000). Ainda segundo o autor, “[...] a relação da democracia de massas (ou socialista) com a democracia liberal não é uma relação de negação, mas de *superação dialética*: a primeira conserva e eleva a nível superior as conquistas da segunda”.(Idem, 2000, p.38).

No corpo deste capítulo será abordada a questão da democratização do Estado Brasileiro, um processo de “transição fraca” que teve seu ápice na promulgação da Carta Constitucional de 1988 e na legitimação da legislação do SUS. Nele a transição se deu por meio de rupturas parciais, progressivas e não em uma ruptura única e explosiva de baixo (a partir dos movimentos sociais populares das bases) para cima, mas em uma transição negociada entre os processos “pelo alto” (interesses dos representantes do Estado e das classes dominantes) e os movimentos populares provenientes “de baixo” representantes dos sujeitos políticos coletivos das massas (COUTINHO, 2000).

A fraca transição democrática resultou em uma ocidentalização da relação Estado Sociedade que conseguiu romper com a ditadura e oportunizar o advento da Constituição cidadã, porém, esta ocidentalização por transição negociada e gradual não foi capaz de permitir a ruptura com a herança de nossa elitista e excludente história política. Fato que permitiu a vitória do projeto de concepção liberal corporativista de democracia (neoliberal) sobre o projeto socialista de Democracia de massas que oportunizaria uma acentuada renovação democrática e a abertura de caminhos na construção e implementação gradual do socialismo.

O projeto de democracia de massas tem entre seus pressupostos a ampla participação popular no controle social das políticas públicas. No âmbito da política social de saúde os conselhos de saúde nas três esferas e na base, são alguns dos espaços de exercício do controle social democrático e em tese devem oportunizar aos representantes dos usuários da política

uma participação popular que reflita o exercício de uma democracia representativa e participativa possibilitando a hegemonia da proposta das bases populares.

### 1.1.2 Participação Política

O tema da participação também possui conceituação, significados e representações distintos conforme a concepção em que se alicerça. A compreensão dos processos de participação da sociedade nas políticas públicas possibilita a compreensão dos processos de democratização de uma dada sociedade. Neste estudo a compreensão de participação vai ao encontro da definição de Martorano (2011):

A participação política pressupõe uma intervenção direta dos agentes sociais na busca de exercer poder sobre as decisões políticas em seus vários níveis, não apenas o local, como também o regional e o nacional, envolvendo questões que ultrapassem a satisfação de seus interesses diretos e imediatos (MARTORANO, 2011,p.128)

Gohn (2011) aborda quatro formas conceptuais clássicas distintas de se entender a participação, denominadas: autoritária, liberal, revolucionária e democrática. A forma de participação autoritária se dá em regimes autoritários e é “orientada para a integração e o controle social da sociedade e da política” (GOHN, 2001, p.19). Já a concepção liberal busca a constituição de uma ordem que assegure o exercício das liberdades individuais e onde a participação tem por meta um fortalecimento da sociedade civil nos marcos do capitalismo, que não deseja participar da vida do Estado, e sim desestimular sua intervenção para proteger-se da ameaça de um Estado tirano ou autoritário que possa intervir de maneira indesejável no mercado e na propriedade privada.

Da concepção liberal derivam a participação corporativa e a participação comunitária, ambas compreendem participação como um movimento espontâneo do indivíduo onde não se coloca em questão a diversidade. A participação corporativa busca articular o processo participativo a existência de organizações na sociedade e a comunitária concebe o fortalecimento da sociedade civil através da integração entre órgãos representativos da sociedade e órgãos deliberativos e administrativos do Estado. Algumas propostas conselhistas da década de 80 do século passado são estruturadas sobre os pressupostos da participação corporativa comunitária (GOHN, 2011).

A participação democrática tem a soberania popular por princípio regulador e compreende que a participação deve acontecer na sociedade civil e também no plano das instituições políticas formais, onde os sujeitos se organizam nas formas de representação institucionalizada. Algumas propostas de conselhos que atuam em conjunto com o aparelho estatal e demarcam competências (deliberativos, consultivos, etc.) e limites de participação são inspiradas na participação democrática (GOHN, 2011, p.20).

Nas formas revolucionárias a participação estrutura-se em coletivos organizados para lutar contra as relações de dominação e pela divisão do poder político e na concepção democrático-radical que deriva das formas clássicas democrática e revolucionária, onde a participação tem por objetivo o fortalecimento da sociedade civil e consequente construção de caminhos para uma nova realidade social. Na concepção democrático-radical as pessoas que compõem o processo participativo são vistas como “sujeitos sociais”. Ela envolve a participação popular, onde os indivíduos são considerados cidadãos. Neste sentido participação é divisão de responsabilidades entre sociedade e Estado. Esta última concepção de participação possibilita uma nova e inclusiva realidade social.

A participação política dos sujeitos sociais é condição necessária para a socialização econômica e política, fatores indispensáveis na transição de um modelo de democracia representativo e/ou participativo para um modelo de democracia direta socialista. A auto representação participativa da população no seio do aparelho Estatal é condição vital para a socialização política que não se efetiva em ambientes de indiferença e apatia política, estas últimas fenômenos característicos das democracias liberais burguesas (MARTORANO, 2011) que incentivam o individualismo dos sujeitos sociais e a concentração do poder de gestão do Estado nas mãos de uma elite política governante muitas vezes profissional no desempenho da representação popular.

A apatia política mina o campo das possibilidades de transformação da sociedade ao encarar a condução da coisa pública como papel exclusivo de burocratas e representantes políticos. É preciso uma conduta popular que compreenda os sujeitos como agentes diretos de toda a transformação política (MARTORANO, 2011) e que desta feita oportunize a efetiva participação popular, condição necessária para a transformação social.

Martorano (2011) aborda que a participação política vem decrescendo desde o momento das primeiras tentativas de transição socialista até os dias atuais, em muitos casos se tornando uma mera formalidade ou até uma obrigação, originando a tendência de uma indiferença política e um atual desinteresse dos sujeitos sociais pelos assuntos que envolvem questões políticas e econômicas. É preciso resgatar a participação política, o oposto da apatia,

uma participação que envolva o interesse pela política associado “a tentativa, traduzida em ação concreta de influir diretamente sobre a tomada de decisões” (MARTORANO, 2011 p.128).

Atualmente, percebemos no cenário local e internacional a efusão de diversos protestos que contam com a participação de sujeitos sociais que sustentam uma postura individualista, que se utilizam das redes sociais e dos manifestos em vias públicas com a finalidade de publicizar ações reivindicatórias. Questões pontuais que muitas vezes dizem respeito e são de interesse direto e imediato de alguns poucos segmentos, geralmente de parcelas de uma classe média que sustenta e defende os interesses de uma classe dominante, representante de 1% da população e que detêm o poder econômico no cenário nacional. Todo movimento político é válido e merece respeito, porém não se pode encarar como efetiva participação política da população os protestos pontuais e ações reivindicatórias de interesses individualistas ou corporativos.

Apenas a efetiva participação política da população, uma participação que envolva mais do que questões pontuais e interesses diretos e imediatistas, será capaz de romper com arcaicas práticas clientelistas, assistencialistas e paternalistas e contribuir de fato para a ampliação de uma democracia de massas. A efetiva participação política da maioria é “[...] indispensável para a consolidação do sistema de conselhos [...]” (MARTORANO, 2011 p.144).

## **1.2 O processo de democratização do Estado e da política de saúde no Brasil: de 1970 à 1990**

“A democratização é um valor universal, sobretudo porque é um permanente desafio” (COUTINHO, 2000,p.131), pois, a democracia é um processo em permanente construção. Neste estudo corroboramos com o Coutinho por compreendermos a luta pela manutenção da democracia e por novas conquistas democráticas como um processo dinâmico e sujeito as transformações societárias e a conjuntura política e econômica. A democratização não é um processo estático, assim como a manutenção das conquistas sociais e do Estado democrático não são situações impossíveis de serem revertidas. A história acena que as transformações são sempre possíveis e muitas vezes não conduzem a mudanças orientadas por teses democráticas

geradoras de autonomia, mas para processos inversos como foram os processos de implementação de regimes autoritários na América Latina nas últimas décadas do século XX.

Vivemos em uma sociedade capitalista e individualista e a existência de uma democracia em sua plenitude é uma utopia em um sistema regulado pelo mercado. Uma democracia de massa jamais será alcançada em um regime político-econômico orientado pelo capitalismo, porém é fato a existência de regimes de bem-estar social que utilizam de uma política de democratização social do capitalismo. Neste trabalho entendemos a democratização social do capitalismo “como uma política que envolve a desmercantilização dos assalariados e do consumo, a reestratificação da sociedade de acordo com os princípios solidários e as correções redistributivas nas iniquidades impostas pelo mercado” (FLEURY, 2004, p.115).

A política de democratização do capitalismo característica dos Estados de Bem Estar Social foi resultado de uma da equação de distintos determinantes, dentre eles a luta das classes dominadas contra a exploração dos detentores do poder econômico, as exigências de um capitalismo monopolista, a necessidade de uma força de trabalho mais produtiva e o reconhecimento por parte dos donos do capital que algum valor deveria ser pago pela manutenção de sua segurança política (BRAVO, 2013). Viabilizar algumas propostas social-democratas, desde que estas não abalasses as bases do capitalismo, foi o preço pago pelos detentores do capital e pelo Estado em nome da necessidade pungente da manutenção de uma coexistência pacífica.

O cenário político e econômico mundial não é marcado pela homogeneidade e pelo consenso e sim por continuas transformações que podem ser percebidas através da análise crítica da História de nossa sociedade, uma história que denota que os momentos de crise são geradores de transformações na relação Estado e Sociedade. Porém, a interação política econômica e social dos Estados nacionais e os interesses e exigências do capital podem desencadear reflexos políticos distintos em diferentes partes do mundo em um mesmo momento histórico. Tal afirmativa justifica o atraso no processo de implementação de Estados democráticos de direito nos países da América Latina, ocorrida em 1980, quando em comparação com países Europeus que já implementavam as bases do WelfareState na década de 1930, após a primeira grande crise do capitalismo com a quebra da bolsa de valores em 1929.

O período de 1960 até 1976 foi marcado por profundas transformações na estrutura política e econômica na América Latina, em especial pela alteração do Sistema Político com os golpes militares no Brasil (1964); Chile (1973); Uruguai (1973) e Argentina (1966 e 1976),

e a consequente implantação de regimes burocráticos autoritários, pondo fim a um modelo de governo populista que se fazia presente nestes países (FLEURY, 2004).

A implantação de regimes autoritários nos países da América Latina foi arquitetada pelos detentores do capital, incentivada e em alguns casos patrocinada pelos Estados Unidos da América, que se destacava como grande potência capitalista hegemônica pós II guerra mundial. Após a vitoriosa revolução Cubana, patrocinada pela União Soviética, potência hegemônica socialista, era interesse norte americano amenizar tensões sociais internas nos países ditos subdesenvolvidos da periferia do continente americano com a finalidade de promover o controle social coercitivo e desta feita evitar a ameaça comunista.

Neste período, os Estados Unidos inclusive financiou um programa de assistência técnica aos países latino-americanos, denominado Aliança para o Progresso que tinha por meta explícita atacar o subdesenvolvimento através de diversos projetos econômicos e sociais, mas que implicitamente objetivava atenuar as contradições nestas sociedades capitalistas e eliminar ameaças a sua estabilidade enquanto potência hegemônica (BRAVO, 2013).

A reforma na relação Estado/Sociedade ocorrida nos governos militares buscou sob a inspiração da ideologia de Segurança Nacional, redirecionar o sistema político excluindo os trabalhadores do pacto de poder, desmobilizando suas organizações e as estruturas de representação de seus interesses, desta feita dando um direcionamento a internacionalização da economia, favorecendo a entrada de capitais e financiamentos internacionais.

No Brasil, a reformulação desta relação do Estado no campo social teve como características fundamentais: a centralização das políticas sociais em nível federal, a criação de fundos especiais para financiamento das políticas sociais e a privatização tanto da prestação de serviços quanto da lógica de alocação de recursos públicos (FLEURY, 2004). O projeto de internacionalização da economia e de privatizações promovido pelos governos militares atendeu aos interesses burgueses e possibilitou em um primeiro momento o crescimento da economia brasileira e o consequente aumento no poder aquisitivo da população, caracterizando um período chamado Milagre Brasileiro. De acordo com Behring, Boschetti (2010, p. 135) “expandia-se também a cobertura da política social brasileira conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular de expansão dos direitos sociais em meio à restrição dos direitos civis e políticos”.

Fleury (2004) aborda a fragilidade da classe trabalhadora brasileira e a ausência de uma tradição democrática republicana como fatores essenciais a legitimação do estado autoritário que regulou a sociedade através de práticas de repressão e cooptação.

Este regime autoritário só começou a perder forças devido à crise do capitalismo que começou a ter seus reflexos na América Latina em 1980, momento em que começaram a aparecer os efeitos nocivos da ditadura, em que transpareceu o endividamento externo adquirido durante o regime autoritário e ocorreu uma queda na qualidade de vida da população com o fim do ciclo de crescimento econômico brasileiro.

A década de 80 vai ser caracterizada, na América Latina, pela ocorrência de dois fenômenos concorrentes e simultâneos: a profunda crise econômica e o endividamento externo, na economia, e os processos de transição à democracia no campo da política (FLEURY, 2004, p.212).

A Segurança Nacional pregada e “promovida” pelos regimes autoritários já não se fazia necessária para o capital, um cenário mundial onde predominava a ideologia liberal exigia mudanças na relação Estado/Sociedade, mudanças que fortalecessem e dessem liberdade para o mercado e neste momento o processo de democratização possibilitava o fortalecimento do liberalismo. O processo de transição à democracia, em um novo contexto mundial com predomínio da ideologia liberal permitiu as diferentes soluções encaminhadas para reformular a relação Estado/Sociedade que incidiram em um conjunto de reformas de cunho universalista e publicista no sistema de Seguridade Social Brasileiro, no qual está inserida a política de saúde.

O processo de transição democrática no Brasil, tendo por base a história pode ser visto a partir da atenção que é debruçada sobre a questão social em três distintos períodos:

“[...] O período inicial de 1975/1984, de liberalização no autoritarismo; o período do primeiro governo de transição democrática de 1985/1990 e o primeiro governo eleito pelo voto direto, que se iniciou em 91 e foi destituído em 92. Em cada um desses períodos a relação entre democracia e proteção social assumiu uma característica distinta” (FLEURY, 2004, p.219).

Os três períodos acima citados permitiram respectivamente a abertura para o diálogo sobre o modelo político vigente e sua viabilidade, a liberalização permitiu uma gradual entrada da oposição no debate sobre os caminhos das políticas sociais, esta ampliação da participação permitiu o surgimento de novos atores sociais na cena política e junto com estes sujeitos emergiram demandas sociais que foram reprimidas no auge do Estado autoritário. Dentre os atores que tem destaque neste período estão os representantes dos profissionais de saúde, a sociedade civil e os sanitaristas organizados respectivamente nos movimentos profissionais, movimentos populares e no movimento sanitário, este último o cerne da reforma sanitária que orienta o atual e legal SUS brasileiro.

A democratização é assumida por estes movimentos como condição imprescindível para melhoria de suas condições de vida, na medida em que o instrumento que lhes pode garantir a sua capacidade de pressão é sua experiência de organização e de participação (FLEURY, 2004, p.221).

O florescimento, no período de redemocratização do Estado brasileiro, de movimentos operários e populares que ultrapassaram o controle hegemônico das elites foram os elementos decisivos e influenciaram os rumos políticos dos anos oitenta. A presença e ação destes movimentos é característica que diferencia a transição democrática brasileira dos processos de redemocratização em outros países da América Latina e foi responsável por colocar em pauta eixos da constituinte como: “a reafirmação das liberdades democráticas, impugnação da desigualdade descomunal, e afirmação dos direitos sociais [...]”(BEHRING, BOSCHETTI, 2010, p. 141).

O período de 1985 à 1990 foi o auge do processo de reformulação do ordenamento jurídico e das instituições sociais, um período que procurou, parafraseando Fleury (2004, p.219) “superar a dívida social acumulada durante os anos de autoritarismo”, as questões sociais, dentre elas a saúde, foram colocadas como essenciais ao modelo político econômico de sociedade democrática pensado e discutido por muitos representantes políticos e intelectuais, que aspiravam o desenvolvimento econômico vinculado a um modelo de estado de Bem Estar Social, o que permitiu a elaboração da Carta Constitucional em 1988.

A elaboração da nova constituição e todo o processo de democratização do Estado Brasileiro permitiram a participação de distintos sujeitos, com diferentes posições políticas e ideológicas, o que propiciou o surgimento de uma rica arena de conflitos, onde os representantes dos interesses do capital e dos interesses populares confrontaram ideias e prioridades. Embora, a retomada do Estado democrático de direito não tenha sido uma tarefa designada por uma Assembleia Nacional livre e soberana como reivindicavam os movimentos sociais e dos trabalhadores, mas por um congresso constituinte (BERING, BOSCHETTI, 2010).

O Brasil promulgou uma carta constitucional que prioriza o bem-estar social tardiamente, o ápice da democratização do estado brasileiro ocorreu em um cenário internacional onde se faziam hegemônicos o neoliberalismo e o modelo político Norte Americano. Nos anos 90, aliado a esta conjuntura política internacional desfavorável estava o contexto de recessão oriundo do endividamento externo do Estado, fruto de dívidas internacionais contraídas pelos governos militares. Este cenário deflagrou a impossibilidade

de transformar em garantias de fato as conquistas sociais inscritas no ordenamento constitucional.

Neste sentido as demandas e mecanismos propostos de política social foram vistos como empecilhos à democracia, que naquele momento se traduzia como sendo a desestatização e o favorecimento de uma economia ágil de mercado, em uma sociedade “pós-moderna” (FLEURY, 2004, p.220).

A democratização do Estado Brasileiro e da Política de Saúde se fizeram na redação das normas legais, no entanto não ocorreu uma reforma político social que de fato garantisse de forma igualitária e universal o acesso aos direitos sociais expressos na constituição. A legislação que define o SUS (lei 8080/90) foi a primeira a ser legitimada, tal fato se deve a força e organização do movimento sanitário e de seus intelectuais que desde 1970 vinham propondo uma reconceitualização do processo saúde-doença e conseqüente reformulação do sistema de saúde público, universal e igualitário nos bancos da academia, no entanto toda esta trajetória de luta intelectual não foi suficiente para assegurar a garantia de um sistema de saúde exclusivamente público. Neste processo:

A luta da saúde foi árdua, deparando-se com fortes interesses econômicos do setor privado, a exemplo da Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no SUS, com acesso, portanto aos recursos públicos (BEHRING, BOSCHETTI, 2010, p.145)

No corpo constitucional, nas diretrizes do SUS e na Lei 8142/90 é dado destaque a participação popular, ao poder que emana do povo e ao Controle Social Democrático da política de Saúde. No que diz respeito à política de Saúde os intelectuais do movimento reformista conceberam que “Saúde é democracia” e problematizaram esta temática na histórica e inclusiva VIII Conferência Nacional de Saúde.

No entanto, a ausência de uma base popular de apoio a este movimento, bem como a estratégia adotada de ocupação dos espaços institucionais como fundamento do processo de reforma em um governo de transição democrática de caráter nitidamente conservador, acabaram por obstaculizar o conteúdo politicamente transformador da reforma sanitária, orientando-a para mudanças de caráter administrativo (FLEURY, 2004, p.222).

O processo de democratização do Estado e da Política de Saúde no Brasil se deu através de uma reforma universal publicista em um cenário de democracia elitista, com um Estado altamente comprometido com o cenário político internacional, endividado e refém de agências multilaterais e seus ditames neoliberais que orientam e priorizam ações de

fortalecimento do mercado e consequente enfraquecimento do Estado como as privatizações e os cortes de gastos com políticas sociais. Tais condições políticas e econômicas dos anos noventa foram os entraves para que de fato fossem implementados os princípios democráticos expressos na constituição de 1988 e garantidos para além da redação os direitos sociais advindos do processo constituinte.

### **1.3 Trajetória da política de saúde no Brasil**

Uma retomada crítica do percurso histórico da política de saúde no Brasil possibilita o reconhecimento das conquistas sociais advindas das lutas encabeçadas pelos movimentos populares e intelectuais que culminaram na garantia legal de acesso universal e igualitário à política de saúde e do direito ao exercício do controle social democrático desta política. Hoje possuímos um Sistema único de Saúde e uma Constituição Cidadã bem elaborados e admirados por outros países, mas para tal foram necessárias lutas sociais e uma profunda transformação societária.

Para que todo cidadão pudesse usufruir o direito ao controle social democrático na saúde foram necessárias mudanças históricas estruturais no ordenamento jurídico de nosso país. Tais mudanças são fruto de movimentos sociais que, conforme já foi abordado em momento anterior, tiveram seu gérmen na década de 1970 e que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, conhecida por constituição cidadã devido à normatização expressiva de direitos sociais (saúde, educação e assistência social) no corpo de seu texto, e com a elaboração e legalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes da legalização do SUS (lei 8080/90), a saúde não era considerada como um direito de todos e tão pouco um dever do Estado. A história nos mostra que o direito à saúde passou por intensas transformações. O Brasil colônia, era uma sociedade rural voltada para a exportação, com um sistema político dominado pelos latifúndios e articulado economicamente sobre um regime escravagista, onde a assistência médica era baseada na filantropia, através das Santas Casas de Misericórdia ou na prática liberal (BRAVO, 2013). A atenção à saúde era dirigida para a higiene dos ambientes e para a sanidade dos produtos oriundos da colônia para a manutenção de relações comerciais entre colônia e metrópole.

Com as transformações histórico-sociais que levaram à abolição da escravatura, a centralidade se manteve no trabalho, mas a assistência à saúde começou a ser garantida a uma

parcela restrita da população, os trabalhadores, pois os grandes produtores (burgueses detentores do capital) necessitavam de mão de obra sadia e os trabalhadores começavam a reivindicar por garantias sociais. No desenrolar da história, a saúde passou a ser um direito dos trabalhadores que contribuíam com as caixas de pensões e mais tarde com a seguridade social; os pobres, os desempregados, os empregados informais ainda precisavam contar com a filantropia e a benemerência no que diz respeito à seguridade social.

A história do Brasil a partir da colonização já subsidia e justifica uma cultura política<sup>8</sup> de submissão onde se obedece sem questionar aos ditames de uma saúde prescritiva que impõe quarentenas e isolamento social aos sujeitos com doenças infectocontagiosas. Uma sociedade onde se é tratado de forma explícita como um produto gerador de mais-valia, como eram tratados os seres humanos escravizados no Brasil Colônia e como são tratados ainda hoje, de forma mais velada na ótica neoliberal, muitos trabalhadores assalariados, empregados formal ou informalmente.

As primeiras ações de Saúde implementadas no período colonial eram pontuais como as campanhas de imposição da quarentena, os hospitais públicos para tratamento de tuberculose, hanseníase e doenças mentais. Estas ações tinham por objetivo a manutenção de uma mão de obra saudável, capaz de manter a sustentabilidade dos negócios da realeza que estava realmente preocupada com o saneamento das cidades e a saúde do produto. A assistência à saúde do trabalhador era uma consequência e não o foco das políticas de saúde no Brasil colônia.

A proclamação da República (1889) inicia um novo ciclo na política de Estado, as políticas de Saúde ganham mais espaço com o fortalecimento e consolidação econômica da burguesia e o apoio científico as pesquisas em saúde começa a ser incentivado, embora, em relação à organização da Saúde Pública o que se percebia eram ações de vigilância do exercício profissional e campanhas pontuais e limitadas que não possibilitaram mudanças na realidade da saúde da coletividade e tampouco nos altos índices de mortalidade. Estas mudanças que ocorrem no âmbito da medicina no século XIX estão intrinsecamente relacionadas com a situação geral da sociedade, pois neste momento, um novo tipo de indivíduo e de população se mostra necessário à existência da sociedade capitalista (BRAVO, 2013).

---

<sup>8</sup> Conjunto de valores, crenças, atitudes, comportamentos sobre a política. A cultura política pública envolve também símbolos, signos e mitos que expressam sentimentos e crenças compartilhadas sobre a ação grupal de indivíduos em função da política. (GOHN, 2008, p.34).

Foi apenas na transição entre o século XIX e XX que o quadro de exploração da burguesia sobre o proletariado foi interiorizado coletivamente, o que permitiu os requisitos mínimos para o surgimento dos movimentos operários. “Mas a massa urbana ainda tinha poucas condições para alterar a correlação de forças entre as classes” (BRAVO, 2013, p.114).

No século XX, no auge da economia capitalista, a saúde emerge como “questão social” em nosso país, no contexto da consolidação da burguesia que é implementada a Reforma na Saúde coordenada por Oswaldo Cruz, que propunha ações coletivas e preventivas de saúde pública, com a finalidade de proteger a economia, preservar a mão de obra e defender a classe dominante das epidemias. As ações coletivas de Cruz foram impostas a população de maneira coercitiva e com extrema rigidez, inclusive contando com a atuação impositiva da polícia sanitária e a implementação de uma campanha de vacinação obrigatória que culminou com a famosa “Revolta da Vacina” (PEREIRA; MOROSINI et. al , 2005). Esta revolta foi um movimento oposicionista integrado por diversas frações de classe, com poucos pontos em comum, reunindo oposicionistas, positivistas, massas populares e militares, descontentes com a forma agressiva e impositiva da campanha de vacinação (BRAVO, 2013).

Esta passagem histórica possibilita a reflexão sobre o cerne da saúde impositiva e médico centrada, que impossibilita a integralidade da atenção, que não empodera os sujeitos. Assim, o passado da política de saúde, no Brasil, auxilia a compreensão da origem da postura impositiva do poder médico, ainda reproduzida por muitos profissionais nos dias de hoje. No início do século XX, embora existissem ações de saúde pública, não havia um interesse por parte dos governantes na elaboração de uma política de saúde pública com vistas à integralidade da atenção e sim o interesse na manutenção da sanidade das cidades e na higidez da mão de obra necessária para a sustentabilidade econômica das classes dominantes.

Na década de vinte do século passado, período denominado República Velha, o panorama de crise do padrão agroexportador, enfraquecimento da burguesia oligárquica, surgimento de parlamentares sensíveis a “questão social”, aumento da atuação do movimento operário, revoltas populares e movimentos anarquistas pressionando por ações mais efetivas no que diz respeito à “questão social”, leva os governantes e a elite a percepção de que a repressão se torna insuficiente no enfrentamento com as classes trabalhadoras, sendo necessário responder as admissíveis demandas do movimento operário, no que diz respeito a questão social.

Este cenário permitiu a tomada de medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, dentre estas medidas está à proposição, de uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), uma espécie de

seguro social que fornecia também atenção à saúde do trabalhador e seus familiares, porém não era obrigatória e era organizada integralmente pelas empresas e financiada pelas mesmas e pelos trabalhadores (PEREIRA; MOROSINI et. al, 2005). Note-se que o direito à saúde, neste período, ainda era restrito a uma ínfima parcela da população, a que trabalhava em alguma empresa que ofertava a possibilidade (eram poucas as empresas que tinham condições de manter as CAPs), ou seja, o direito à saúde era “um luxo” de poucos cidadãos e não um direito universal e igualitário.

A trajetória histórica da política de saúde nos elucida que foram nos momentos de crise quando a sociedade civil organizada foi à luta e se uniu em revoltas ou em organizações políticas, com a finalidade de aquisição de direitos e liberdades, que mudanças ocorreram de fato. Tais momentos servem para a reflexão do real poder que emana das massas enquanto coletividade organizada em prol da luta por direitos sociais.

Em 1930, Getúlio Vargas assume o governo, dando início a um processo de maior intervenção Estatal na sociedade e na economia, a conjuntura político econômica e a crise na hegemonia possibilitam o surgimento de políticas sociais neste período. “A intervenção do Estado via políticas sociais, visava à desmobilização e à despolitização da classe operária, com um discurso integrador e paternalista, ocultando a luta de classes” (BRAVO, 2013, p.128).

Neste período segundo Pereira, Morosini et. al (2005) é constituído um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro, os chamados IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Os IAPs incluem toda uma categoria profissional e começam a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Esta organização embora contasse com a participação do Estado e fosse mais abrangente que as Caixas de aposentadorias e pensões, ainda era excludente e deflagrava a realidade de que o Estado brasileiro reforçava um padrão de regulação onde era dado maior valor ao trabalhador que desempenhava uma função de maior interesse para o desenvolvimento da economia nacional. Neste período, os trabalhadores que não pertenciam a uma categoria que possuísse vínculo com algum instituto ainda estavam excluídos do direito de assistência à saúde e se não dispusessem de recursos financeiros para comprar atenção em saúde só lhes restava se sujeitar a sorte, a caridade ou o assistencialismo, quando necessitassem de auxílio.

A década de 1950 foi pautada no desenvolvimento nacionalista que indicava a necessidade de melhorar o nível de saúde da população com vistas ao alcance do desenvolvimento. Segundo Pereira, Morosini et al. (2005) a configuração da ideologia desenvolvimentista foi o pontapé inicial das discussões sobre o direito à saúde e a previdência

social como políticas públicas em um cenário em que o direito universal e igualitário à saúde não era uma garantia no ordenamento jurídico brasileiro.

Os idos da década de 1960 caracterizam-se por uma profunda crise política e institucional. Neste período duas alternativas se contrapunham como projetos de hegemonia<sup>9</sup>: a nacional-populista e a internacional-modernizadora. Deste conflito de hegemonias a internacional-modernizadora se estabelece em 1964, o que resultou no Golpe militar que implantou no país um estado autoritário e em uma rearticulação da burguesia em torno de seu padrão de dominação (BRAVO, 2013). Na ditadura do grande capital, o setor privado foi privilegiado com a mercantilização da saúde e demais políticas sociais.

O período de ditadura militar trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a constituição do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) que na década de 1970 incluiu novas categorias profissionais no sistema (autônomos, domésticas e trabalhadores rurais). Porém, muitos ainda não tinham direito à saúde, pois, o INPS ofertava serviços apenas para os que comprovassem vínculo com o mesmo, ou seja, os trabalhadores contribuintes e seus dependentes. Segundo Pereira, Morosini et al. (2005), o Brasil se encontrava em um quadro de estagnação social devido o descaso dos governantes no período de regime militar autoritário no que se refere a políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Porém, no período de crise iminente do governo militar começam a se definir novas estratégias para a manutenção do governo militar, dentre elas o II Plano Nacional de Desenvolvimento e a política de abertura do governo, esta última possibilitou a expansão e gradativa expressão de movimentos sociais até então fortemente reprimidos e sem espaço para apresentar suas demandas.

Para a saúde este contexto de abertura possibilitou o fortalecimento do Movimento Sanitário que buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil ao propor a saúde como um direito de todo cidadão, integrada em um sistema único com gestão administrativa e financeira descentralizada e com um Estado que promovesse a participação e o controle social das ações de saúde (PEREIRA, MOROSINI et al., 2005). Nesta conjuntura de exclusão ainda não havia sido constituída, uma política de Estado inclusiva e universalista que desobrigasse qualquer forma de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão pelo valor

---

<sup>9</sup>Gramsci usa o termo hegemonia para designar a conquista do consenso entre as classes em oposição ao domínio pela força ou coerção (PEREIRA, 2008). A hegemonia ou consenso consiste no fato de que na sociedade capitalista, a classe dominante consegue convencer, persuadir a classe subalterna a aceitar e compartilhar seu sistema de crenças, bem como, seus valores sociais, culturais e morais. Para Gramsci, a constituição de uma hegemonia das classes subalternas é possível e exige preparação ideológica das massas, ou seja, uma reforma intelectual e moral, incorporando ao processo uma dimensão educativa que permita a formação de uma consciência crítica e uma adesão à causa através do envolvimento ativo (MONTAÑO, 2010).

que tem como membro de uma comunidade. As pressões por reforma política na saúde acarretaram em mudanças positivas nas políticas de saúde, medidas que favoreceram a construção de políticas mais universalistas na área da saúde e fortaleceram a perspectiva de reforma no setor.

Dentre as políticas implementadas nos anos de 1970-1980 destacam-se a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a promoção de um Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PEREIRA, MOROSINI et al., 2005).

No final da década de 1970 amplia-se o debate sobre a concepção de saúde e o direito à saúde em nosso país (PAIM, 2008). Neste período alguns intelectuais, políticos e profissionais de saúde começaram a pensar e organizar a necessidade de mudanças sanitárias profundas em nossa concepção de saúde e doença e também a urgência da universalização do direito a saúde, eles ficaram conhecidos como reformistas e pensaram o que ainda hoje é o arcabouço do SUS. A partir dos reformistas a saúde passa a ser pensada como bem mais do que a ausência de doenças. Esta concepção mais ampla de saúde implica na máxima de que o direito à saúde significa a garantia de políticas sociais (saúde, educação, assistência social) universalistas por parte do Estado. Os princípios do projeto de Reforma Sanitária são:

Democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como os conselhos e conferências de saúde. Sua premissa básica consistia na saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRAVO, 2013, p.177).

A década de 1980 inicia em clima de democratização e é marcada pela crise política, social e institucional do Estado Nacional. Neste período ocorre a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária que era pautada na concepção de estado Democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais (BRAVO, 2013). A proposta de reforma para a saúde, ou reforma sanitária, se apresentava como uma proposta de reforma do Estado, pois, o seu ideal exigia uma revisão no modo de operar o Estado e pedia a construção de um novo Estado de intenção democrática.

Neste contexto foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (1980) que propõe a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos

de Saúde (Prev-Saúde) que consistia na expansão nacional do Pias que havia sido desenvolvido no nordeste de 1976 a 1979. O Prev-Saúde tinha por objetivo dotar o país de uma rede de serviços de atenção primária com foco na proteção, promoção e recuperação em saúde e sua meta era a cobertura de saúde para toda população até o ano de 2000. Mas, esta política sofreu oposição por parte de segmentos do governo, do segmento médico-empresarial, da medicina liberal e do setor privado contratado, fato que impediu que esta política se concretizasse (PEREIRA, MOROSINI, 2005). A discussão ampla sobre democratização e universalização do direito à saúde que culmina com o desmonte do sistema de saúde através do movimento de reforma sanitária só se dá a partir do governo da Nova República.

A partir de 1985, período denominado Nova República, o panorama da saúde no Brasil começa a mudar efetivamente, integrantes do movimento sanitário passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado, coordenando políticas e negociações no âmbito da saúde e previdência, tal fato possibilita a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) em 1986 (PAIM, 2008). A VIII Conferência Nacional de Saúde foi considerada o marco histórico para as transformações na área da saúde que figuram na constituição de 1988 (BRAVO, MENEZES, 2013), pois pela primeira vez, após mais de duas décadas de regime autoritário, houve a participação da comunidade e dos técnicos na discussão da política de saúde. O tema da oitava Conferência Nacional de Saúde foi às lutas da Saúde articuladas à redemocratização do país, tendo como marca “Democracia é saúde” e pela primeira vez na história das conferências abriu espaço para a participação dos trabalhadores da saúde e da população (BRAVO, CORREIA, 2012).

Segundo Paim (2008, p.126) as propostas da Reforma Sanitária, discutidas na VIII CNS não se concretizaram de imediato. Após a conferência foi constituído por decreto presidencial o Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/1987) que foi apresentado como uma ponte na construção do SUS, enquanto se dava o processo constituinte (PAIM, 2008). O SUS foi aprovado em 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990 (Lei 8080/90), mas atualmente, “apesar dos instrumentos legais que organizam e orientam o SUS, a sua realidade é muito diferente do SUS constitucional” (BRAVO, MENEZES, 2013) e está política universalista inserida em um cenário político de ideologia neoliberal enfrenta inúmeros desafios no que concerne a sua efetiva execução.

O Estado adota o ajuste neoliberal, a partir da de 1990, nas dimensões econômicas e sociais; na saúde, o projeto societário é articulado a um projeto privatista, onde a tarefa do Estado consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar pelos serviços de saúde,

deixando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. A partir do ano 2000 a política de saúde começa a sofrer os impactos da política macroeconômica e se identifica a formulação de um novo projeto para a saúde, o projeto da Reforma Sanitária flexibilizada, que consiste em defender a política de saúde possível na atual conjuntura política (BRAVO, 2013).

O atual momento político denota a necessidade de luta por um SUS para todos, ou seja, uma saúde universal e integral de qualidade, nesta luta é importante que os usuários do sistema exerçam o controle social através de uma cidadania plena, que se faça a democracia participativa nos espaços de participação popular, para que não ocorra um retrocesso das garantias sociais. Neste cenário também é importante uma atuação comprometida dos profissionais de saúde.

## **2 CAPÍTULO - O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE COMO OBJETO DE ESTUDO**

Este tópico trata do controle social com ênfase nos conselhos, mecanismos de controle social democrático da política de saúde. No primeiro momento é abordado o histórico do controle social no Brasil desde o período anterior a promulgação da constituição cidadã, onde o controle social era entendido dentro da lógica do Estado que controla a sociedade civil -poder de polícia- até a promulgação da Constituição e a legitimação do exercício do Controle Social Democrático das políticas públicas sociais, dentre elas, a política de saúde. A seguir, é apresentado o processo de revisão de literatura em bases de dados indexadas a fim de dar visibilidade ao estado da arte do tema.

Por fim, este capítulo traz o contexto em que se inseriu o objeto de estudo e apresenta a pesquisa através da exposição das motivações da pesquisadora, da justificativa da realização do estudo, dos procedimentos metodológicos utilizados e do perfil dos sujeitos pesquisados.

### **2.1 A Trajetória do Controle Social na Política de Saúde**

No período de 1930 a 1964 o Brasil instituiu três Constituições e apresentou regimes democráticos e ditatoriais, porém, a questão do controle social foi realizada pelo Estado durante todo o período e de forma não democrática. Quanto à questão social, durante este período ela em um primeiro momento seguiu o modelo de coerção, sendo considerada caso de polícia (MACHADO, 2012). No segundo mandato de Vargas (1937-1945) passou a ser tratada com políticas compensatórias concedidas pelo governo com a intenção de realizar um controle social sutil, e no período da ditadura, que vai até 1985, volta a ser realizado de forma coercitiva com o uso da força militar e da violência em um controle dos cidadãos realizado pelo Estado.

Porém, ainda no período ditatorial, na década de 1980, surgiram muitos movimentos populares por demandas específicas importantes para as mudanças sociais na conjuntura brasileira, dentre eles destacam-se o movimento “Diretas já” (1983) e a

Assembleia Nacional Constituinte (1985). Tais movimentos foram a semente que possibilitou a germinação e promulgação da Constituição Cidadã de 1988, e, por conseguinte a mudança de um modelo de controle social coercitivo e antidemocrático para a normatização da proposta de um modelo democrático.

Este período viveu a contradição de realizar uma “transição democrática” que garantiu a já citada promulgação da Constituição de 1988 em um cenário político econômico mundial de crise e reestruturação do Sistema do Capital que prescrevia a emergência das diretrizes neoliberais e suas propostas de “contra-reforma do Estado”. A normatização do direito e da possibilidade de participação popular nos momentos de decisão das políticas sociais se deu em um período onde o hegemônico controle social do capital se repaginava em uma roupagem neoliberalista no contexto internacional e esta conjuntura influenciou negativamente na transição democrática brasileira que se fez de forma fraca e negociada com traços de autoritarismo e conservadorismo político (CALVI, 2008).

O controle social do capital se opõe e faz resistência a construção de uma participação social que oportunize o controle socialista, pois a participação popular efetiva que defenda e lute por conquistas que satisfaçam necessidades humanas de um projeto coletivo de sociedade são entraves e limitações que ameaçam a hegemonia da ordem capitalista. Não é interesse das classes dominantes a ascensão das classes subalternas e suas organizações, desta feita existiu e ainda existe muita resistência ao controle social democrático por parte dos interesses dominantes.

A transição democrática que permitiu um ordenamento jurídico constitucional que normatiza o controle social democrático ocorreu em um cenário de contradições do campo ético-político em uma arena de conflito de forças entre os movimentos sociais e setores progressistas e os setores conservadores e neoliberais. Onde os conservadores e neoliberais propunham o Estado mínimo para o social e o retorno ao mercado (CALVI, 2008). Em 1988 (Constituição Federal) e em 1990 (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), as propostas dos partidos conservadores e dos neoliberais não foram vitoriosas no papel. Porém, ainda são objetivos dos interesses dominantes e justificam sua resistência algumas vezes explícita e muitas vezes velada à participação popular nos mecanismos de controle social das políticas sociais, dentre elas, a política de saúde.

O controle social democrático é definido como instrumento de participação da sociedade civil organizada na formulação de questões de interesse público e sua fiscalização e negociação junto à sociedade política. Segundo Machado (2012) é um

processo permanente de participação popular e cidadã na formulação, deliberação, gerenciamento financeiro, acompanhamento da execução e avaliação da política pública. Tal processo é oportunizado através da esfera pública e de espaços públicos democráticos, constituindo-se como mediação necessária à superação das desigualdades sociais e construção da justiça social.

Dentre os instrumentos de controle social estão o ministério público, as comissões permanentes no âmbito do poder legislativo e na esfera do poder executivo as comissões bipartites e tripartites de gestão, as conferências e os conselhos (MACHADO, 2012).

Os conselhos são espaços com potencialidade de realização do controle social democrático pela via da participação popular, mas é preciso ter a consciência que a efetivação do Controle Social Democrático não se limita a existência dos conselhos ou a mera ocupação representativa da população nestes espaços (CALVI, 2008). É necessário usar permanentemente estratégias para fortalecimento e promoção do controle social.

Existem diversos fatores que promovem o efetivo controle social da função administrativa do Estado, dentre estes, Siraque (2009) cita a educação política do povo com vistas à organização e a participação nos negócios do Estado e Calvi (2008) aborda a elaboração de estratégias de (re) politização da sociedade civil e dos movimentos sociais, um desafio que demanda tempo e estratégias coletivas.

Segundo Gohn (2011) com base na experiência dos conselhos no Brasil no século XX, podemos caracterizar três modalidades de conselhos: os comunitários, populares e gestores ou institucionalizados.

Os conselhos comunitários são espaços criados pelo próprio poder público executivo, para mediar suas relações com os movimentos e organizações populares. Os conselhos populares são mecanismos construídos pelos movimentos populares ou setores organizados da sociedade civil em suas relações de negociação com o poder público e os conselhos gestores ou institucionalizados são espaços criados por leis originárias do poder legislativo, surgido após pressões e demandas da sociedade civil, são espaços que possibilitam a participação na gestão dos negócios públicos (GOHN, 2011, p.74).

Conforme já foi explicitado no capítulo I, estes últimos foram criados a partir da década de 1990, fruto das lutas da sociedade civil, que pressionaram sua aprovação por lei no âmbito do poder legislativo, são reconhecidos espaços de composição mista e paritária, entre governo e sociedade civil de caráter deliberativo que possibilitam a

discussão em torno de uma política pública, permitindo o compartilhamento do poder através da participação popular legalizada na esfera pública (MACHADO, 2012). Assim, os conselhos gestores têm a função de contribuir para a ressignificação da política inovadora que se dará por uma nova qualidade exercida na gestão da coisa pública (GOHN, 2002).

No que se refere à saúde, um movimento que merece destaque neste palco de lutas é o já citado “Movimento Sanitário”, que contou com a participação conjunta de profissionais de saúde, dirigentes sindicais, órgãos públicos, intelectuais, parlamentares e representantes de distintos movimentos sociais e foi o responsável pela formulação da proposta da Reforma Sanitária que constitui o cerne do sistema de saúde vigente na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (MARTINS; SANTOS, 2012).

No período da ditadura existiu um forte controle do Estado autoritário sobre a sociedade, foi esta a forma que a classe dominante encontrou para exercer sua hegemonia. Esta maneira de exercício de poder coercitivo perdeu lugar no processo de redemocratização do país, onde a expressão controle social passa a ser defendida como o controle da sociedade sobre o estado (BRAVO; CORREIA, 2012).

Entretanto, a implantação dos conselhos acontece em uma nova conjuntura política que marca os anos seguintes à promulgação da nova Constituição.

Os conselhos foram compostos em uma conjuntura de mobilização da sociedade civil e foram implementados, a partir dos anos noventa, em um cenário de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital (BRAVO, MENEZES, 2013, p.298).

Com a denominada nova reforma do Estado, apontada por autores críticos como contrarreforma do Estado brasileiro, segundo Bravo e Correia (2012) a sociedade é convocada a ser “parceira” com o objetivo de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados. Esta “parceria” propõe a desresponsabilização do Estado para com a proteção social. Ou seja, a sociedade civil é convocada a substituir o estado no que concerne à garantia de proteção social, neste caso a atenção à saúde.

Desta feita, é preciso reforçar a necessidade do protagonismo da sociedade brasileira, a partir do controle social democrático, com a finalidade de promoção da luta pela manutenção dos direitos sociais adquiridos na Constituição de 1988, em uma época em que o Estado acena o retrocesso destes direitos. Cotta, Cazal e Rodrigues (2009)

ressaltam a visível necessidade do efetivo controle dos recursos públicos na atual conjuntura globalizadora de diminuição dos gastos sociais e enxugamento do Estado em que vivemos.

O SUS insere-se no contexto da seguridade social e tem compromisso com a democracia. Com a finalidade de garantir a sua proposta, foram enunciados princípios gerais para nortear a sua implantação nas diferentes realidades brasileiras. Dentre estes princípios está a ‘participação popular’ que versa sobre a garantia constitucional de que a população poderá participar da formulação e do controle da execução das políticas de saúde (PEREIRA, MOROSINI et al., 2005). A participação popular foi enunciada na Constituição de 1988 e regulamentada na lei 8142/1990 que dispõe sobre a participação popular na gestão da política de saúde.

A lei 8142/90 define a configuração dos conselhos de saúde e a realização periódica das conferências de saúde a cada quatro anos. Assim, os conselhos e as conferências foram mecanismos implementados a partir da década de 1990, segundo Bravo e Correia (2012), em um cenário de regressão dos direitos sociais e de mundialização do capital que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista. Bravo (2009) refere que uma das estratégias do grande capital consiste na crítica acirrada as conquistas da Constituição Federal de 1988, e dentre estas está o novo SUS promulgado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90 que possui por diretriz a participação popular na política de saúde.

Vianna et al. (2009) em estudo que aborda a discussão sobre em que consiste a participação em saúde traz em seu trabalho uma definição genérica na qual a participação seria “a capacidade que tem os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos da sua vida cotidiana que os afetam e envolvem”. O mesmo estudo conceitua a participação popular conforme as diversas vertentes de pensamento. Concorro com os pensadores que enquadram a discussão sobre a participação social na saúde como um componente essencial para preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil que se liga diretamente a concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado (VIANNA et al, 2009).

Segundo Machado (1986) participação em saúde é definida como o conjunto de intervenções que as distintas forças sociais e políticas realizam com o intuito de influenciar a formulação, execução e a avaliação das políticas no setor da saúde.

A participação popular no controle social da política de saúde é um direito normatizado no ordenamento jurídico brasileiro, esta constatação remete a um texto de Joaquín Herrera Flores (2008) que aborda a complexidade dos direitos humanos, especificamente à questão da complexidade empírica dos direitos humanos apresentada por Flores, onde este reflete que a norma (a lei) estabelece que todos têm um direito, mas o direito não afirma “o que é”, ele diz “o que deve ser”. Esta linha de raciocínio esclarece de forma teórica que a normatização (lei 8142/90) não assegura a efetiva participação dos representantes dos usuários nos espaços dos mecanismos de controle social. A lei não garante o direito, uma vez que “a efetivação de um direito perpassa por relações de poder que regulam a sociedade e exercem a dominação, ainda que de forma implícita nas questões sociais, econômicas e intelectuais” (RIBEIRO, NASCIMENTO, 2011, p.156).

A sociedade civil precisa estar atenta e participativa na luta pela manutenção dos direitos sociais provenientes da Constituição de 1988. No processo democrático o compromisso com a democracia é muito maior que o ato de votar (democracia representativa). Minha opinião vai ao encontro da de autores como Fleury (2004) que encaram o exercício da democracia como um meio de gerar consenso, desta feita, criticando a visão estreita da democracia como unicamente o ato de votar e propondo a ampliação dos processos deliberativos, considerando que não se podem tomar as preferências individuais independentemente da discussão pública. Neste sentido, corroboro com Dias (1999) quando o mesmo refere que a democracia, mesmo a mais restrita, interessa mais aos trabalhadores do que a mais esclarecida configuração de capitalismo.

Stiglitz (2000) afirma a necessidade de se assegurar a sustentabilidade política do desenvolvimento por meio da mais ampla participação. Para ele os processos participativos devem compreender tanto o diálogo aberto como o amplo e ativo compromisso do cidadão, isso requer que os indivíduos tenham voz nas decisões que os afetam. Na política de saúde os espaços legais de ‘voz dos sujeitos sociais’ são os conselhos de saúde, espaços de controle social democrático da política de saúde.

Neste estudo controle social esta amparado na concepção gramsciana de Estado ampliado e é compreendido como o controle da sociedade sob as ações do Estado (CORREIA, 2005). Os conselhos de políticas públicas, dentre eles os conselhos de saúde, nas três esferas da federação e na base, figuram entre os mecanismos, canais ou instrumentos de controle social.

A participação da comunidade torna-se uma diretriz do novo SUS na Constituição Federal de 1988. Mas para que isso ocorresse foi preciso um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde que foi encabeçado pelo movimento de Reforma Sanitária. Esta diretriz do SUS foi regulamentada pela Lei n. 8142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos (BRAVO; CORREIA, 2012).

A Lei nº 8.142/90 instituiu os Conselhos de Saúde, que foram reforçados pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 e vem sendo, gradualmente, constituídos nos estados e municípios brasileiros, com o objetivo de desempenhar suas atribuições legais e políticas de atuação na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde e no controle social de sua execução.

A legislação brasileira estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas, da organização de um sistema de saúde descentralizado e da participação popular no controle social.

Os conselhos de saúde figuram entre os mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, com representatividade paritária dos distintos atores sociais (BRASIL, 2009). São órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema único de Saúde Brasileiro, existentes nas três esferas de gestão, com composição, organização e competências fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2009).

Menezes (2010) ressalta que o espaço dos conselhos tem como perspectiva uma nova cultura política que procura romper com o autoritarismo, o patrimonialismo e o clientelismo que tanto influenciaram na formação sócio histórica do Brasil. A existência de um exercício pleno da cidadania que comece nas bases, ou seja, nos territórios em que habitam os sujeitos, permitirá que se rompa com as arcaicas práticas políticas citadas por Menezes. Isto é, que sejam enfrentadas e superadas as práticas que reforçam a desigualdade social e condicionam os sujeitos, tornando-os massa de manobra dos interesses do capital, neste caso dos interesses dos prestadores de serviços terceirizados pelo SUS e de possíveis interesses dos gestores da saúde, que não condigam com as reais necessidades da população.

A Lei 8142/90 confere aos conselhos a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, segundo Cotta et al. (2011) permitindo que os mecanismos de controle social, nas três esferas de poder, atuem na co-gestão do sistema.

Para Escorel (2008) a Lei Federal 8142/90 transformou os mecanismos de participação social em peças-chaves da descentralização e democratização da política de saúde ao instituir os conselhos e as conferências de saúde e os vincular ao repasse de recursos federais para a referida política. Os conselhos de saúde estão inseridos no contexto dos conselhos gestores de políticas públicas e são de caráter obrigatório segundo a Carta Magna, portanto, são instituições que obedecem a mandatos e garantias legais (OLIVEIRA, IANNI, DALLARI, 2013).

Os conselhos em níveis municipais são considerados espaços de participação da sociedade na tomada de decisão da Política de Saúde dos municípios, tendo por finalidade a defesa dos interesses dos usuários (MOREIRA, 2011). Silva, Cruz, Melo (2007) abordam que segundo a legislação vigente, as decisões emanadas dos conselhos devem considerar a formulação de estratégias e o controle da execução das políticas de saúde, o que exige que esta instância tenha pleno acesso aos aspectos econômicos e financeiros voltados para a saúde, tendo o poder e dever de propor critérios para a programação, execução, avaliação, elaboração e aprovação do plano de saúde nas três esferas, e, também, o direito de estabelecer estratégias para a execução do referido plano.

No contexto brasileiro, a redemocratização do Estado possibilitou que fosse assumida uma nova configuração institucional para os Conselhos de Políticas Públicas. Esta configuração estabeleceu um modelo ideal de estruturação e funcionamento das instâncias de controle social democrático que deveria ser:

- Paritário (representantes governamentais e da sociedade civil em igual número).
- Deliberativo (com atribuições de deliberar sobre a formulação, as prioridades e o orçamento da política).
- Com gestão compartilhada da política, permitindo o controle social por parte das organizações e movimentos da sociedade civil (monitoramento e avaliação).
- Implantado nas três esferas da federação (União, estados e municípios), formando uma estrutura de gestão federativa das políticas públicas.
- Com representantes da sociedade civil eleitos autonomamente em fórum próprio, não sendo indicados por decisão unilateral dos governos.(CICONELLO, 2008, p.4).

Os conselhos são mecanismos de controle social democrático que apresentam as seguintes vantagens:

contribuem para aproximar o poder público dos cidadãos e para o enfraquecimento das redes de clientelismo, trazendo alianças e conflitos de

interesses para esferas públicas de decisão; permitem maior grau de acerto no processo de tomada de decisões, ajudam na identificação de problemas e na construção de alternativas de ação, aumentam a transparência administrativa e pressionam os governos por resultados (CICONELLO, 2008, p.11).

São espaços ainda considerados novos nas políticas sociais com significativo potencial de resistência democrática, entretanto, existem dificuldades que limitam a sua atuação nesta perspectiva uma vez que são espaços contraditórios, atravessados por diferentes controles sociais<sup>10</sup>. Dentre eles, o constitucional controle social democrático que alguns conselheiros exercem quando fiscalizam as ações e defendem interesses dos usuários e, outros apenas acreditam exercer por participarem do conselho. O controle social do Estado sobre a sociedade que os gestores muitas vezes exercem ao gerarem consenso em torno de mudanças nas políticas sociais que priorizam cortes nos gastos e não privilegiam a coletividade; e, finalmente, o perverso controle social do capital que na atual conjuntura política e econômica subordina o controle social democrático e o coercitivo. “Controle Social do capital usa de todos os artifícios para emperrar os processos decisórios em que a sociedade civil tem voz e voto para decidir, entre eles os conselhos” (CALVI, 2008, p.16).

Menezes (2010) afirma que hoje nos conselhos a democracia se faz apenas de forma representativa e não participativa. Em sua pesquisa Moreira (2011) corrobora com esta afirmação ao perceber o mesmo fato no contexto do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, tal fato se justifica na hipótese de que os conselheiros atuem reproduzindo o resultado de cultura política clientelista e patriarcal presente na história política brasileira.

Souza et al. (2012) mencionam que os conselheiros de saúde, sujeitos sociais capazes de interferir nas questões de saúde, são os representantes das diversas entidades sociais que possuem respaldo legal para atuar nos conselhos Municipais ou Locais e no espaço das Conferências de Saúde com o objetivo de realizar o controle social por meio da democratização do setor público da saúde.

Soratto et al (2010) aborda outras formas de exercício do controle social do SUS, além dos mecanismos legalizados (conselhos e conferências nas três esferas), espaços mais descentralizados para a população participar como os conselhos distritais, ou os conselhos locais de saúde.

---

<sup>10</sup> Maior discussão e detalhamento sobre os distintos controles sociais pode ser encontrada em Calvi (2008).

Na atual conjuntura sócio-política brasileira, a partir da instituição do SUS, a saúde passa a figurar como uma questão de cidadania e a participação política na gestão do mesmo se torna *conditionsinequa non* para o exercício pleno da cidadania (COTTA et al., 2011). Neste estudo compreendemos participação cidadã como um conceito fundamentado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão do caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas com base em um debate público (CREVELIM, PEDUZZI, 2005).

Os conselhos gestores locais tem por atribuições, entre outras, a participação popular no controle da gestão e trabalho do SUS, a identificação dos problemas da comunidade e a busca por suas soluções, além da discussão do funcionamento e organização das UBS, bem como da fiscalização e acompanhamento de seus serviços (FESF-SUS, 2010). Desta forma, atribui-se grande importância a esta instância para o exercício efetivo da cidadania, pois é a partir de uma base bem organizada coletivamente que a sociedade poderá se exigir que de fato se cumpram os direitos sociais.

Conforme abordado anteriormente, o Brasil na década de 1980 foi palco de movimentos populares, sindicais e sociais que protagonizaram a luta que resultou na Constituição de 1988, na legalização de um SUS onde a saúde é universal e a participação popular é assegurada por lei (LEI 8142/90).

Neste contexto de direitos fundamentais, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 em seu artigo XXI traz que todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público de seu país e em seu artigo XXV que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, entre outras garantias, saúde e bem-estar. Nesta conjuntura a legislação Brasileira (Constituição Federal/1988) estabelece que saúde é direito de todos e dever do Estado e que este direito deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas, da organização de um sistema de saúde descentralizado (lei 8080/90) e da participação popular no controle social através de mecanismos institucionalizados denominados conselhos de saúde (lei 8142/90).

Calvi (2008) descreve alguns obstáculos para a realização do controle social democrático no espaço dos conselhos.

[...] a baixa cultura de participação da sociedade civil e com os traços conservadores da política nacional como o autoritarismo e o clientelismo. Os poderes executivos, [...] ainda apresentam forte resistência em dividir espaços

nos processos decisórios das políticas sociais com os conselhos. Assim, lançam inúmeras estratégias contrárias à autonomia dos mesmos. De outra os conselhos se deparam com as estratégias de despolitização da sociedade civil e dos espaços públicos e da desestruturação das políticas sociais lançadas pelo projeto neoliberal nos dias atuais (CALVI, 2008 p.17).

Conforme já foi abordado anteriormente, a partir da década de 1990 as condições políticas e econômicas resultaram em um retrocesso neoliberal por parte do Estado Brasileiro, o que dificultou a implementação real dos direitos constitucionais (BEHRING, BOSCHETTI, 2010). O governo brasileiro com a finalidade de continuar participando do mercado internacional passou a adotar o receituário neoliberal ditado por agências multilaterais como o Fundo Monetário Internacional (MOREIRA, 2011), permitindo uma contra-reforma<sup>11</sup> do Estado orientada para o mercado, desprezando as conquistas de 1988 no plano da seguridade social (BEHRING, BOSCHETTI, 2010). Este cenário de contradições e conflitos (característica da sociedade capitalista) exige a efetiva participação popular em todos os espaços de controle social democrático, na luta pela manutenção dos direitos sociais.

## **2.2 Revisitando produções científicas sobre o Controle Social na Política de Saúde**

A revisão de literatura realizada em bases indexadas também corroborou para justificar a relevância deste estudo. Em um primeiro momento foi realizada uma varredura no banco de dados do Scielo na base de dados de artigos. Ao entrar com a palavra - chave “Controle Social” isoladamente em todos os índices sem refinamentos no banco de dados Scielo apareceram 1195 artigos os quais foram refinados por ano. Pesquisando de 2003 a 2013 em revistas, excluindo as das áreas de agrárias e biológicas ficaram 459 referências. Foram lidos todos os títulos a partir da ordem de relevância estabelecida pelo Scielo e selecionados 21 títulos que se aplicavam ao controle social democrático em saúde e aos conselhos de saúde. Dos 21 artigos oriundos da pesquisa por ordem de relevância cinco não estavam disponíveis na rede, portanto, foi realizada

---

<sup>11</sup> O processo de contra-reforma do Estado é discutido com profundidade em Behring , Boschetti (2010, p.148)

uma leitura interpretativa<sup>12</sup> de 16 artigos, os quais estão relacionados no Apêndice A deste projeto de pesquisa.

Pesquisar sobre o Controle Social Democrático em Saúde no Brasil no banco de dados de artigos do Scielo possibilitou conhecer a conjuntura atual do exercício do controle social no país, algumas propostas para o exercício da democracia participativa e a constatação de que o direito ao controle social da saúde, normatizado na Constituição Cidadã de 1988, na LOS (Lei Orgânica de Saúde) 8080/90 e na Lei 8142/90 por si só não garante o exercício pleno da democracia participativa nas instâncias legais de participação popular; fato que pode ser explicado pela história política de nosso país apresentada resumidamente no primeiro capítulo desta dissertação.

Além disso, a varredura no banco de Dados do Scielo reforçou a importância da elaboração de uma pesquisa amparada na dialética marxista ao desvendar que são poucas as publicações que versam sobre Controle Social na instância dos Conselhos Gestores Locais de Saúde, pois, apenas o artigo de Martins (2012), de perspectiva compreensiva, abordava o exercício do controle social sob a ótica de um enfermeiro membro de um Conselho Gestor Local de Saúde.

Em um segundo momento da pesquisa exploratória, com a intenção de confirmar ou refutar a constatação de que são poucos os estudos que abordam a instância dos Conselhos Gestores Locais de Saúde foram realizadas varreduras nos bancos de dados da PublicMedline(Pubmed) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) utilizando Descritores em ciências da Saúde (DeCS) da BVS com a finalidade de trazer maior rigor científico à pesquisa. Os dois descritores utilizados nestas buscas foram: “Políticas de Controle Social” e “Conselhos de Saúde”. Na varredura nestes dois conceituados bancos de dados não foi utilizada a palavra-chave Conselho Gestor Local de Saúde, pois, ela não consta entre os DeCS da BVS.

Ao entrar na Pubmed com o descritor “Políticas de Controle Social” (em português) surgiram 29 publicações. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos destes trabalhos e foi constatado que apenas um artigo, o estudo de caso qualitativo de

---

<sup>12</sup> Segundo Gil (2002), a leitura interpretativa é mais que uma simples leitura dos dados apresentados, ela procura relacionar estes dados com os conhecimentos prévios do pesquisador, dentre eles os conhecimentos obtidos na elaboração de seu pré-projeto de pesquisa.

Grissoti, et al. (2010)<sup>13</sup>, realizado no município de Florianópolis, abordava a temática da participação de conselheiros municipais na efetivação do SUS e ao entrar com o descritor “Conselhos de Saúde” nenhuma produção científica foi encontrada.

Na varredura realizada na BVS/BIREME com o DeCS “Políticas de Controle Social” surgiram 1001 referências, refinando por textos completos disponíveis e surgiram 238 publicações. Destas 238 publicações refinou-se por idioma selecionando as publicações em português e por ano de 2003 a 2014 e permaneceram 52 referências. Na leitura dos títulos das 52 referências foram encontrados 19 títulos pertinentes à temática do Controle Social Democrático em Saúde, destes, apenas dois tratavam do controle social nos CGLS, um deles pertencia a categoria não convencional e se tratava de um folder com esclarecimentos sobre o assunto, e o outro consistia em uma dissertação de mestrado que abordava a percepção dos conselheiros distritais de saúde sobre os processos de educação permanente para o Controle Social no SUS.

Ao pesquisar na BVS/BIREME com o DeCS “Conselhos de Saúde” foram encontrados 348 itens que foram refinados por ano de publicação permanecendo os trabalhos publicados entre 2004 e 2014. Deste refinamento surgiram 277 referências, das quais foi realizada a leitura de todos os títulos na procura de trabalhos que abordassem a instância dos Conselhos Gestores Locais, a partir desta leitura foram encontrados seis estudos (vide Apêndice B) que abordam o Controle Social Democrático da Política de Saúde na instância local dos conselhos gestores. A pesquisa exploratória nos bancos de dados Pubmed e BVS/BIREME confirmou a necessidade de mais estudos sobre o tema e por consequência a relevância acadêmica da realização deste estudo centrado principalmente nos determinantes para a extinção do Conselho Gestor Local de Saúde da UBS CSU Areal.

Considerando esta exposição é possível perceber que são muitos os trabalhos que abordam como área de interesse o controle social, mas poucos são os trabalhos que têm como objeto de pesquisa os Conselhos Gestores Locais de Saúde. Além disso, alguns trabalhos na área do controle social democrático como o de Moreira (2011)<sup>14</sup> apresentam em suas considerações finais que o nó crítico do controle social reside na

---

<sup>13</sup> GRISSOTI, Marcia; PATRÍCIA, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. **A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo.** Ciênc. Saúde Coletiva. Vol.15 nº3. Rio de Janeiro, maio, 2010

<sup>14</sup> MOREIRA, I. A. **Análise da representatividade do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde no município de Pelotas.** Dissertação de mestrado (UCPEL) Pelotas, 2011. 124 f.

fragilidade das bases, na existência de poucos CGLS atuantes e na ínfima representatividade dos CGLS no espaço dos Conselhos Municipais de Saúde.

### **2.30 Conselho Gestor Local de Saúde da UBS CSU Areal como objeto de estudo**

Este tópico está dividido em três partes. Primeiramente é apresentada a pesquisa, sua justificativa e seus aspectos metodológicos; após o contexto institucional em que estava inserido o objeto de estudo, e, por fim, o perfil dos sujeitos pesquisados.

#### **2.3.1 Apresentação da pesquisa: motivações da pesquisadora, justificativa da pesquisa e procedimentos metodológicos**

Foi no território da UBS CSU Areal, local de minha atividade profissional, através da vivência e de uma análise crítica da realidade local, reconhecidamente sempre em movimento, e das contradições de um espaço permeado por sujeitos de distintas classes sociais e condições econômicas (empregados, desempregados, empregadores, ricos, pobres e miseráveis) que constatei concretamente a importância da participação popular.

Destaco que a prática é o critério de verdade da teoria, pois o conhecimento parte da prática e a ela volta dialeticamente (GADOTTI, 1986). Foi no território da Unidade Básica de Saúde (UBS) CSU Areal que compreendi a real importância do Controle Social Democrático e a necessidade do exercício de uma democracia participativa<sup>15</sup>, em que o poder emane de fato do povo. Nesta perspectiva, conforme abordado no referencial teórico, o controle social é entendido dentro da articulação dialética entre o Estado e a sociedade civil composta por interesses de classes opostas, e seu exercício deve se dar na perspectiva da defesa dos interesses das classes subalternas e na resistência à tendência neoliberal vigente de uso do fundo público para o financiamento da reprodução do capital em prejuízo da reprodução do trabalho, ou seja,

---

<sup>15</sup> A Democracia participativa tem como componente básico a defesa da participação direta dos cidadãos na tomada de decisões (SOUZA, 2010). Os conselhos de políticas públicas, dentre eles os CGLS, são espaços destinados ao exercício da democracia participativa sob forma deliberativa.

dos serviços que não buscam o lucro (CORREIA, 2005). Assim, o controle social será uma das mediações para a garantia dos direitos sociais através da democratização das políticas sociais.

Por isto, estudos, pesquisas e discussões que reflitam sobre os limites e possibilidades do controle social democrático são importantes para a sua permanente revitalização desta temática, já que insistir no seu exercício e na sua qualificação parece muitas vezes remar contra a corrente. Neste cenário entende-se que os estudos que abordam as questões do coletivo e da importância dos cidadãos se enxergarem enquanto coletividade têm a finalidade de despertarem através da crítica reflexiva a responsabilidade dos indivíduos na luta pela manutenção dos direitos sociais e as medidas de conservação dos seus mecanismos.

O estudo na área da política social realizado por Moreira (2011) verifica a pouca representatividade de representantes dos usuários das Unidades Básicas de Saúde dentro do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas e associou que este fato se deve a falta de formação de conselhos gestores locais nas UBS e a insuficiente atuação dos existentes. Embora se entenda que esta é uma das determinações da frágil representação de usuários no CMS, ela assume grande importância enquanto celeiro preparatório para uma participação mais qualificada de usuários na política municipal de saúde.

Tendo por referência estas considerações se pretende com este trabalho contribuir para a discussão sobre o exercício do controle social nas bases organizacionais da política de saúde municipal, desvelando seus determinantes sociais e políticos, a fim de propiciar a reflexão sobre o estabelecimento de estratégias que possam fortalecer o exercício da cidadania participativa no SUS. Considerando que será objeto específico de estudo o conselho gestor local de saúde da UBS Centro Social Urbano Areal, através da análise das vozes de sujeitos desta pesquisa, pessoas direta e indiretamente vinculados a este mecanismo, o qual foi extinto, espera-se que a análise indique consequentemente estratégias que possam favorecer a reativação desta instância de participação naquela UBS.

Embora os conselhos sejam espaços com potencialidade de realização do controle social democrático pela via da participação popular, é preciso considerar que para a sua efetivação não é suficiente a existência dos conselhos ou a mera ocupação representativa da população nestes espaços (CALVI, 2008). Por isto, espera-se, ainda, provocar os trabalhadores de saúde para uma reflexão crítica, especialmente no contexto das UBS, onde existe dificuldade por parte de alguns profissionais – educados sob o

ponto de vista médico centrado e impositivo – no que concerne à elaboração de atividades de educação popular que forneçam informação e apoio à população usuária do SUS sobre a existência de espaços onde é possível lutar coletivamente, de forma organizada e legal por conquistas e onde se pode cobrar o cumprimento dos direitos por parte dos gestores da política de saúde.

Na elaboração do projeto que deu origem a esta dissertação busquei hipóteses para os limites e desafios do exercício do controle social democrático em estudos que tratam desta temática. Com base nos achados procurei me munir de conhecimentos que me possibilitaram maior sensibilidade e *feeling* no momento da entrada no campo. Pesquisas como a de Menezes (2010) que afirmam que hoje nos conselhos a democracia se faz apenas de forma representativa<sup>16</sup> e não participativa; Moreira (2011) corrobora com esta afirmação em sua pesquisa ao perceber o mesmo fato no contexto do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas (CMSPel). Pereira Neto (2012) também percebeu isto em sua pesquisa e ainda, apresenta a realidade de que alguns conselheiros, despreparados politicamente ou ignorantes de seu poder, enquanto coletividade, usam o espaço dos conselhos como um local de “troca de favores” e acabam vendendo seu voto e defendendo as causas dos gestores e das empresas que vendem serviços de saúde ao SUS. Concordo com Menezes (2010) e Pereira Neto (2012) quando estes trazem que estas atitudes são resultado da cultura política ao longo da história brasileira, conforme abordado no referencial teórico deste trabalho.

A pesquisa realizada por Moraes (2005) aponta que um dos entraves para o exercício da cidadania participativa na área da política de saúde está associado com o domínio das informações sobre a gestão desta política nas mãos dos técnicos, isto é, daqueles com formação específica na área.

A existência de Conselhos Gestores Locais de Saúde pode facilitar o enfrentamento deste entrave pelo acompanhamento dos usuários do cotidiano dos técnicos, favorecendo o desenvolvimento de uma entrada no campo do saber técnico de maneira mais próxima à realidade vivida pela comunidade. Portanto, o CGLS pode ser espaço para uma formação na base que qualifique a representação dos usuários por

---

<sup>16</sup> A Democracia representativa é um modelo onde a sociedade delega a um representante escolhido por voto o direito de representá-la e tomar decisões que favoreçam os interesses populares. Chauí (2011, p.275), em texto denominado “Representação ou participação?” aborda a questão da representação em sua trajetória histórica e conclui de forma crítica e reflexiva que a ideia de representação não possui qualquer vínculo substantivo com a ideia de democracia (CHAUÍ, 2011, p.295), a autora traz que a representação é ofertada como um “paliativo e remédio ao perigo popular democrático” tendo por finalidade impedir um regime de democracia política (CHAUÍ, 2011, p.293).

futuros conselheiros municipais, contribuindo para a superação desta subalternidade historicamente imposta aos que não detém o saber intelectual, favorecendo ao “[...] empoderamento de todos os sujeitos sociais interligados no processo de construção e consolidação do SUS” (COTTA et. al , 2011).

A política de saúde preconizada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) reconhece e afirma o poder de participação do cidadão usuário dos serviços de saúde. A legislação Brasileira (Constituição Federal/1988) estabelece que saúde é direito de todos e dever do Estado e que este direito deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas, da organização de um sistema de saúde descentralizado (lei 8080/90) e da participação popular no controle social através de mecanismos institucionalizados denominados conselhos de saúde (lei 8142/90).

A participação popular no controle social da política de saúde é um direito normatizado no ordenamento jurídico brasileiro, porém, a normatização (lei 8142/90) não assegura a efetiva participação dos representantes dos usuários nos espaços dos mecanismos de controle social. A lei não garante o direito, uma vez que “a efetivação de um direito perpassa por relações de poder que regulam a sociedade e exercem a dominação, ainda que de forma implícita nas questões sociais, econômicas e intelectuais” (RIBEIRO, NASCIMENTO, 2011, p.156).

As formas como se dão as relações de poder nos espaços de participação popular garantem a hegemonia das classes dominantes e por consequência a perpetuação de um modelo de saúde assistencialista por parte de alguns profissionais, gestores, empresas que terceirizam seus serviços ao SUS e até de alguns usuários, fato que prejudica a luta por um SUS com qualidade para os cidadãos, ou seja, um SUS com atenção integral aos usuários.

Corroboro com Flores (2008), quando este aborda que nossas categorias e instituições são “ficções culturais” que foram criadas por seres humanos que podem mudá-las se assim considerar conveniente e tiverem poder para isso. A sociedade civil usuária do SUS, através do exercício de uma democracia participativa nos espaços de controle social, possui o poder de transformar a desacreditada esfera dos conselhos gestores em um mecanismo de controle social efetivo na luta pela qualificação da saúde, em um espaço de contradições onde a hegemonia da defesa dos interesses do capital dê lugar a supremacia da defesa dos interesses dos usuários do SUS, que nada mais é do que o florescimento da hegemonia das ditas classes subalternas na arena dos mecanismos de controle social da política de saúde brasileira.

Assim, o exercício do controle social democrático por um conselho gestor local é atravessado por um conjunto de determinações que incluem as relações sociais entre os conselheiros e destes com os trabalhadores da UBS, com a comunidade local, com outros conselhos - principalmente com o conselho municipal de saúde -, e com outros agentes externos vinculados à saúde; determinantes econômicos que incluem desde as condições concretas de participação dos conselheiros nas reuniões (nível de formação para compreensão das discussões realizadas, disponibilidade de tempo para participar de reuniões, entre outros), até a liberação de recursos financeiros e materiais para atendimento de demandas; e, também das relações políticas que cruzam o conselho ora incentivando a participação popular, ora reforçando o clientelismo, o paternalismo e a subalternidade.

O trabalho na Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano Areal Pelotas/RS permitiu descobrir que esta UBS contou com um Conselho Gestor local de Saúde que funcionou no período de 2003 a 2008, ano em que foi extinto.

O conhecimento sobre a existência deste conselho gerou o questionamento sobre quais foram às circunstâncias que levaram a sua extinção sem que houvesse nova organização até o momento. Uma exploração inicial sobre esta questão instigou ainda mais a curiosidade uma vez que informações colhidas com colegas e usuários da unidade indicavam que o mesmo reunia trabalhadores da UBS e usuários mensalmente, e era atuante, tendo obtido algumas conquistas para a comunidade. Porém, ao indagar porque havia sido extinto não havia uma resposta objetiva por parte de trabalhadores da UBS e um representante dos usuários manifestou desconhecer porque a UBS decidira acabar com o Conselho. Segundo este usuário a decisão de extinguir o CGL havia sido comunicada pelo coordenador da UBS em uma reunião com os conselheiros.

O estudo do referencial teórico e a revisão de literatura realizada ao ser relacionada com esta realidade conduziram a formular a seguinte questão: Quais são os determinantes da extinção do Conselho Gestor Local da UBS Centro Social Urbano Areal localizada no município de Pelotas/RS?

Para responder a esta questão foi realizada uma pesquisa qualitativa para descrever e analisar o contexto e as percepções existentes sobre os motivos que causaram a extinção do Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal.

O desenvolvimento do processo investigativo foi realizado com uma análise documental nos registros arquivados na UBS que foram produzidos pelo extinto

conselho e com entrevistas semi-estruturadas com onze sujeitos<sup>17</sup> vinculados direta ou indiretamente com o objeto de estudo: seis conselheiros do CGLS, duas lideranças comunitárias externas da área de abrangência da unidade, uma liderança informal comunitária do território da UBS e um presidente do CMSPel no período de vigência do CGLS.

A análise dos dados foi feita através da análise de discurso, conforme proposta operativa de Minayo (2013). A análise de discurso põe a tônica de sua técnica na fala e segundo Minayo (2013) ultrapassa teoricamente as técnicas de análise de conteúdo na medida em que se propõe a desvendar as regras próprias do processo discursivo, atingindo as mais profundas estruturas do processo de comunicação.

Este estudo foi guiado pela macroteoria marxista, discurso sistemático que orientará a reflexão sobre o problema em pauta (MINAYO, 2012). Segundo Minayo (2012), a partir da década de 1970 houve grande aumento da produção acadêmica na área da saúde dentro do enfoque marxista, tal enfoque produtivo coincidiu com a resistência cidadã ao autoritarismo e violência política vigentes no período da ditadura militar no Brasil. Os trabalhos com base neste enfoque, apresentados pela academia, foram essenciais para as transformações societárias que resultaram no movimento de reforma sanitária e na elaboração das bases e diretrizes de nosso Sistema Único de Saúde vigente.

Tal transformação, à luz da teoria marxista, também impulsionou o exercício popular do direito de resistência, implícito na declaração dos direitos Humanos de 1948, que culminou na elaboração da constituição cidadã de 1988 e na derrocada da ditadura militar. Fato que reforça a importância da escolha da perspectiva da tradição marxista nesta dissertação que aborda o controle social democrático na saúde na base, neste caso, o território da Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano Areal.

O Marxismo propõe a abordagem metodológica crítico dialética que articula a proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais (MINAYO, 2012). Desta feita, a pesquisa analisou o objeto de

---

<sup>17</sup>O perfil dos sujeitos da pesquisa será apresentado no item que aborda a apresentação dos sujeitos da pesquisa.

estudo considerando as categorias de historicidade, totalidade<sup>18</sup> e contradição<sup>19</sup> para descobrir as determinações de sua extinção.

A pesquisa obteve parecer de aprovação<sup>20</sup> sem recomendações pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (CEP/UCPel) em 30/03/15. A pesquisa documental e as entrevistas semi-estruturadas só foram realizadas após liberação do parecer do CEP/UCPel. Esse estudo não ofereceu riscos potenciais aos sujeitos participantes, pois, foram respeitados os preceitos éticos da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

A análise qualitativa dos documentos do extinto Conselho Gestor Local de Saúde da UBS CSU Areal foi realizada após autorização da chefia da unidade. Em um primeiro momento foi feita a leitura dos documentos no ambiente da UBS, em local isolado que não causou transtornos à rotina de trabalho de nenhum dos servidores da unidade de saúde.

Em um segundo momento, foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos da pesquisa. A entrevista semi-estruturada segundo Godoy (2007, p.134), tem como objetivo principal compreender os significados que os entrevistados dão as questões relativas ao tema do estudo. A entrevista semi-estruturada “[...] é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito com o intuito de possibilitar que o investigador desenvolva uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (GODOY, 2007, p.134).

Os sujeitos da pesquisa, previamente ao início da entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a concordância e autorização para aplicação posterior do instrumento de pesquisa e para divulgação dos dados, respeitando o anonimato dos sujeitos, nos meios científicos.

As entrevistas com os sujeitos que foram conselheiros representantes dos usuários e com a liderança informal ocorreram nas residências dos mesmos. As entrevistas com os conselheiros representantes dos trabalhadores e as lideranças formais ocorreram no local de trabalho dos entrevistados. A entrevista com o ex-presidente do

---

<sup>18</sup> O princípio da totalidade diz que a natureza se apresenta como um todo coerente onde objetos e fenômenos estão ligados e condicionados de forma recíproca. O método dialético examina os objetos buscando entendê-los numa totalidade concreta (GADOTTI, 1986).

<sup>19</sup> O princípio da contradição é a essência da dialética. A contradição consiste nas forças opostas que coexistem no interior das coisas e que possibilitam a transformação. “Os elementos contraditórios coexistem em uma realidade estruturada, um não podendo existir sem o outro, a burguesia e o proletariado, por exemplo” (GADOTTI, 1986, p. 26).

<sup>20</sup> Parecer nº 1.004.215. Data da relatoria: 26/03/15

CMSPel ocorreu no espaço de uma Organização Não Governamental da qual o sujeito é voluntário. Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra o que permitiu a fidedigna transcrição das informações fornecidas, essencial para a análise e interpretação das falas dos participantes.

Seguindo a proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo (2013) as vinte e quatro atas oriundas da pesquisa documental foram lidas e relidas na íntegra e foram transcritas as informações consideradas mais pertinentes para responder a questão da pesquisa. As entrevistas após serem degravadas foram lidas e relidas para possibilitar a ordenação e classificação dos dados obtidos em cada pergunta da entrevista por categoria dos sujeitos entrevistados (conselheiros representantes dos trabalhadores, conselheiros representantes dos usuários da unidade, lideranças comunitárias externas, liderança comunitária informal e presidente do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas no período de 2003 a 2008).

Após nova releitura do material transcrito foi feita a análise final dos dados. Para isso, houve releitura do material classificado e organizado para ser processada a construção da interpretação final das descobertas realizadas.

Esta interpretação final a partir da macroteoria marxista contemplou o cruzamento dos dados oriundos da análise documental e das entrevistas, permitindo explicitar os determinantes da extinção do Conselho Gestor Local pesquisado através da elucidação de categorias temáticas.

Para melhor compreender as descobertas da pesquisa será apresentado a seguio contexto institucional do Conselho.

### 2.3.2 O contexto institucional do CGLS da UBS CSU Areal

A Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano Areal, é uma das portas de entrada do SUS no distrito sanitário urbano Areal/Praias, um dos cinco distritos sanitários do município de Pelotas e presta modelo tradicional de atenção à saúde há 33 anos. Segundo o IBGE (2010), Pelotas é o município mais populoso da Zona Sul, possui 328.275 habitantes. Conforme o Plano Municipal de Saúde (2010/2013, p.8)<sup>21</sup> este

---

<sup>21</sup>Na época de realização da pesquisa o Plano Municipal de Saúde em vigor no município de Pelotas, estava indisponível no site da Prefeitura Municipal. Os dados aqui apresentados foram extraídos de um

município encontra-se no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, atendendo a 22 municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e em algumas ações pontuais também atende aos municípios da 7ª. Coordenadoria. No sistema de saúde de Pelotas existem 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais treze estão na zona rural e sete estão ligadas as universidades; dezessete delas contam com Equipe de Estratégia de Saúde da Família<sup>22</sup>, atendendo aproximadamente 29% da população; trinta e oito apresentam Equipe de Saúde Bucal entre outras especialidades.

Em Pelotas a principal instância de controle social do SUS é o Conselho Municipal de Saúde composto por 48 conselheiros titulares e seus suplentes, conforme artigo 5º do Regimento do CMSPel (ANEXO C), o qual se reúne quinzenalmente na Casa dos Conselhos.

Situada na cidade de Pelotas, no bairro Areal, a Unidade Básica de Saúde tradicional<sup>23</sup> Centro Social Urbano Areal, é uma UBS vinculada ao DMS da UFPel, sendo campo de estágio curricular em Medicina Social e de residência em Medicina Preventiva e Social e Psiquiatria. Segundo o site do Departamento de Medicina Social da UFPel<sup>24</sup> esta UBS foi construída em 1982, em parceria com o Circulo Operário Pelotense<sup>25</sup>(COP), entidade filantrópica destinada ao auxílio do trabalhador.

A UBS presta seus serviços à comunidade da área adstrita e também aos usuários fora de área de segunda a sexta, ininterruptamente das 7h da manhã às 19h da noite. O seu quadro de profissionais é composto por médicos docentes e servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Pelotas (um assistente social, um médico clínico geral, dois médicos de família, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um recepcionista), dois estagiários do Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE) que desempenham suas funções na recepção da UBS e cinco

---

material impresso fornecido pela equipe da Secretária de Saúde da Prefeitura de Pelotas depois de pedido formal da autora da pesquisa. No site da prefeitura constava um link com o Plano de 2007-2009.

<sup>22</sup> Equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou de família, enfermeiro generalista ou de família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal. Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas pertencentes à área de abrangência de uma UBS. Mais informações podem ser encontradas na portaria n.2488/2011. Fonte: Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php?conteudo=esf](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf)>. Acessado em: 08/06/2015.

<sup>23</sup> Presta modelo tradicional de atenção à saúde.

<sup>24</sup> Disponível em: <[http://dms.ufpel.edu.br/site/?page\\_id=484](http://dms.ufpel.edu.br/site/?page_id=484)>. Acessado em: 01/05/2015.

<sup>25</sup> Organização Filantrópica fundada em 1932, pelo Padre jesuíta Leopoldo Brentano. A trajetória e finalidade detalhada dos Círculos Operários no Rio Grande do Sul pode ser consultada na Dissertação de Mestrado do PPG em História da PUC-RS de Carla Xavier dos Santos (2008) Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3868/1/000404324-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 05/06/2015.

funcionários de empresa terceirizada vinculada à universidade: um de serviços gerais, dois na portaria no turno do dia e dois vigilantes à noite.

Sua área adstrita conta com uma população em torno de 8000 habitantes, para a qual é ofertada atenção à saúde, através de atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

O perfil demográfico estimado da população adstrita da UBS CSU Areal, segundo Caderno de Ações Programáticas (CAP), elaborado pelo curso de Saúde da Família Ensino à Distância (EaD) da UFPEL<sup>26</sup>, é de 2.268 mulheres em idade fértil, 70 a 140 gestantes na área (1% - 2% da população feminina), 128 crianças menores de um ano, 511 crianças menores de cinco anos, 1.183 pessoas de cinco a quatorze anos, 4.536 pessoas de quinze a cinquenta e nove anos e 770 pessoas com sessenta anos ou mais (Vigitel, 2009). Com base nas estimativas do caderno das ações programáticas desta especialização as doenças que mais acometem a população da UBS CSU Areal são as patologias crônicas Hipertensão e Diabetes Mellitus, pois, 67% da população da área, equivalente a 4.690 usuários com 20 anos ou mais é portador destas enfermidades. Destes, 272 são portadores de Diabetes Mellitus (5,8% pop.) e 1.143 Hipertensos (24,4% pop.), sendo que alguns podem apresentar as duas patologias associadas (Vigitel, 2009).

As estimativas geradas por esta planilha eletrônica (construída com base em estimativas quantitativas do CENSO do IBGE e Vigitel) corrobora com a percepção de alguns trabalhadores da unidade de que os usuários da UBSCSU Areal são em sua maioria idosos portadores de doenças crônicas e adultos portadores de doenças crônico-degenerativas. A unidade esta situada em um território atípico, pois, sua área não possui bolsões de miséria, possui poucas usuárias gestantes<sup>27</sup>, numero abaixo das estimativas do CAP (menos de 60 usuárias gestantes cadastradas no SISPRENATAL em 2015) e

---

<sup>26</sup> No ano de 2012, a autora desta pesquisa fez parte do corpo de estudantes da segunda turma de especialização em Saúde da Família na modalidade EaD ofertada pelo departamento de Medicina Social da UFPEL. Neste período foi realizada Análise Situacional quantitativa e qualitativa da UBS CSU Areal, analise esta que contou com auxílio de planilhas eletrônicas disponibilizadas pelo curso que geravam estimativas percentuais e numéricas com bases em estimativas apresentadas pela Vigitel no ano de 2009.

<sup>27</sup> O número de usuárias gestantes do território que utilizam os serviços do CSU é menor do que as estimativas nacionais (1-2%). Inferem-se duas suposições para o reduzido número de cadastros de pré-natal e puericultura que talvez se complementem para explicar tal situação. A primeira que as taxas de natalidade no território da UBS CSU Areal realmente estão diminuindo o que vai ao encontro da tendência mundial dos países desenvolvidos e em desenvolvimento que demonstra uma gradual e constante diminuição do crescimento demográfico associado ao aumento da expectativa de vida com mudanças expressivas nas pirâmides etárias destes países. Também se supõe que isso se deva ao fato de algumas usuárias possuírem maior poder aquisitivo e desta feita, comprarem os serviços de especialistas da medicina privada e de planos de saúde privados.

por consequência poucas crianças realizam puericultura na unidade. É perceptível no cotidiano de trabalho da unidade a grande demanda de usuários para atendimento de problemas de saúde agudos, devido a doenças crônicas degenerativas.

Em relação ao espaço físico ocupado pela UBS CSU Areal é possível constatar a existência de inúmeras necessidades, limitações e deficiências estruturais quando se compara a realidade da unidade com a proposta de estruturação de UBS disponibilizado pelo Manual da Estrutura da UBS do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O prédio da UBS CSU Areal, não foi construído para ser uma UBS, portanto, sua planta baixa não segue o preconizado pelo Ministério da Saúde. Esta Unidade existe a mais de trinta anos e foi uma demanda da comunidade do local, que contou com o apoio do COP, que cedeu gratuitamente parte do prédio que, anteriormente, era utilizado em sua totalidade pela comunidade Católica da área. Em 1982 a Unidade contava com duas salas e em 2002 com o apoio do COP e da comunidade foi ampliada, contando em agosto de 2015 com oito salas de atendimento e um salão no andar superior.

Relatos orais de trabalhadores e usuários revelam que em 2002 a comunidade fazia doação de materiais de construção e também de sua força de trabalho na edificação da obra. A história torna compreensível a constatação da existência de limitações estruturais. Entre as limitações e necessidades estruturais que a UBS apresenta atualmente, podemos citar a inexistência de pias na maioria dos consultórios; o manual do Ministério da Saúde (2008) preconiza sanitários em consultórios ginecológicos, mas, um consultório ginecológico não possui banheiro e o sanitário do outro foi desativado para ser transformado em expurgo. Desta feita, as usuárias que realizam exames citopatológicos na unidade se despem na frente dos profissionais de saúde no momento das consultas ginecológicas, ou seja, não possuem um ambiente que preserve sua intimidade.

Não existem fontes de Oxigênio e ar comprimido nas paredes da unidade. O que vai de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde, dificultando o exercício da melhor atenção à urgências e emergências na APS.

Não há salas específicas para nebulização, realização de curativos, lavagem e descontaminação de materiais, esterilização e estocagem de materiais e consulta de enfermagem, sendo estas atividades realizadas em uma única sala reconhecida pelos usuários e trabalhadores como “sala de enfermagem”. A “sala de enfermagem” é reconhecidamente a sala mais contaminada da unidade e por falta de pias em todos os consultórios médicos, é também a sala eleita pelos estudantes e profissionais da unidade

para a realização da lavagem das mãos, prática essencial à prevenção da transmissão de patologias infectocontagiosas comuns na APS como a escabiose.

O prédio onde se situa a unidade apresenta inúmeras barreiras arquitetônicas à acessibilidade. Possui pisos irregulares, instáveis e sem antiderrapante, o corredor da unidade é estreito e dificulta o trânsito de cadeirantes, não existem corrimões nos corredores e vias de acesso à unidade o que prejudica a deambulação de pessoas idosas e deficientes, não existe sinalização visual na entrada da unidade e na maioria das salas que permitam o acesso à comunicação através de textos ou figuras. Tão pouco possui comunicação em Braille e recursos auditivos que possibilitem a inclusão de usuários portadores de deficiência visual e auditiva. Atualmente, também não possui cadeira de rodas para transporte dos pacientes com dificuldade de deambulação.

Convém destacar que essa inadequação da infraestrutura da UBS CSU Areal não é uma exceção dentro do SUS. A realidade de deficiências e inadequações estruturais faz parte do cotidiano de inúmeras Unidades Básicas de Saúde espalhadas pelo município de Pelotas e também pelo Brasil. Entretanto, esta não deveria ser a realidade da Atenção Primária, que segundo evidências tem a capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde das populações (STARFIELD, 1994).

### 2.3.3 Perfil dos sujeitos pesquisados

Em respeito aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e com a finalidade de preservar o anonimato dos sujeitos, neste estudo os participantes serão identificados usando as iniciais indicadoras da função exercida, seguida de algarismo arábico indicativo da entrevista realizada. Assim, os conselheiros representantes dos usuários serão identificados pela sigla CRU (Conselheiro Representante dos Usuários) seguida de algarismo arábico e os conselheiros representantes dos trabalhadores serão representados pela sigla CRT (Conselheiro Representante dos Trabalhadores) também seguida de algarismo arábico. As lideranças comunitárias externas do território da UBS CSU Areal serão identificadas pela sigla LCE (Liderança Comunitária Externa) seguida por algarismo arábico. A Liderança Informal Comunitária será identificada pela sigla LCI (Liderança Comunitária Informal) e o sujeito da pesquisa que cumpriu mandato de

Presidente do CMSPel entre os anos de 2003 e 2008 será identificado pela sigla PCMSP (Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas).

Neste estudo, primeiramente, foram entrevistados os nove sujeitos selecionados intencionalmente e que eram vinculados direta ou indiretamente ao Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal, a saber, três sujeitos conselheiros representantes dos usuários, três conselheiros representantes dos trabalhadores de saúde da UBS, uma liderança informal da comunidade, uma liderança formal da comunidade e o presidente do CMS de Pelotas que desempenhou suas funções entre 2003 e 2008, isto é, durante o período de atuação do Conselho investigado.

No transcorrer da pesquisa de campo decidimos entrevistar mais dois sujeitos. Um deles foi conselheiro representante do segmento dos usuários da unidade, pois um dos escolhidos como representante dos usuários, muito atuante na comunidade e de extrema importância na história do CGLS, sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) e devido a presença de déficits comunicativos pós AVC (falhas no processamento comunicativo discursivo) teve dificuldades em responder com clareza e na totalidade as questões abertas do instrumento de pesquisa. O outro sujeito, uma liderança formal do território, foi entrevistado por indicação do ex-presidente do CMSPel que referiu não ter conhecimento sobre a existência do CGLS da UBS CSU Areal e indicou um conselheiro do CMSPel que havia sido representante dos segmento dos usuários das UBS do distrito sanitário Areal/praias, distrito do qual a UBS CSU Areal faz parte, para ser entrevistado, pois na sua opinião ele poderia contribuir melhor com a pesquisa.

No que se refere ao perfil dos entrevistados segundo o indicador sexo, entre os sujeitos da pesquisa há predominância do sexo feminino (55%). Seis entrevistados são do sexo feminino (55%) e cinco do sexo masculino (45%).

Com relação à faixa etária há absoluta predominância de pessoas com mais de 50 anos (82%), pois, apenas dois entrevistados têm idade inferior a 50 anos (18%), o que revela a inexistência de jovens entre os sujeitos da pesquisa e permite inferir sobre a pouca representatividade dos jovens nos espaços de participação popular, assim como entre as lideranças comunitárias formais ou informais. Isso pode indicar que jovens e jovens adultos não possuem disponibilidade de tempo para participar dos espaços de participação popular.

Segundo site da prefeitura Municipal de Pelotas, a cidade é um grande centro comercial, o que deixa implícito que o comércio é um dos maiores empregadores. O comércio geralmente funciona seis vezes por semana e encerra suas atividades às 19

horas, desta feita, os trabalhadores desempenham suas funções até o referido horário. Os patrões submetem os empregados a jornadas diárias de trabalho de oito horas, mas muitas vezes ultrapassam esta carga horária de trabalho pela imposição de horas-extras de trabalho que serão pagas com folgas em horários convenientes ao empregador. Tal fato pode ser um dos determinantes para a pouca representatividade de pessoas com menos de 50 anos nos espaços controle social democrático.

Estabelecemos o perfil quanto à escolaridade com base no estudo formal (escolar) que os participantes possuíam até o ano de 2008, período em que o conselho esteve em vigor. Neste período, a maioria (55%) dos sujeitos da pesquisa possuía terceiro grau completo e pós-graduação. Seis (55%) possuíam pós-graduação, um (9%) segundo grau completo e quatro (36%) até o primeiro grau. Os sujeitos da pesquisa que possuem pós-graduação são os três conselheiros representantes dos trabalhadores de saúde, as duas lideranças formais e o ex-presidente do CMSPel.

Os três conselheiros representantes dos trabalhadores são do sexo feminino, um é auxiliar de enfermagem e possui graduação e pós-graduação *latu sensu* em educação, o outro é enfermeiro e possui pós-graduação *Latu Sensu* em Saúde Pública e o outro é assistente social e possui pós-graduação *Latu Sensu* em Serviço Social.

Nenhum dos quatro sujeitos da pesquisa que foram conselheiros representantes dos usuários da UBS CSU Areal possui terceiro grau e apenas um (25%) concluiu o segundo grau. Dentre estes quatro sujeitos, dois (50%) são do sexo masculino e dois (50%) do sexo feminino, três (75%) têm idade superior a 56 anos. As participantes do sexo feminino são donas de casa e os dois participantes do sexo masculino são aposentados por invalidez (já eram aposentados por invalidez no período que o conselho estava ativado), pessoas com maior disponibilidade de horários para participar dos espaços de controle social e em tese com maior dificuldade para compreender os aspectos econômicos e financeiros do SUS, de difícil compreensão, inclusive, para a maioria dos profissionais de saúde de nível superior e gestores da política de saúde. Correia (2005) aborda que estes aspectos são na maioria das vezes a “caixa de segredos” (CORREIA, 2005, p.98) por possuírem informações obscuras, codificadas e incompreensíveis.

As duas lideranças formais tem mais de 50 anos e possuem pós-graduação. Uma delas foi conselheiro representante do segmento dos usuários das UBS do distrito Areal/praias e a outra liderança ocupou o cargo de diretora da Escola Municipal de

Ensino Fundamental Bibiano de Almeida, escola situada no território da UBS CSU Areal, no período em que o conselho gestor vigorou.

Uma das duas lideranças formais e o ex-presidente do CMSPel foram representantes do segmento dos usuários no CMSPel, um deles é professor universitário aposentado e o outro profissional liberal e os dois têm mais de 56 anos.

### **3 CAPÍTULO III: O CONTROLE SOCIAL EXERCIDO POR UM CONSELHO GESTOR LOCAL: PERCEPÇÕES E DETERMINAÇÕES DA EXTINÇÃO DO CGL DA UBS ESCOLA CSU AREAL**

Este capítulo tem por objetivo apresentar as determinações da extinção do Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal, fruto da análise do cruzamento dos dados obtidos nas entrevistas e na análise documental.

#### **3.1 A Gênese “de cima para baixo”: o começo do fim**

“(…) finalmente se descobria que somente o povo poderia “de baixo para cima”, produzir as necessárias transformações históricas” (DOIMO, 1995, p.75)

Com a finalidade de proporcionar o conhecimento do conselho gestor objeto deste estudo, sob a perspectiva da historicidade e da totalidade será apresentada primeiramente uma análise geral da conjuntura política do Município de Pelotas na época em que surge o referido conselho.

A análise da cena política do Município de Pelotas de 2000 a 2003 permite inferir o cerne do processo de transformações na estrutura político administrativa, que desencadeou a ação de convocação de assembleias locais por parte do Gestor Municipal da política de Saúde no ano de 2003 e por consequência estimulou a implementação de conselhos locais nas unidades de saúde do município, dentre eles, o Conselho Local da UBS CSU Areal.

O ano de 2000 é ano de pleito para escolha de prefeito e vereadores em Pelotas, neste mesmo ano o prefeito eleito em exercício José Anselmo Rodrigues (Partido Democrático Trabalhista - PDT) é afastado do cargo por decisão judicial e seu vice Otélmo Demari Alves toma posse e administra a cidade até o dia 31 de dezembro do respectivo ano, quando passa a gestão do município para o candidato eleito na última

eleição, Fernando StephanMarroni, representante do PT (Partido dos Trabalhadores) e servidor técnico administrativo da UFPEL.

Estes acontecimentos políticos permitiram que se desencadeassem mudanças na história democrática representativa de Pelotas. O afastamento do prefeito eleito por decisão judicial, o vice-prefeito sendo empossado em ano eleitoral e sofrendo as mesmas acusações que ocasionaram o afastamento do prefeito eleito, possibilitaram a primeira vitória na história do pleito pelotense de um candidato representante do Partido dos Trabalhadores.

Em uma publicação realizada no ano 2000, Carlos Nelson Coutinho explana sobre o modelo de Democracia de massas, como um projeto democrático que pretende elevar a política de um nível econômico-corporativo (neoliberalista) para um nível ético político, que defende uma dimensão de cidadania universalista e participativa. Considera ainda o autor que o PT e demais partidos de esquerda faziam parte das organizações partidárias representantes do modelo de democracia de massas no seio da vida política brasileira. E, foi no mesmo período desta análise, que os cidadãos pelotenses elegeram um candidato petista para prefeito municipal, demarcando um novo período político em Pelotas no qual os mecanismos de controle social receberam estímulo para a atuação.

Em seu trabalho de dissertação Moreira (2011) apresenta uma retrospectiva das conferências municipais de saúde e da questão do controle social democrático no Município de Pelotas e nesta retrospectiva destaca três importantes fatos no ano de 2000: a realização da V Conferência Municipal de Saúde, a certificação de município com gestão plena do sistema de saúde e a sanção da Lei Municipal 4554/2000 que define que a composição do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas deve atender ao proposto no Decreto 99.438, de 07/07/1990, que estabeleceu quatro segmentos para a composição do CNS: usuários, trabalhadores de saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários com 50% das vagas, e os outros 50% para serem divididos igualmente entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço, cabendo, portanto, a cada segmento destes uma representação de 25%. Esta composição foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde sendo prevista para ser replicada nas instâncias estaduais, municipais e locais de controle social.

Assim, a composição da representação nos conselhos de saúde, diferente da composição de outros conselhos de políticas públicas, privilegia a sociedade civil ao especificar que 50% dos conselheiros devem ser representantes de usuários da política.

Neste mesmo ano Pelotas passa a ter gestão plena do Sistema de saúde, o que aumenta a responsabilidade do município e por consequência do CMSPel. A V Conferência Municipal de Saúde de Pelotas tem por tema, "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social", mesmo tema trabalhado na XI Conferência Nacional de Saúde. No mesmo ano, em Pelotas, é aprovada pela Câmara dos Vereadores e sancionada pelo prefeito a lei Municipal n. 4554, que determina que 50% dos conselheiros sejam representantes do segmento dos usuários da política de saúde.

A sexta Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2003, neste período, Fernando Marroni (PT) era o prefeito em exercício do Município de Pelotas e estava em seu terceiro ano de mandato. Esta foi a primeira Conferência Municipal de Saúde realizada na gestão do PT.

Em 29 de julho do referido ano a então denominada Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar encaminha o ofício circular do Gabinete do Secretário sob nº 014/2003 (APÊNDICE C) a todas as unidades básicas de saúde do município. O conteúdo deste ofício, assinado pelo então secretário Dr. Juvenal Soares Dias da Costa (este também servidor técnico administrativo da UFPel, pertencente ao departamento de Medicina Social da UFPel) consistia em um informativo sobre a ocorrência da VI Conferência Municipal de Saúde (VI CMS) e sobre a escolha do mês de agosto como período para a realização de assembleias locais em todas as unidades básicas de saúde, no ofício denominadas "postos de saúde". Estas assembleias visavam capacitar e organizar usuários e trabalhadores das unidades para participarem da VI Conferência Municipal, sendo preparatórias para o evento.

O documento trazia a programação anexa com toda orientação sobre a organização da assembleia local, apresentando a estrutura, composição e roteiros de discussão e exposição pré-definidos, abrangendo os três eixos da futura conferência: Atenção Básica, Regulação e Recursos Humanos.

O apelo oficial do gestor da política de saúde incentivou os trabalhadores da UBS CSU Areal e os estagiários a se articularem para a realização de uma assembleia com a comunidade. O planejamento da assembleia incluía a tomada de conhecimento dos tópicos que seriam tratados na VI Conferência Municipal de Saúde, a preparação de uma explanação didática e pertinente sobre estas temáticas e o mais importante, a elaboração de uma estratégia de convite para o evento que garantisse presença expressiva da comunidade local.

O convite para a Assembleia segundo um registro encontrado na sede da UBS, foi realizado através de panfletagem realizada nos dias 18, 19, 20 e 22 de agosto, uma semana antes do evento. Este trabalho foi coordenado pela assistente social, que havia participado do mapeamento da área da unidade <sup>28</sup>e, portanto, conhecia em sua totalidade o território da UBS, com o apoio de quatro pessoas: a auxiliar de limpeza, um acadêmico de medicina, uma residente de PSF e um residente de Medicina Comunitária.

Em relato oral sobre este momento, a assistente social referiu que foram entregues convites em todas as residências da área e que alguns usuários da comunidade também participaram desta ação:

“A primeira vez que nós chamamos a comunidade, até o chamamento já foi diferente, participaram alunos de todas as disciplinas que tinham aqui, alguns pacientes<sup>29</sup> também e nós chamamos toda a comunidade” (CRT1).

Aos 26 dias de agosto de 2003, às 19 horas e 15 minutos, a UBS CSU Areal realiza a Assembleia Local, seguindo a orientação da Secretaria de Saúde e Bem Estar, com a participação de quarenta e um usuários, um representante do Conselho Municipal de Saúde e três representantes da UBS: a assistente social, um residente de Medicina Comunitária e uma enfermeira residente em PSF. Nesta assembleia é reforçado que a unidade é um “Posto de Ensino”, sendo explanado sobre a estrutura da unidade e os programas que estão sendo implementados na mesma. Além desta exposição, são discutidos os três eixos da VI Conferência e ao final ocorre a escolha dos delegados para representar a unidade de saúde na VI Conferência. São escolhidos dois profissionais de saúde (o residente da Medicina Comunitária e a Assistente Social) e cinco usuários (um destes usuários como suplente).

A ação da Secretária Municipal de Saúde de convocação de Assembleias Locais e a realização da assembleia Local da UBS CSU Areal foram o cerne que possibilitou a criação do Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal. Pois, a primeira reunião formal registrada pelo Conselho Gestor data do dia 10 do mês de setembro de 2003, duas semanas após a realização da Assembleia Local. Nesta reunião não foi aberto livro de atas e tão pouco foi redigida uma ata formal em sua estrutura clássica, mas, foi digitado um documento intitulado “Reunião com os conselheiros da UBS CSU Areal” que

---

<sup>28</sup> O território da UBS CSU Areal foi mapeado no ano de 2002.

<sup>29</sup> Ao citar “pacientes” a entrevistada queria se referir aos usuários da UBS CSU Areal. A reprodução de um modelo médico centrado pelos sujeitos da pesquisa será abordada no corpo desta análise.

referia à presença de cinco conselheiros. Os cinco conselheiros presentes na reunião foram os mesmos escolhidos como delegados na Assembleia Local de 26/08/03.

A fala de um dos sujeitos da pesquisa traz os motivos que levaram a implementação do Conselho Gestor na UBS CSU Areal:

“Assim, oh, na realidade, a história é que veio de cima pra baixo. Veio da secretaria que pedia que tivesse um grupo. Em função disso eu até me interessei e acho que foi uma coisa assim natural, porque eu tinha o maior convívio com a comunidade. Então, foi uma coisa assim intrínseca [...]” (CRT1).

A análise dos documentos e atas vai ao encontro desta manifestação onde fica claro que as circunstâncias que levaram a implementação do Conselho não foram advindas de ações guiadas pelo desejo da base, não foram organizadas a partir da constatação de uma necessidade de participação por parte da comunidade do território, dos representantes de movimentos populares locais, mas sim por uma convocação por parte do Gestor da Política de Saúde Municipal. Assim considera-se que o fato da gênese do conselho gestor local estar associada com uma orientação “de cima para baixo”<sup>30</sup> é um determinante para o início do controle social articulado ao funcionamento da UBS CSU Areal e, ao mesmo tempo, um dos determinantes sociopolíticos de sua dissolução.

A fala de CRT3, outro sujeito da pesquisa, refere que a ideia de constituir um Conselho partiu do apelo que um residente de Medicina de Comunidade fez aos demais trabalhadores de saúde da unidade. Este residente no futuro viria a ser um dos primeiros conselheiros representantes dos trabalhadores da unidade.

“Na época, a gente tinha um residente e o nome dele era L. A.. Aí, ele que inventou montar o conselho, pra assim, ser mais fácil de conseguir as coisas porque era muito difícil de conseguir as coisas (...)”. (CRT3)

É possível perceber o incentivo à participação popular nas bases por parte do gestor municipal da saúde como fator que estimulou estudantes e trabalhadores da saúde da UBS CSU Areal a articularem a implementação de um conselho local. A

---

<sup>30</sup> A implementação “de cima para baixo” dos espaços de controle social de políticas públicas pode ser percebida também na criação de Conselhos Municipais de Assistência Social. Em sua tese de doutorado Silva (2001) identifica a criação de Conselhos Municipais de Assistência Social como um processo “de cima para baixo”, onde, segundo a autora, os prefeitos criaram os conselhos com a finalidade de habilitar os municípios a participarem da gestão dos fundos públicos destinados à Assistência Social, sem que houvesse uma clareza política de sua finalidade, tanto por parte do segmento governamental como do não governamental.

implementação do conselho gestor local respondeu a uma demanda apresentada pelo gestor da política de saúde e foi um movimento que de certa forma emergiu da Academia, pois foi pensado e articulado em suas origens pelos profissionais de Saúde de uma UBS de Ensino que até os dias atuais é vinculada ao departamento de Medicina Social da UFPel e onde todos os servidores, estudantes e residentes fazem parte desta comunidade acadêmica.

O fato de um médico residente em Medicina de Comunidade “inventar de montar um conselho”, conforme opinião da entrevistada, com o apoio de distintos profissionais de saúde remete a constatação de uma similaridade entre o movimento que originou o Conselho Gestor da UBS CSU Areal e o movimento sanitário, que segundo Fleury (2004, p.222) “emergiu no interior da Academia, concentrado nos departamentos de Medicina preventiva e Social” com a suposição de que os profissionais de saúde seriam os intelectuais orgânicos de um movimento que poderia ser o “intelectual coletivamente orgânico” na condução da reforma da política de saúde que tinha por Consignia “Saúde é Democracia”.

A ausência de bases populares de apoio na gênese e condução das políticas de saúde são apontadas como obstáculos da reforma sanitária por Fleury (2004) que reconhece a importância histórica deste movimento, assim como as dificuldades à implementação do seu conteúdo politicamente transformador proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) de 1986. A autora identifica a reforma sanitária com uma reforma administrativa que permitiu o permanente aprofundamento da base técnica, mas não conseguiu ampliar a participação da base social.

Neste estudo também constatamos como fator limitante ao exercício do controle social democrático nas bases, o fato da articulação e planejamento da implementação de um conselho ser conduzida exclusivamente por profissionais e estudantes da saúde sem a presença de uma base popular de apoio neste processo. Tal fato corrobora como obstáculo ao controle social democrático e propicia uma mudança a princípio meramente administrativa.

Durante o ano de 2003, ano de implementação do conselho, de setembro a dezembro, consta o registro de duas reuniões (10/09/03 e 05/12/03) e uma segunda Assembleia Local realizada em 22/12/03. Nestas ocasiões os conselheiros são os mesmos escolhidos como delegados na primeira assembleia local. Na Ata da intitulada “Assembleia da Comunidade e Conselho Local de Saúde” realizada em 22 de dezembro que contou com a presença de 10 pessoas (três conselheiros representantes dos usuários,

dois conselheiros representantes dos trabalhadores da saúde e mais cinco usuários da UBS que não pertenciam ao conselho) consta, que “foram reapresentados os conselheiros [...], eleitos na primeira assembleia da comunidade” e, entre outros assuntos, que estava em estudo à elaboração de um estatuto para o conselho. Na pesquisa documental que fez parte deste estudo não encontramos tal estatuto.

Na ata da referida assembleia da comunidade e do conselho local consta ainda que os conselheiros do Conselho Local da UBS CSU Areal informaram à comunidade que as reuniões do Conselho aconteceriam no espaço físico da unidade, mensalmente, na segunda quarta-feira do mês, às 19 horas e que as mesmas estariam abertas a comunidade. As manifestações dos conselheiros trazem que as reuniões tinham periodicidade mensal. Conforme ilustram os relatos a seguir:

“Era uma vez por mês, tinha uma data determinada e era feita naquela data.”(CRU3)

“Que eu me lembre eram mensais na UBS.” (CRT2)

Considerando o período de funcionamento do Conselho e o estabelecimento de reuniões mensais pactuado pelos conselheiros, deveriam ter ocorrido 55 reuniões ordinárias, além das extraordinárias que apareceram nos depoimentos de CRT1 e CRT3. Segundo o relato de CRT3, as reuniões extraordinárias ocorriam para discussão de demandas, de caráter emergencial, apresentadas por algum dos conselheiros.

“As reuniões do conselho eram mensais, às vezes tinha quinzenais, mas geralmente eram mensais à noite, depois das sete da noite, geralmente das sete às oito da noite.”(CRT1)

“Bom, geralmente a gente marcava mensalmente [...], uma vez por mês a gente se reunia e um do conselho se achasse alguma coisa diferente, se precisasse de alguma coisa em especial, pedia pra marcar, mas se não tivesse pauta uma vez por mês a gente se reunia.” (CRT3)

Porém, na pesquisa documental encontramos o registro de 24 reuniões e quatro assembleias entre agosto de 2003 e março de 2008, período em que o conselho vigorou. Na sequência apresentamos um quadro com a sistematização elaborada com base na pesquisa documental, onde consta a quantidade anual de reuniões realizadas pelo conselho com registro documental.

**Quadro -1 Reuniões do conselho com registro documentado**

Reuniões do Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal com registro						
Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Reuniões com registro	2	8	7	0	5	2

Fonte: Análise documental realizada pela autora da pesquisa

O cruzamento das informações da pesquisa documental e das entrevistas permite duas inferências, a primeira que em algumas ocasiões as reuniões não ocorriam com a periodicidade pactuada, seja por falta de quórum, seja por falta de organização do conselho local. A segunda que o conselho não possuía uma eficiente organização administrativa, pois, a maioria das reuniões mensais não tem registro e nenhuma reunião extraordinária tem registro documental.

Em nenhum apontamento consta o momento da escolha de um secretário executivo entre os conselheiros. A redação das atas e demais registros documentais ficava a cargo de todos os conselheiros que realizavam uma espécie de rodízio entre as funções de redação de atas, organização de pautas e distribuição de boletins informativos à comunidade. Desta feita, não existia uma padronização dos registros, algumas atas seguem uma estruturação formal com data horário, local, pautas discutidas, intervenções e assinatura dos presentes; e outras possuem apenas a data de realização, o nome dos conselheiros presentes e alguns tópicos com o resumo sucinto dos assuntos abordados. O relato de um dos sujeitos da pesquisa corrobora com esta descoberta.

“[...] cada vez era um que fazia a ata [...] não se fazia a questão de documentação, a documentação era muito fraca [...] tu podes olhar pelas atas [...]” (CRT1)

Desta forma, percebe-se que o CGL iniciou com o incentivo de cima para baixo e, também se desenvolveu sob a direção dos trabalhadores da UBS, que procuravam atrair a comunidade para a organização por eles dirigida.

### 3.2 “Nós” e “eles, os pacientes”: a reprodução de uma cultura de subalternidade

“Fazer paternalismo e assistencialismo é como dar o peixe, mas nunca ensinar a pescar”  
(SIRAQUE, 2009, p. 162)

A análise dos registros também permite perceber que durante toda a sua existência o conselho foi constituído por um pequeno e paritário grupo de usuários e trabalhadores de saúde, uma média de quatro a seis conselheiros, onde 50% eram representantes dos usuários da unidade e 50% representantes dos trabalhadores da unidade. Segundo os registros documentais, apenas uma reunião do conselho conta com a presença de um representante do CMSPel, o qual coincide com o indicado pelo presidente do CMS para ser entrevistado. Inúmeras reuniões contaram com a presença de algum profissional da UBS que não fazia parte do conselho, na maioria das vezes esta representação era feita pela chefia da unidade ou por um servidor novo no quadro de profissionais da unidade que comparecia a convite dos conselheiros representantes dos trabalhadores com o intuito de ser apresentado ao conselho. Em raras ocasiões um usuário que não fosse conselheiro participava das reuniões.

As atas do conselho atestam que compareciam as reuniões uma média de quatro a seis conselheiros. Houve exceções, uma reunião que não ocorreu por falta de quórum (14/01/04), pois, havia apenas um conselheiro representante dos trabalhadores e um usuário que não fazia parte do conselho; e uma reunião que ocorreu com a presença de apenas três conselheiros, onde dois eram representantes dos usuários e um dos trabalhadores de saúde da UBS (09/11/2005). Ao falar sobre a constituição do conselho um dos sujeitos da pesquisa explicita que o conselho local do CSU Areal era formado por um pequeno e paritário grupo de conselheiros:

“Tinham de dois a três participantes da unidade e de dois a três participantes da comunidade, era um grupo pequeno [...]” (CRT2)

Neste depoimento quando o entrevistado afirma que havia dois ou três participantes da comunidade, ele está se referindo ao número de conselheiros representantes do segmento dos usuários presentes nas reuniões do conselho local, da mesma forma quando se refere a dois a três participantes da unidade ele se refere ao número de conselheiros representantes dos trabalhadores da UBS presentes. Neste estudo nenhum dos sujeitos pertencentes ao conselho se enxerga como um coletivo “nós

os conselheiros”, o que manifesta a reprodução de uma arcaica cultura de subalternidade presente nas relações entre os conselheiros, que será analisada com maior atenção ao longo desta análise.

Tal constatação vai ao encontro do pressuposto apresentado por Bravo e Menezes (2013) que afirma que muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos decorrem da cultura política presente no transcorrer da história do Brasil que por muito tempo não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais, havendo predomínio da burocracia e das práticas políticas do favor, do uso privado da coisa pública, da cooptação da população com ações populistas e clientelistas.

Sobre a origem dos assuntos tratados de forma emergencial nas reuniões extraordinárias, ou como pontos de pauta das reuniões mensais fixas, CRT3 expõe que eles eram provenientes de demandas apresentadas por usuários da UBS aos conselheiros.

“Eles já sabiam quem eram os conselheiros. Por vezes, eles procuravam a gente, outras vezes eles procuravam o conselho da comunidade. Assim, sabe como é que são, né? Vão à feira, encontravam o CRU4 e o CRU4 era o mais ativo, o mais participante, ele nunca perdia uma reunião, estava sempre junto com a gente. Então, aí, ele era ativo na comunidade. Então, falavam com ele, ou iam direto lá no posto.”(CRT3).

Neste relato quando a entrevistada se refere a “eles” ela esta se referindo aos usuários da comunidade, quando ela diz “a gente” ela esta se referindo aos profissionais de saúde da UBS e aos conselheiros representantes dos trabalhadores. Já quando ela se refere ao “conselho da comunidade” ela esta querendo se reportar aos conselheiros representantes dos usuários. A forma que a entrevistada se expressa permite perceber que ela não se enxergava fazendo parte de um conselho, ocupando um espaço onde segmentos distintos vivenciam uma relação horizontal de igualdade de direitos e deveres na luta pela melhoria da atenção em saúde.

A postura dicotômica dos entrevistados não é uma exceção dos conselheiros representantes dos trabalhadores, ela já apareceu anteriormente e aparecerá nesta dissertação também em relatos de conselheiros representantes do segmento dos usuários, permitindo perceber a existência de traços de uma cultura política com práticas clientelistas, paternalistas e assistencialistas que reforçam uma velada e inconstitucional relação de subordinação dos usuários aos profissionais de saúde. Esta

cultura política é mais um dos determinantes da fragilidade do exercício do controle social democrático ao estabelecer uma relação de soberano e súdito em um espaço que pretende exercitar uma nova forma de participação popular nas políticas públicas por meio de uma representação direta dos usuários na proposição, no acompanhamento e na fiscalização da política, pois, como afirma Siraque:

“O assistencialismo ou paternalismo, o clientelismo e o tráfico de influências caminham de mãos dadas para impedir a promoção da cidadania, da dignidade da pessoa humana, a politização e as políticas públicas [...] (SIRAQUE, 2009, p.162)

A fala da conselheira representante dos trabalhadores denota que havia comunicação entre os conselheiros e a comunidade, o que vai ao encontro dos relatos da maioria dos conselheiros sobre a articulação com os usuários da comunidade. Grande parte dos conselheiros referiram “passar” para a comunidade o que era discutido no conselho. Porém, um entrevistado, representante dos usuários, refere que era razoável a comunicação com as bases e que as pessoas não ficavam conhecendo o que se passava nas reuniões do conselho.

“[...] as pessoas não ficavam conhecendo o que se passava nas reuniões do conselho.” (CRU1)

Inferimos que este depoimento reproduz a realidade com maior fidedignidade, a verdade é que as pessoas em sua maioria desconheciam a existência do conselho e sua atuação dentro do cenário político local. Pode-se deduzir pelo conjunto de informações obtidas que os conselheiros representantes dos usuários se comunicavam e articulavam com uma pequena parcela da população do território, provavelmente seus vizinhos mais próximos e que os conselheiros representantes dos trabalhadores se comunicavam com uma pequena parcela de usuários hiperutilizadores dos serviços de saúde. O depoimento de um dos entrevistados considerado liderança comunitária informal do território<sup>31</sup>, no período de funcionamento do conselho, corrobora com nossa inferência ao afirmar o desconhecimento da existência de um conselho local.

“Olha vou te dizer uma coisa, de 2003 a 2008? Não, não conhecia, não sabia [...]. Nada, nada, nada, nunca me convidaram e olha que a minha amizade

---

<sup>31</sup> Este entrevistado foi indicado por CRT1 por ser um pequeno comerciante considerado influente na comunidade no período em que o conselho vigorou.

com eles foi demais, Doutor M., a doutora L., enfim, todos [...] na época de vacinação eu fazia sopa para eles [...], sempre me dei bem com eles, eles foram sempre atenciosos comigo e eu também com eles, tenho uma amizade demais com eles ali, mas nunca me convidaram pra nada (risos).” (LCI)

Outro entrevistado referiu que a comunicação e articulação entre comunidade e conselho se dava mais nos momentos de crise onde as pessoas se reuniam e participavam dos espaços de controle social.

“[...] houve uma maior adesão e união em momentos mais pontuais e trágicos digamos assim, como quando tivemos a ausência de médicos clínicos na unidade e isso ia ser muito grave para a comunidade e houve o pensamento de fechar a unidade, de encerrar o atendimento, então quando tinha assim coisas mais pontuais, mais graves, tanto a comunidade quanto a equipe se mobilizava mais, mas uma coisa assim mais rotineira, de continuidade não se conseguiu [...].” (CRT2)

O relato sobre a maior articulação nos momentos de crise é reforçado pelo relato de outro sujeito que refere que os profissionais da UBS, mesmo antes da existência do conselho, só se articulavam com a comunidade em momentos de tensão onde eles percebiam que precisavam da força representativa da população na luta por demandas que eram primeiramente de seu interesse como a hipótese de fechar a unidade ou de transferência da equipe para outra UBS.

“Só quando a coisa pega assim, que dizem que o posto vai fechar, o posto vai trocar e aí alguns médicos antigos nos gritam: - você tem que fazer alguma coisa por que o posto tá assim e assim.” (CRU2).

Os relatos que abordam articulação e comunicação em momentos de crise permite concluir que os profissionais da unidade só desejavam e instigavam a participação da comunidade quando o assunto era do interesse da equipe da unidade e nestes momentos utilizavam a comunidade como massa de manobra na luta em prol de suas demandas.

A leitura dos assuntos abordados nas atas do conselho e o relato dos entrevistados evidencia que os temas abordados giravam em torno de discussões sobre a estrutura e processo de trabalho da UBS CSU Areal. Todos os conselheiros sujeitos da pesquisa trazem a opinião de que as reuniões eram espaços onde os participantes exercitavam sua cidadania de forma democrática e participativa.

“se discutia assuntos pertinentes e que eles traziam. Muitas vezes, eles traziam assuntos que nem eram eles que queriam ter aquele assunto [...]”  
(CRT1)

Este relato possibilita averiguar a existência de comunicação entre alguns usuários e os conselheiros representantes deste segmento, tendo em vista que na maioria das vezes estes conselheiros traziam e discutiam questões oriundas das demandas da comunidade. Defender interesses coletivos deveria ser encarado como regra nos espaços de controle social, pois, a articulação e comunicação entre a comunidade e os conselhos são essenciais para o bom funcionamento destes mecanismos. O conselho deve guiar suas ações com a finalidade de atender interesses coletivos e não interesses individualistas dos sujeitos escolhidos para representar a comunidade.

Os conselheiros são representantes da UBS no cenário da política de saúde municipal e foram escolhidos democraticamente pela comunidade do território da UBS para representar interesses comunitários coletivos. Portanto, todos os conselheiros, tanto os representantes dos usuários quanto dos trabalhadores da unidade devem abordar sempre as temáticas oriundas de demandas do território e esta atitude deveria ser analisada como natural e não como uma exceção louvável.

No referencial teórico deste estudo abordamos a democracia representativa e participativa e a constatação de que estas duas formas de democracia devem ser exercidas simultaneamente pelos representantes dos usuários da política de saúde nos espaços de controle social, com a finalidade de manutenção de direitos sociais e conquista de garantias sociais que contemplem os interesses da sociedade civil enquanto classe dominada. Portanto, é possível perceber aqui, ainda que de forma incipiente, o exercício de uma participação ativa da comunidade na UBS por meio da representação dos usuários, funcionando como elo entre demandas da comunidade e serviços ofertados pela UBS.

Por outro lado, devemos lembrar que os conselheiros representantes da UBS limitavam esta prática impedindo o desenvolvimento de seu potencial democratizante ao atribuí-la a uma qualidade dos conselheiros. Além disso, é possível inferir que estes mesmos conselheiros tinham traços conscientes ou inconscientes da já citada cultura política arcaica que limita o exercício do controle social democrático e reproduz um ultrapassado modelo de saúde médico assistencial hegemônico <sup>32</sup>. Quando o depoente

---

<sup>32</sup> Modelo Médico assistencial hegemônico .Este modelo é centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), com ênfase na assistência ambulatorial ou hospitalar de alto custo

diz que se discutiam assuntos pertinentes que “eles” traziam. Onde se lê “eles” entendam-se “os conselheiros representantes do segmento dos usuários”. Esta maneira de se expressar deixa transparecer que o sujeito não percebe o conselho como uma totalidade com igualdade de direitos e deveres no exercício democrático de representação da política de saúde local, existindo uma dicotomia entre “nós”, compreendido como os representantes dos trabalhadores de saúde e “eles” encarado como os representantes dos usuários e porque não dizer da comunidade da UBS.

A forma separatista com que o sujeito se reporta aos conselheiros representantes dos usuários vai ao encontro da maneira como os outros participantes da pesquisa, conselheiros representantes dos trabalhadores se referem ao segmento dos usuários o que denota que estes sujeitos consciente ou inconscientemente não encaram a relação entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde como uma relação horizontal, democrática e participativa, uma relação entre cidadãos portadores de direitos e deveres, uma relação pautada pela igualdade, respeito e empatia.

A trajetória da Política de Saúde no Brasil abordada no referencial teórico deste trabalho possibilita a compreensão de uma relação verticalizada historicamente pautada por ações impositivas e coercitivas por parte dos profissionais de saúde. Os depoimentos que encaram conselheiros usuários como diferentes (talvez inferiores) e em alguns relatos os denominam por “pacientes” explicitando o quanto esta enraizada a relação profissional de saúde/usuário centrada na figura médica, regulada pelo paternalismo e assistencialismo<sup>33</sup>.

Esta é uma visão arcaica combatida pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, sobre o qual tratamos no referencial deste estudo e que foi de suma importância na trajetória de lutas que culminou na promulgação da constituição cidadã. Ser percebido como paciente ou perceber o usuário de serviços de saúde desta forma permite a constatação da perpetuação cultural de uma relação vertical de poder entre dominante e submisso, onde os usuários do serviço são encarados ou se encaram como

---

(TEIXEIRA, 2002). É um modelo de traço individualista, com ênfase no biologicismo e na historicidade da prática médica que privilegia a medicina curativa e a participação passiva e subordinada dos usuários da saúde. Tal modelo vai de encontro ao modelo de atenção preconizado para a Atenção Básica que é pautado pela organização sistêmica dos serviços, pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho e pela busca da integralidade das práticas (TEIXEIRA, SOLLA, 2006, P.147)

<sup>33</sup>O assistencialismo e o paternalismo não encaram o ser humano como um sujeito de direitos, mas como um ser que necessita de ajuda e caridade de forma esporádica e não continuada. Estas práticas não levam à inclusão social, nem à aplicação de garantias constitucionais e muito menos à democracia plena (SIRAQUE, 2009)

pacientes seres passivos, que na iminência da doença entregam seus corpos e vilipendiam suas vontades, sem hesitar, às prescrições médicas.

Assim, a existência desta concepção ainda presente entre trabalhadores da saúde é um forte determinante que reduz o espaço dos conselhos a uma mera conversação sobre problemas locais e busca de soluções possíveis, às vezes aproveitando de forma inversa o interesse da comunidade em prol da desresponsabilização do poder público, que pode ser constatada nas Atas das reuniões, onde existe o relato do uso da força de trabalho da comunidade para a melhoria da UBS<sup>34</sup>. Nestas ocasiões são abordados, respectivamente, a organização de usuários da comunidade para a pintura do curso pré-vestibular<sup>35</sup>, a necessidade de mobilização popular para aquisição de ranchos para as famílias de usuários carentes e o informe por parte de um dos conselheiros representantes dos usuários de que um de seus familiares iria colocar o forro no segundo piso da unidade<sup>36</sup>. A desresponsabilização do Estado será abordada com maior atenção na próxima categoria temática que versa sobre a constatação de que o CGLS da UBS CSU Areal operou como uma instância figurativa de CSD.

Nas reuniões deste conselho, no que diz respeito à estrutura da unidade, eram abordados assuntos como a necessidade de adequações da estrutura física da unidade, o déficit de medicamentos, insumos e materiais, inadequação da composição da equipe, dimensionamento de profissionais insuficiente às demandas da unidade, o descumprimento das atribuições pela equipe da UBS, etc. Sobre o processo de trabalho eram tratados temas que diziam respeito às características da atenção como a qualidade do acolhimento, os agendamentos, inadequação de registros, jornada de trabalho da equipe da unidade, etc.

O depoimento de um dos entrevistados levanta os assuntos tratados nas reuniões de conselheiros:

“Bom, os problemas que geralmente eram tratados eram problemas de equipe, de atendimento, a quantidade de profissionais que existia, a maneira como eram oferecidos os serviços que existiam que havia necessidade de aumentar ou de ampliar o atendimento, a forma de funcionamento por agendamento ou fichas. As questões dos direitos da população, que não estariam sendo atendidos; necessidade de, por exemplo, ser oferecido determinado serviço. Geralmente, coisas que não estavam funcionando bem. [...] Eram levantados os problemas e tentava-se ver como priorizar algum problema e lutar por algum tipo de problema” (CRT2)

---

<sup>34</sup> Atas das reuniões de 14 de julho de 2004 e de 5 de dezembro de 2004.

<sup>35</sup> Ata da reunião de 14 de julho de 2004.

<sup>36</sup> Ata da reunião de 05 de dezembro de 2004.

Assim, este entrevistado revela a existência de contradições na trajetória do CGL pesquisado, pois aqui nesta manifestação de um trabalhador da UBS há referência ao conselho como espaço de luta por direitos da população usuária e de busca por um melhor atendimento, evidenciando o seu direcionamento na perspectiva do controle social democrático.

### **3.3 Uma instância figurativa de Controle Social Democrático: a participação reprodutora não produz democratização da política de saúde**

“Os conselhos possuem uma potencialidade na área das políticas sociais e no controle social “democrático”, mas ao estudá-los e/ou ocupá-los é preciso ter a noção de que este controle social não se limita à existência deles”.

(CALVI, 2008, p.15)

O relato a seguir aborda que a agenda das reuniões não se restringia a discussão de pautas pré-definidas em reuniões anteriores, estando sempre aberta para o debate de demandas apresentadas pelos conselheiros.

“[...] a gente sempre tinha temas abertos. A agenda sempre era aberta, [...](CRT1)

Os registros documentais permitem conhecer muito pouco da intervenção dos conselheiros representantes dos usuários, pois a maioria das atas traz apenas o resumo dos assuntos abordados na forma de tópicos. Nas poucas atas que transcrevem a fala dos conselheiros é percebida maior participação dos representantes dos trabalhadores da unidade que na maioria das vezes trazem informativos sobre o horário de funcionamento da UBS, data de campanhas de vacinação, período de férias de algum servidor e em algumas ocasiões estes conselheiros elucidavam os conselheiros usuários sobre como deveria funcionar um conselho e respondiam questionamentos dos usuários, pertinentes a sua área profissional.

As duas lideranças comunitárias externas (LCE1 e LCE2) dizem ter participado de reuniões do conselho. O registro da presença de uma delas, o representante dos usuários do distrito areal/praias, consta em apenas uma ata do conselho. A liderança que

foi diretora da escola refere ter participado de algumas reuniões com o conselho onde se discutiu a implementação do curso pré-vestibular e estratégias para a revitalização da praça da liberdade, uma praça próxima ao colégio e a UBS com a construção de uma pista de skate, demanda dos jovens skatistas da área. Esta revitalização nunca ocorreu embora tenha ocorrido articulação da escola, da UBS e de representantes da comunidade com o prefeito municipal e o prefeito tenha inclusive colocado uma placa na referida praça<sup>37</sup>, no corpo deste estudo abordaremos a questão da revitalização da referida praça.

“[...] um projeto que nunca saiu que foi o Projeto Liberdade, que era para os meninos terem uma pista de skate ali na praça, para não andarem na rua. Foi feito um abaixo assinado pra ver se a comunidade toda concordava, os conselheiros foram todos no dia da inauguração da placa que tem lá na praça e que nunca saiu a pista, que veio prefeito, que veio tudo, foram os conselheiros que receberam a prefeitura [...]”(CRT1)

Poucas atas trazem a voz dos conselheiros usuários e nestes momentos eles solicitam melhor organização na gestão da unidade, sugerem profissionais médicos para substituir os médicos em férias, abordam a necessidade de odontólogo na unidade e solicitam a construção de uma pista de Skate em uma praça que fica no território da UBS. A necessidade de um odontólogo na equipe e da construção da pista de skate são assuntos que foram abordados em todas as reuniões nos anos de 2003, 2004 e 2005 e ainda são demandas da comunidade da UBS CSU Areal. É possível inferir que o não atendimento da demanda popular referente ao odontólogo é decorrente da falta de interesse do departamento de Medicina Social da UFPel que necessitaria se articular com a Faculdade de Odontologia e ceder algum espaço físico de seus consultórios para a sala do odontólogo.

A construção da pista de skate fazia parte de um projeto de revitalização da Praça da Liberdade e contou com o apoio da escola Bibiano de Almeida, sendo o único projeto que foi apresentado ao prefeito do Município de Pelotas, porém serviu apenas para propaganda política já que se reduziu a colocação de placa com o nome da Praça.

Entre as ações de incentivo ao engajamento público realizadas por este conselho o depoimento de um sujeito refere a publicização dos nomes dos conselheiros na sala de espera da unidade e outro traz que durante um período houve uma caixa de sugestões na

---

<sup>37</sup> A questão da revitalização da referida praça será abordada mais detalhadamente na sequência deste estudo.

recepção da UBS e que alguns dos temas discutidos nas reuniões eram provenientes das sugestões deixadas nesta caixa.

“[...] e teve uma época inclusive que na parede do posto tinha o nome de todos os conselheiros pra quem esta comunidade poderia se dirigir [...].” (CRT1)

“Tinha uma caixa de papelão e as pessoas colocavam ali as suas ideias, o que achavam, a sua opinião. Era importante, e nós quando nos reuníamos, a gente conversava sobre o assunto, o que era melhor, o que estava faltando, o que precisava. Quando tinha uma reunião geral (se referindo a assembleia com a comunidade) levava aquele assunto lá na reunião geral, então isso aí foi importante [...]” (CRU3)

Estes relatos permitem conhecer que o conselho da unidade planejou e executou ações pontuais que permitiam o engajamento público. Uma caixa de sugestões e a publicização dos nomes dos conselheiros são mecanismos que facilitam a comunicação dos usuários com o conselho e desta feita facilitaram o conhecimento das demandas dos usuários e também no caso da caixa de sugestões, a realização de uma pesquisa de satisfação ou insatisfação dos moradores com a qualidade da atenção primária em saúde ofertada pelos profissionais da UBS.

As atas e a fala dos sujeitos da pesquisa indicam que não existia um protocolo formal com momentos pré-estabelecidos para condução das reuniões. Mas, também é possível perceber que existia um diálogo sobre temas relacionados às questões do território da unidade básica de saúde. A seguir são apresentados depoimentos dos entrevistados sobre a dinâmica de funcionamento das reuniões do conselho.

“Funcionavam da seguinte maneira, [...] trocando ideias e procurando fazer o melhor para o posto [...]. Era aberto para todo mundo, cada um tinha sua vez de falar [...] e cada um dava a sua opinião que era aceita ou não [...]. Por exemplo, na reunião eu dizia: - Vamos aumentar o posto. Daí, talvez a maioria não concordasse. E então, não era aprovada a minha ideia.” (CRU1)

“[...] tinha uma data determinada que era feita a reunião e naquela data todos se reuniam numa sala. Então colocavam ali situações, problemas que estavam ocorrendo e o que precisava se fazer. Então, ali era médico, era enfermeira, era os que faziam parte do conselho, todos participavam e a reunião era feita conforme o combinado.” (CRU3)

As declarações dos entrevistados que desempenharam a função de conselheiros denota que para eles o extinto conselho gestor da UBS CSU Areal foi um mecanismo de controle social atuante no período em que esteve em vigor conforme relatos ilustrativos a seguir.

“Olha, foi atuante [...] porque as pessoas iam às reuniões, falavam, questionavam [...]” (CRU3)

“Sim, ele era bastante atuante, havia reuniões, as pessoas participavam” (CRT1)

Alguns sujeitos da pesquisa relataram conquistas do controle social democrático exercido por este conselho. Dentre elas, a melhoria da atenção em saúde prestada a comunidade, a criação e coordenação de um curso preparatório pré-vestibular que funcionou durante três anos, a reforma da estrutura física da UBS, a troca de um profissional da chefia da UBS com problemas de saúde que prejudicavam a comunidade, o remanejamento de profissionais de saúde para a unidade, a aquisição de equipamentos e a ampliação da lista de medicamentos fornecidos pela mesma.

“O melhor atendimento aos pacientes e conseguiram cadeira de rodas que não tinha no posto, foi essa melhoria.” (CRU1)

“O posto teve uma boa reforma e os médicos se responsabilizavam mais pelos pacientes [...]” (CRU2)

“Medicações, sim, porque, o que acontecia antes era que o paciente ia até a UBS e se estava com uma infecção ele voltava sete dias após e não tinha tratado porque às vezes o antibiótico era caro. [...] O paciente não tinha dinheiro, não tinha recurso [...].Pra ti ver que conquista! E foi só em conversar com o pessoal do hospital (se referindo à direção do Hospital Escola da UFPEL).” (CRT3)

“A luta para não extinguir a unidade, porque a unidade ia ser fechada, ela vem trabalhando desde muito tempo, desde sempre, com deficiências de pessoal, de material. Mas, quando foi ventilada a possibilidade de fechamento houve uma mobilização maior e aí durante alguns meses foram feitas várias reuniões na UBS, na Faculdade de Medicina, na reitoria, em luta em defesa deste local aqui de atendimento.”(CRT2)

“A conquista mais importante deste conselho, pra mim [...] foi de mostrar, ou pelo menos de tentar tirar aquela imagem que eles vinham pra perseguir médico, nunca isso foi feito, embora uma das conquistas tenha sido retirar um médico desta unidade que tinha problemas de saúde sérios e que afetava a comunidade. Mas, em princípio, acho que isso foi uma grande conquista. Outra grande conquista [...], foi eles terem se preocupado em fazer um cursinho pros seus filhos. [...] já que naquela época não tinha cursinho nos bairros. Então, durante três anos, este cursinho funcionou em parceria com o colégio Bibiano[...]. Então, acho que estas foram conquistas bem grandes. Também o número de fichas, porque eles se queixavam muito. Naquele tempo, por ter um médico com uma doença, as fichas não saíam, [...] tinha uma série de coisas. Mas, eu acho que essas duas coisas foram o ponto principal” (CRT1)

Este último relato evidencia que a existência do conselho permitiu que os trabalhadores de saúde da unidade repensassem a opinião de que o conselho tinha caráter unicamente fiscalizador das atividades médicas. Este registro permite a

constatação do temor que a possibilidade do exercício efetivo do Controle Social Democrático Popular despertou nos profissionais de saúde da unidade e principalmente nos médicos em momento prévio a implementação do conselho. O desconhecimento e o medo do Controle Social democrático por parte de alguns profissionais de saúde será objeto de maior atenção no último item desta análise.

O relato de uma das lideranças comunitárias externas entrevistadas permite perceber que pontualmente este espaço desenvolveu ações que contaram com o engajamento de conselheiros, trabalhadores e estudantes da UBS, além do engajamento de profissionais da escola. Houve, portanto, uma relação intersetorial com as políticas de saúde e de educação na comunidade, representadas respectivamente pela equipe da UBS CSU Areal e a equipe da Escola Municipal Bibiano de Almeida.

“Pra nós, assim, junto com a escola, a mais marcante foi a criação do curso preparatório de vestibular [...] que a gente fez em parceria. A escola com o espaço físico e o pessoal da UBS, ali do conselho com a assistência social, fornecendo o material, que a escola também ajudava, e com um pouco da logística, inscrevendo os alunos, buscando na comunidade. E a gente ofereceu o curso preparatório assim, com um pessoal voluntário que eram os alunos residentes e os alunos em estágio ali na UBS, foi uma experiência sensacional” (LCE1)

Portanto, há relatos sobre a trajetória do Conselho que evidenciam a obtenção de conquistas consideradas importantes para a comunidade. Porém, nenhuma das conquistas deste conselho foi resultado de ação direta do gestor da política de saúde. Todas as conquistas deste conselho foram provenientes de ações filantrópicas da comunidade que realizou doações de materiais e mão de obra para a reforma da unidade, dos estudantes da unidade que se voluntariaram para ministrar aulas no cursinho preparatório para o vestibular e de ações clientelistas e assistencialistas do HE-UFPEL que é um departamento distinto ao departamento de Medicina Social e forneceu uma gama maior de medicamentos para uma UBS deste departamento para manter uma boa relação política com os colegas de trabalho e a reitoria da UFPEL.

Embora os assuntos tratados no conselho gestor fossem pertinentes as demandas da unidade, as soluções apontadas pelo conselho não eram publicizadas para o CMSPEL e tão pouco contavam com o apoio e responsabilização deste mecanismo, a articulação débil com o conselho municipal é um limite importante ao exercício do controle social democrático e será abordada na sequência.

Outro fator limitante ao exercício do CSD é a pouca troca de representantes entre os conselheiros durante os 55 meses que o conselho vigorou. Neste período ao analisar os registros foi possível perceber que quase não houve mudança nas representações. Três sujeitos foram lideranças neste conselho um deles era representante dos usuários e representou este segmento nos cinco anos em que o conselho vigorou e os outros dois sujeitos eram trabalhadores da saúde que assumiram a liderança e condução do conselho em momentos distintos. A fala de um dos sujeitos justifica o escasso rodízio de representações devido à falta de vontade de participar do conselho por parte dos usuários e trabalhadores, constatando que era difícil obter nas assembleias pessoas com vontade de participar.

“[...] foi havendo falta dos participantes, um desestímulo, um desgosto, uma época se achou que as pessoas que estavam queriam que renovasse aí chamamos uma assembleia pra novas pessoas participarem e não houve interesse. Até vieram bastantes pessoas na assembleia, mas ninguém se propôs assim a aumentar a quantidade de participações, trocou uma ou duas pessoas [...]” (CRT2)

A pouca troca de representantes dentro deste conselho também pode se justificar conforme já foi analisado anteriormente, na indisponibilidade de horário de muitos trabalhadores residentes na área da UBS e na descrença nos espaços de controle social. A descrença que pode ser um dos fatores geradores do desinteresse por parte da maioria dos usuários da comunidade esta associada, entre outros fatores, e de forma geral a pouca capacidade de influência dos conselhos gestores na condução das políticas públicas.

Em uma entrevista realizada LCE2 aborda a pouca influência dos conselhos na implementação de decisões políticas como um fator gerador de descrença, desmotivação e desinteresse nos mecanismos de controle social democrático das políticas públicas.

“[...] desmotivação, a gente reivindica e não é atendido, não é ouvido (...) Então, as conquistas são muito poucas, aí vai para a secretária e a secretária faz do jeito que quer, como quer [...]” (LCE2)

O relato de um dos sujeitos representantes dos usuários sobre o motivo da dissolução do conselho reforça a existência de uma cultura de subalternidade analisada anteriormente na relação entre profissionais de saúde e usuários e também denota que em seu âmago o conselho gestor funcionou mais como um mecanismo figurativo de

controle social do que como um mecanismo de exercício legítimo do Controle Social democrático:

“Acabou com a saída do doutor M., tiraram o nosso mestre [...], foi ele que começou o posto. Pode ter tido outros médicos, mas ele, eu lembro que o médico que iniciou o posto conosco foi o doutor M. e acabou com a saída dele [...] e aí vieram outros médicos novos e quiseram mudar e aí tiraram o conselho, eles nem nos deram satisfação do conselho, mas simplesmente acabou o conselho”. (CRU2)

Cabe ressaltar que o “Doutor M.” foi chefia da unidade e participava das reuniões, mas nunca foi conselheiro do conselho gestor e tão pouco participou de sua implementação. O relato de CRU2 remete a conservação da já abordada cultura de subalternidade, quando o entrevistado se refere ao médico da unidade como “Doutor M. nosso grande mestre” revelando a conservação do que Chauí (2011) denominou de “as marcas da sociedade colonial escravista” fortemente hierarquizada em todos os seus aspectos, onde os traços do autoritarismo estrutural podem ser simplificados na sociedade brasileira, entre outros, no:

fascínio pelos signos de prestígio e de poder: uso de títulos honoríficos sem qualquer relação com a possível pertinência de sua atribuição, o caso mais corrente sendo o uso de “Doutor” quando, na relação social, o outro se sente ou é visto como superior, “Doutor” é o substituto imaginário para os antigos títulos de nobreza.(CHAUÍ, 2011, p.355).

A participação reprodutora não produz inovação e esta foi provavelmente uma das razões da dissolução deste conselho que copiava o modelo de saúde paternalista arcaico, desta feita não ocasionando mudanças substantivas na participação popular fato que pode ter posto em dúvida a necessidade da existência de um conselho gestor por parte das poucas pessoas que compreendiam a proposta do controle social democrático.

Nenhum dos conselheiros usuários representava alguma entidade da comunidade que conta com mais de uma associação esportiva, quatro escolas, uma Igreja Católica e uma Igreja evangélica, todos os usuários que participaram eram aposentados por invalidez ou donas de casa. A ausência de representações de movimentos ou de entidades comunitárias permitiu que a individualidade pairasse sobre a coletividade, não havendo desta forma expressão das necessidades reais da comunidade.

Os conselhos:

Tanto podem alavancar o processo de participação sócio-política de grupos organizados, como estagnar o sentimento de pertencer de outros – se monopolizados por indivíduos que não representem, de fato, as comunidades que os elegeram. (GOHN, 2011, p.112).

Os conselhos gestores são espaços com caráter duplo, de correlação de forças e instrumentos de determinados processos políticos que podem ter diferentes objetivos, desta feita, podendo contribuir para mudanças sociais significativas ou auxiliar a consolidação de antigas práticas políticas (GOHN, 2011). O mito de que a participação por si só é capaz de mudar a realidade é um disfarce ideológico utilizado pelos detentores do poder e necessita ser desconstruído (BRAVO, 2013). Desta feita: “A qualificação e o desenrolar do processo em que ocorre uma experiência de conselho é que nos informa sobre a sua natureza, e não a existência dos conselhos em si” (GOHN, 2011, p.112).

Considerando estas análises é possível afirmar que o Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal funcionou como uma instância figurativa de controle social, pois ele não conseguiu realmente exercer o Controle Social Democrático. As conquistas ou melhorias obtidas não se caracterizaram por ampliação de direitos e democratização de serviços públicos já que se viabilizaram por meio de filantropia da comunidade e atitudes paternalistas e clientelistas da direção da faculdade de medicina, da reitoria e do hospital e escola da UFPEL, sem responsabilizar o poder público municipal. Ao contrário, as ações realizadas desobrigaram o estado e colocaram no terceiro setor e na própria comunidade obrigações que são constitucionalmente do Estado. Esta é uma postura que vai ao encontro dos ditames neoliberais do capital que reforça intenções nefastas de um estado restrito e não colabora para a democratização do estado e das políticas sociais.

Quando questionados sobre as motivações que os levaram a participar do conselho dois conselheiros representantes dos usuários trouxeram que entraram no conselho por convite de membros da equipe que fizeram parte do conselho. Relatos ilustrativos referem o convite e a alegria por ser convidado como motivações maiores:

“O motivo que o pessoal do posto de saúde era muito bom e a coordenadora do posto me convidou para participar e eu aceitei o convite” (CRU1).  
“Fui convidada e me senti muito feliz [...]” (CRU2)

Entre os motivos que levaram os sujeitos a fazer parte do conselho estão conhecer a dinâmica de funcionamento da unidade, fiscalizar a assistência prestada

pelos profissionais, trazer para a UBS as demandas da comunidade e a realidade do território e participar das questões debatidas neste espaço com a finalidade de garantir melhorias na atenção em saúde ofertada à comunidade. Uma das conselheiras representantes dos usuários refere que entrou para ver o que se passa realmente dentro da UBS para fiscalizar e também para ser uma agente polifônica que estabelece a comunicação entre a comunidade e a equipe da UBS.

“[...] pra ver o que se passa lá dentro e o que se passa lá fora porque às vezes as pessoas passam lá dentro uma coisa e por fora passam outra. Eles não sabem lá dentro o que se passa com os pacientes e a gente tem que saber o que se passa com os pacientes e tem que saber o que se passa com os médicos.” (CRU2)

Outra conselheira do segmento dos usuários refere o exercício de uma participação que garanta melhorias para a comunidade como motivação maior do exercício do controle social neste espaço.

“[...] é importante participar dos assuntos, dos problemas e ser mais um colaborador para que a comunidade do bairro Areal fosse bem atendida e ficasse contente com o seu atendimento do dia a dia.” (CRU3)

Entre os conselheiros representantes dos trabalhadores as motivações dizem respeito ao cumprimento de uma imposição advinda da secretária de saúde do município, características intrínsecas ao exercício profissional, a compreensão da necessidade e importância dos conselhos e ter experiência anterior em espaços de controle social. Relatos a seguir trazem as motivações dos sujeitos representantes do segmento dos trabalhadores de saúde:

“[...] veio da secretária que pedia que tivesse um grupo, em função disso eu até me interessei e acho que foi uma coisa assim natural porque eu tinha o maior convívio com a comunidade, e foi uma coisa intrínseca até por eu ser um profissional do serviço social, acho que uma coisa levou a outra” (CRT1)

“É, uma experiência anterior de sete anos no conselho municipal de saúde onde eu onde eu lutava pelos meus ideais, meus ideais não, eu lutava pelos ideais e as coisas da enfermagem, eu representava os enfermeiros e por entender a necessidade e importância do conselho, o conselho já existia, estava inerte e aí a equipe me convidou para participar quando eu entrei para a unidade” (CRT2)

Um dos sujeitos representante dos trabalhadores refere que sua maior motivação foi a possibilidade de mais acesso e apoio por parte da direção do Hospital Escola da

UFPel e que “conseguiu muitas coisas”, o que denota desconhecimento sobre as funções dos mecanismos de controle social democrático.

“[...] a gente montou esse conselho gestor [...] pra ter mais acesso a direção e ao hospital escola. Foi sim e consegui muita coisa.”(CRT3)

Quando questionados sobre a importância e finalidade dos conselhos os conselheiros representantes dos usuários referiram a oportunidade de participação e diálogo com vistas à melhoria da atenção, a oportunidade de conhecer e cuidar direitos e deveres e de ajudar a comunidade através do conhecimento e diálogo das demandas e necessidades da unidade e do território.

Os conselheiros trabalhadores trazem a importância de um espaço de dialogo, exposição de demandas e arquitetura democrática e participativa de soluções. Uma conselheira representante dos usuários e uma representante dos trabalhadores trazem como importância deste mecanismo sua capacidade de promoção do cuidado.

“Se todos os postos tivessem esse setor seria maravilhoso por que a gente cuida dos nossos direitos e dos nossos deveres, assim como eles, os médicos, também têm que cuidar, né? [...] Essa é a finalidade, é um cuidado que a gente tem com os nossos direitos [...].”(CRU2)

“A importância de um espaço, onde as pessoas que recebem o cuidado. Elas são o maior objetivo do cuidado e da existência de uma unidade de saúde [...]. A finalidade é construir soluções juntos, não só trazer problemas, [...] é identificar estes problemas juntos, fazer juntos uma prioridade e buscar soluções juntos.” (CRT2)

A comunicação com o CMSPel era débil segundo as vozes de todos os sujeitos da pesquisa que constituíram o conselho e da liderança comunitária externa que foi membro do CMSPel, neste estudo percebemos a falta de comunicação e articulação com o CMSPel como um fator limitante do controle social democrático. O entrevistado que foi presidente do conselho no período em que o conselho estava em vigor refere que desconhecia esta instância e que no geral a relação dos conselhos gestores locais com o conselho municipal era uma relação débil.

“Eu não me lembro, eu não me lembro de nenhum detalhamento disso. O que eu me lembro dessa relação do conselho com os conselhos locais, gestores e distrital é que não era uma relação muito estreita [...] o que eu me lembro é que era complicada porque não tinha assiduidade dos representantes e a gente não sabia o que acontecia. Tinha um conselho que mandava ata, outro não mandava. Então, no final das contas essa relação não era fortalecida”(PCMS).

Nos poucos e pontuais momentos de comunicação e articulação com o conselho municipal, esta foi realizada por parte dos conselheiros que representavam o segmento dos trabalhadores de saúde. Em uma das atas a chefia da unidade que foi considerada o “grande mestre” por uma conselheira, orienta sobre a importância do repasse das atas do conselho para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas. Sobre a comunicação com o conselho municipal, os representantes do segmento dos trabalhadores referem que era pontual e praticamente inexistente. Já os conselheiros representantes dos usuários referem que esta comunicação existia e se dava entre os conselheiros representantes dos trabalhadores e os usuários.

“Essa parte ficava com a CRT1, com a CRT3 e com o doutor M., eles que levavam para eles tudo que nós passávamos, que nós conversávamos, faziam uma ata, nós assinávamos e eles passavam para o Conselho Municipal [...] Nós só participávamos do conselho do posto [...] só quem ia era a CRT3, CRT1 e o doutor M.” (CRU2)

Alguns relatos trazem que os poucos momentos de comunicação com o CMSPel e as eventuais participações nas reuniões distritais foram decepcionantes.

“[...] na sexta conferência [...] foram todos conselheiros daqui e foi por isso que surgiu o conselho, porque se precisava dos delegados de cada unidade, a secretária de saúde exigia para que a conferência saísse [...]. Aí nós fomos e lá eles tiveram uma grande decepção porque foram escolher os representantes estaduais e na hora da eleição, eles se deram conta que já estavam escolhidos e que tinham questões político partidárias. E, por exemplo, [...] eu me lembro do CRU4 se virar pra mim e dizer assim: -“O que que eu tô fazendo aqui? Isso é uma palhaçada! Isso já está escolhido!”. E eles tiveram uma desilusão, [...] toda vez que a gente sentava e conversava e tentava aproximar com o conselho municipal de saúde eles diziam: “-ah não, não vamos, vamos resolver os nossos problemas porque com eles é sempre a mesma conversa é sempre a mesma coisa”. Na realidade eles achavam que havia privilégios e por isso eles não gostavam de ir”(CRT1)

A fala de todos os sujeitos e da Liderança comunitária externa que era membro do conselho representante do distrito areal/praias corrobora com a fala dos conselheiros no que diz respeito a inexistência de resolutividade de demandas por parte do gestor municipal.

“Conseguimos, mas foi lá na Federal, não ali. Na reitoria, a gente conseguiu bastante coisa [...]” (CRU4)

“[...] a gente foi mais é no reitor direto, fomos bem atendidos [...]” (CRU2)

Estes relatos permitem inferir que estes sujeitos embora inseridos em uma instância pública de exercício da participação popular na política de saúde do Estado,

atendiam de forma talvez inconsciente a um ditame do capital que diz respeito ao protagonismo da sociedade civil no trato das questões sociais e por consequência na desoneração do Estado da responsabilidade com a questão social. O que denota a hegemonia do controle social do capital e de seu projeto sócio político e cultural que visa onerar a sociedade civil e desonerar o Estado, reduzindo gastos com a questão social e injetando investimentos na proteção a propriedade privada e no incentivo às demandas do mercado.

A liderança comunitária externa aborda que a articulação era muito pouca e que acontecia através dele e da enfermeira. Ela também traz que “eles conseguiam mais com a universidade” através da FAU que segundo o sujeito não publicizava a condução de suas decisões. Ao se referir a UBS CSU Areal que ocupa um espaço cedido pelo COP esta liderança relata que:

“Do COP ali normalmente o pessoal conseguia mais com a universidade [...] a universidade através da FAU que eu sempre briguei por causa disso, porque era a FAU que apitava [...]e eu era muito contra a FAU do jeito que era administrado, do jeito que eles faziam sem dar explicação, então, tinham todas essas batalhas aí.”(LCE2)

Desta feita, evidencia-se que este conselho não alterou a natureza do poder local, não edificou as bases de uma gestão democrática da política de saúde local. Pelo contrário, conduziu a política local de saúde no campo da filantropia, fato que esvazia o sentido público de uma política pública. O retraimento da responsabilidade pública em prol da valorização das ações filantrópicas, voluntárias e assistencialistas permite constatar que os sujeitos da pesquisa pertencentes ao conselho reproduzem, por introjeção de práticas históricas na política brasileira e por falta de maior conhecimento e informação sobre a finalidade do controle social nas políticas públicas, ações que advogam a favor de um Estado Mínimo para o social e Máximo para o capital, fortalecendo o Controle Social do Capital.

### 3.4 O temor e o desconhecimento do Controle Social Democrático como mordças

“Conflitos e contradições são considerados sinônimo de perigo, crise, desordem e a eles se oferece uma única resposta: [...] o desprezo condescendente, para os opositores em geral. Em suma, a sociedade auto-organizada é vista como perigosa para o Estado e para o funcionamento “racional” do mercado” (CHAUÍ, 2011, p.355)

Segundo os relatos dos sujeitos da pesquisa, entre os motivos da dissolução do conselho gestor estão a falta de liderança e organização na gestão e administração, desmotivação, priorizar o individual em detrimento do coletivo, o assédio moral por parte de alguns trabalhadores e o sentimento de solidão em uma luta coletiva. Além da resistência por parte da equipe da UBS, que não desejava a mudança na relação entre usuários e equipe de saúde, por receio de sair da zona de conforto e por medo do poder do Controle Social Democrático.

Segundo três sujeitos da pesquisa a mudança na equipe com a entrada de docentes na unidade que até então só contava com técnico administrativos foi um dos motivos da dissolução do conselho. Segundo os sujeitos, a nova equipe não quis continuar com o conselho.

“[...] com a saída do doutor M. vieram outros médicos e quiseram mudar e aí tiraram o conselho, eles nem nos deram satisfação do conselho, mas simplesmente acabou o conselho [...]os médicos de hoje não querem o conselho, talvez pra não verem alguma coisa, como se diz na política :- Os podre deles lá por dentro. E os pacientes que se virem com os direitos que tem e que nem sabem que existem e que tem [...]Foram problemas internos, picuinhas com eles mesmos” (CRU2).

“[...] acabou e nós nem soubemos de nada mesmo [...] o que eu sei foi que o M. chegou lá, falou meia dúzia de palavras e se retirou e nem deu explicação” (CRU4)

“Eu acho que é um conjunto de coisas, mudou a equipe dos funcionários da saúde e isso é uma das coisas”(CRT1)

Um dos conselheiros cita a falta de reconhecimento e a não legitimação por parte da UBS e o medo da fiscalização por parte dos trabalhadores como motivos da dissolução do conselho e que nos momentos em que o conselho realizavafiscalização das ações da UBS que afetavam a equipe médica, os trabalhadores execravam o conselho e os conselheiros representantes do segmento dos trabalhadores.

“eles não reclamavam, eles gostavam, mas assim, do lado de lá da porta da unidade sem atuar [...] a gestão da unidade como um todo, e isso inclui médicos, não reconheciam o conselho, era assim, como é que eu vou te dizer, um grupo que de vez em quando como uma atividade extra classe se reunia pra conversar; até o momento em que a questão do médico entrou em pauta, aí eles foram execrados e os funcionários também, os trabalhadores da saúde que estavam presentes, eu e a CRT3 no caso, ficamos como as ruínas da história [...]” (CRT1)

Este relato reforça a constatação do temor ao exercício pleno do Controle Social Democrático, que é comum de ser encontrado não só entre trabalhadores, mas inclusive em gestores da saúde e que refrata nos conselhos como resistência ao seu funcionamento.

É fato anunciado por meios de comunicação como jornais e revistas que muitas unidades de saúde não cumprem com sua carga horária de atendimento, que prestam um atendimento muitas vezes desrespeitoso à população. Assim como também é veiculado pelos meios de comunicação que profissionais da saúde, na maioria das vezes médicos, acumulam funções públicas remuneradas que ultrapassam em dezenas de horas a carga horária permitida por lei e desta feita não cumprem na totalidade a carga horária em nenhum de seus empregos.

É evidente que tais profissionais que não cumprem com sua jornada de trabalho e/ou com suas atribuições profissionais atuam como uma resistência ao controle social democrático, pois, estas situações não serão aceitas pela comunidade a partir do momento que os sujeitos conhecerem e exercerem seus direitos, entre eles, o seu poder de participar e fiscalizar a política de saúde.

Os entrevistados PCMSP e LCE1 desconhecem os motivos da dissolução do conselho gestor da UBS CSU Areal. Mas, apresentam a falta de capacitação e de gestão como motivos genéricos que acreditam influenciar na dissolução dos conselhos no geral.

“Olha, eu acho que é falta de capacitação mesmo. Eu estou no conselho há bastante tempo e eu vejo que o grande problema é que a maioria dos conselheiros não sabe por que está lá, o conselho falha na capacitação [...]” (PCMSP)

“[...] eu penso assim, pela experiência que esses órgãos de auxílio, de controle, de fiscalização, eles tendem ao esvaziamento se não tiverem uma coordenação muito forte. São grandes pontos de gestão, a gestão do espaço, a gestão das situações, a gestão das atividades. Elas fazem com que esses órgãos, setores, permaneçam ou se esvaziem. Eu não sei exatamente a questão do conselho, mas acredito que foi um problema de falta de coordenação, de gestão, porque se tu tens uma gestão efetiva, o conselho se sente seguro, as pessoas participam sem medo [...]” (LCE1)

Uma das conselheiras representante dos trabalhadores traz que foi a falta de interesse, desestímulo, falta de consciência da importância da manutenção de espaços de participação popular como motivos da dissolução do conselho. A mesma entrevistada refere que a participação não é simples, demanda tempo, motivação e disposição.

“Falta de interesse. Desestímulo e falta de interesse das pessoas em participar [...] não há a compreensão que isso é um espaço que esta na lei, que se lutou anos pra se conseguir e que deve ser utilizado, se não há essa consciência, essa motivação, as pessoas não participam, na verdade tanto a equipe como a comunidade. A equipe porque não tem esse entendimento, essa motivação e a comunidade porque não tem esse conhecimento de seus direitos e não vai usar esse espaço. [...] então não é assim uma coisa tão simples, a participação, não é assim, tu tens que demandar tempo, motivação e disposição”(CRT2)

Quando questionados sobre os motivos que os levaram a deixar de ser membros do conselho os sujeitos pesquisados representantes dos usuários referiram que não deixaram de ser membros do conselho, mas que o conselho acabou. Foram os conselheiros representantes dos trabalhadores que deixaram de serem membros do conselho.

Um dos três conselheiros trabalhadores refere que deixou de ser membro do conselho quando deixou de trabalhar na unidade no ano de 2011.

“Olha eu sai do posto, até então existia o conselho [...]. Eu voltei para o hospital e aí eu não sei o que aconteceu.”(CRT3)

Porém, o conselho encerrou suas atividades em 2008, o que atesta que este sujeito da pesquisa vivenciou a dissolução do conselho sem percebê-la, o que leva a inferir que ele já não comparecia as reuniões do conselho muito antes de seu fim que ocorreu de forma lenta e gradual e, assim como, a sua gênese, de “cima para baixo”. Porém, cabe uma ressalva, a sua desativação se deu sem divulgação, sem alardes, pois desta vez a participação popular não era do interesse da nova chefia da unidade e a gestão municipal não estava atenta ao exercício democrático na base.

O conselho teve duas composições. Na primeira formação do conselho que atuou de 2003 a 2005 estavam CRT1, dois residentes, CRT3 e os quatro sujeitos usuários entrevistados. Na segunda formação que atuou de 2005 a 2008 estavam CRT2, CRT3 e três dos sujeitos representantes dos usuários entrevistados (CRU2, CRU3 e CRU4), o outro representante dos usuários desta formação não reside mais na área.

A análise das atas e das entrevistas permite inferir que na primeira formação CRT1 era a liderança informal do espaço e na segunda formação CRT2, ambas conselheiras representantes dos trabalhadores da unidade. A trajetória do conselho revelada em várias manifestações dos entrevistados já apresentadas permite concluir que elas conduziam o conselho e seus representantes. CRT1 refere que atuava com motivação e com o apoio de residentes de medicina que ela considerava que tinham vigor e paixão pela causa. Relatos ilustrativos de dois entrevistados que participaram do conselho em momentos distintos exercendo uma liderança informal referem como motivo da saída do conselho a desmotivação advinda de um “sentimento de estar só em uma luta coletiva”.

“[...] se eu for bem sincera contigo, eu me senti muito só em uma luta, e acho que foi por isso que eu abandonei (...)” (CRT1)

“[...] foi uma desmotivação, o motivo, se eu não participasse e insistisse não havia o interesse de outras pessoas, eu estava me sentindo em muitos momentos sozinha, eu me afastei, e uma pessoa que sempre participou muito que foi o R. da comunidade também adoeceu e também se afastou [...]” (CRT2)

Um dos conselheiros representantes dos trabalhadores de saúde também aborda que se sentia incomodada com a visão dos colegas que percebiam o conselho como mero fiscalizador dos médicos e de seu horário. Ela sofria assédio moral de alguns colegas que afirmavam que ela “estava incitando a comunidade contra os médicos” e afirmou que este assédio por parte da equipe também foi fator que desmotivou sua permanência no conselho. O seu relato revela um assédio moral realizado pelos trabalhadores da unidade sobre os conselheiros representantes do segmento dos trabalhadores que permite inferir o temor e o desconhecimento do significado do Controle Social Democrático da política de saúde.

“[...] eu enquanto trabalhadora ouvi coisas muito desagradáveis da parte médica, que nós estávamos incitando a comunidade contra eles, e em nenhum momento isso aconteceu, não tinha isso [...]” (CRT1)

No conselho CRU4 foi o representante dos usuários mais assíduo desde sua implementação até sua dissolução, ele ficou doente e a segunda liderança informal representante dos trabalhadores saiu do conselho por se sentir “sozinha em uma luta”.

“[...] foi uma desmotivação, se eu não participasse e insistisse não havia o interesse de outras pessoas [...] daí uma pessoa que sempre participou muito que foi o CRU4, da comunidade, adoeceu e se afastou [...]”(CRT2)

Com a saída deste conselheiro o conselho perde seu último representante do segmento dos trabalhadores, após sua saída a nova chefia da unidade agendou uma reunião com o conselho gestor e anunciou formalmente aos conselheiros representantes do usuário a dissolução do conselho.

Sobre o conselho gestor da UBS CSU Areal CRU4 relata que foi um espaço de lutas.

“[...] Poxa teve tanta briga, muita luta, muita e a gente não conseguia, muitas vezes não conseguia [...] Só luta, luta [...]..”(CRU4)

O depoimento de um dos sujeitos da pesquisa refere que o conselho não teve o tempo suficiente para conseguir desempenhar um efetivo controle social democrático:

“Faltou mais tempo. Ele acabou talvez quando começasse a poder criar mais asas, e poder entender que ele não era uma coisa tão pequena, que ele era uma coisa que podia ser maior [...]..”(CRT1).

Com os relatos obtidos nesta pesquisa corroboramos com Moreira (2011) quando aborda a importância da organização dos conselhos gestores locais e do fortalecimento dos movimentos sociais para a efetivação do controle social democrático da política de saúde municipal. Há necessidade de uma base bem organizada coletivamente para que se consiga exigir e fazer que se cumpram os direitos, para a construção de uma nova história.

Encerramos esta análise com o relato de um dos sujeitos da pesquisa e a convicção da necessidade de mudança e da valorização do coletivo em um momento histórico marcado pelo individualismo, caracterizado pela desintegração da rede social e desvalorização das ações coletivas (BAUMAN, 2001):

“[...] Eu não acredito que o ser humano não vá achar pontualmente que um conselho, uma participação, trocar uma ideia, não seja a melhor maneira. Só alguém muito dissimulado e egocêntrico. Porque não adianta, a gente tem que tentar dar as mãos para tentar mudar alguma coisa” (CRT2).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo realizamos uma análise das determinações da dissolução de um conselho gestor dentro da tradição marxista, bebendo da fonte de Gramsci e de pensadores e escritores que trabalham dentro da perspectiva gramsciana (COUTINHO, 2000, CORREIA, 2005, BRAVO, 2009, BRAVO, 2012, BRAVO, 2013, MENEZES, 2010, BRAVO, MENEZES, 2013), desta feita, a experiência do controle social democrático exercido por este conselho foi analisada criticamente com o pessimismo da razão e o otimismo da vontade.

Os conselhos gestores de políticas públicas são espaço de co-gestão e co-participação entre governo e comunidade, que necessitam ser revigorados, pois, dizem respeito à participação dos cidadãos na gestão dos negócios públicos, e fazem parte da luta pela democracia participativa (GOHN, 2002). O exercício por parte da população de uma democracia representativa e participativa nos conselhos gestores locais de saúde permite que se conheçam as reais demandas da comunidade, advindas de necessidades peculiares que os sujeitos enfrentam no território em que habitam. Tal fato, aliado a existência de conselhos gestores locais das UBS articulados com o Conselho Municipal de Saúde são fatores decisivos para a elaboração de um plano Municipal de Saúde que contemple de fato as prioridades da população, ou seja, deliberações que são provenientes de demandas populares genuínas.

Nesta pesquisa constatou-se uma incipiente relação entre o CGLS da UBS CSU Areal e o CMSPel. Os sujeitos que atuaram como conselheiros do conselho objeto deste estudo exerceram um modelo de democracia meramente representativa e reproduziram em suas relações um ultrapassado modelo de saúde médico assistencial hegemônico, ancorado em práticas assistencialistas e paternalistas, elementos que entrelaçados se constituíram como determinantes sociopolíticos para a extinção do referido conselho.

A análise desta pesquisa que teve por objeto de estudo o extinto Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal desvelou inúmeros fatores determinantes em maior ou menor grau do exercício do controle social democrático no referido conselho. Dentre eles, estão:

- A ausência da participação de lideranças comunitárias na gestão do conselho;

- A existência no seio do conselho de uma velada relação verticalizada, marcada por traços de paternalismo e assistencialismo característicos de uma cultura médico centrada e de subalternidade;

- A ausência de reconhecimento e valorização genuínos desta instância por parte dos trabalhadores da UBS por temor e /ou desconhecimento do significado do Controle Social Democrático;

- A inexistência de uma agenda que ofertasse capacitação continuada e ações de educação popular aos conselheiros e a comunidade sobre questões pertinentes ao exercício do controle social democrático;

- A inexistência de ações de incentivo a participação dos movimentos populares do território na condução da política de saúde local;

- Além da já citada débil articulação e comunicação entre o conselho gestor local e o CMSPel.

Dentre os fatores determinantes ao exercício do controle social democrático, quatro foram considerados, na análise deste estudo, essenciais ao processo de dissolução do Conselho Gestor Local da UBS CSU Areal, a citar: a gênese “de cima para baixo”, a reprodução de uma cultura de subalternidade no seio do conselho, a participação que reproduziu uma cultura política arcaica e o temor e desconhecimento do significado Controle Social Democrático por parte dos conselheiros e da equipe de saúde da unidade.

Conforme já foi citado, este estudo revelou que o conselho gestor da UBS CSU Areal surgiu por demanda do gestor da política de saúde do município e foi idealizado por um residente do curso de Medicina de Comunidade que tinha nesta UBS seu campo de prática clínica, ou seja, ele não foi uma demanda percebida como necessidade pelos profissionais ou usuários da unidade.

Os conselhos são espaços com potencial de aprofundar a democracia e de estabelecer arenas de negociação de propostas e ações que beneficiem a coletividade. Na saúde quase todos os municípios possuem conselhos em funcionamento, o que atesta quantitativamente uma construção democrática, porém, não permite o diagnóstico de “*se, como e para quem* esta sendo efetivamente viabilizado o controle da política pública” (BEHRING, BOSCHETTI, 2010 p.179). A existência de espaços de controle social democrático não é garantia do exercício de fato do controle popular da política pública de saúde em benefício da coletividade, tendo em vista, a existência da

contradição nestes espaços e, por conseguinte a possibilidade de que estas arenas reproduzam a ideologia dominante e, portanto, sirvam aos interesses dominantes.

Nesta pesquisa foi possível diagnosticar que o conselho objeto do estudo não possibilitou o exercício de um controle social democrático por parte dos usuários da política de saúde e para os usuários da política de saúde, tendo em vista, que inclusive as conquistas deste conselho detonam a ausência do exercício do controle social democrático, pois foram, em sua maioria, provenientes de ações voluntárias e filantrópicas da comunidade e de ações clientelistas da reitoria e da direção do hospital escola da UFPEL. Nenhuma das conquistas deste conselho foi fruto de demandas levadas ao conselho distrital do distrito Areal/Praias e tão pouco foram provenientes de deliberações do CMSPel que resultaram na resolução de demandas por parte do gestor municipal fato que configuraria um exercício de fato do controle social democrático nas bases.

Ao direcionar a responsabilidade de resolução das demandas averiguadas para a comunidade, o conselho atendeu aos ditames do neoliberalismo e das classes dominantes que aplaudem e estimulam o florescimento de ações filantrópicas individualistas e do dito terceiro setor com o intuito de que se implemente um estado mínimo para o social e máximo para o capital, ou seja, um estado que corte gastos sociais.

É fato que o território da UBS é um local onde os sujeitos muitas vezes encontram dificuldade de colocar em prática o direito do exercício da democracia participativa através da conservação da existência de espaços onde possam agir em prol da luta e da manutenção das conquistas sociais da coletividade. Na trajetória do CGLS estudado foi possível perceber que os sujeitos não conseguiram superar os obstáculos econômicos, políticos e culturais impostos ao exercício pleno da cidadania. A participação reprodutora desempenhada pelos conselheiros representantes dos usuários se justifica na falta de compreensão da real concepção de controle social democrático e subsidia a reprodução de práticas culturais arcaicas.

A reprodução de uma cultura política que não oportuniza a defesa dos interesses públicos e da coletividade permitiu constatar que o conselho gestor da UBS CSU Areal foi uma instância figurativa de controle social democrático, que funcionou, embora sem o consentimento consciente de seus participantes, como uma instância que adaptou velhas práticas que permitiram a estruturação de obstáculos ao controle social democrático e a proposta constitucional.

Segundo Gohn (2002), a esfera pública dos Conselhos Gestores institucionalizados é a que tem sido menos utilizada pela sociedade e, talvez seja uma das mais desacreditadas, mesmo sendo legal e obrigatória para o exercício das políticas estatais. Neste estudo foi constatada a dificuldade de conseguir pessoas dispostas a participar do conselho, fato que pode ser atribuído a descrença nos mecanismos de controle social democrático por parte dos cidadãos inseridos no território da UBS CSU Areal.

Em um cenário onde o controle social do capital se sobrepõem ao controle social democrático, onde os ditames neoliberais advogam a favor do retrocesso de direitos e conquistas sociais, é preciso como afirmam Behring e Boschetti (2010) “remar contra a maré”. Desta feita destacamos nesta pesquisa a importância de se contrapor aos nefastos interesses dominantes, para tal é preciso o enfrentamento de obstáculos historicamente impostos. Abarreira da ocupação meramente representativa nos espaços de controle social das políticas públicas e a descrença popular nestes espaços se faz oportuna a reflexão de estratégias para o fortalecimento destas instâncias de luta pela manutenção e aquisição de direitos sociais, tendo em vista, que a história nos mostra que os conselhos foram conquistas dos movimentos populares e da sociedade civil organizada.

Destacamos como possibilidades ao exercício do controle social na base, a elaboração de planos de educação continuada que despertem a crítica reflexiva sobre a trajetória da política de saúde em nosso país e conscientizem usuários, estudantes e profissionais da saúde da importância da existência e manutenção de espaços de controle social, espaços onde de fato ocorra a participação popular. Além disso, é necessário ampliar e aprofundar a reflexão sobre estratégias de incentivo ao fortalecimento e participação dos movimentos populares da comunidade na fiscalização e condução da política de saúde no território da UBS, tendo em vista que a organização das classes subalternas é essencial para o enfraquecimento e desarticulação da ideologia dominante que só se fortalece e se confirma como hegemonia em um cenário individualista.

É fato que os conselhos são espaços contraditórios, representados por segmentos distintos e desta feita permeados por interesses que se opõem em uma incessante correlação de forças, porém, a existência da contradição e da correlação de forças não justifica a existência de relações de subordinação nestes espaços que são destinados ao exercício da democracia representativa e participativa.

O neoliberalismo advoga a favor do retrocesso de direitos e representantes de seus interesses em todos os espaços políticos, inclusive em espaços políticos de caráter duplo como os conselhos, daí a importância do exercício popular da democracia participativa e representativa nos espaços de controle social das políticas públicas, uma participação capacitada que transforme estes espaços em “instrumentos valiosos para constituição de uma gestão democrática e participativa, caracterizada por novos padrões de interação entre governo e sociedade”(GOHN, 2011 p.112)

Espera-se que esta pesquisa contribua para o fortalecimento do exercício da cidadania tendo em vista a efetivação do direito a saúde universal e igualitário, colabore para a ponderação da necessidade da construção de relações sociais alicerçadas no modelo de atenção a saúde preconizado pelos intelectuais reformistas, assim como, para a necessidade da reflexão de estratégias de reativação do extinto conselho gestor.

Acima de tudo espera-se que este estudo contribua para a reflexão de estratégias que permitam a superação dos limites enfrentados pelos conselhos gestores locais de saúde, espaços de controle da política pública de saúde mais próximos do dia a dia da população e, por consequência, de sua mobilização em prol da defesa de um Sistema Único de Saúde universal, igualitário e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 258 p.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2010. 211p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438\\_070890.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438_070890.htm)>. Acesso em 09 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 02 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades RS/Pelotas – População 2010**. Disponível em:  
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431440&search=rio-grande-do-sul|pelotas>>. Acesso em: 17 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 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. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 09 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 09 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretárias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3 ed. Brasília, 2009. 480p.  
BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº333 de 4 de novembro de 2003.** Disponível em:<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)>. Acesso em: 09 fev.2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático.** Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

\_\_\_\_\_. Maria Inês de Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, p 126-150; jan/mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Saúde e serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** São Paulo: Cortez, 2013. 191 p.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais.** São Paulo: Cortez, 2013. 366p.

CALVI, KéttiniUpp. O controle social nos conselhos de políticas e de direitos. **Rev. Emancipação**, Ponta Grossa, vol. 8, n. 1, p. 9-20, 2008. ISSN-e 1982-7814. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4024399>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas.** 13 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 367p.

CICONELLO, Alexandre. **A Participação Social como processo de consolidação da Democracia no Brasil**. FromPovertyto Power – Case Study. Oxfam, 2008.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005, 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005a.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, v. 19, n.2, p. 419-438, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MARTINS, Poliana Cardoso; BATISTA, Rodrigo Siqueira; FRANCESQUINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia; MENDES, Fabio Faria. Controle Social em Cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. **Physis**, v. 21, n.3, p. 1121-1138, 2011.

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

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na Equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência Saúde Coletiva**; v. 10, n. 2, p. 323:331, 2005.

DIAS, Edmundo Fernandes. A liberdade (im) possível na ordem do capital: reestruturação produtiva e passivização. **Textos Didáticos**: Campinas, n.29, set. 1999.

DOIMO, Ana Maria. **A vez e a voz do popular**: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ANPOCS, 1995.

ESCOREL, Sarah. **Conselhos de saúde**: entre a inovação e a reprodução da cultura política. Saúde Debate, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, 2008.

FESF-SUS. **Guia para implantação e desenvolvimento de conselhos locais em USF**. Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador, 2010. Disponível em: <[www.fesfsus.net.br/guiadotrabalhador/guia\\_cls\[1\].pdf](http://www.fesfsus.net.br/guiadotrabalhador/guia_cls[1].pdf)>. Acesso em: 10 set. 2014.

FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. 251 p.

FLORES, Joaquín. **La reinvencción de los Derechos Humanos**. Colección Ensayando. Ed. Atrapasueños: Valencia, 2008. 222 p.

FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

GODOY, Arilda Schmidt. Estudo de caso qualitativo. In: GODOY, C. K. ; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. da (Orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2007.

GOHN, Maria da Glória. **Políticas Públicas e Sociedade Civil no Brasil nas últimas décadas**. In: CARVALHO, D.B.B. Et al. Novos paradigmas da política social. Brasília: UNB, 2002.

\_\_\_\_\_. Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sócio política**. Questões da nossa época. São Paulo: Cortez, 2011.

GRISSOTI, Marcia; PATRÍCIA, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n. 3. Rio de Janeiro, maio, 2010.

LANDERDHAL, Maria Celeste; UNFER, Beatriz; BRAUN, Katia; SKUPIEN, Jovito Adiel. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de Controle Social ou documento burocrático? **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

MACHADO, Francisco de Assis. Participação Social em Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MACHADO, Loiva Mara de Oliveira. **Controle social da política de assistência social: caminhos e descaminhos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis. O exercício do controle social no sistema único de saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde Soc.**, 21, p. 199-209, 2012.

MARTORANO, Luciano Cavini. **Conselhos e democracia: em busca da socialização e da participação**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 192 p.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade**. Rio de Janeiro, 2010. 194 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/2517/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Menezes\\_Juliana\\_Souza\\_Bravo\\_de.pdf?sequence=1](http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/2517/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Menezes_Juliana_Souza_Bravo_de.pdf?sequence=1). Acesso em: 10 out. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 108 p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. revista e aprimorada. São Paulo. Hucitec, 2013. 407p.

MONTAÑO, C. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MORAES, I. H.S. Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. **Rev. Saúde em Debate**, v. 29, n. 69, p. 86-98, 2005.

MOREIRA, Iumara Antunes. **Análise da representatividade do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde no município de Pelotas**. Pelotas, 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas, 2011.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria e DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle Social no SUS: Discussão, ação e reação. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, vol.18, n. 8, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**. Contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p.

PELOTAS (RS). Conselho Municipal de Saúde de Pelotas. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMS-Pel**. Disponível em: <<http://www.pelotas.rs.gov.br/cmspel/regimento.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014.

PELOTAS (RS). **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PELOTAS 2010/2013**. Indisponível na rede. (Fornecida cópia digital pela Secretária de Saúde do Município de Pelotas após pedido formal da autora da pesquisa).

PEREIRA NETO, André de Faria. **Conselho de Favores: Controle social na saúde: a voz dos seus atores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012. 124 p.

PEREIRA, Isabel Brasil, MOROSINI, Maria Valéria G. C. (Coord. Orgs.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 240 p.

RIBEIRO, Fernanda de Brito, NASCIMENTO; Maria Ângela Alves do. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re) significação do ser sujeito. **Rev. Baiana Saúde Pública**; 35(suplemento),jan-jun. 2011.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida, MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do Controle Social. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SILVA, Vini Rabassa da. **Conselhos municipais e cidadania**. 2001. Tese de Doutorado. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SIRAQUE, Vanderley. **Controle Social da função administrativa do Estado: Possibilidades e limites na Constituição de 1988**. São Paulo: Saraiva, 2009. 230p.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação Popular e Controle Social em Saúde: desafios da ESF. **Physis**, v. 20, n. 04, p. 1227-1243, 2010.

SOUZA, Tatiane Oliveira de; SILVA, Jair Magalhães da; NÓBREGA, Samara Souza da; CONSTÂNCIO, Jocinei Ferreira. Controle Social: um desafio para o conselheiro de saúde. **Rev. Bras. Enf.**, v.65, n. 2, p. 215-221, 2012.

STARFIELD, Barbara. Isprimary-care essencial? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, out. 1994.

STIGLITZ, Joseph. **Participación e desarrollo**: perspectivas desde El paradigma integral Del desarrollo, Barcelona: IIG, n.7, p.93-120, 2000.

TEIXEIRA, Carmen Fontes, SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de Atenção a Saúde no SUS**: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. Scielo Books: EDUFBA, 2006. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da Saúde no contexto da regionalização da assistência à Saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 153-162, 2002.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em Saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n 21, p. 218 –251, 2009.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - ARTIGOS QUE ABORDAM OS DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL ORIUNDOS DE PESQUISA NO BANCO DE DADOS SCIELO

**Quadro -2 Artigos que abordam o Controle Social oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo**

Artigos discriminados por ordem de relevância segundo a base de dados do Scielo:		
Título do Artigo	Autores	Ano
1) <b>Desafios do controle social na atualidade.</b> Serv. Social e Sociedade; São Paulo, nº104, p 126-150; jan/mar	BRAVO, Maria Inês de Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa	2012
2) <b>Controle Social no SUS:</b> Discussão, ação e reação. Rev. Ciência Saúde Coletiva, 18 (8)	OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria e DALLARI, Sueli Gandolfi	2013
3) <b>Resoluções do Conselho de Saúde:</b> instrumento de Controle Social ou documento burocrático? Rev. Ciência Saúde Coletiva, 15(5)	LANDERDHAL, Maria Celeste; UNFER, Beatriz; BRAUN, Katia; SKUPIEN, JovitoAdiel	2010
4) <b>A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do Controle Social.</b> Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 12(3): 683-688	SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida, MELO, Verbena	2007
5) <b>Controle Social:</b> um desafio para o conselheiro de saúde. Rev. Bras. Enf. 65(2); 215-221	SOUZA, Tatiane Oliveira de; SILVA, Jair Magalhães da; NÓBREGA, Samara Souza da; CONSTÂNCIO, Jocinei Ferreira.	2012
6) <b>Participação Popular e Controle Social em Saúde:</b> desafios da ESF. Physis, 20 (04) : 1227-1243	SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília	2010
7) <b>Controle Social em Cena:</b> refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. Physis, 21(3): 1121:1138	COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MARTINS, Poliana Cardoso; BATISTA, Rodrigo Siqueira; FRANCESQUINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia; MENDES, Fabio Faria	2011
8) <b>Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social.</b> Interface, Botucatu; 18(23) : 409-426	ACIOLE, Giovane Gurgel	2007

Fonte: Sistematização de estado da arte realizado pela autora da pesquisa

**Quadro -3 Continuação Artigos que abordam o Controle Social oriundos de pesquisa no banco de dados Scielo**

Artigos discriminados por ordem de relevância segundo a base de dados do Scielo:		
Título do Artigo	Autores	Ano
9) <b>O exercício do controle social no sistema único de saúde:</b> a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. Saúde Soc., 21: 199-209,	MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis	2012
10) <b>Participação da comunidade na Equipe de Saúde da Família:</b> é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários. Ciência Saúde Coletiva; 10 (2) : 323:331	CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina	2005
11) <b>Conselhos de Saúde:</b> controle social e moralidade. Saúde Soc., 20(3): 625-634	BATAGELLO, Rodrigo; BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Córdón	2011
12) <b>O quadrilátero da formação para a área da saúde:</b> ensino, gestão, atenção e controle social. Physis; 14(1): 41-65	CECCIM, Ricardo Burg; FEUER WERKER, Laura C. M.	2004
13) <b>Participação, controle social e exercício da cidadania:</b> a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. Physis, 19(2): 419-438	COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro	2009
14) <b>Participação em Saúde:</b> do que estamos falando? Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº21, jan./jun., p 218-251	VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina	2009
15) <b>Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde.</b> Saúde e Soc.; 13(2): 56-69	OLIVEIRA, Valdir de Castro	2004
16) <b>Educação e Saúde:</b> ensino e cidadania como travessia de fronteiras, Revista Trabalho, educação e saúde/FIOCRUZ, v 6 nº 3	CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio	2008

Fonte: Sistematização de estado da arte realizado pela autora da pesquisa

**APÊNDICE B – ARTIGOS QUE ABORDAM A INSTÂNCIA DOS CONSELHOS  
GESTORES DE SAÚDE ORIUNDOS DE PESQUISA NO BANCO DE DADOS  
BVS/BIREME**

**Quadro -4 Artigos que abordam a instância dos CGS oriundos de pesquisa no banco de dados  
BVS/BIREME**

Artigos oriundos de pesquisa no banco de dados BVS/BIREME com o DeCS" Conselhos de Saúde"		
Título do Artigo	Autores	Ano
1) <b>Desafios para a participação popular em saúde:</b> reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. Saúde Soc. 21 (4): 1087-1100; out./dez.	CRUZ, Pedro José Santos Carneiro, VIEIRA, Samara Cíntia Rodrigues; MASSA, Nayara Moreira; ARAÚJO, ThaiseAnatally Maria de; VASCONCELOS, Ana Cláudia Cavalcanti de	2012
2) <b>O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde:</b> a ótica do enfermeiro como membro do conselho gestor local de saúde. Saúde Soc.21(supl.1): 199-209. Mai	MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis	2012
3) <b>“O caminho se faz ao caminhar”:</b> processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral; a partir do protagonismo cidadão. Saúde Soc. 21(supl. 1): 234:243, maio	PONTE, Hermínia Maria Souza da; LOPES FILHO, José Otaviano, FEIJÃO, José Reginaldo Parente; SOUZA, Francisca Lopes de; SANTOS, Expedito Vidal dos; SOARES, Carlos Hilton Albuquerque	2012
4) <b>A participação no Conselho Local de Saúde e a Educação popular como instrumental- teórico prático para conduzir o processo de reflexão.</b> Porto Algre. S.n.	SANTOS, Marilda da Rosa dos	2012
5) <b>A participação política dos conselhos gestores de unidades de saúde nas ações intersetoriais no município de Piraí.</b> Rio de Janeiro; s.n.;66p.	SILVA, Alan Carlos da	2012
6) <b>Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde:</b> a (re) significação do ser sujeito. Rev. Baiana Saúde Pública; 35(supl. 1) jan-jun	RIBEIRO, Fernanda de Brito, NASCIMENTO; Maria Ângela Alves do	2011

Fonte:Sistematização de estado da arte realizado pela autora da pesquisa

## **ANEXOS**

**ANEXO A - OFÍCIO CIRCULAR DO GABINETE DO SECRETÁRIO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS Nº 014/2003**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E BEM ESTAR  
GABINETE DO SECRETÁRIO**

Ofício/Circ./Gab n.º 014/2003

Pelotas, 29 de julho de 2003.

**Prezados Colegas**

O Conselho Municipal de Saúde, com o apoio da SMSBE, estará realizando sua 6ª Conferência Municipal de Saúde de pelotas e por tanto escolheu o período de agosto, até o dia 31/8/03, para realizarem -se as assembléias locais (em cada área de um posto de saúde)conforme programação anexa.

Entendemos que a parte da participação da representação local, funcionários e usuários dos Postos de Saúde de sua área de atuação enriqueceriam os diálogos para apontarem as prioridades para o Plano Municipal de saúde.

Certos de que todos cresceremos com estas discussões, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

  
Dr. Juvenal Soares Dias da Costa

Secretário Municipal de Saúde

**ANEXO B – MATERIAL ANEXADO AO OFÍCIO CIRCULAR DO GABINETE  
DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS Nº 014/2003**

Reconstrução  
participativa



**Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar**

**6ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS**

**A – ASSEMBLÉIA LOCAL**

- 1- Estrutura
  - 30 minutos para explanação (material informativo e roteiro);
  - 1 (uma) hora paradiscussão em grupo;
  - 30 minutos para plenária

**2 – Composição**

**1- Mesa**

- 01 Coordenador do Conselho Local ou Chefe de Posto
- 01 Animador
- 01 Relator

**3 – Grupo**

- 01 Coordenador
- 01 Relator

**B – ROTEIRO PARA DISCUSSÃO NAS ASSEMBLEIAS LOCAIS**

- 1- Quais os problemas existentes na Atenção Básica e como solucioná-los?
- 2 – Quais os problemas existentes no setor de consultas especializadas, exames laboratoriais, internações hospitalares e no atendimento de urgência? Quais as ações necessárias para melhorar estes serviços?
- 3- Quais os problemas com os recursos humanos e como mudar esta velocidade?

**C – ROTEIRO DE EXPOSIÇÃO**

**1- Atenção Básica**

O que é?

Como se organiza?

Que alternativas?

O que propõe o município?

**2- Regulação**

O que é?

Qual a sua interação no Sistema?

Como se organiza?

O que propõe o município?

**3- Recursos Humanos**

O que é?

Perfil adequado?

Formação de recursos humanos

Plano de carreira do SUS

**ANEXOC – REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PELOTAS**

**REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PELOTAS – CMS/Pel**

**CAPITULO I – CMS/Pel e suas finalidades**

Art. 1º – O presente Regimento Interno tem por finalidade regulamentar a competência, as atribuições, a organização e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMS/Pel, nos termos da legislação em vigor.

Art. 2º – O CMS/Pel, criado pela Lei Municipal 3377 de 08 de maio de 1991, e alterado pela Lei nº 4554, de 14 de junho de 2000, constitui-se no órgão colegiado máximo do Sistema Único de Saúde – SUS, no Município, em caráter permanente, com funções deliberativa, normativa e fiscalizadora, atuando na formulação de estratégias e no acompanhamento, no controle e na avaliação da execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

**CAPITULO II. – Das competências**

Art. 3º – Ao CMS/Pel, sem prejuízo das funções do poder legislativo, compete:

- I. Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados a população pelos órgãos e entidades públicas, filantrópicas e privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito do Município;
- II. Implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.
- III. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.
- IV. Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.
- V. Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.
- VI. Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VII. Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VIII. Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX. Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X. Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde SUS.

XI. Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal.

XII. Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, Parágrafo 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90) e legislação municipal.

XIII. Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV. Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado e da União.

XV. Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar quando houver irregularidades ou denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII. Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII. Estabelecer critérios para a realização das Conferências Municipais de Saúde conforme legislação, determinar sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferência Municipal de saúde.

XIX. Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX. Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI. Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII. Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII. Deliberar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS, inclusive os aspectos financeiros de remuneração e incentivos, forma de contratação e vínculo.

XXIV. Acompanhar a implementação das deliberações constantes dos relatórios das plenárias do conselho municipal de saúde.

XXV. Enunciar as diretrizes de elaboração e proceder a revisão anual (1º trimestre do ano), do Plano Municipal de Saúde;

XXVI. Apreciar e aprovar os critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços, oferecidos pelos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde no Município;

XXVII. Coordenar, acompanhar, avaliar e redimensionar o funcionamento dos Conselhos das Unidades Básicas de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde, Conselho Gestor do Pronto Socorro Municipal e qualquer outro conselho gestor de instituição que tenha vínculo com o SUS, existentes ou que venham a ser criados, em consonância com as políticas de saúde públicas e diretrizes do CMS/PEL.

XXVIII. Outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixados pelos Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, que se referirem à gestão do Sistema Único de Saúde SUS;

XXIX. Aprovar critérios e valores, de remuneração de serviços extras e os parâmetros municipais de cobertura assistencial.

### **CAPITULO III Da Organização, Estrutura e Funcionamento.**

Art. 4º – O CMS/Pel será constituído pelos seguintes órgãos:

- Plenária Geral
- Diretoria
- Secretaria Executiva
- Comissões Permanentes e Temáticas
- Assessorias Técnicas
- Comissões Especiais

Art. 5º – O Plenário do CMS/Pel é o órgão deliberativo máximo, constituído por 48 (quarenta e oito) conselheiros titulares e os seus respectivos suplentes, representantes de órgãos e entidades da área governamental, dos prestadores de serviços de saúde ao SUS, dos profissionais vinculados á saúde e da sociedade civil organizada, conforme relação constante no Anexo I deste Regimento Interno, nos termos da legislação.

Parágrafo 1º – A alteração da composição plenária do CMS/Pel deverá ser previamente deliberada pelo plenário, com aprovação de dois terços de seus integrantes, em reunião convocada para este fim.

Parágrafo 2º – A composição do Plenário deverá ser de 24 (vinte e quatro) representações de Usuários, 12(doze) representações de Profissionais da área de saúde, 12 (doze) representações de Prestadores de serviço de saúde ao SUS e de representações de Órgãos Públicos, respeitada a Legislação Municipal e do Conselho Nacional de Saúde que determina a seguinte distribuição percentual:

50% de entidades de usuários;

25% de entidades dos trabalhadores de saúde;

25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Parágrafo 3º – A representação dos usuários sempre será paritária, em relação ao conjunto dos demais segmentos;

Parágrafo 4º – A substituição de entidades, órgãos ou instituições, quando houver infração a Legislação ou a este regimento interno, se dará em reunião ordinária.

Parágrafo 5º – A Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar e a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde terão suas representações como cargos permanentes, incluídas nos 25% referentes as representações de Prestadores de serviço de saúde ao SUS e de representações de Órgãos Públicos.

Art. 6º – As entidades, para integrarem este Conselho, deverão estar legalmente constituídas e em pleno funcionamento. A documentação deverá ser apresentada no ato do cadastramento e quando exigida pela direção ou pelo plenário.

Paragrafo Único – Os conselheiros locais e distritais deverão obedecer aos requisitos e critérios do Regimento Interno específico para os mesmos. Os conselheiros distritais devem reportar-se hierarquicamente ao CMS/PEL.

Art. 7º – Cada órgão, entidade ou instituição indicará, através de ofício dirigido a Direção do CMS/Pel um membro titular e um suplente, devendo renovar ou substituir no prazo e formalidades previstos na legislação em vigor, bem como por período temporário quando for necessário, puser prazo não inferior a trinta dias. Na indicação deverá ser observado o segmento a ser inserido, questões legais, e este regimento.

Parágrafo 1º – Na ausência do titular assumirá, automaticamente, o suplente com direito a Voto;

Parágrafo 2º – Os membros suplentes terão assegurado amplo direito à voz nas reuniões, mesmo na presença dos titulares;

Parágrafo 3º – o ofício formal de indicação dos conselheiros titulares e suplentes das entidades representadas no CMS/Pel, deverá constar o endereço para correspondência, telefone, fax, e-mail e outras formas de contato com o conselheiro.

Parágrafo 4º – De acordo com a legislação em vigor, as entidades, instituições e órgãos governamentais, deverão preencher ficha cadastral e renová-la a cada dois anos.

Parágrafo 5º – A indicação da entidade, deverá ser aprovada em Plenário, para que em reunião posterior possa ser apresentada a indicação do representante da referida entidade.

Art. 8º – Não poderão representar a categoria de usuários ou profissionais, as pessoas físicas que forem proprietárias ou administradoras, em primeiro grau, de instituições ou empresas prestadoras de serviço de saúde ao SUS.

Parágrafo 1º Não poderão ser indicadas, para serem conselheiras, pessoas condenadas nos últimos cinco anos, por causarem danos econômicos ou morais aos órgãos públicos e privados relacionados à Saúde.

Parágrafo 2º Não poderão representar os usuários (pessoas que sejam profissionais de saúde, em pleno desenvolvimento do exercício ou representação da profissão, na iniciativa privada ou pública que preste ou não serviços ao SUS. E ainda aqueles que detenham cargos de confiança ou funções gratificadas no executivo e assessores do Legislativo Municipal.

Art. 9º Não poderão ser indicadas, para representar o seguimento dos profissionais de saúde, pessoas proprietárias ou diretoras de empresas, instituições e órgãos gestores ou prestadores de serviço do SUS.

Art. 10 – Os conselheiros, integrantes do CMS/Pel, perderão a representação no plenário do órgão, entidade ou instituição, nos seguintes casos:

- I. por superveniência de causa de que resulte sua desvinculação de representação junto ao CMS/Pel;
- II. afastamento do município por período superior a seis meses, ressalvado o fato em que o afastamento seja motivado para exercer delegação de interesse do próprio CMS/Pel, aprovado por deliberação do Plenário.
- III. Quando não comparecer, por três reuniões ordinárias consecutivas ou seis reuniões ordinárias intercaladas no período de um ano.

Art. 11 – O conselheiro, do CMS/Pel, que concorrer a cargo eletivo nas esferas federal, estadual e municipal deverá licenciar-se de sua representação, no espaço de 6 (seis) meses anterior ao pleito.

Art. 12 – O órgão, entidade ou instituição que não estiver representada por nenhum de seus indicados em duas reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco ordinárias intercaladas num prazo de quatro meses, deverá substituir os mesmos, em 15 (quinze) dias, depois de comunicado por escrito pela Direção ou por delegação do Plenário.

Parágrafo 1º – Será excluída a entidade, instituição ou órgão governamental que permanecer após a comunicação com a incidência de faltas, conforme o caput deste artigo, ou ainda, se solicitado a substituição de seus representantes por duas ou mais vezes, não o fizer, num período de três meses.

Parágrafo 2º – A entidade, instituição ou órgão governamental deverá ser comunicada, por escrito, diretamente ou pelo serviço do Correio, com contraprova de recebimento, da possibilidade de vir a ser excluída, no mínimo com dez dias de antecedência.

Parágrafo 3º – Não havendo manifestação da entidade, instituição ou órgão governamental, depois de comunicada, num prazo de dez dias, será apreciado em plenário, podendo haver substituição da mesma na forma da legislação em vigor.

Parágrafo 4º – A representação excluída poderá recorrer à decisão, num prazo de dez dias após a Plenária.

Parágrafo 5º – Em caso de extinção ou por falta de interesse da entidade, instituição ou órgão governamental, demonstrada oficialmente, tornar-se-á vaga a sua representação.

Parágrafo 6º – Excetua-se do disposto no Parágrafo anterior a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar e a 3ª CRS conforme o Parágrafo 5º do artigo 5º, devendo no entanto ser comunicado ao

superior hierárquico do conselheiro indicado, para as devidas providências legais de responsabilidade.

Parágrafo 7º – As sanções previstas neste artigo serão deliberadas pelo Plenário, em Plenária Ordinária, por maioria simples dos conselheiros presentes.

Parágrafo 8º – Deverão os conselheiros, enquanto representação deste Conselho, agir com ética e profissionalismo na defesa dos direitos e interesses das políticas públicas de saúde, procurando sempre, pautar pela cortesia, educação e diplomacia, garantindo que os interesses da comunidade sejam respeitados;

Art. 13 – As substituições das entidades, instituições e órgãos governamentais, ocorrerão quando houver a vacância da representação, e não existir recurso ou impedimento legal de qualquer outra representação.

Parágrafo Único – As substituições obedecerão ao estabelecido no Parágrafo 2º do artigo 5º deste regimento.

Art. 14 – O plenário deverá indicar para as substituições, as entidades que tiverem maior afinidade direta com o caráter de saúde pública, seja por necessidade enquanto classe de usuário, por serviços prestados ou vinculação com o SUS.

Parágrafo Único: Só serão indicadas as entidades, instituições ou órgãos governamentais interessados, que manifestarem-se espontaneamente ou através de convite, encaminhado pela direção do CMS/Pel.

Art. 15 – As representações (órgãos, entidades e instituições) que desejarem integrar o CMS/Pel, deverão encaminhar ofício a Direção, para posteriormente constar nos informes da reunião subsequente, para os encaminhamentos cabíveis.

Art. 16 – Compete aos conselheiros titulares e aos suplentes no impedimento daqueles:

- I. Comparecer as reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/Pel;
- II. Requerer, para que constem em pauta, assuntos que devam ser objeto de discussão e deliberação do CMS/Pel, bem como, a preferência para exame de matéria urgente;
- III. Representar o CMS/Pel quando designado por seu Plenário e/ou pela Direção;
- IV. Requerer em conjunto com outros conselheiros, no mínimo 1/3 da totalidade do Plenário, reuniões extraordinárias, para discussão e deliberação de assuntos urgentes e prioritários;
- V. Apresentar projetos de resolução e formular moções e proposições no âmbito de competência do CMS/Pel;

- VI. Propor diligência em processo que no seu entendimento não estejam suficientemente instruídos;
- VII. Propor alterações parciais ou totais deste Regimento Interno;
- VIII. Exercer atribuições e atividades inerentes a sua função de participante do CMS/Pel;
- IX. Votar e ser votado para integrar os órgãos dirigentes do CMS/Pel, desde que com assento no Conselho há mais de noventa dias.

Art. 17 – É vedado aos conselheiros titulares e aos suplentes:

- I. representar ou pronunciar-se publicamente sobre qualquer assunto, através de órgãos da mídia ou em qualquer outra instância, em nome do CMS/Pel, sem a devida anuência da direção ou plenária deste conselho
- II. Agir deliberadamente em ações de fiscalização, acompanhamento ou avaliação de serviços de saúde pública, por conta própria e independente, que não seja de conhecimento e do consentimento da direção ou plenária deste conselho, conforme regimento interno da comissão de fiscalização;
- III. Tomar decisões ou ações em nome do CMS/Pel, sem o prévio conhecimento da direção ou da plenária;

#### **CAPITULO IV – Das Plenárias**

Art. 18 – As Plenárias Ordinárias ocorrerão a cada quinze dias, com a primeira chamada às dezoito horas e trinta minutos, com a presença de metade mais um de seus membros e com segunda chamada, às dezenove horas, com a presença de pelo menos um terço mais um dos membros (17 conselheiros).

Parágrafo 1º – As Plenárias são públicas e todos os presentes têm direito a voz.

Parágrafo 2º – As Plenárias para a eleição da Diretoria ou para alteração deste Regimento Interno, ocorrerão com a presença mínima de dois terços das Entidades representadas com direito a voto;

Parágrafo 3º – A proposta de alteração deste Regimento será incluída na pauta com 30 (trinta) dias de antecedência.

Parágrafo 4º – A Plenária do CMS/Pel deliberará por maioria simples das Entidades presentes, mediante votação aberta, sendo esta secreta quando da eleição, total ou parcial da Diretoria ou quando a Plenárias assim o deliberar;

Parágrafo 5º – Cada Entidade, instituição e órgão governamental terá direito a um voto através de seu representante presente, devidamente indicado e de acordo com este regimento.

Parágrafo 6º – durante o regime de votação serão sustadas as intervenções dos presentes;

Parágrafo 7º – as abstenções, durante a votação, por parte dos representantes, poderão ser registradas em Ata, sendo solicitadas após o encerramento da votação;

Parágrafo 8º – As presenças dos conselheiros será registrada, pela assinatura dos mesmos em livro próprio e ao registrar a presença o conselheiro receberá uma identificação que lhe dará o direito de votar na plenária.

Art. 19 – Para fins de agilidade e tornar dinâmica, cada reunião, poderá a critério do Plenário ser estipulado tempo limite para os pontos de pauta, respeitados os previstos neste regimento.

Parágrafo 1º – Os informes, no início das reuniões, que pela sua característica não cabe discussão, serão limitados a um máximo de cinco minutos para a direção do Conselho, cinco minutos para a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar, cinco minutos 3ª CRS e dois minutos para cada conselheiro ou visitante.

Parágrafo 2º – Para encaminhamentos dos pontos de pauta, o limite de tempo atribuído a cada conselheiro será no máximo cinco minutos. A intervenção inicial dos presentes será limitada em três minutos e as posteriores serão limitadas em dois minutos.

Parágrafo 3º – As intervenções deverão obedecer à ordem de inscrição previamente efetuada com o secretário da Plenária, não sendo permitida interrupção no tempo disponível.

Parágrafo 4º – As Plenárias terão duração máxima de duas horas, prorrogáveis a critério da maioria absoluta dos presentes, por mais trinta minutos, e em casos excepcionais prorrogáveis pelo tempo que a plenária julgar necessário à conclusão dos trabalhos.

Parágrafo 5º – Cabe ao presidente do CMS/Pel o direito do voto de Minerva.

Art. 20 – Os assuntos da pauta das Plenárias deverão ser formalizados pela Diretoria do CMS/Pel;

Parágrafo 1º – Os assuntos encaminhados para ponto de pauta serão apreciados pela diretoria e ou comissões antes de se tornarem uma pauta, sendo indispensável a presença de relator ou responsável pelo assunto para esclarecimentos nas comissões e plenária.

Parágrafo 2º Os pontos de pauta não vencidos em uma Plenária serão automaticamente os primeiros pontos pautados para a próxima plenária ordinária.

Parágrafo 3º A ordem das pautas respeitará a ordem de chegada dos assuntos no conselho. Modificações na ordem da pauta serão votadas em plenária.

Art. 21 – O CMS/Pel fica desobrigado, exceto em casos excepcionais, de avaliar projetos, prestações de contas ou semelhantes, quando não for encaminhado em tempo hábil pela Secretaria Municipal de Saúde, 3ª CRS, Prestadores de Serviço ou outros órgãos que necessitem de tais procedimentos. A sugestão de ponto de pauta deve ser encaminhada em formulário próprio elaborado pelo CMS/PEL e acompanhada de documentação completa.

Parágrafo 1º – Considerar-se-á tempo hábil, o período mínimo de quatro dias úteis anteriores as Plenárias.

Parágrafo 2º – O proponente caso entenda que deva ter sua proposta discutida como ponto de pauta, deverá manifestar-se na abertura ou nos informes da plenária, solicitando a discussão. Caso aja aprovação da plenária o ponto proposto entrará como ponto de pauta seguindo a rotina de encaminhamentos dos pontos de pautas analisados pelo CMS/Pel.

Art. 22 – As Plenárias serão devidamente registradas em ata, a qual será entregue na reunião plenária subsequente para análise dos conselheiros e aprovadas em reunião ordinária posterior, devendo constar as posições majoritárias e minoritárias das deliberações, com seus respectivos números de votantes.

Art. 23 – As atas deverão estar gravadas em fitas magnéticas e após serem aprovadas deverão ser encaminhadas ao Prefeito Municipal, Promotor Público da Defensoria Comunitária ou Semelhante e a Câmara Municipal de Vereadores.

Art. 24 – quando o número de abstenções for a maior votação de uma proposta, o plenário será novamente esclarecido naqueles pontos que geraram dúvida e se mesmo assim forem mantidas as abstenções este assunto deverá retornar a pauta em uma próxima reunião para maiores esclarecimentos.

Art. 25 – As Plenárias Gerais extraordinárias serão convocadas pelo presidente ou por nomínimo de 1/3 (um terço) dos conselheiros titulares, mediante ampla divulgação e convocação oficial e direta aos conselheiros (as), com no mínimo quarenta e oito horas de antecedência.

Art. 26 – As Plenárias ordinárias somente serão adiadas, pela Direção, por motivos relevantes ou por deliberação expressa da Plenária, que deliberará por maioria simples dos conselheiros presentes ou ainda pela ausência de quorum.

Art. 27 – A plenária do CMS/Pel deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

Parágrafo 1º – As resoluções da Plenária serão obrigatoriamente encaminhadas, num prazo máximo de sete dias, para homologação pelo Prefeito Municipal.

Parágrafo 2º – As resoluções serão, obrigatoriamente, homologadas e publicadas pelo Prefeito Municipal no prazo de 30 (trinta) dias.

Parágrafo 3º – Decorrido o prazo mencionado no Parágrafo anterior e não sendo enviada ao CMS/Pel justificativa com proposta de alteração ou rejeição da resolução que será deliberada na reunião seguinte, esta entrará automaticamente em vigor.

Parágrafo 4º – Para fazer cumprir o que determina o Parágrafo anterior o CMS/Pel poderá recorrer ao Ministério Público.

## **CAPITULO V – Da Direção**

Art. 28 – As atividades do CMS/Pel serão administradas por uma Diretoria composta por oito representantes, devendo ser observada a paridade com o segmento de usuários, com a seguinte composição:

- Presidente
- 1º Vice-Presidente
- 2º Vice-Presidente
- 3º Vice-Presidente
- 1º Secretário
- 2º Secretário
- 3º Secretário
- 4º Secretário

Parágrafo Único: O mandato da Diretoria será de dois anos, não sendo permitido a reeleição dos seus integrantes por mais de uma vez consecutiva.

Art. 29 – É Competência da Diretoria:

Parágrafo 1º – Do presidente:

I. estruturar internamente o CMS/Pel garantindo a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

II. Coordenar as Plenárias e Reuniões de Diretoria;

III. Representar o CMS/Pel e participar de reuniões ou eventos quando convocado;

IV. Assinar todos os documentos emitidos pelo CMS/Pel;

V. Encaminhar as decisões das Plenárias;

VI. Delegar atribuições, aos demais membros da Diretoria ou Conselheiros.

VII. Decidir, ‘ad referendum’ da Plenária, somente em assuntos altamente relevantes e urgentes, devendo submeter à apreciação do Plenário na primeira Plenária subsequente.

VIII Parágrafo 2º – Compete aos Vice-Presidentes, por ordem hierárquica, substituírem eventualmente, o Presidente no seu impedimento e auxiliarem na administração do CMS/Pel.

IX. Parágrafo 3º – Compete ao 1º Secretário:

X. Lavrar as Atas das reuniões de Diretoria e das Plenárias Gerais;

XI. Coordenar em conjunto com o Secretário Executivo, o arquivamento de toda a documentação do CMS/Pel;

XII. Encaminhar aos órgãos de comunicação as resoluções do Conselho, assim como divulgar as Plenárias, reuniões e eventos específicos deliberados pelo Plenário.

Parágrafo 4º – Aos demais Secretários, compete substituir o anterior na sua impossibilidade, auxiliar a Diretoria na administração, colaborar na coordenação das Plenárias e atividades do CMS/Pel.

Art. 30 – São atribuições da Diretoria:

I. Reunir-se periodicamente para encaminhar as decisões de Plenárias e promover, dentro de sua competência, as atribuições do conselho conforme a legislação federal, estadual ou municipal, e deste regimento interno.

II. Analisar, selecionar e elaborar as pautas de Plenárias, bem como elaborar as Atas das mesmas;

III. Elaborar o calendário anual de Plenárias Ordinárias, para aprovação em Plenário. Convocar as Plenárias Extraordinárias, bem como dirigir as mesmas.

IV. Encaminhar projetos, documentos, denúncias e solicitações as comissões pertinentes para análise e encaminhamentos se for o caso;

V. Divulgar da forma mais ampla possível, todas as ações do CMS/Pel;

VI. Manter a sede do CMS/Pel aberta ao público, no mínimo vinte horas semanais;

VII. Distribuir tarefas e coordenar os trabalhos dos funcionários do CMS;

Art. 31 – A Direção poderá ser destituída pelo Plenário, quando a atuação da mesma for considerada prejudicial aos interesses do CMS/Pel, comprovada por parecer de Comissão Especial paritária, constituída pelo Plenário para tal finalidade.

Parágrafo Único: A Comissão Especial de que trata este artigo, deverá conceder aos integrantes da Diretoria amplo espaço de defesa.

#### **CAPITULO VI – Da Secretaria Executiva**

Art. 32 – A Secretaria Executiva prestará apoio técnico, administrativo e operacional a todos os órgãos do CMS/Pel, especialmente a sua Direção, a quem está subordinada.

Art. 33 – A Secretaria Executiva deverá contar com servidores necessários ao seu pleno e regular funcionamento.

Parágrafo Único: A Secretaria Executiva poderá contar com pessoal oriundo de qualquer instituição que integre o SUS.

Art. 34 – São atribuições da Secretaria Executiva:

I. Executar e coordenar as atividades técnicas e administrativas do CMS/Pel;

II. Zelar pela manutenção em ordem dos serviços, fichários e arquivos do CMS/Pel;

III. Elaborar e promover a publicação de Resoluções, Ordens de Serviços e demais expedientes de deliberação do Plenário e da Direção;

IV. Promover o registro, expedição, controle e guarda de processos e documentos do CMS/Pel;

V. Elaborar a proposta de orçamento anual do CMS/Pel;

VI. Zelar pela conservação dos bens móveis e imóveis do CMS/Pel, inclusive pelo registro dos mesmos em livro próprio.

VII. Proceder ao acompanhamento da execução de despesas do CMS/Pel;

VIII. Executar o trabalho mecanográfico do Conselho, bem como, o solicitado pelos conselheiros que tenham relação com suas atividades no CMS/Pel;

IX. Acompanhar, promover e executar juntamente com a Comissão Eleitoral os casos previstos neste regimento; e

X. exercer as demais atividades e/ou atribuições que lhe forem confiadas pela Direção.

#### **CAPITULO VII – Das Comissões Permanentes**

Art. 35 – Serão consideradas comissões permanentes a Comissão Técnica (COMTEC), a Comissão de Finanças (COMFIN), a Comissão de Fiscalização (COMFIS), a Comissão de Ética (COMET), a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e a Comissão de Saúde Mental (CSMental).

Art. 36 – As comissões permanentes deverão ser compostas, prioritariamente, por conselheiros, buscando atender os critérios de paridade, especialmente no tocante ao segmento de usuário.

Art. 37 – A escolha dos componentes das comissões (titulares e suplentes), será feita com indicação dos segmentos, com homologação em plenária.

Parágrafo 1º as indicações serão reavaliadas anualmente pela plenária, no mês de março;

Parágrafo 2º em caso de saída de representante assumirá o suplente, devendo ser indicado um novo conselheiro, do mesmo segmento, em plenária, para a suplência.

Parágrafo 3º – A direção do CMS/Pel deverá informar a plenária, semestralmente sobre a assiduidade dos membros das comissões permanentes.

Art. 38 – A coordenação das comissões, será escolhida pela própria comissão e homologada pela plenária;

Art. 39 – As comissões somente poderão emitir parecer com presença mínima de cinquenta por cento de seus representantes;

Art. 40 – As comissões, quando necessário, poderão solicitar assessorias;

Art. 41 – Os membros faltosos terão seus mandatos extintos se faltarem a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de seis meses.

Art. 42 – Caso o segmento não encaminhe representante o mesmo será indicado pela plenária.

Art. 43 – A função dos membros das comissões é de caráter de avaliação, acompanhamento, investigação e diagnóstico, com emissão de parecer ou relatório à direção para ser encaminhado à plenária.

#### **Seção – Da Comissão Técnica – COMTEC**

Art. 44 – O CMS/Pel manterá em caráter permanente uma Comissão Técnica (COMTEC) integrada por oito conselheiros, representantes dos órgãos da Sociedade, indicados para comporem a mesma, que desenvolverá estudos técnicos aos órgãos do CMS/Pel, especialmente a Diretoria.

Art. 45 – À Comissão Técnica compete:

I. Analisar projetos técnicos, laudos e documentos semelhantes, para emitir parecer a Plenária ou a Direção;

II. Desenvolver estudos com vistas a elaboração de planos e projetos relativos a política municipal de saúde, quando solicitado pelos órgãos do CMS/Pel; e

III. Avaliar denúncias, emitindo parecer quando solicitado pela comissão de fiscalização ou Direção.

Art. 46 – Os pareceres não terão caráter deliberativo, servindo apenas de orientação a Direção, conselheiros e plenário para deliberações.

Parágrafo Único: Caso houver dois ou mais entendimentos pela COMTEC deverá ser elaborado o parecer contendo as mesmas e enviados a plenária para deliberação.

Art. 47 – Para desenvolver as funções da COMTEC, o CMS/Pel deverá ter acesso a todo e qualquer dado das instituições integrantes do SUS.

Parágrafo 1º Aquele que dificultar o acesso as informações necessárias para deliberações do CMS/Pel será denunciado ao Ministério Público para averiguação de crime de responsabilidade.

Parágrafo 2º – Os representantes dos segmentos deverão ser indicados, por seus pares, pelo menos 1/3 (um terço) dos seus representantes;

Parágrafo 3º – Havendo necessidade poderá a COMTEC convidar técnicos para subsidiar as discussões.

Art. 48 – A Comissão Técnica do CMS/Pel deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

## **SEÇÃO II – Da Comissão de Finanças**

Art. 49 – a Comissão de Finanças desenvolverá sua atuação acompanhando os recursos financeiros e orçamentários do Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei nº 3.483, de 12 de fevereiro de 1992, e de recursos financeiros atribuídos ao Sistema Municipal de Saúde.

Art. 50 – São atribuições da Comissão de finanças:

- I. Avaliar e emitir parecer ao Plenário das prestações de contas enviadas pela SMSBE, conforme determina a legislação;
- II. Avaliar e emitir parecer ao Plenário das prestações de contas enviadas por prestadores de serviços ao SUS;
- III. Avaliar e emitir parecer sobre a previsão orçamentária do município relativo a saúde;
- IV. Acompanhar a aplicação do orçamento municipal e das receitas governamentais destinadas ao Fundo Municipal de Saúde ou programas específicos da área de Saúde;
- V. Avaliar e emitir parecer ao Plenário e a Diretoria sobre despesas da Secretaria, relativas a imóveis por ela administrada, novas construções e reformas dos prédios próprios ou locados;
- VI. Avaliar e emitir parecer sobre os ativos do Fundo Municipal de Saúde, conforme o Art. 6º da Lei Municipal 3483;
- VII. Avaliar anualmente o inventário dos bens da SMSBE emitindo parecer;
- VIII. poderá acompanhar as licitações referentes as despesas com o SUS no município.

Art. 51 – A composição da Comissão de finanças (COMFIN) respeitará a paridade conforme o artigo 37º deste regimento, sendo composta por oito conselheiros;

Parágrafo Único – Os representantes dos segmentos deverão ser indicados, por seus pares, com pelo menos 1/3 (um terço) dos seus representantes;

Art. 52 – A Comissão de Finanças do CMS/Pel deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

### **SEÇÃO III – Da Comissão de Ética**

Art. 53 – A comissão de ética (COMET), apesar do caráter permanente será acionada pela direção ou plenária, quando necessário;

Art. 54 – A Composição da Comissão de Ética, respeitará à paridade, conforme o Art. 37º deste Regimento, sendo composta por oito conselheiros.

Art. 55 – caberá a COMET avaliar o comportamento dos conselheiros, quando tomarem atitudes inconvenientes, isoladas ou não, nas Plenárias ou fora destas, que não condigam com as condutas previstas na legislação em vigor ou, quando tomarem posições contrárias aos interesses deste conselho.

Art. 56 – Quando se fizer necessário a intervenção da comissão de ética, a mesma emitirá parecer que será encaminhado à plenária, tendo o(s) conselheiro(s) direito a ampla defesa.

Parágrafo Único: A Comissão de Ética poderá sugerir:

- I. O aceite da defesa do(s) conselheiro(s);
- II. O arquivamento;
- III. A advertência verbal
- IV. A advertência por escrito;
- V. Quando em casos de reincidência, poderá ser sugerido o afastamento definitivo do conselheiro das suas funções, sendo assim:
- VI. A entidade representada pelo conselheiro julgado, deverá ser comunicada e solicitado seu pronunciamento;
- VII. A entidade poderá permanecer com a vaga e proceder a substituição do conselheiro quando comprovado que não havia de sua parte conivência qualquer no caso julgado;
- VIII. A substituição da entidade no CMS/Pel se dará conforme artigo 5º Parágrafo 4º desteregimento.

Art. 57 – A Comissão de Ética do CMS/Pel deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

#### **SEÇÃO IV – Da comissão de fiscalização**

Art. 58 – A Comissão de Fiscalização do CMS/Pel terá por objetivo principal proceder ao exame e ao acompanhamento das ações e serviços desenvolvidos e mantidos diretamente, ou através de convênios e contratos, pelo SUS, atuará também em casos especiais, quando houver situação de risco grave, a população, em empresas ou instituições privadas. No caso, do setor privado, só atuará por denúncia escrita e devidamente identificada, pelos atingidos ou por parte dos órgãos de comunicação escrito, falado e televisado.

Art. 59 – A comissão de fiscalização deverá organizar-se para acompanhar sistematicamente as deliberações da plenária, devendo também trazer através de relatórios o retorno das informações colhidas, tanto à direção como às outras comissões e a plenária.

Art. 60 – A Comissão de Fiscalização do CMS/Pel, para o cumprimento de suas atribuições, deverá contar com a infra-estrutura operacional necessária.

Parágrafo 1º – Poderá quando necessário acionar e atuar em conjunto com outros órgãos competentes de fiscalização.

Art. 61 – A Comissão de Fiscalização do CMS/Pel deverá desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

#### **SEÇÃO V – Da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador**

Art. 62 – À CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) compete:

- I. Assessorar ao CMS/Pel, nas políticas de saúde do trabalhador, nelas incluídas o meioambiente do trabalho, e na implantação do SIST (Sistema de Informações de Saúdedo Trabalhador), no Município;
- II. Acompanhar e fiscalizar as atividades municipais referentes a saúde no trabalho questão expressas na Legislação Federal, Estadual e Municipal, em especial ao expostona Lei 8080/90, Art. 6 – Parágrafo 3o.
- III. Analisar, organizar e propor juntamente com órgãos de classes, prestadores deserviços e gestores, as propostas para os programas e serviços afins que serãolevadas à deliberação da plenária do CMS/Pel;
- IV. Agir direta ou indiretamente, junto aos setores de controle social, movimentosorganizados de trabalhadores, visando contribuir, como agentes ativos e capazes paraa consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS;
- V. Acompanhar e fiscalizar as atividades do Centro Regional de Referência em Saúde dotrabalhador (CEREST), bem como integrar o Conselho Gestor, do referido centro;
- VI. Avaliar e emitir parecer sobre os relatórios do CEREST e outros órgãos quedesenvolvam atividades relativas a saúde do trabalhador;
- VII. Avaliar denúncias pertinentes e encaminhá-las aos segmentos afins;

Art. 63 – A CIST poderá convidar técnicos e autoridades quando necessário para avaliarprojetos, acidentes de trabalho ou situações de agravo à saúde do trabalho, no município.

Art. 64 –As entidades, não integrantes do CMS/Pel, que desejarem compor a CIST deverãooter trabalhos ou princípios referenciados a saúde do trabalhador.

Art. 65 – A CIST deverá desenvolver suas atividades, conforme Regimento Interno específico,o qual deverá ser aprovado em Plenário do CMS/Pel.

#### **SEÇÃO VI – Da Comissão de Saúde Mental**

Art. 66 – Analisar as políticas de gestão de saúde mental propostas pelo Gestor Municipal,com a finalidade de subsidiar as decisões sobre o tema nas plenárias do CMS/Pel.

Art. 67 – Propor soluções ao Gestor Municipal sobre os problemas de gestão na saúdemental.

Art. 68 – Fiscalizar junto às UBSs, CAPSs e demais unidades que compõe a rede municipal de atenção à saúde mental, a efetiva implantação das políticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 69 – A CS Mental deverá desenvolver suas atividades, conforme Regimento Interno específico, o qual deverá ser aprovado em Plenário do CMS/Pel.

### **CAPITULO VIII – Das Comissões Especiais**

Art. 70 – Para cumprimento de suas atividades e atribuições específicas, poderá o Plenário do CMS/Pel, por proposta própria ou da Direção, constituir Comissões Especiais, em caráter permanente ou temporário.

Art. 71 – o CMS poderá criar comissões intersetoriais e grupos de trabalho paritários ou não que poderão contar com integrantes não conselheiros se assim for deliberado em plenária.

Art. 72 – O CMS/Pel poderá criar ou incentivar Comissões Temáticas Intersetoriais, de âmbito municipal ou distrital, subordinadas ou não, para fins de estudos de questões de saúde coletiva.

Parágrafo Único: As Comissões Temáticas terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolverá ou não áreas compreendidas no âmbito do SUS.

### **CAPITULO IX – Das Eleições**

Art. 73 – As eleições deverão ocorrer, caso não exista nenhum impedimento legal, na 3ª Quinta-feira do mês de agosto, dos anos ímpares, em Plenária específica.

Parágrafo 1º – No caso de haver impedimentos legais, a eleição ocorrerá até 15 dias após a elucidação dos fatos.

Parágrafo 2º – A Plenária para a eleição será instalada com o mínimo de dois terços dos integrantes com direito a votar e 60 minutos após a instalação da mesma serão apurados e imediatamente divulgados os votos, sendo posteriormente realizada a ata da mesma.

Parágrafo 3º – Em não havendo nenhum impedimento legal a posse da nova Diretoria, se dará na primeira quinta-feira do mês de Setembro, subsequente.

Art. 74 – Na primeira Plenária do mês de julho, do ano da eleição, será escolhida uma Comissão Eleitoral, composta de três membros, com a finalidade de coordenar o processo de eleição de acordo com a legislação em vigor e este regimento.

Parágrafo Único: O integrante da comissão eleitoral, não poderá estar inscrito em nenhuma chapa concorrente;

Art. 75 – As chapas para concorrer à eleição, terão obrigatoriamente de ser apresentadas, por escrito, à Comissão supra citada, até o último dia útil, previsto para o serviço público municipal, do mês de julho, do ano da eleição, sendo que as mesmas receberão o número conforme ordem de inscrição.

Parágrafo 1º – Cada chapa concorrente será apresentada por um Conselheiro, que fará a sua inscrição.

Parágrafo 2º – Em até 48 horas, após o encerramento de inscrição de chapas, a Comissão reunirá e analisará as mesmas, tornando-as públicas através das Plenárias e de publicação de edital em um jornal local.

Parágrafo 3º – Caso a Comissão não homologue alguma chapa, deverá comunicar em até 48 horas o seu responsável (quem a inscreveu) com as razões que impediram a homologação.

Parágrafo 4º – Caso exista discordância de algum conselheiro ou de autoridade pertinente, caberá recurso por escrito no prazo de dois dias a contar da publicação em jornal local. A Comissão Eleitoral terá 48 horas depois de recebido o recurso para analisar e manifestar-se.

Parágrafo 5º – Em continuidade às divergências, será imediatamente convocada uma Plenária para debater o assunto e em não sendo encerrado deverá a Comissão encaminhar os fatos ao Ministério Público.

Parágrafo 6º – Com a finalidade de sanar as divergências as chapas concorrentes poderão substituir inscritos, em até 48 horas.

Parágrafo 7º – Havendo impedimento legal para a realização da eleição em data prevista, a plenária poderá constituir comissão provisória ou prorrogar o mandato da atual diretoria por tempo determinado, nunca superior a 90 dias.

Parágrafo 8º: É vedada a participação de um candidato em mais de uma chapa.

Art. 76 – Será considerada vencedora da eleição, a chapa que obtiver a maioria simples dos votos dos conselheiros, com direito a voto.

Parágrafo 1º – Em caso de empate haverá nova eleição, em até sete dias após o primeiro pleito.

Parágrafo 2º – Persistindo o empate, será considerada vencedora a chapa que for escolhida pela modalidade de sorteio.

Art. 77 – Nos casos de vacância nos cargos da Direção, os mesmos serão preenchidos depois de oficializado ao Plenário. Parágrafo 1º– Na vacância do cargo da Presidência assumirá no seu lugar o 1º Vice– presidente.

Parágrafo 2º– Na vacância dos cargos de Vice–Presidentes e Secretários, será preenchida a vaga na última posição hierárquica, salvo manifestação antecipada de não interesse ou por dificuldades, do detentor do cargo;

Parágrafo 3º– Os conselheiros eleitos para cumprimento do acima disposto completarão o período de mandato restante.

Art. 78 – Havendo renúncia coletiva ou afastamento de cinquenta por cento dos integrantes da Direção, num prazo inferior ou igual a 30 (trinta) dias, haverá eleição de uma nova Direção.

Parágrafo 1º: Ocorrendo o previsto no caput, o Plenário designará uma Comissão de 4 (quatro) conselheiros, para temporariamente dirigir o Conselho e uma Comissão Eleitoral para promover a eleição da diretoria num prazo máximo de trinta dias. As regras para a eleição são as previstas neste regimento.

Parágrafo 2º: O mandato do eleitos, neste caso, será pelo período restante do mandato.

## **CAPITULO X – Do Regimento Interno**

Art. 79 – O presente Regimento poderá ser alterado, parcial ou totalmente, através de proposta expressa por qualquer um dos conselheiros do CMS/Pel.

Parágrafo1º– As propostas de alteração, total, deste Regimento Interno, deverão ser apreciadas, ressalvados os impedimentos previstos neste regimento, em plenária específica do CMS/Pel, convocada por escrito, com antecedência mínima de cinco dias, com cópia das alterações.

Parágrafo2º– No caso de revisão parcial, de no máximo cinco artigos, poderá ser deliberado em Plenária Ordinária, desde que aprovado em Plenário.

Parágrafo3º– As alterações do Anexo I, serão apreciadas em reunião ordinária, com o conhecimento prévio dos conselheiros.

Art. 80 – Os casos omissos a este Regimento Interno serão resolvidos pelo Plenário do CMS/Pel.

Art. 81 – Este Regimento Interno entrará em vigor na data da sua aprovação.

### **DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

Art. 82 – O CMS/Pel elaborará num prazo de seis meses o Regimento das Comissões Permanentes, assim como neste prazo deverá elaborar um Regimento com critérios dirigidos para os Conselhos locais e distritais.

Art. 83 – a representação dos conselhos de área será revista quando da criação dos distritos sanitários, que os substituirão.

Art. 84 A regularização do anexo um, que trata da composição do CMS/Pel, será feita em até 60 dias após a aprovação deste regimento.

***Este Regimento Interno foi adequado a Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde conforme atas 272, 275, 282 e 298.***

Pelotas, 19 de Janeiro de 2006.