

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
DOUTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARCELO DE MOURA CARVALHO

**OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Teresina (PI)

2018

MARCELO DE MOURA CARVALHO

**OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria D'Alva Macedo Ferreira.

Teresina (PI)

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras
Serviço de Processamento Técnico

C331c Carvalho, Marcelo de Moura.
Os conselhos locais de saúde na gestão das unidades
básicas de saúde / Marcelo de Moura Carvalho. – 2018.
192 f.

Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade
Federal do Piauí, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Maria D'Alva Macedo
Ferreira.

1. Conselhos Gestores. 2. Democracia Direta. 3.
Políticas Públicas. 4. Unidades Básicas de Saúde - Gestão.
I. Título.

CDD 351.007 3

MARCELO DE MOURA CARVALHO

TESE DE DOUTORADO

**OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE**

Aprovada em: ___/___/2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria D’Alva Macedo Ferreira
Universidade Federal do Piauí - UFPI
(Orientadora e Presidente)

Profa. Dra. Cristiana Costa Lima
Universidade Federal do Maranhão– UFMA

Profa. Dra. Simone de Jesus Guimarães
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger
Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA

Profa. Dra. Maria do Socorro Silva Alencar
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Lúcia da Silva Vilarinho
Universidade Federal do Piauí – UFPI (Suplente)

À Lorena (esposa) e Ísis (filha)
com muito amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a DEUS por ter me dado força e iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa na minha caminhada profissional.

Aos participantes desta Tese na qualidade de sujeitos de pesquisa, agradeço não só isso, como também, pela paciência e compreensão, como também por se disponibilizarem a participar deste trabalho.

À Professora Dra. Maria D'Alva Ferreira Macedo, pela sua paciência e sabedoria nas suas orientações e por se fazer sempre prestativa na sustentação teórica e metodológica deste estudo.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), professora Dra. Guiomar Passos, e à secretária Layane Sousa, pela atenção as minhas solicitações durante esta caminhada.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), pela paciência, dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas que contribuíram para a minha formação, como também, para a construção desta Tese.

Aos professores que estão presentes nesta banca de defesa, especialmente, aos que estiveram desde a primeira banca de qualificação, pela contribuição decisiva para o aprimoramento teórico e metodológico.

Por fim, gostaria de agradecer aos meus familiares e amigos, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva e acabei sendo ausente; e a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado, o meu eterno AGRADECIMENTO.

É preciso ter esperança,
mas ter esperança do verbo esperar;
porque tem gente que tem esperança do verbo
esperar.

E esperança do verbo esperar não é esperança, é
espera.

Esperançar é se levantar,
esperançar é ir atrás,
esperançar é construir,
esperançar é não desistir!

Esperançar é levar adiante,
esperançar é juntar-se com outros
para fazer de outro modo...

(Paulo Freire)

RESUMO

Esta tese analisa como os Conselhos Locais de Saúde contribuem para uma gestão participativa no espaço do Sistema Único de Saúde Municipal com vistas a garantir a implementação de Políticas Públicas de Saúde do município de Teresina. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, utilizando o método dialético de tradição marxista para realizar a análise dos dados que foram obtidos pelas técnicas: (a) Entrevista; (b) Análise documental; e (c) Grupo focal, em dois Conselhos Locais de Saúde de Unidades Básicas de Saúde, dos quais um está localizado na zona norte e outro, na zona sul, do município de Teresina. A amostra do estudo foi composta por 16 (dezesesseis) Conselheiros Locais de Saúde de 2 (duas) Unidades Básicas de Saúde, 02 (dois) coordenadores desses serviços de saúde, 1 (um) representante da Gerência de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde, e por último, foi realizado 1 (um) grupo focal que contou com 10 (dez) representantes de entidades organizadas dos bairros onde se localiza um das Unidades Básicas de Saúde estudadas. Dessa forma, a presente pesquisa perfaz um total de 29 (vinte e nove) sujeitos participantes. Apresenta-se como resultado a realização de uma caracterização sociopolítica do município de Teresina que mostra a relação da gestão municipal com a população via Conselhos Locais de Saúde, os quais conseguem influenciar a dinâmica de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (com a atuação das equipes de saúde da família) em ações que, muitas vezes, vão além desses serviços. Contudo, ainda não conseguem influenciar a gestão municipal, apesar do reconhecimento da importância do funcionamento adequado desses conselhos pela gestão municipal, porque existem alguns entraves como a falta de aplicação do regimento dos Conselhos Locais de Saúde em sua integralidade. Entretanto, apesar das dificuldades, abrem-se perspectivas para uma participação da comunidade na gestão desses serviços de saúde. Assim sendo, pode-se constatar que os Conselhos Locais de Saúde contribuem para uma gestão participativa nas Unidades Básicas de Saúde dependendo do contexto favorável para isso, já que, não são todas as Unidades Básicas de Saúde que possuem esses conselhos, e mesmo nas que possuem esses conselhos não influenciam a gestão municipal do Sistema Único de Saúde, atuando apenas na dinâmica do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e nas suas áreas adjacentes.

Palavras-Chave: Democracia direta; Conselhos Gestores; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This thesis analyzes how the Local Health Councils contribute to a participatory management in the space of the Unified Municipal Health System with a view to ensuring the implementation of Public Health Policies of the municipality of Teresina. It is a field research with a qualitative approach, using the dialectical method of Marxist tradition to perform the data analysis that were obtained by the techniques: (a) Interview; (b) Documentary analysis; and (c) Focus Group, in two Local Health Councils of Basic Health Units, one of which is located in the northern zone and the other in the southern zone of the municipality of Teresina. The study sample consisted of 16 (sixteen) Local Health Counselors from two (2) Basic Health Units, two (two) coordinators of these health services, one (1) representative of the Primary Care Management of the Municipal Health Foundation, and lastly, 1 (one) focus group was held, with 10 (ten) representatives of organized entities from the neighborhoods where one of the Basic Health Units studied was located. In this way, the present research makes a total of 29 (twenty-nine) participants. As a result, a socio-political characterization of the municipality of Teresina is shown, showing the relationship between municipal management and the population through Local Health Councils, which can influence the functioning of the Basic Health Units (with the performance of the teams of family health) in actions that often go beyond these services. However, they still can not influence municipal management, despite the recognition of the importance of the proper functioning of these councils by municipal management, because there are some obstacles such as the lack of application of the regiment of the Local Health Councils in their entirety. However, despite the difficulties, perspectives are open for community participation in the management of these health services. Thus, it can be seen that the Local Health Councils contribute to participatory management in the Basic Health Units depending on the favorable context for this, since it is not all the Basic Health Units that have such councils, and even have such advice do not influence the municipal management of the Unified Health System, acting only on the dynamics of the functioning of Basic Health Units and their adjacent areas.

Keywords: Direct democracy. Management Councils. Public policy.

RESUMEN

Esta tesis analiza cómo los Consejos Locales de Salud contribuyen a una gestión participativa en el espacio del Sistema Único de Salud Municipal con miras a garantizar la implementación de Políticas Públicas de Salud del municipio de Teresina. Se trata de una investigación de campo, con abordaje cualitativo, utilizando el método dialéctico de tradición marxista para realizar el análisis de los datos que fueron obtenidos por las técnicas: (a) Entrevista; (b) Análisis documental; y (c) Grupo focal, en dos Consejos locales de Salud de Unidades Básicas de Salud, de los cuales uno está ubicado en la zona norte y otro, en la zona sur, del municipio de Teresina. La muestra del estudio fue compuesta por 16 (dieciséis) Consejeros Locales de Salud de 2 (dos) Unidades Básicas de Salud, 02 (dos) coordinadores de estos servicios de salud, 1 (un) representante de la Gerencia de Atención Básica de la Fundación Municipal de Salud, y por último, se realizó 1 (un) grupo focal que contó con 10 (diez) representantes de entidades organizadas de los barrios donde se ubica una de las Unidades Básicas de Salud estudiadas. De esta forma, la presente investigación totaliza un total de 29 (veintinueve) sujetos participantes. Se presenta como resultado la realización de una caracterización sociopolítica del municipio de Teresina que muestra la relación de la gestión municipal con la población vía Consejos locales de Salud, los cuales logran influenciar la dinámica de funcionamiento de las Unidades Básicas de Salud (con la actuación de los equipos de salud de la familia) en acciones que, muchas veces, van más allá de esos servicios. Sin embargo, todavía no pueden influir en la gestión municipal, a pesar del reconocimiento de la importancia del funcionamiento adecuado de esos consejos por la gestión municipal, porque existen algunos obstáculos como la falta de aplicación del regimiento de los Consejos Locales de Salud en su totalidad. Sin embargo, a pesar de las dificultades, se abren perspectivas para una participación de la comunidad en la gestión de esos servicios de salud. Por lo tanto, se puede constatar que los Consejos Locales de Salud contribuyen a una gestión participativa en las Unidades Básicas de Salud dependiendo del contexto favorable para ello, ya que, no son todas las Unidades Básicas de Salud que poseen esos consejos, e incluso en las que poseen esos consejos no influyen la gestión municipal del Sistema Único de Salud, actuando apenas en la dinámica del funcionamiento de las Unidades Básicas de Salud y en sus áreas adyacentes.

Contraseñas: Democracia directa. Consejo de Administración. Políticas públicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Esquema presente nas definições gerais de qualidade pela ANVISA | 135 |
| Gráfico 1. Correlação entre taxas de crescimento do PIB e taxas de crescimento dos gastos federais em saúde por períodos de governos entre 1980-2015 | 94 |
| Gráfico 2. Taxa de analfabetismo em Teresina nos anos de 1991, 2000 e 2010 | 110 |
| Gráfico 3. Renda per capita, Teresina e Piauí | 111 |
| Gráfico 4. Percentual de extremamente pobres, Teresina e Piauí, 1991e 2010 | 112 |
| Tabela 1. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal relativo à educação | 109 |
| Tabela 2. Caracterização dos conselheiros locais de saúde entrevistados da UBS da zona norte | 122 |
| Tabela 3. Caracterização dos conselheiros locais de saúde entrevistados da UBS da zona sul | 123 |

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASS | Atenção Secundária à Saúde |
| ATS | Atenção Terciária à Saúde |
| CAPS | Centro de Apoio Psicossocial |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde |
| CES | Conselho Estadual de Saúde |
| CLS | Conselho Local de Saúde |
| CLT | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASP | Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CPMF | Contribuição Provisória de Movimentação Financeira |
| CRS | Coordenadoria Regional de Saúde |
| CTA | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| CUT | Central Única dos Trabalhadores |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |
| DOU | Diário Oficial da União |
| DRS | Diretoria Regional de Saúde |
| EC | Emenda Constitucional |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FHC | Fernando Henrique Cardoso |
| FHT | Fundação Hospitalar de Teresina |
| FMS | Fundação Municipal de Saúde |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |

FUNRURAL Fundo Rural
GEAB Gerência de Atenção Básica
GPABA Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
HU Hospital Universitário
IAP Instituto de Aposentadoria e Pensão
IDH Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS Instituto de Aposentadoria e Pensão
LC Linhas de cuidado
LOS Lei Orgânica da Saúde
MOPS Movimento Popular de Saúde
MP Ministério Público
MRS Movimento de Reforma Sanitário
MS Ministério da Saúde
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB Normas Operacionais Básicas
OMS Organização Mundial de Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
OP Orçamento participativo
OSCIP Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB Piso da Atenção Básica
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF Programa Bolsa Família
PCCS Plano de Cargos Carreiras e Salários
PCI Partido Comunista Italiano
PDI Plano Diretor de Investimento
PDR Plano Diretor de Regionalização
PEC Proposta de Emenda da Constituição
PIASS Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB Produto Interno Bruto
PMAQ - AB Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – Atenção Básica
PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNH Política Nacional de Humanização
PNI Programa Nacional de Imunização
PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI Programação Pactuada e Integrada
PSDB Partido da Social Democracia Brasileira
PSF Programa de Saúde da Família
PSI Partido Socialista Italiano
RAS Rede de Atenção à Saúde
RUE Rede de Urgência e Emergência
SAME Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGEP Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SNS Sistema Nacional de Saúde
STRANS Superintendência Municipal de Transportes e Trânsito
SUCAM Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
TAC Termo de Ajuste de Conduta
TCG Termo de Compromisso de Gestão
THD Técnico de Higiene Dental
UBS Unidades Básicas de Saúde
UFPI Universidade Federal do Piauí
UPA Unidade de Pronto Atendimento
UTI Unidade de Terapia Intensiva
STF Supremo Tribunal Federal

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 Objeto de Estudo | 16 |
| 1.2 Locus empírico: a Atenção Primária em Saúde e as Unidades Básicas de Saúde..... | 30 |
| 1.3 Percurso Metodológico..... | 35 |
| 2 A RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL: ponto de partida para construção de uma relação horizontal..... | 42 |
| 2.1 Introdução ao Tema | 42 |
| 2.2 A Formação do Estado Moderno | 43 |
| 2.3 O Papel do Estado na Visão dos Autores Contratualistas..... | 48 |
| 2.4 A Atuação do Estado para a Tradição Marxista | 55 |
| 2.5 As Diversas Formas de Democracia..... | 63 |
| 3 ABORDAGEM HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO | 70 |
| 3.1 A Saúde na Colônia e no Império (1500 até 1889)..... | 70 |
| 3.2 O Período da República Velha (1889 até 1930) | 72 |
| 3.3 A Era Vargas (1930 até 1964)..... | 76 |
| 3.4 O Período da Ditadura Militar (1964 até 1985)..... | 78 |
| 3.5 O Período da República Nova e a Segunda Reforma Sanitária Brasileira (1985-1988) | 85 |
| 3.6 Período Pós-Constituinte (1988 até a atualidade)..... | 89 |
| 3.6.1 Atuação dos Conselhos Locais de Saúde | 90 |
| 3.6.2 Desafios enfrentados pelos Conselhos Locais de Saúde | 92 |
| 3.6.3 O percurso do SUS até a atualidade..... | 95 |
| 4 A GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ATRAVÉS DA ATUAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE..... | 107 |
| 4.1 Caracterização Socialpolítica e Econômica de Teresina..... | 107 |
| 4.2 Os Conselhos Locais de Saúde e a Realidade Local | 121 |

| | |
|---|------------|
| 4.3 Os Desafios de uma Gestão Democrática | 131 |
| 4.4 A Relação entre a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde e a Participação da Sociedade Civil através dos Conselhos Locais de Saúde..... | 139 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 161 |
| REFERÊNCIAS | 164 |
| APÊNDICES | 175 |
| Apêndice A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Entrevista (Conselheiros do Conselho Local de Saúde – Segmento Usuários, Trabalhadores e Gestão) | 176 |
| Apêndice B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Entrevista (Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde)..... | 178 |
| Apêndice C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Entrevista (Gerente de Atenção Básica)..... | 179 |
| Apêndice D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Grupo Focal (população) | 180 |
| Apêndice E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 181 |
| Apêndice F - Convite para o Grupo Focal da UBS “A” localizada na zona norte de Teresina | 183 |
| ANEXOS | 184 |
| Anexo A - Autorização da Pesquisa pela Fundação Municipal de Saúde (FMS)..... | 185 |
| Anexo B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI | 186 |
| Anexo C - Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Teresina (PI). | 189 |
| Anexo D - Modelo da Ficha de Preenchimento da Caixa de Sugestões da UBS “B” localizada na zona sul de Teresina. | 191 |

INTRODUÇÃO

Neste capítulo inicial, é apresentado o caminho percorrido para a construção desta tese, sendo exposto o objeto de estudo sobre o qual se busca elucidar a lacuna do conhecimento evidenciado. Em seguida, é realizada uma delimitação do *locus empírico* para caracterizar o espaço onde se deu o empirismo da pesquisa; e, por fim, é apresentado o percurso metodológico utilizado para construção e tratamento dos dados, permeados pelos pressupostos teóricos e pela base conceitual que orientou o presente estudo.

1.1 Objeto de Estudo

O tema desta Tese é a participação da sociedade civil na gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Teresina, capital do estado do Piauí, tendo como objeto de estudo: A relação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) com a gestão das Unidades Básicas de Saúde com vistas à melhoria dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) garantidos pelo município de Teresina, em conformidade com o princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal princípio, regulamentado pela Constituição Federal de 1988, institui a participação da sociedade como instrumento de gestão nas três instâncias federativas (União, Estados, Distrito federal e Municípios) da Política Pública de Saúde.

Segundo Pedrosa e Pereira (2007, p.16), para a efetivação de uma Gestão Participativa, também denominada de Gestão Democrática, nos serviços públicos de saúde, é necessário que esses serviços promovam o compartilhamento do poder nos processos que controlam e decidem as formas de enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde da população, sendo assim deve haver uma relação intrínseca entre Estado e Sociedade Civil na deliberação das políticas voltada para o setor saúde.

Essa relação entre o Estado e a Sociedade Civil na área da saúde foi marcada historicamente pela disputa dialética por melhores condições na prestação de serviços, por parte do Estado, que atendessem as reais necessidades sanitárias e epidemiológicas que surgiam na Sociedade Civil, mas nem sempre tiveram um canal de comunicação aberto para expressar essas demandas.

Para melhor entendimento de como se dá essa relação entre o Estado e a Sociedade Civil nesta tese, foi adotado o conceito de Estado definido por Gramsci (2014), nos seus escritos dos *Cadernos do Cárcere* (1929 à 1937), quando o mesmo descreve que o Estado é

representado pela Sociedade Política atuando através da força de coerção (uso da força de repressão) e concessão (hegemonia) sobre a Sociedade Civil, que, por sua vez, é definida pelo próprio autor como a representação da população por meio de suas organizações sociais, tais como: igreja, sindicatos, associações, partidos políticos, movimentos sociais, dentre outros.

Dessa forma, o Estado é formado pela Sociedade Política e Sociedade Civil numa relação de hegemonia acompanhada de coerção de um grupo social sobre o outro; Sendo que, esse Estado pode tornar-se ampliado (aberto) quando apresenta uma relação horizontalizada com a Sociedade Civil ao atender suas demandas em espaços como, por exemplo, os conselhos, que se fazem necessários para legitimar o Estado na sua dimensão ética (COUTINHO, 2011a).

Um fator imprescindível na compreensão dessa relação entre o Estado e a Sociedade Civil é o sistema econômico praticado no contexto analisado, com o advento do modo de produção capitalista fundamentado na busca do lucro, com acúmulo de capital e expansão de mercados consumidores, denominado de Sociedade Econômica. Dessa forma, esses três tipos de sociedade (política, civil e econômica) estão intrinsecamente relacionadas e devem ser analisadas conjuntamente para se obter a compreensão de todo o fenômeno submetido ao estudo.

Para Coutinho (2011b), cabe ao Estado (Sociedade Política) atuar para proteger a Sociedade Civil para minimizar os desajustes promovidos pelo sistema econômico capitalista como a “questão social” advinda do processo de pauperização e a desigualdade social subsequente a este modo de produção que se manifesta das mais variadas formas, como na área da saúde, que se manifesta por meio da precariedade das condições sanitárias e epidemiológicas de uma determinada população.

Essa perspectiva de atuação do Estado corrobora o conceito de Miller (2002) sobre Políticas Públicas quando o autor a descreve como uma ação Estatal sobre um determinado setor da sociedade, haja vista, que essa mesma sociedade se encontra em perpétuo desequilíbrio produzido pelo sistema econômico capitalista que gera problemas, conflitos, disfunções ou efeitos perversos os quais deverão ser objeto de ação das Políticas Pública.

Nos finais dos anos de 1970 o regime militar (1964-1985) no Brasil, apesar da intensa restrição imposta pelo Estado às manifestações reivindicatórias da Sociedade Civil, ela se reorganiza através dos movimentos sociais pela garantia de direitos sociais em diversas áreas, sendo que no setor saúde, esta mobilização foi denominada de Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e contribuiu para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) após a instalação do Estado democrático de direito.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira reivindicava um sistema público de saúde que fosse universal, integral e equitativo, com princípios democráticos, voltado para a prevenção dos agravos de saúde, sem prejuízo das ações assistenciais, com base na realidade local da população atendendo aos anseios da Sociedade Civil para o setor saúde em detrimento do modelo privatista hospitalocêntrico, representado pelo setor privado atuante no setor (hospitais, laboratórios, indústria farmacêutica, dentro outros) que se tornou hegemônico durante o regime militar (BRAVO, 2008).

Para Skalinsk e Praxedes (2013), o enfraquecimento do regime militar, no final da década de 1970, sobretudo do ponto de vista econômico com a denominada crise do petróleo, fez com que o mesmo reduzisse o repasse financeiro ao setor privado contratado e aos institutos previdenciários de assistência à saúde criada nesse período. Isso levou o Estado a organizar o setor saúde, a partir dos níveis mais básicos de atenção à saúde, e contratar os serviços de saúde dos estados e municípios com custos mais baixos que os da iniciativa privada. Essa ação foi colocada em prática com o programa denominado de Ações Integradas de Saúde (AIS) no início da década de 1980.

No entanto, apesar de o Estado ter reduzido o volume de recursos financeiros e incentivos fiscais para o setor privado no final do regime militar, pode-se verificar um crescimento de 465% (quatrocentos e sessenta e cinco por cento) da rede particular de assistência à saúde entre os anos 1969 a 1984, incentivada pelo Estado, via Previdência Social, em detrimento da rede pública de saúde que carecia de recursos, evidenciando a importância do setor privado nessa área (MENDES, 1999).

Diante da crescente desigualdade social vivenciada pelo país durante o final da década de 1970 e meados de 1980, agravada pela crise financeira mundial, em um contexto de forte opressão política, a sociedade civil em seus mais diversos segmentos se reorganizou para reivindicar a mudança do regime do próprio Estado, não apenas na sua organização política, mas também, na garantia de Políticas Públicas nos mais diversos setores para todos os seus cidadãos.

De acordo com Skalinsk e Praxedes (2013), na década de 1980, os conteúdos e práticas de Saúde Pública no Brasil, que estavam vinculados à ação estatal centralizada e a aplicação do método científico positivista baseado na racionalidade do processo saúde-doença de cunho biologicista, não dava conta de elucidar a complexa realidade sanitária vivida no seio da sociedade da época gerando debates nas universidades e centros de pesquisa em todo o país que resultaram na aplicação do termo Saúde Coletiva para designar as novas projeções

dessa disciplina que passou a considerar o processo de saúde-doença não mais do ponto de vista biológico, mas sendo determinada socialmente, em oposição ao termo Saúde Pública.

Na época citada acima, passou-se a utilizar o método dialético de tradição marxista para a compreensão da realidade social, com destaque para os escritos de Gramsci (1994), que se apoiava na mudança de atitude da Sociedade Civil para superação deste paradigma no setor saúde, como também, do próprio Estado.

Um marco para a participação da Sociedade Civil na luta por políticas públicas do setor saúde foi à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, após o fim do regime militar. Essa Conferência, contou pela primeira vez com a presença de mais de cinco mil participantes, inclusive representantes de vários segmentos da Sociedade Civil, que conseguiram colocar no seu relatório final os fundamentos do novo sistema nacional de saúde compatível com os anseios do Movimento de Reforma Sanitária. Os debates que ocorreram nesse espaço agregaram forças que já vinham discutindo o setor em fóruns específicos, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos da saúde (CEBES), Universidades, em um plano mais acadêmico e entidades representativas da população como as de moradores, de portadores de patologias e de deficiências físicas, de sindicatos, de partidos políticos, de associações de profissionais e do próprio parlamento (BRASIL, 2006c).

Todas as discussões ocorridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde contribuíram para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no ano de 1987, que trazia a experiência adquirida com as Ações Integradas de Saúde (AIS). O SUDS serviu de molde para a criação do SUS, pois contava com a presença de conselhos gestores, que influenciaram a Assembléia Nacional Constituinte, com a criação da Comissão da Reforma Sanitária no Congresso Nacional, com caráter consultivo, responsável pela elaboração dos artigos referentes à saúde na nova Constituição Federal de 1988.

Apesar da pressão no Congresso Nacional formada pelo setor privado atuante no setor saúde, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), movimento contra-hegemônico, para utilizar um conceito gramsciano, foi determinante na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado na Constituição Federal de 1988, a qual determina no capítulo da Seguridade Social em seu artigo 196 (BRASIL, 1988, p. 153) que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” tornando de forma inédita na história do país, a saúde como um direito social. Esse referido artigo, também, faz referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para Paim (2016), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como característica marcante na sua gênese o fato que não se tratou de uma proposta do Estado, governos ou partidos políticos, mas surgiu como o resultado dos anseios da Sociedade Civil para o setor, por meio de suas mais diversas entidades representativas, que nas décadas de 1970 e 1980, tinham como bandeira comum a defesa da democratização da sociedade, da saúde, da cultura e do próprio Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se com um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pela magnitude do número de atendimentos e procedimentos realizados, sendo referência mundial o Programa de Combate a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o número de Transplantes realizados nas mais diversas especialidades, abrangendo desde o simples atendimento de saúde ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2016).

A garantia da participação da Sociedade Civil na deliberação dos rumos da Política Pública do Estado brasileiro é assegurada pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198, no terceiro parágrafo, quando descreve a participação da comunidade na gestão do SUS, configurando-se como um princípio organizativo do próprio sistema, que pelo seu caráter descentralizado, deveria possuir instâncias participativas nas três esferas de gestão (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

Para Ferreira e Matos (2015) é com o advento da Constituição de 1988 que se abre caminho para o estabelecimento de nova base de relação entre Estado e Sociedade Civil. Dessa forma, a participação passa a ser um direito garantido constitucionalmente, e o controle social das ações estatais tem a possibilidade de se firmar como categoria sociopolítica, na perspectiva dos teóricos críticos de matriz gramsciana; assim, o controle social pode ser exercido ora pelo aparato estatal, ora pela sociedade, dependendo da correlação de forças estabelecidas entre ambos.

Diante do fim do regime militar e a implantação do Estado democrático de direito, uma das mais importantes inovações na forma de gestão do setor saúde foi a criação de espaços institucionalizados no Estado, que permitissem a participação da Sociedade Civil na deliberação, fiscalização, monitoramento e avaliação dessa importante Política no Sistema de Seguridade Social que engloba o setor Saúde, Previdência e Assistência Social.

Respeitando o princípio da participação da Sociedade Civil na deliberação deste novo sistema de saúde, foram colocados novos atores sociais e novas formas inovadoras de gestão dos serviços prestados pelo Estado à população. Afim de que permitissem uma melhor

relação entre o Estado e a Sociedade Civil, garantindo constitucionalmente, o controle social da Sociedade Civil sobre as Políticas Públicas, com destaque para o setor saúde.

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90, disciplinaram a participação da sociedade no setor saúde, com a criação de conselhos e conferências de saúde, nos municípios, distrito federal, estados e União, sendo requisito básico a formação desses órgãos, para que houvesse o repasse financeiro realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, o que fez surgir conselhos de saúde em praticamente todos os municípios e estados brasileiros num curto período de tempo.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, já no início da década de 1990, devido às sucessivas crises financeira, fiscal e política do Estado brasileiro, este aprofunda ainda mais a adequação ao sistema econômico capitalista internacional de matriz neoliberal com seu postulado de equilíbrio fiscal das contas públicas através de redução de gastos, notadamente na área social, houve uma mudança significativa na relação do Estado com a Sociedade Civil, pela redução dos gastos com a Seguridade Social e outras áreas de atuação desse Estado, ameaçando os direitos sociais anteriormente garantidos na Constituição Federal de 1988.

A participação da Sociedade Civil na deliberação das políticas de saúde, assim como nas demais políticas sociais, foi sentida não só com a redução de recursos voltados para o setor na década de 1990, mas também, com a própria mudança do papel do Estado, em virtude da adequação desse ao capitalismo internacional, para atingir o ponto de equilíbrio do ajuste fiscal que teve como consequência a redução da participação do Estado na oferta dessas políticas, no Brasil e nos demais países da América Latina.

Faleiros (2004), ao analisar os dois mandatos do governo, entre os anos de 1995 e 2002, do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), tendo em vista a atuação do Estado nesse período, evidenciou que nesses dois mandatos ocorreu uma reestruturação estratégica do Estado Nacional que implicou mudanças na sua relação com o mercado e a sociedade, na qual se buscou assegurar a hegemonia das forças sociais transnacionais, vinculadas ao Estado.

Assim, o Estado brasileiro apresenta sinais dessa aproximação com o capitalismo internacional no governo do presidente Fernando Collor de Melo (entre os anos de 1990 e 1992) com a abertura da economia para entrada de produtos estrangeiros e a instalação de multinacionais, notadamente, do setor automotivo. E, no governo FHC, o que ocorreu foi uma mudança do papel do Estado para assegurar condições favoráveis à competitividade globalizada do capital, sendo necessário, para isso, ter um Estado mínimo que atuasse apenas na regulação do mercado e no incentivo a atuação do terceiro setor.

No setor saúde, foram criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que representam no do Projeto Político Neoliberal uma redução da execução das políticas públicas de saúde, pois a execução e/ou o gerenciamento desses serviços passam para a iniciativa privada não-lucrativa que é representada pela Sociedade Civil organizada em associações ou, neste caso particular, em organizações.

Para Draibe (1990), o projeto político neoliberal tem no plano econômico, quando se refere à questão da eficiência, a concessão dos serviços públicos, que gera menos custos e melhoria da prestação de serviços; já no campo sociológico e político, representam o engajamento das organizações lucrativas e, principalmente, das não-lucrativas na política social do país. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas, não sendo diferente no setor saúde, que fica vinculado ao mercado, mas enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil.

Para Bravo (2008), no setor saúde, constata-se, nesse período, a presença de dois projetos que convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, construído na segunda metade da década de 1990.

O projeto de reforma sanitária tinha proposições concretas formuladas pelo MRS, sendo a primeira delas que a saúde fosse direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Bravo (2008) descreve as características do projeto de saúde privatista fortalecido durante o regime militar: (1) Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana; (2) Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; (3) Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; (4) Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde; (5) Organização da prática médica em moldes compatíveis com

a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Oliveira (1999) descreve que os efeitos do neoliberalismo na sociedade civil se evidenciam pela destituição da fala, pois o mercado passa a regulamentar as relações sociais em geral, fato que gera uma anulação da política, tendo como consequência a privatização do público. Observou-se um recuo de toda a mobilização realizada pelo Movimento de Reforma Sanitária frente a esses desafios apresentados na década de 1990 que colocaram à prova todo o esforço dele para ter um sistema público de saúde em conformidade com o assegurado na Constituição Federal de 1988, necessitando, então que o Movimento de Reforma Sanitária se reorganize para garantir a sobrevivência do SUS.

Mesmo com essas dificuldades, o Movimento de Reforma Sanitária soube pressionar o congresso e mobilizar vários atores sociais para a aprovação da Emenda Constitucional 29 de 2000 (EC29/2000) que garantiu recursos mínimos a serem gastos no setor. Dessa forma, ficou definido que a União deveria direcionar o orçamento do ano anterior aplicado no setor acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB); aos estados, estipulou-se o direcionamento de no mínimo 12% de suas receitas para o setor saúde; os Municípios deveriam direcionar no mínimo 15% de suas receitas para o setor, e por fim; o Distrito Federal, que possui características ora de estado, ora de município, deveria direcionar 12% dos recursos para a saúde, na sua competência como estado, e 15% dos recursos para a saúde, na sua competência como município.

Apesar da política econômica neoliberal aplicada no Brasil e demais países da América Latina influenciada por agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional e Banco Interamericano de Desenvolvimento, o SUS configura-se como uma política social contra-hegemônica que resiste aos ataques permanentes aplicados pelos que lucram com o tratamento da doença, fazendo dessa uma mercadoria, assim como, a redução do papel do Estado nas políticas sociais o que volta a fortalecer o modelo privatista hospitalocêntrico adotado no regime militar (FALEIROS, 2000).

Visando analisar em profundidade essas nuances introdutórias, este estudo propõe como tese que a atuação efetiva de conselhos locais em cada serviço de saúde pode consolidar uma gestão democrática nesses espaços, uma vez que as demandas emanadas da Sociedade Civil ao serem atendidas, aprofundam a relação desta com o Estado através do exercício prático da democracia participativa garantindo os princípios constitucionais dessa Política Pública, como também, qualifica a população para assuntos governamentais mais gerais.

Fleury (2014), ao analisar o processo de municipalização do setor saúde, ocorrido entre os anos 1996 e 2006, com a promulgação da Constituição de 1988, aponta que mesmo com todos os limites dos governos municipais e com a ampliação das funções do governo federal, a descentralização na saúde foi capaz de melhorar a democratização, a gestão e os serviços na maioria dos municípios brasileiros.

O processo de municipalização do setor saúde caracterizou-se como um mecanismo de descentralização da gestão do setor saúde, porque estados, distrito federal e municípios, passaram a ter mais autonomia na condução das ações e serviços de saúde ofertados para sua população. No entanto, esse processo é mais significativo para os municípios, pois é neles que se concretiza a política de saúde, devido a proximidade da população com essa instância administrativa, o que favorece o estreitamento das relações entre Estado e Sociedade Civil.

Para Bravo (2008), ao analisar o governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva (2003-2010), constata-se que a política macroeconômica do governo FHC foi mantida e as políticas sociais continuaram fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos, de um lado o projeto defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, e do lado, o projeto ligado ao setor privado que defende a privatização do setor. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento.

A criação, em 2003, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), reestruturada em 2006, conforme o Decreto nº 5.841, o Ministério da Saúde (MS), revela a atuação do governo em prol de uma agenda da Reforma Sanitária em meio a tensão com o modelo privatista, ao fortalecer as bases sociais do SUS ao intensificar a participação da Sociedade Civil na formulação, deliberação e controle social das políticas de saúde (BRASIL, 2009).

Outra ação importante para a participação da sociedade civil no setor foi à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: Participa SUS, que conceitua a gestão democrática (estratégica e participativa) como um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, buscando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem, entre outros, o apoio ao controle social, à educação popular e à mobilização social (BRASIL, 2006a).

No entanto, Bravo (2008) aponta aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90 presentes no governo Lula, que privilegia o projeto privatista no setor saúde, como a

ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

A participação da sociedade civil no controle e na direção dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado nos remete ao conceito de democracia, que para Santos (2013), deve ser compreendida do ponto vista participativo, já que a Sociedade Civil possui mecanismos de controle sobre os atos do governo, através de processos de articulação, deliberação e definição de estratégias de ação, principalmente, no que diz respeito aos direitos sociais.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao publicar a Resolução de nº 453, de 10 de maio de 2012, que é a resolução vigente que disciplina a atuação das várias modalidades de conselhos de saúde, o faz justificando que a atuação dos conselhos consagra a participação da Sociedade Civil no controle das ações do Estado em suas três esferas de poder, qualificando a população para o exercício da cidadania em um Estado democrático de direito (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

A participação da Sociedade Civil no setor saúde tem como finalidade o controle social nos espaços dos Conselhos Gestores de Saúde, como também, nas Conferências de Saúde, nas três esferas de gestão, onde as deliberações sobre controle, gestão e prestação de serviços devem ser realizadas de forma democrática, por se tratar de um órgão colegiado, de caráter permanente e representação paritária. Dessa forma, os Conselhos Gestores de Saúde configuram-se como instâncias institucionalizadas de participação social, sem dúvida, significando uma conquista para a Sociedade Civil (SHIMIZU, *et al*, 2013).

Nogueira (2004) descreve que a formação dos conselhos tem como objetivo consolidar uma gestão democrática no setor saúde, pois as demandas emanadas da Sociedade Civil ao serem expressas poderiam ser atendidas pelo Estado, o que modificaria a sua relação com a Sociedade Civil, já que essa sociedade passou a deliberar sobre as Políticas Públicas deste setor. Isso promoveria também uma aproximação da população aos assuntos governamentais e facilitaria a construção de modalidades inovadoras na abertura do Estado à Sociedade Civil.

Para Gramsci (2014), que segue a tradição marxista de compreensão da relação entre Sociedade Civil e Estado, não adianta apenas a reforma do Estado e das suas leis, se essa não for acompanhada de uma reforma moral e intelectual que envolva a Sociedade Civil por completo. Avaliando esse aspecto no âmbito do SUS, se a implantação desse novo sistema de saúde a partir de 1988, não for acompanhada por uma mudança de atitude dos atores envolvidos, como os trabalhadores e os gestores da saúde e a própria sociedade civil, não

conseguiremos superar o velho modelo privatista hospitalocêntrico implantado, sobretudo, no período do regime militar e, posteriormente, fortalecido pela orientação neoliberal do Estado brasileiro, apesar de esse novo sistema de saúde estar assegurado pela Constituição de 1988 (CAMPOS, 2009).

A Lei nº 8.142, de 1990, regulamentou a participação da sociedade civil na gestão das Políticas Públicas de Saúde e definiu a formação dos Conselhos e Conferências de Saúde, nos três níveis da administração pública, como espaço privilegiado de proposição e controle das ações do setor de saúde (BRASIL, 1990).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou no ano de 1992 a resolução número 33 que normatizava as atribuições e competências dos conselhos gestores da saúde criados em virtude da Lei 8.142/90 e que atrelava a criação dos conselhos como um dos requisitos para o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para o Fundo Municipal de Saúde o que promoveu um crescimento vertiginoso desses conselhos em praticamente todos os municípios do país.

No ano de 2003, o CNS publica a resolução número 333/03 a qual aprofunda alguns itens da resolução anterior que foi revogada com a publicação desta e cria outras modalidades de conselhos no setor, como: Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Com a publicação da resolução mencionada acima ampliou-se ainda mais a possibilidade de participação dos atores envolvidos no setor saúde (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em outras instância mais próximas de suas realidades locais, tendo como exemplo, o próprio Conselho Local de Saúde, que atua sobre um limitado espaços geográficos delimitado pelo área de atuação do serviço de saúde correspondente.

Os conselhos de saúde, em todas as suas instâncias de atuação, desde o conselho local inserido em um serviço de saúde até o Conselho Nacional de Saúde, são espaços privilegiados para o exercício da democracia participativa, pois permitem a Sociedade Civil falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. Dessa forma, a Sociedade Civil se insere dentro do próprio Estado para deliberar sobre questões que somente foram possíveis após a promulgação da última Constituição Federal (BRASIL, 2006c).

Conforme Pedrosa e Pereira (2007), quando foi descrito o projeto de participação da Sociedade Civil, no bojo da Reforma Sanitária, para exercer o controle social das ações do Estado no campo da saúde, tinha como propósito ampliar e qualificar a própria democracia;

uma vez que, para isso, exige-se do cidadão um comportamento cívico que outrora era desqualificado pelo próprio Estado, e que a partir deste comportamento passaria a influenciar a gestão desta Política Pública.

O primeiro nível de atenção à saúde à população é realizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que possui responsabilidade sanitária de uma determinada população adscrita em um território. A equipe de saúde da família (eSF), que representa de forma mais significativa a ESF, assiste ao indivíduo em sua integralidade, considera-o em seu contexto social e familiar, privilegia as ações coletivas, constitui a porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde, sua atuação é estratégica para a superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico na área da saúde (LIMA; et al., 2014).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam as equipes de saúde de família (eSF) são, em muitas comunidades, o único equipamento social existente. Por isso, tornam-se de fundamental importância para uma parcela significativa da população que é assistida por esses serviços. Devido a diversidade geográfica brasileira, muitas populações ribeirinhas são atendidas por essas equipes de saúde somente uma vez ao mês com deslocamento dos mesmos feito via embarcação.

Para Pedrosa e Pereira (2007), a prática de uma gestão participativa em uma Unidade Básica de Saúde é capaz de desencadear novas práticas de controle social, menos burocratizada e mais afinada com a realidade da população que a demanda, atendendo as reais necessidades dessa população e incentivando-a ao protagonismo político na deliberação da formulação desses serviços.

Nesse contexto de gestão participativa, destaca-se a formação nas Unidades Básicas de Saúde de Conselhos Locais de Saúde (CLS), que, por não serem previsto na Constituição Federal de 1988, são espaços desburocratizados os quais podem possibilitar o fortalecimento da participação da sociedade civil nas ações do Estado.

No entanto, a atuação do Conselho Local de Saúde tem sido, em sua maioria, um desafio devido à pluralidade dos interesses locais envolvidos pelas diferentes concepções e funções atribuídas a esse espaço de participação social pelos conselheiros. Outro desafio é a falta de conhecimento dos conselheiros em relação à organização, ao funcionamento e às atribuições desses espaços. Em virtude disso, contribui, em alguns casos, com o esvaziamento desses espaços de exercício da democracia participativa (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013).

O município de Teresina possui, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2017, uma população de 850.198 habitantes e, de acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), referentes ao mesmo ano, a estimativa é de 830.321 habitantes

acompanhados pelas 258 eSF, perfazendo um percentual de 97,6% de cobertura. Tal fato, inclui Teresina como a melhor cobertura populacional de eSF do país entre as capitais brasileiras (IBGE, 2018; BRASIL, 2018).

Conforme dados supracitados, praticamente toda a população de Teresina é assistida pelas equipes de saúde da família (eSF), uma vez que apenas 2,4% não é atendida pelas eSF, mas apesar de se destacar entre as demais capitais, apresenta alguns indicadores de saúde, como os relativos à tuberculose, à hanseníase, à dengue e às doenças crônicas não transmissíveis, que mostram que é preciso avançar na qualidade, não só desse nível de atenção à saúde, mas também de todo o sistema público municipal. Soma-se a esse fato a devida atuação da Secretaria Estadual de Saúde, já que Teresina é referência na assistência à saúde de todo o estado do Piauí, convergindo pacientes deste município, do interior do estado e até de outros estados da mesma região e de outras regiões brasileiras que acabam utilizando dos serviços prestados nesse município.

Desde a implantação em 1997 do Programa Saúde da Família (PSF) formado por uma equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Teresina, que passou a ser denominada em 2011 de equipes de saúde da família (eSF), a gestão era realizada através da direção colegiada, que consistia em um sistema de gestão em que os profissionais de saúde de nível superior das eSF (enfermeiro, médico e odontólogo) deliberavam sobre os serviços prestados à população de sua área de atuação, tendo o aval da Fundação Municipal de Saúde (FMS). Assim, percebe-se o quanto era limitada a participação da população na gestão desses serviços.

Todavia, Miranda (2012) descreve que, em 2010, o presidente da Fundação Municipal de Saúde (FMS), órgão equivalente à Secretaria Municipal de Saúde, sem prévia discussão com a população e trabalhadores, incentivou a criação de Conselhos Locais de Saúde (CLS) nas UBS's, tendo como propósito oficial promover a participação da população local na deliberação do andamento desses serviços. Porém não avançou de forma homogênea, visto que, das 89 UBS's do município, pouco mais de 30% (trinta por cento) implantaram o CLS e ainda atuam, outras implantaram, mas eles não atuam mais; e, por último, há aquelas que nem implantaram CLS.

Apesar da regulamentação da atuação do Conselho Local de Saúde está presente desde a publicação da Resolução do CNS de número 333 do ano de 2003 e, posteriormente, pela resolução do CNS de número 453, de 2012, esses espaços não eram considerados obrigatórios para esses serviços. Dessa forma, consideram-se desburocratizados, dependem muito de um contexto local para a sua criação, passam a ser obrigatórios a partir do ano de

2012 apenas nas UBS's que têm eSF as quais atuam na modalidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Sendo que, Teresina possui, atualmente, 12 eSF nesse modalidade funcionando em 6 UBS's.

Mesmo com a criação desses CLS, a Fundação Municipal de Saúde continua a adotar a gestão de seus serviços pela direção colegiada, que passava a ser influenciada pelas demandas da população via Conselhos Locais de Saúde, inclusive com profissionais dessas equipes de saúde da família como membros desses conselhos.

No entanto, essa reforma foi realizada quando o então presidente da Fundação Municipal de Saúde, porém, ao ser eleito prefeito de Teresina no ano seguinte à essa reforma, promoveu no início de seu mandato em 2013, uma nova reforma administrativa da gestão das Unidades Básicas de Saúde, contrária ao projeto de gestão democrática desses serviços implantados outrora, uma vez que, foi extinta a direção colegiada, fragilizando os Conselhos Locais de Saúde, como também, delegou a gestão ao coordenador da UBS, profissional de nível superior indicado pela própria gestão (atendendo a critérios políticos), caracterizando uma centralização do ponto de vista administrativo dessas UBS's.

Dessa maneira, ao analisar os aspectos relativos à saúde de uma população, não se pode ficar restrito apenas às variáveis biológicas do processo saúde e doença, é necessário avaliar essa população de uma maneira mais geral, já que este processo está intrinsecamente relacionada com as variáveis sociais, políticas, econômicas, culturais, dentre outras que interferem no setor.

Para Breilh (1991) ao se utilizar do método de análise da realidade social de Marx (1993), pode-se estabelecer a possibilidade da renovação dos interesses envolvidos no setor saúde, pois os caminhos para a compreensão dos fenômenos presentes neste setor, permite observar as relações entre biológico e social.

Apesar do município de Teresina possuir noventa (90) Unidades Básicas de Saúde, atualmente, pouco mais de treze (13) contam com Conselhos Locais de Saúde. Devido ao número reduzido desses espaços participativos, é necessário pensar qual modelo de gestão é utilizado pela atual gestão do Sistema Único de Saúde Municipal. Assim, tendo em vista o atendimento das necessidades da população assistida por esses serviços para superar a simples produção de consultas, exames e procedimentos e poder avançar na formação de sujeitos autônomos, reflexivos e comprometidos com o interesse público, como é assegurada pela Constituição Federal de 1988, a participação da população na gestão do sistema de saúde.

Para Skalinski e Praxedes (2003), o processo de investigação das questões relativas à saúde, apoiado na dialética de tradição marxista, requer um objeto de estudo direcionado ao

juízo das concepções hegemônicas, para designar uma categoria gramsciana, sobre o processo saúde-doença a fim de elaborar propostas coerentes ao interesse da população. Como visto ao longo do processo de formação do próprio SUS, ainda existem concepções hegemônicas sobre o papel do Sistema Público de Saúde, que apesar de sua ação contra-hegemônica ter tido relativo sucesso referentes alguns temas, somado a sua relativa consolidação, ainda está em processo de construção.

Assim, a aproximação com o tema a participação da Sociedade Civil na gestão dos serviços de saúde foi motivada desde a graduação do curso de bacharelado em Enfermagem, há aproximadamente 13 anos. Já participava das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Teresina, como também, ao atuar como enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, tanto no interior estado do Piauí, tendo a oportunidade de ter sido presidente do Conselho Municipal de Saúde da cidade de São José do Piauí, com aproximadamente, oito mil habitantes, situada na região do semiárido do Piauí e, atualmente em Teresina, onde tive a oportunidade de ser Conselheiro Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde do Betinho, situada na zona sul desta capital, e atualmente, preocupado com as consequências que podem ser provocadas pela ausência da participação da sociedade civil na formulação desta importante política pública.

É necessário o estudo da qualidade da participação dos diversos segmentos da sociedade dentro de espaços institucionalizados pelo Município de Teresina, como os Conselhos Locais de Saúde, para o fortalecimento de uma gestão democrática e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois esse processo de construção contribuirá para o fortalecimento da democracia participativa, e permitirá aos cidadãos saírem da condição passiva de sujeito de direitos para participarem ativamente na garantia desse direito assegurado na Constituição de 1988.

A seguir será realizada uma explicação dos níveis de atenção à saúde para poder localizar o ponto de atuação das equipes de saúde da família, como também, o papel das Unidades Básicas de Saúde, nesta configuração do Sistema Único de Saúde.

1.2 Locus empírico: a Atenção Primária em Saúde e as Unidades Básicas de Saúde

Para Starfield (2002), a organização da assistência de saúde prestada à população a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia voltada para responder às demandas por esse setor, de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como

a atenção a indivíduos e a comunidades, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas equipes de saúde da família (eSF).

Os casos sem resolução, no âmbito de Atenção Primária à Saúde, devem ser direcionados para uma assistência de nível secundário, Atenção Secundária à Saúde (ASS), caracterizada pelo serviço de ambulatório organizado por especialidade médica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais de pequeno porte com seus respectivos atendimentos de urgência e emergência e procedimento cirúrgico de baixa complexidade, com todo o seu aparato de apoio, como laboratórios de análise clínica, hemodinâmica e a regulação dos pacientes para consultas e exames especializados.

Uma vez que a Atenção Secundária à Saúde não obtém o êxito no tratamento do paciente, ele é encaminhado para o nível terciário de assistência, Atenção Terciária à Saúde (ATS), caracterizada pelos serviços e procedimentos de maior complexidade como os hospitais de médio e grande porte, realização de procedimento cirúrgico de alta complexidade e internação em unidades de terapia intensiva (UTI). Dessa forma, os serviços de saúde se organizam pelo princípio da hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

No entanto, cabe salientar que esse tipo de organização do sistema de saúde por nível hierárquico de níveis de atenção à saúde, pode promover uma sobrecarga de atividade de um nível sobre o outro. Quando a Atenção Primária à Saúde não possui uma boa resolutividade (aproximadamente 85% dos casos atendidos), ela acaba sobrecarregando a Atenção Secundária à Saúde promovendo lotação dos serviços que lhe representam, da mesma forma que a baixa resolutividade da Atenção Secundária à Saúde promove um excesso de demandas que acabam congestionando o sistema.

A Atenção Primária em Saúde deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que utiliza o termo Atenção Básica para se referir à Atenção Primária em Saúde que são equivalentes, mas nesta Tese adotou-se o segundo termo por ser mais utilizado em nível internacional (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surge em 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), formada por uma equipe multiprofissional, composta por Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Médicos, odontólogos, Atendentes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), passa a ter essa nova denominação com a

publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Como proposta de atuação na APS, trouxe desafios aos gestores, aos profissionais de saúde e a Sociedade Civil envolvidos nas práticas de saúde, devido à proposta de inversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo sanitário de saúde, pautado por ações de prevenção e promoção de saúde, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem, no entanto, ter prejuízo para as ações de cura e reabilitação.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), implantada em 2011, pela portaria de número 2.488/2011 do Ministério da Saúde (MS), a Atenção Primária em Saúde (APS), neste tese é adotado o termo Atenção Básica em substituição a APS, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e de capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Atualmente, o Ministério da Saúde implantou um novo sistema de informação para a APS denominado e-SUS Atenção Básica, que permite às equipes de saúde da família realizar um monitoramento e uma avaliação dos indicadores de saúde por pessoa ou por famílias cadastradas, contribuindo tanto com o profissional de saúde que faz o atendimento, como para quem é atendido, pois suas ações serão centradas no indivíduo inserido em uma família, e esta, por sua vez, inserida na área de atuação da equipe responsável por seu território (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014).

As Unidades Básicas de Saúde desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Para tanto, é equipada com uma infra-estrutura capaz de dar condições às equipes de saúde da família (eSF), formada pelos profissionais supracitados, e possuem responsabilidade sanitária de uma população adstrita (entre 2.400 a 4.000 pessoas por eSF e até 12.000 habitantes por UBS, uma vez que uma UBS pode comportar até 4 eSF). Além disso, conta com, funcionários administrativos da UBS como administrador, secretário, profissionais de marcação de consulta e de exame especializado, funcionários responsáveis pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e funcionários de apoio como os lotados na farmácia, na sala de vacinas, na sala de procedimentos e na coleta de material de exames bioquímicos (BRASIL, 2012).

A PNAB também normatizou a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária à Saúde, ampliando as ofertas de atendimentos e ações na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, atuando junta às eSF nas Unidades Básicas de saúde.

A atuação integrada entre os membros das equipes de saúde da família permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na própria UBS como nas visitas domiciliares, e permite também, a construção conjunta de projetos terapêuticos possibilitando a ampliação e a qualificação das intervenções no território e na saúde de grupos populacionais.

Teresina implantou três equipes de NASF, sendo uma por distrito sanitário, que atendem as demandas das equipes de saúde da família habilitadas na modalidade PMAQ, formada pelos seguintes profissionais: Assistente Social, Educador Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Terapeuta ocupacional.

Em relação à participação social para deliberar sobre questões locais relativas ao processo de trabalho, infra-estrutura, recursos humanos e materiais, como também, os aspectos epidemiológicos dos agravos mais recorrentes no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, observa-se a importância do local, pois cada bairro possui uma dinâmica própria, que influencia no processo saúde-doença de sua população adscrita (PEDROSA; PEREIRA, 2007).

Para realização da parte empírica desta tese, foram escolhidas duas Unidades Básicas de Saúde, de forma intencional, as quais possuem eSF's atuando na modalidade PMAQ (sendo obrigatório a implantação de um Conselho Local de Saúde) e equipes do NASF atuando nestas UBS escolhidas. Em relação às UBS's uma está localizada na zona norte de Teresina, que já possuía conselho local, antes da implantação dessa modalidade de eSF e mesmo antes do incentivo municipal para criação desses espaços na Atenção Básica, dessa forma, é a primeira UBS a ter conselho local em Teresina. E a outra UBS está localizada na zona sul desta capital, que passou a ter conselho local somente após a implantação do PMAQ.

A Unidade Básica de Saúde escolhida na zona norte de Teresina, possui três equipes de saúde da família e uma equipe de NASF, além dos profissionais vinculados a administração e outros serviços ofertados, como coleta de exames e vacinas. Ela está inserida em uma comunidade que praticamente deu origem a esta capital, possui um comércio local insipiente, com destaque para o artesanato produzido pelos oleiros reconhecidos no cenário estadual, e conta, também, com a presença de pescadores. As duas comunidades inseridas nas áreas de responsabilidade sanitárias das UBS em estudo possuem representação social, como: a associação de moradores, associação de mães e representantes da igreja católica e evangélica.

A realidade da Unidade Básica de Saúde escolhida na zona sul é um pouco diferente, pois a comunidade surgiu a partir de uma invasão ocorrida na década de 1970, com precárias

condições socioeconômicas, mas que após a instalação de uma infra-estrutura com escolas e posto de saúde pela igreja católica, na década de 1980, com recursos estrangeiros, modificou seu cenário. Atualmente a comunidade possui ruas asfaltadas, posto policial, e um comércio insipiente. A UBS possui duas equipes de saúde da família e uma equipe de NASF e presta os mesmos serviços da outra UBS escolhida e a representação social dessa população se faz pela associação de moradores, associação de mães, representantes da igreja católica e evangélica e pelo pelotão mirim com atuação notadamente sobre crianças e adolescentes.

Um ponto em comum entre as duas UBS é a questão da violência desencadeada pela atuação de grupos que agem com o tráfico de drogas o que acaba repercutindo sobre a dinâmica social, as questões relacionadas agravos de saúde como dengue, hanseníase, tuberculose e as doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes mellitus, a questão do trânsito é significativa na UBS da zona norte.

Para melhor caracterizar os conselheiros locais de saúde, foi utilizada a abreviatura N1G para identificar que esse conselheiro é da UBS da zona norte (N), é o primeiro (1) e representante do segmento de Gestão (G); assim como a abreviatura N2TS que foi usada para identificar que esse conselheiro é da UBS da zona norte (N), é o segundo (2) e representante do segmento dos trabalhadores de Saúde (TS), e N5U para identificar que esse conselheiro é da UBS da zona norte (N), é o quinto (5) e representante do segmento dos usuários (U). A mesma compreensão foi utilizada para os conselheiros da UBS da zona sul (S), assim S5U, para identificar que esse conselheiro é da UBS da zona sul (S), é o quinto (5) e representante do segmento dos usuários (U).

Diante do exposto sobre a participação da sociedade civil no controle e deliberação dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) de Teresina, mais precisamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), alguns questionamentos preliminares foram realizados, tendo em vista as lacunas do conhecimento sobre essa realidade local.

O primeiro questionamento corresponde à intermediação entre a população e a gestão desses serviços: Como os Conselheiros Locais de Saúde encaminham as suas demandas para a gestão das Unidades Básicas de Saúde? Essa questão origina outra: Como está definido o fluxo administrativo das Unidades Básicas de Saúde do município para o atendimento dessas demandas? E, no que se refere à atuação dos Conselheiros Locais de Saúde: Como deveria ser a gestão das Unidades Básicas de Saúde para os conselheiros desses serviços?

Aprofundando o questionamento anterior. Como os Conselheiros Locais de Saúde têm contribuído para a efetivação de uma gestão participativa nas Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista o atendimento das reais necessidades da população adscrita?

Diante destas questões iniciais, esta tese teve como objetivos:

- Objetivo Geral
 - ✓ Analisar como os Conselhos Locais de Saúde contribuem para a efetivação de uma gestão participativa na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde Municipal com vistas a garantir uma Política Pública de Saúde pelo município de Teresina.

- Objetivos Específicos
 - ✓ Caracterizar os conselheiros locais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde em estudo;
 - ✓ Avaliar de que forma os conselheiros locais de saúde se apropriam das pautas das reuniões para realizarem os debates dos temas da saúde;
 - ✓ Compreender como os conselheiros locais de saúde avaliam as suas deliberações sobre a realidade local;
 - ✓ Verificar se para a os conselheiros locais de saúde os serviços de saúde municipal possuem uma gestão participativa;
 - ✓ Identificar de que maneira a gestão do Sistema Único de Saúde municipal concebe a participação da sociedade civil através dos Conselhos Locais de Saúde;
 - ✓ Compreender como os administradores das Unidades Básicas de Saúde oportunizam a participação da sociedade civil para adequação dos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde.
 - ✓ Descrever de que forma ocorre a relação entre os Conselhos Locais de Saúde (CLS) das Unidades Básicas de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Em conformidade com objeto de pesquisa acima apresentado, identificou-se a necessidade de adoção das seguintes categorias analíticas: Democracia e gestão participativa, Controle Social, Conselhos de Saúde, Estado e Hegemonia.

Este pesquisa contribuirá para elucidar como ocorrem as relações dialéticas nos espaços dos Conselhos Locais de Saúde que possam contribuir com uma gestão participativa onde todos os atores envolvidos atuam tendo em vista o “bem comum” que é materializado na garantia do direito à saúde em conformidade com a Constituição Federal de 1988.

Em seguida será descrito o percurso metodológico percorrido nesta Tese para obter os resultados empíricos descrito no capítulo 4 (quatro) deste trabalho.

1.3 Percurso Metodológico

Esta tese foi realizada através de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo-explicativo, com abordagem qualitativa, utilizando-se do método dialético de Karl Marx (2012) para compreensão da realidade do município de Teresina (PI), quanto a gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O método dialético de tradição marxista, desenvolvido em meados do século XIX, tem como ponto principal a compreensão da realidade vivida pelos trabalhadores da incipiente industrialização atrelada ao desenvolvimento econômico capitalista, sendo que o produto da contradição, entre desenvolvimento econômico e precarização das condições sociais da população, serviu de base para o desvelamento dessas relações, a fim de compreender a dinâmica dos fenômenos sociais da época, podendo ser aplicado atualmente para compreensão da totalidade dos fenômenos sociais, que não podem ser isolados de seus contextos históricos (SKALINSKI; PRAXEDES, 2003).

No entanto, Marx (2012) não apresentou de forma sistemática seu método de forma direta, mas aplicou através de seus escritos o seu método científico de compreensão da realidade em sua essência, conforme nos afirma Junior (1973, p. 43):

Marx ao descrever seu método em seus textos o revela de forma tão clara e particularizada, sobretudo quando se reporta a economia política, que podemos apalpar ao vivo e acompanhar o desenvolvimento de todo seu método e procedimentos de análise da realidade estudada.

Netto (2011) descreve que para Hegel a dialética é o método de pensar o mundo enquanto movimento, uma vez que, não se pode separar, na dialética de tradição marxista, a historicidade do materialismo, visto que a realidade apresentada pelo concreto é apenas o ponto de partida para compreensão dos acontecimentos sociais, assim, ao se analisar as relações sociais de uma determinada população é necessário saber qual é o modo de produção da mesma ao longo do tempo.

Para Skalinski e Praxedes (2003, p. 306), “o que o método dialético de base marxista busca produzir sínteses de abstrações, investigando a totalidade concreta da realidade,

analisando cada fenômeno social como inserido dentro dessa totalidade”. Dessa maneira, é o método mais adequado para a compreensão do objeto de pesquisa que esta Tese se propõe a analisar, porque não se pode compreender a participação da sociedade civil na deliberação de aspectos relacionados a saúde sem levar em consideração a dinâmica dessa sociedade inserida no seu modo de produção historicamente determinado.

A abordagem qualitativa implica conhecimento sobre a realidade, como também, sobre os sujeitos que a constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Assim sendo, a descrição e a análise dessa realidade podem ser realizadas de diferentes formas de representar as experiências vivenciadas pelas pessoas ou de experienciar um fenômeno (MINAYO, 2008).

O cenário do estudo foi composto de dois Conselhos Locais de Saúde, pertencentes a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Teresina (PI), localizadas, uma na zona norte e a outra na zona sul desta capital, conforme descrito anteriormente. A Fundação Municipal de Saúde (FMS) precisamente no âmbito da gestão da Atenção Básica que gerencia todos os serviços relativos à Atenção Básica de Teresina, também, foi escolhido de forma intencional para participar desse trabalho. Como também, duas administradoras das respectivas UBS's.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), o município de Teresina localiza-se na região norte do Piauí, numa área conhecida por Meio-Norte do país. Possui área de 1.755.698 km² de extensão e uma população de aproximadamente 814.230 habitantes, segundo censo de 2015 (o último realizado pelo IBGE), e uma projeção para 2017 de 850.198 habitantes. O município é considerado uma referência para o setor saúde de todo o estado do Piauí e estados vizinhos. Isso se deve a uma robusta rede privada que foi implantada no município entre as décadas de 1970 e 1980 e que agora se encontra bastante diversificada nos mais variados segmentos da área da saúde. Além disso, destaca-se pela sua rede pública já que o município concentra os principais serviços de saúde da rede estadual e municipal, e ainda, da união com a abertura para o atendimento na modalidade de internação no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). O HU passou mais de 20 anos desde sua construção para sua efetiva inauguração realizada a pouco mais de 4 (quatro) anos, mas que ainda apresenta-se de fase de implantação de alguns serviços, como o setor de oncologia, que já está funcionando, mas não na sua integralidade, como também, o setor de cardiologia.

A rede de atenção básica do município de Teresina é formada por aproximadamente 90 (noventa) Unidades Básicas de Saúde, com um total de 264 (duzentos e sessenta e quatro) equipes de saúde da família, sendo 15 na zona rural e 249 na zona urbana. Além de contar

com o laboratório de Saúde Pública Raul Bacelar, responsável pela análise dos exames ofertados pelas UBS's, e hospitais de rede municipal, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) direcionados para o atendimento de pessoas acometidas de transtorno mental, conta ainda, com equipes técnicas de apoio matricial, localizadas na sede da FMS. Essas equipes atuam nas áreas de tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, criança e idosos, e também, na vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e sistema de informação. Inclui-se também, a Rede de Frio que distribui imunobiológicos e insumos para as salas de vacina do município e um setor de farmácia responsável pela logística da medicação disponibilizada nas UBS's.

As Unidades Básicas de Saúde do município apresentam estrutura física diversificada quanto à padronização e ao estado de conservação e, em alguns casos, ainda existem UBS instaladas em casas alugadas pela FMS, que, geralmente, possuem condições precárias de funcionamento. As UBS's estão distribuídas em 3 regiões sanitárias distintas que são: (a) Sul com 28 (vinte e oito) Unidades Básica de Saúde; (b) Centro/Norte com 25 (vinte e cinco) Unidades Básica de Saúde; e (c) Leste/sudeste com 36 (trinta e seis) Unidades Básica de Saúde. Registra-se, ainda, que as três regiões sanitárias citadas possuem UBS's em zona rural.

O Conselho Municipal de Saúde, formado em 1992, atualmente, possui uma comissão de controle e acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde, apoiando-os principalmente em relação à implantação, com material de apoio e qualificação das pessoas envolvidas no processo. No entanto, eles não realizam um monitoramento de forma sistemática do andamento desses espaços de participação nas UBS's.

A amostra do estudo foi composta por 16 (dezesesseis) Conselheiros Locais de Saúde de 2 (duas) Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Teresina (PI), assim distribuídas: 08 (oito) Conselheiros Locais de Saúde de uma UBS localizada na região Sul e 08 (oito) Conselheiros Locais de Saúde de uma UBS localizada na região Norte. Também foram escolhidos representantes de cada segmento do conselho, ou seja, representantes do segmento dos usuários, dos trabalhadores e da gestão, destacando que cada Conselho Local de Saúde possui 8 (oito) conselheiros titulares e 8 (oito) conselheiro suplentes distribuídos de forma paritária.

Além desses conselheiros, foram entrevistados os 02 (dois) administradores das Unidades Básicas de Saúde dos respectivos conselhos estudados, das respectivas regiões sanitárias de saúde, devido ao fato de esse profissional ser o gestor local desses serviços, possuindo uma relativa autonomia administrativa e financeira da Fundação Municipal de Saúde.

Um representante da Gerência de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde (FMS), representante da gestão municipal de Teresina, também foi sujeito da pesquisa, pois após a reforma administrativa, em 2016, da FMS, a Gerência de Atenção Básica (GEAB) ficou responsável pelas ações e serviços de saúde de toda a atenção primária em saúde municipal, e passou a responder pelos aspectos administrativos e pelos financeiros. Assim, coube aos demais setores a gestão das ações e dos serviços de saúde da atenção secundária e terciária de Saúde do município. Lembrando que a Fundação Municipal de Saúde congrega todos esses setores no mesmo espaço físico.

Por último, foi realizado, com um grupo de 10 (dez) pessoas, representantes da comunidade de um dos conselhos locais estudados, um grupo focal para consolidar as informações obtidas das entrevistas individuais, visto que a escolha dos integrantes desse grupo foi realizada de maneira intencional, com o envio de um convite para a entidade representativa da comunidade (APÊNDICE F), considerando a habilidade do indivíduo de participar e contribuir com o conteúdo da discussão. Assim sendo, a presente pesquisa perfaz um total, de 29 (vinte e nove) sujeitos participantes.

Então estiveram presentes para a realização da técnica de grupo focal, realizada em uma UBS localizada na zona norte de Teresina, no dia 21 de janeiro do ano corrente, após convite prévio (APÊNDICE F), mediada pelo próprio pesquisador, os seguintes representantes: 1 representante dos trabalhadores de saúde, 1 representante do Conselho Local de saúde, 1 representante da Igreja católica, 1 representante da Associação de moradores, 1 representante dos grupo de adolescentes, 1 representante de estudante de uma escola estadual (ensino médio) assistida por uma das equipes de saúde da família da UBS, 1 representante do Movimento Popular em Saúde (MOPS), 1 representante da associação de pescadores, 1 representante do grupo de idosos e 1 representante do grupo de deficientes.

Para selecionar os sujeitos que participaram da pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: os participante teriam que ter no mínimo 6 meses de atuação no seu respectivo conselho local para os conselheiros locais, para os participantes do grupo focal os mesmos deviam residir na área de estudo por no mínimo 12 meses (comunidade) e participar de alguma entidade representativa da comunidade em estudo e todos serem maiores de 18 anos;

Utilizou-se como critério de exclusão: os participantes que tinham tempo inferior a 6 meses de atuação no seu respectivo conselho local para os conselheiros locais, para os participantes do grupo focal os que não residiam na área de estudo ou residiam por tempo

inferior a 12 meses e/ou que não participava de alguma entidade representativa da comunidade em estudo e, por fim, serem menores de 18 anos.

De acordo com Minayo (1998), a pesquisa qualitativa não segue o critério numérico para atingir uma amostra significativa, no entanto, para esta pesquisa não será avaliado o ponto de saturação, independentemente da profundidade dos relatos coletados, por se utilizar nesta tese o método dialético de tradição marxista que, por sua vez, não utiliza o critério de ponto de saturação.

Foi realizada também a análise documental das atas das reuniões, regimentos internos e documentos com as deliberações das reuniões dos respectivos conselhos dos últimos dois anos, referente ao período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018. Esse é o período que contempla um pleito de um conselho local.

Assim, os dados foram coletados através das técnicas, a saber:

a) Realização de entrevistas semi-estruturadas com todos os sujeitos da pesquisa, mas com perguntas diferentes, a depender dos sujeitos entrevistados (o representante da Gerência da Atenção Básica de Saúde da FMS teve perguntas diferentes dos administradores das Unidades Básica de Saúde, que por sua vez, tiveram perguntas diferentes dos Conselheiros Locais de Saúde (ANEXOS: A, B, C, E).

b) Análise documental na qual se buscou identificar os conteúdos dos registros das atas das reuniões do CLS, observando aspectos como: datas das reuniões, pauta da reunião, assinatura dos participantes e os encaminhamentos resultantes de cada reunião, portarias e legislação da Fundação Municipal de Saúde com base no roteiro pré-estabelecido para análise documental; e

c) Grupo focal com representantes da comunidade local de um dos Conselhos Locais de Saúde estudada, escolhida de forma intencional, constando no roteiro prévio do instrumento de coleta de dados variáveis qualitativas e mediadas pelo próprio pesquisador.

A primeira técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa é a entrevista semi-estruturada, que conforme Gil (1999, p. 117) “é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que lhe interessam a investigação” sendo utilizada para os conselheiros locais de saúde, coordenadores das duas UBS e o Gerente de Atenção Básica da FMS .

Por sua vez, a análise documental, segunda técnica de coleta de dados, é definida por Bravo (1991, p. 283) como “aquele tipo de observación que versa sobre todas las realizaciones sociales y las ideas humanas o son producto de la vida social y, portanto, enquanto registran o reflejan esta, pueden ser utilizados para estudiarla indirectamente”.

Por último, a técnica de grupo focal que foi aplicada aos representantes da comunidade de um dos conselhos estudados, consiste segundo Powell e Single (1996, p. 449) apud Lopes (2014, p. 482) em “um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é o objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”. Essas são, portanto, as técnicas que foram utilizadas nesta pesquisa.

Para a análise dos dados coletados a partir das técnicas de obtenção dos dados (entrevistas, grupo focal e análise documental), foi utilizada a análise dialética de tradição marxista, que possibilita o desvelar de uma realidade social. Neste caso específico, no setor saúde do município de Teresina, a partir da consciência crítica dos próprios sujeitos que a compõem, levou-se em consideração: (a) os aspectos sócio-históricos da realidade estudada; (b) a evolução desses aspectos históricos e sua relação com os conflitos sociais; e, por fim, (c) a relação entre objeto de estudo e método empregado para sua análise (BRUYNE et al; 1991).

Para Minayo (2008), a análise dos dados com base nos pressupostos da dialética marxista, possibilita interpretar os dados buscando a lógica interna dos fatos e dos relatos, situando-os no contexto dos atores e articulando-os com os objetivos do estudo e com o tipo de método adotado pelo pesquisador no estudo.

Por se tratar de coleta de dados realizada através de entrevistas, análise documental e grupos focais realizadas com os conselheiros locais de saúde, administradores de serviços de saúde e gerente de Atenção Básica do município de Teresina, foram elaborados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como exigência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, assinado pelos participantes a respeito da participação deles na pesquisa, conforme os princípios norteadores dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil que a encaminhou para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, com autorização prévia da própria Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina (ANEXO A), onde se havia feito a devida solicitação, emitindo parecer favorável à coleta de dados, conforme processo CAAE: 75803417.3.0000.5214 (ANEXO B).

O presente estudo acarretou riscos mínimos aos sujeitos da pesquisa, podendo ainda acarretar risco de divulgação dos dados e identificação dos sujeitos. No entanto, para coleta de dados foi garantida a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas.

Destaca-se como benefícios desta pesquisa o conhecimento das práticas democráticas realizadas nas respectivas Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista uma melhor oferta de serviços à população adscrita aos serviços.

A partir do Capítulo II, será apresentado o embasamento teórico da pesquisa, a partir de uma apresentação da concepção de Estado e sua relação com a Sociedade Civil, e também, as concepções teóricas de democracia representativa e participativa, utilizando de autores como: Nicolau Maquiavel (1982, 1996), Coutinho (2011a, 2011b), Jean Jaques Rousseau (1978), Thomas Hobbes (1979), John Locke (2001), Barão de Montesquieu (1978), Karl Marx (1994), Antonio Gramsci (2014), Coutinho (2011b), Adam Smith (1999), Joseph Schumpeter (1983), Robert Dahl (1987), Friedrich Hayek (1971) e Robert Nozick (1974), Carole Parteman (1992), Santos e Avritzer (2002) e Santos (2009,2013).

No Capítulo III, realiza-se um resgate histórico dos serviços públicos de saúde no Brasil, com o intuito de compreender como se deu a construção do atual Sistema Único de Saúde (SUS) e como se apresenta neste momento a sua diretriz de participação social nessa importante política pública em Teresina.

Por último, no Capítulo IV, foi descrita e analisada a experiência empírica de participação da sociedade civil na gestão das Unidades Básica de Saúde via Conselhos Locais de Saúde, no Município de Teresina, em duas regiões distintas desta capital.

2 A RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL: ponto de partida para construção de uma relação horizontal

Neste capítulo será abordado como se dá a relação entre Estado e Sociedade Civil desde a formação do Estado moderno e as implicações decorrentes disso para a vida em sociedade. A resposta de algumas indagações como: Por que é necessário o Estado? Para quem o Estado deve atuar? Quem está à frente do Estado? e, Como deve ser a relação entre Estado e Sociedade Civil? Lançam luz sobre a discussão levantada nesta tese e contribuem para dar um maior embasamento para análises posteriores.

Como ponto de partida recorreu-se a formação do Estado Moderno a partir de Maquiavel (1982, 1996), que dá início a teoria do Estado moderno, para depois inserir a compreensão de teóricos denominados contratualistas como: Thomas Hobbes (1979), John Locke (2001), e Jean Jaques Rousseau (1978), tendo como fio condutor desta análise a “Bem comum” descrita por estes autores e suas posteriores interpretações, a percepção do Estado e Sociedade Civil pela tradição marxista com autores como Karl Marx (1994) e Antonio Gramsci (2014), e por fim, foi realizada uma abordagem de alguns modelos de democracia que exercem completa influência na organização das sociedades contemporâneas, buscando identificar em cada uma delas como se dá a relação entre Estado e Sociedade, a partir de autores como: Joseph Schumpeter (1983), Robert Dahl (1987), Friedrich Hayek (1971) e Robert Nozick (1974), Carole Pateman (1992), Santos e Avritzer (2002) e Santos (2009; 2013), sendo adotada a teoria da democracia participativa de Carole Pateman (1992) para sustentar a método democrático defendido nessa tese.

2.1 Introdução ao Tema

O debate sobre os valores da democracia e que arranjos a mesma deve possuir para que a ação do Estado possa atender ao princípio da “vontade coletiva”, onde a coletividade é mais importante que os anseios pessoais ou de grupos organizados, tornam-se cada vez mais atual, principalmente em momentos de crise econômica e política, pela qual passa o Brasil. Com o processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e o crescimento negativo do Produto Interno Bruto (PIB) por dois anos consecutivos, algo inédito na história econômica brasileira, tendo o novo presidente adotado medidas como a emenda constitucional número 95, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 15 de dezembro de 2016, denominada de Emenda Constitucional do teto dos gastos públicos que limita, dentre outros, o orçamento do

setor saúde, a flexibilização das relações trabalhista aprovada através da lei de número 13.467/2017 e a proposta de emenda constitucional (PEC) de número 287 de 2016, denominada de reforma da previdência ainda em tramitação no Congresso Nacional, que ameaçam as garantias de direitos sociais conquistadas pela Sociedade Civil brasileira ao longo dos anos.

Diante desta conjuntura emerge a necessidade da Sociedade Civil brasileira participar mais na deliberação das Políticas Públicas ofertadas pelo Estado brasileiro para que possa continuar a ter suas garantias, principalmente, as relacionadas à Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), mantidas apesar do contexto de crise.

Nesse cenário de incertezas a palavra democracia ganha cada vez mais importância na realidade vivida pelo nosso país, não meramente uma democracia representativa, seguindo os moldes de Schumpeter (1983), onde a sociedade civil deposita a condução do Estado apenas na sociedade política, mas em uma democracia participativa, tendo como modelo os escritos de Pateman (1992), onde o povo tenha reais condições de deliberar sobre a ação desse Estado.

Direcionando para a saúde, constata-se que o princípio da participação da Sociedade Civil na condução das políticas do setor é constitucionalmente determinado desde 1988, onde foi inaugurada uma nova forma de gestão da coisa pública, denominada de gestão participativa ou gestão democrática, apesar da política econômica de caráter neoliberal promover a redução do papel do Estado, predominante na década de 1990, como também, na atualidade, continua sendo um importante meio para garantia deste direito.

2.2 A Formação do Estado Moderno

A compreensão da formação do Estado moderno, e para responder as perguntas: Por que é necessário o Estado? Como também, quando se formou a própria Sociedade Civil? Contribuirá para a compreensão do objeto de estudo proposto nesta tese. Desta forma, iniciamos este estudo por Maquiavel (1982; 1996) quando este autor analisa a situação política italiana no início do século XVI tendo em vista o processo de unificação quando o atual Estado italiano era formado por diversas cidades-estado onde cada uma tinha autonomia administrativa e financeira sobre as demais cidades, formando um verdadeiro mosaico de territórios, com predomínio econômico das cidades-estado do norte em relação às do sul.

Ao analisar as obras de Maquiavel pode-se distinguir dois textos principais de seus escritos que são: “O Príncipe” escrito em 1513 e publicado em 1532, onde tem-se como

característica principal a figura de um monarca apto para a unificação das cidades-estado italiana e a obra, “Discurso da primeira década de Tito Lívio”, escrita entre 1513 e 1521, com um traço, notadamente, republicano, onde não existe um personagem central, como na primeira obra, mas uma multiplicidade de autores envolvidos na condução do Estado. Assim, vamos explorar estes dois textos, por ser mais adequado com o objeto de estudo deste trabalho.

Ao avaliar a situação vivenciada pela Itália no início do século XVI, Maquiavel procura descrever o quadro social na sua totalidade e oferecer uma visão global do sistema político de sua época, tendo como objeto o próprio Estado, que tem como objetivos principais, a manutenção da ordem pública nas relações internas e a defesa da integridade da pátria nas relações externas (MAQUIAVEL, 1982).

Na obra “O príncipe”, Maquiavel (1996) defende a centralização do poder político na figura de um príncipe para promover a unificação da Itália, necessária frente ao aumento de poder das grandes nações européias da época. Para isso, o “príncipe” deveria possuir as qualidades recomendadas pelo autor para, em um primeiro momento, chegar ao poder e posteriormente, mantê-lo.

Para “o príncipe” chegar ao poder e depois mantê-lo, Maquiavel (1996) recorre aos exemplos do passado, como também, aos exemplos contemporâneos de sua época, com a finalidade de explicar as diversas possibilidades para o “príncipe” conseguir atingir estes objetivos, levando em consideração a diversidade de cidades-estados da época, o que pode ser observado no trecho: [...] Um príncipe hábil deve pensar na maneira pela qual possa fazer com que seus cidadãos sempre e em qualquer circunstância, tenham necessidade do Estado e dele mesmo, e estes, então, sempre lhe serão fiéis (MAQUIAVEL, 1996, p.63).

Apesar da centralização do poder nas mãos do monarca, o referido autor descreve como uma característica importante a relação entre o monarca com os seus súditos, pois com isso, desestimularia a ocupação do território por forças militares estrangeiras, ou mesmo, dos exércitos de algumas das cidades-estado do próprio território italiano.

Maquiavel (1996) descreve a importância do “príncipe” ter uma relação conveniente com os seus súditos para manter-se no poder, principalmente, em momentos de instabilidade provocada no período de guerras, o que pode ser constatado no trecho a seguir de Maquiavel (1996, p. 109):

[...] Um dos mais poderosos remédios que um príncipe pode dispor contra as conspirações é não ser odiado pela maioria, porque sempre, quem conjura,

pensa com a morte do príncipe satisfazer o povo, mas, quando considera que com isso irá ofendê-lo, não se anima a tomar semelhante partido, mesmo porque as dificuldades com que os conspiradores têm de se defrontar são infinitas.

Além desta relação entre monarca (príncipe) com os seus súditos (povo), o autor em questão mencionava outros autores importantes envolvidos nesse processo, que eram os soldados, que muitas vezes eram formados por milícias contratadas pelo monarca para atacar ou se defender, e pelos “grandes” ou senhores possuidores de riquezas ou propriedades que tinham a capacidade de estimular o povo a revolta, com isso, ele distingui-a estes três elementos da sociedade de sua época.

Já na obra “Discurso da primeira década de Tito Lívio” Maquiavel (1982) ao comentar os dez primeiros livros do historiador Tito Lívio (primeira década) que descreve o período compreendido entre a fundação de Roma (753 a.C) até o ano de 294 a.C., discorre sobre a formação do Estado romano. Para Maquiavel, o trabalho de Tito Lívio era importante, uma vez que, ao se aplicar na sua época (início do século XVI) os escritos da origem de Roma, esse poderia contribuir para a unificação do Estado Italiano que se encontrava dividido em várias repúblicas, já que para o autor, era importante estudar as ações dos antigos e imitá-los no que fosse cabível, sendo o exemplo histórico escolhido para esse exercício o da própria cidade italiana de Roma.

Neste segundo texto de Maquiavel (1982) as questões abordadas diferem da sua obra “O príncipe”, pois naquela, debate sobre leis, a liberdade, as instituições públicas e seu funcionamento em uma república, como também, um governo constitucional, dessa forma, a figura do poder central na mão do soberano deixa de ser necessária já que novos atores sociais estarão envolvidos na condução dos assuntos do Estado, com o objetivo de garantir dois itens: manutenção da ordem pública nas relações internas e a defesa da integridade da pátria nas relações externas.

Para Maquiavel (1982) as sociedades com seus costumes podem ser criados a partir do próprio coletivo em uma visão mais ativa da sociedade do que aquela que apareceria na sua época, dessa forma o território escolhido para se fundar um Estado não é neutro, pois é a partir do coletivo (sociedade) que ele é formado.

Esse princípio de ativismo presente na sociedade, estando em uma forma latente ou não foi constatado por Maquiavel, será explorado por outros autores como Gramsci (2014)

que vê nas obras do autor em questão um projeto pré-jacobino¹ que deu origem à Revolução Francesa, já que, para esse autor, a obra de Maquiavel possuía o germe (mais ou menos fecundo) de sua concepção de revolução nacional.

Maquiavel compara Esparta (cidade-estado grega) que desde o início desfrutou de uma legislação completa ou quase completa, com Roma, que teve uma legislação formada em etapas, ao longo do tempo. Assim, no primeiro caso, a legislação foi implantada e no segundo, transformada, conforme a necessidade de atender às mudanças do contexto vividas pela sua população. Essas duas possibilidades de legislação podem dispor de duas outras características, a de ser fadada ao fracasso desde a origem, no caso de Esparta, ou dispor de princípios bons e aperfeiçoáveis, como Roma (MAQUIAVEL, 1982).

Ao citar a classificação de Políbio (200-120 a.C.), o grande historiador da antiguidade, Maquiavel (1982) descreve três formas de governo: a monárquica, a aristocrática e a popular, as quais podem degenerar-se em outras três formas perniciosas de governo, a saber: despotismo, oligarquia e permissividade, respectivamente.

Para Maquiavel (1982) a passagem de uma forma de governo, seja ela, a monárquica, a aristocrática ou a democracia (popular) para outra, dependeria da perda da “legitimidade” da forma de governo praticado de determinado tempo histórico. Mas para manter sua legitimidade o Estado faz uso, tanto do seu poder de coerção (uso da força), como do seu poder de consenso.

É esse “princípio de legitimidade” que vai dar conta das variedades das formas de governo, ou seja, para Maquiavel (1982) a presença de um fator de caráter moral define a possibilidade de formas de governo diferenciadas. Assim, a melhor solução para garantir a durabilidade das formas de governo seria a alternância entre essas três possibilidades de governo, como ocorrido em Roma, que teria sido, a causa da estabilidade do Estado romano, ao logo dos séculos.

Segundo Maquiavel (1982) as instituições que formam o Estado são instrumentos estabilizadores, ou de equilíbrio da vida política, pois permitem a manutenção de uma determinada ordem social, e a maneira dessas instituições atuarem é através das leis que constituem um meio de emprego da força. Assim, a força vai ser utilizada de modo mais

¹ Os jacobinos faziam parte de uma organização política (Deputados de esquerda que queriam a implantação da República, limitando o poder real, liderados por Robespierre), criada em 1789 na França durante o processo da Revolução Francesa.

econômico quando a república dispuser de leis capazes de atenuar e controlar as tensões sociais, sendo a força um recurso importante; mas as leis devem limitar seu emprego.

Dentre as leis citadas por Maquiavel (1982), as que mais se destacam são duas: as leis que versam sobre a acusação pública e as leis que protegem a liberdade dos cidadãos, as quais cumprem algumas funções, sendo uma delas a de organizar ou criar um espaço para a canalização dos interesses conflitantes. Para manter a estabilidade do Estado é necessário montar um regime de tal forma, que os conflitos possam ser absorvidos pela máquina legal.

Ao descrever essa relação entre Estado e a sociedade, Maquiavel (1982) explica que os bons costumes só podem ser mantidos com o apoio de boas leis, assim, a observação da lei exige, por sua vez, os bons costumes, isto é, são necessárias instituições sólidas, como os tribunais e a assembléia, e um povo moralmente forte. As leis teriam o papel de limitar o poder: elas constituem garantias do povo contra os arbítrios dos detentores do poder, devendo incluir o poder do príncipe e a segurança geral. O poder aqui é parte da lei que, por sua vez, limita o poder, estando explícito a importância da política na condução das mais variadas situações dentro do Estado.

Conforme Maquiavel (1982) a partir do momento em que os diversos interesses privados estivessem subordinados a uma determinada ordem legal (constitucional) e, de algum modo regulamentado, emerge a noção do público ou “bem comum”, cabendo ao governante garantir este “bem comum” preservando dessa forma o próprio Estado.

Para Coutinho (2011b) dois pontos aproximam Maquiavel (1982, 1996) de Gramsci (2014); o primeiro seria a política, mas a política pensada como um motor transformador da história. Pois Gramsci (2014) ao avaliar Maquiavel (1982, 1996) o faz não de forma obsoleta, mas dialogando com um interlocutor que compartilha um lugar comum e concepções políticas comuns, embora distantes temporalmente e em contextos históricos diferentes.

Essa aproximação entre Maquiavel e Gramsci acontece principalmente na obra “O Príncipe”, pois para Gramsci trata-se de um livro “vivo”, que lhe permite fazer uma (re)leitura para o início do século XX, que o levará a considerar a necessidade de um novo príncipe ou um “príncipe moderno” que seria o “partido político”, que é um organismo que contém a primeira célula na qual se aglomeram germes de “vontade coletiva” que tendem a se tornar universais e totais, e não uma única pessoa (monarca) como descrevera Maquiavel (COUTINHO, 2011b).

O segundo ponto de aproximação destes dois autores, citados por Coutinho (2011b) é o conceito de “vontade coletiva” descrita por Maquiavel (1996), já que, para Gramsci (2014), “O Príncipe” trás um manifesto político, pois cria uma fantasia concreta que

atua sobre um povo disperso e pulverizado para despertar e organizar a sua “vontade coletiva”, sendo que para a formação de uma “vontade coletiva” nacional-popular italiana, no início do século XX, seria necessário que as grandes massas dos camponeses participassem da vida política.

Na visão de Coutinho (2011b), o “Moderno Príncipe” de Gramsci (2014) teria uma dupla função na sociedade de sua época: organizar e propagar uma reforma moral e intelectual, para garantir o desenvolvimento de uma vontade coletiva que concorrerá para emergência de uma nova sociedade, uma forma superior de civilização moderna.

Esse conceito de “vontade geral”, ou “universal” ou “coletiva” será aprofundado nos ensaios sobre Rosseau (1978), Marx (1994) e Gramsci (2014), sendo indispensável a sua correta conceituação para a formulação do conceito de democracia.

2.3 O Papel do Estado na Visão dos Autores Contratualistas

Para responder à questão: Para quem o Estado deve atuar? Inicialmente, faz-se necessário discorrer sobre a necessidade de existência do próprio Estado para os homens, pois viver em sociedade exige de cada um o cumprimento de seus deveres e o gozo de seus direitos, como também, o respeito aos direitos e deveres do outro.

Recorremos aos autores denominados contratualistas, a saber: Thomas Hobbes (1979), John Locke (2001) e Jean Jaques Rousseau (1978), que fizeram uma análise da criação do Estado moderno como conhecemos atualmente, inaugurando um campo de reflexão que promoveu transformações na concepção do Estado e sua relação com a sociedade civil.

Durante os séculos XVII e XVIII, o debate sobre o que levou os homens a formarem Estados e qual a origem legítima de seus governos promoveu o surgimento das teorias contratualistas que postulavam a superação de um estado de relações humanas livre de qualquer ordem social estruturada, chamada de “estado de natureza”, para o momento em que os homens sentiram a necessidade de criar um acordo, um pacto social (contrato social), através do qual reconhecem a autoridade de um governante que atua sobre um conjunto de regras e um regime político, do qual fez surgir a Sociedade Civil (COUTINHO, 2011b).

Para Bravo (2002), na concepção dos autores contratualistas, o surgimento tanto do Estado Moderno como da Sociedade Civil, ocorreram pela necessidade de superação de um estado primitivo de sociedade (estado de natureza), no qual, os homens viviam regidos pelas leis naturais, dessa forma, se fez necessário o surgimento de uma instituição com poder sobre

os indivíduos capaz de governar para garantir alguns direitos naturais, como: a paz, a segurança, a propriedade e a liberdade.

Essa concepção de uma vida pré-social, não é encontrada nas obras de Maquiavel (1996; 1982) analisadas nesta tese, no momento da constituição do Estado, pois para este autor os indivíduos já estão reunidos em grupos e como tal, se organizam para formar o Estado. O que difere este autor dos autores contratualistas é o problema da segurança, pois em Maquiavel, não é uma matéria individual, e sim um assunto dos grupos, pois era necessária a formação do Estado para se proteger das ameaças externas, sem deixar, contudo, de negligenciar as ameaças internas, no seio da sociedade.

Hobbes (1979), autor inglês do século XVII (1588-1679), ao escrever sua obra “Leviatã” em 1651, defende que os homens para superar o estado de natureza, onde cada homem possui a liberdade de usar seu próprio poder, mesmo que este poder possa prejudicar ou limitar o poder do outro, necessitou renunciar ao direito de exercer esse poder em nome da segurança para preservar “a vida”, mesmo que houvesse perda da liberdade, por isso, houve a necessidade de um “Pacto” para a criação de um poder comum situada acima dos homens que permitisse a criação da sociedade civil.

O estado de natureza para Hobbes (1979) era um ambiente de guerra, no qual dominavam entre os homens as paixões², gerando um ambiente de total insegurança e incerteza, onde os mais fortes se sobrepunham aos demais, sendo que cabia a Sociedade Civil render-se a uma autoridade absoluta e soberana (poder centralizador) para garantir a sobrevivência da espécie, dessa forma, o cidadão tinha um papel de súdito, já que renunciara seus direitos ao realizar o “Pacto”.

Correia (2004) afirma que na concepção de Hobbes, os homens para sair do estado de guerra “de todos contra todos” concedem os seus direitos naturais, sua liberdade e propriedade a um soberano, ao Estado. Conforme se observa na citação abaixo (CORREIA, 2004, p.170).

Hobbes na perspectiva jusnaturalista é defensor de um Estado absoluto e da submissão total dos membros da sociedade civil (súditos) a um monarca, tendo em vista garantir a vida e a propriedade, como também, dirimir conflitos e manter a ordem.

² Na concepção de Hirschman (2000).

Pode-se destacar do autor supracitado a figura de um soberano com poderes ilimitados (poder de polícia) que pudesse promover à segurança dos cidadãos com o intuito de preservar a vida desses, nesse ponto, da figura de um soberano, se aproxima da obra “O príncipe” de Maquiavel (1996) que também via a necessidade de um soberano a frente do Estado, assim ambos apresentavam conotações monarquistas.

Locke (2001) autor nascido na Inglaterra em 1632 e falecido em 1704, defende em sua obra “Dois tratados sobre o governo”, escrito em 1690 (século XVII), que o estado de natureza iguala a vida dos homens com o dos animais, onde o mais forte leva vantagem sobre o mais fraco, estabelecendo a desordem social, e assim os homens necessitavam se associarem em sociedades políticas, pois vivendo isolados e por seus próprios meios não poderiam viver em tranquilidade para garantir sua propriedade³. Para isso, o homem deveria renunciar ao seu direito natural a uma entidade maior (Estado), tendo em vista a conservação da propriedade, pois segundo o autor, o homem era bom e só fazia guerra para defender sua propriedade.

No estado de natureza a sociedade vivia em uma “paz relativa”, pois havia de certo modo um domínio racional das paixões devido à existência de direitos naturais, como o direito à vida e a propriedade, assim cabia à Sociedade Civil instituir um poder político que não poderia entrar em contradição com esses direitos naturais, desta forma o cidadão poderia ser representado junto ao poder político constituído (LOCKE, 2001).

Um aspecto importante do pensamento de Locke (2001) é o tipo de Estado formado a partir do “Contrato Social” já que este deveria ser Liberal, onde o indivíduo precede ao próprio Estado, cabe ao estado defender a propriedade deste indivíduo garantindo-lhe a posse e a exploração deste espaço.

Na concepção de Rousseau (1978) autor francês (1712-1778), os homens em estado de natureza não tiveram alternativa para conservar-se, se não formando por agregação, um conjunto de forças para superar esse estado de natureza, que culminou na formação do corpo político (Sociedade Civil), através de um “Contrato Social”, tendo em vista a busca do “bem comum” em detrimento aos interesses particulares.

Para Rousseau (1978), no estado de natureza o homem era bom por natureza, mas a sociedade o corrompia e a propriedade privada tinha um papel importante nesse seu argumento, mas cabia à Sociedade Civil garantir leis que o aproximassem da liberdade, apesar

³ Entende-se por propriedade, na concepção de Locke, qualquer coisa que o homem retire do estado com que a natureza a proveu e deixou, mistura-o, e com o seu trabalho, junta a algo que é seu.

deles não serem mais livres, assim, o cidadão poderia ser mais participativo, já que este autor postulava um Estado democrático.

Um ponto importante do pensamento de Rousseau (1978) é a expressão “Vontade Geral” que descreve a necessidade dos dirigentes do Estado buscar o bem comum orientado pelo interesse público em detrimento dos interesses particulares que beneficiassem a sociedade civil, distinguindo o público do privado.

Para Coutinho (2011b), assim como Maquiavel (1982; 1996), Rousseau (1978) possui duas obras que se completam ao apontarem dois caminhos diversos sobre sua teoria política, sendo uma delas a obra “Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens”, escrita em 1755, que discorre sobre um contrato social iníquo, pois expressa a desigualdade e a origem de um Estado a serviço dos mais ricos. A outra, “Do Contrato Social” escrita em 1762, na qual aparece um pacto legítimo que gera uma sociedade igualitária, tendo por base uma ordem política fundada na predominância do interesse comum.

Apesar dos autores contratualistas supracitados partirem de diferentes concepções para formação do Estado (defesa da vida, preservação da propriedade privada e garantia da liberdade), os mesmos têm em comum a necessidade do homem em superar o estado de natureza e para isso foi necessária a criação do Estado, mesmo que houvesse perda de liberdade para este, no entanto, ganhariam a garantia do respeito pelos direitos de cada homem.

Ainda de acordo com Coutinho (2011), a formação econômico-social estava presente na concepção de Estado de Thomas Hobbes (1979), que versava sobre um Estado regido pelo regime político absolutista, como também, na concepção de Estado de Locke (2001), ligado ao regime político liberal, mas que em Rousseau (1978) a ordem econômica possui seu equivalente na ordem política (despótica ou democrática), trazendo para a discussão de Estado a variável econômica como determinante.

Bobbio (1994), Hobbes (1979) e Locke (2001) dão o mesmo significado para a Sociedade Civil quando a relacionam simultaneamente com o político e o civilizado, embora, na concepção de Rousseau (1978) a Sociedade Civil tem inicialmente um sentido único de sociedade civilizada, passando a se tornar política apenas após o contrato social.

Dessa forma, o Estado moderno, que pode ser denominado de sociedade política, em uma concepção Gramsciana, surge pela ação da sociedade civil que buscava um novo *status quo* frente ao contexto de profundas transformações ocorridas nos séculos XVII e XVIII, de questionamento do poder absoluto do antigo regime e o nascimento do regime econômico capitalista nas nações mais desenvolvida da época. Neste contexto, somente quando a

sociedade civil reconhece como legítimo o poder do Estado, a ordem social conhece alguma estabilidade, cabendo assim, à Sociedade Civil a crítica capaz de orientar esse Estado e impedir que este infrinja seus limites (LUIZ; ROSA; KOLOIDY, 2011).

Compreendida a necessidade de formação do Estado para que o homem pudesse viver em uma sociedade civil, esta por sua vez, necessita de uma legislação para conservação deste pacto social, as leis seriam de suma importância para limitar o poder do Estado e dar maior autonomia aos cidadãos no seu convívio com os demais.

Ao escrever sua obra “Do Espírito das Leis”, publicado em 1748, Montesquieu (1978) defende que as leis positivas⁴ de um Estado refletem as relações humanas entre os homens que a partir de então, perdiam a total liberdade do estado de natureza e passariam a ter liberdade de acordo com o cumprimento das leis, pois os homens deveriam ter limites para viver em sociedade e dessa forma, o Estado passa a ter o direito de regular a vida dos homens (liberdade positiva)⁵.

Uma importante contribuição de Montesquieu é a divisão dos poderes formadores do próprio Estado, sendo eles, o poder executivo, legislativo e judiciário, onde estes poderes deveriam conviver em harmonia, sendo prerrogativa dos três atuar como “vigia” um do outro, para não haver desequilíbrio entre eles pela sobreposição de poder de um.

Rousseau (1978) descreve que as leis devem determinar os direitos e deveres de cada homem para o convívio em sociedade com o objetivo de conduzi-los à justiça, na forma de liberdade e igualdade de todos perante a lei, considerando-os como um só corpo político e não de forma individualizada. Para tanto, compete aos magistrados legislar (poder legislativo) tais leis, ao tempo que a execução das leis ficaria a cargo do Estado (poder executivo).

No entendimento de Rousseau (1978), as leis devem ser adequadas a cada tipo de Estado, pois existem diferentes tipos de sociedade, umas mais jovens e outras mais maduras, do ponto de vista do contexto histórico no qual está inserida esta sociedade. Dessa forma, o legislador deve criar leis de acordo com os objetivos de cada Estado.

Na concepção de Maquiavel (1982) a importância das leis de um Estado está na conservação da ordem, pois os homens são naturalmente maus, e estão aguardando a melhor oportunidade de agir com perversidade. Se até então não manifestou sua malvadez ainda o vai fazer, pois o tempo é o pai da verdade. O contexto no qual este autor escreveu o papel da lei em um Estado evidencia o contexto no qual Maquiavel estava inserido e o papel do próprio Estado.

⁴Leis elaboradas pelo homem.

⁵ Na concepção de Isaiah Berlin (1981).

O referido autor já pontuava em seus escritos o valor dos bons costumes de um povo na conservação de boas leis e a importância da observação das leis para os bons costumes deste povo, pois se a massa do povo é sadia, as desordens não chegam a ser daninhas, mas quando estão corrompidas, mesmo as melhores leis são insuficientes.

Locke (2001) descreve que a liberdade dos homens sob um governo consiste em viver segundo uma regra permanente comum a todos nessa sociedade. Dessa forma quanto maior a necessidade de elaboração de leis, menor é a liberdade para este autor, visto que onde não há lei não há liberdade, uma vez que elas são elaboradas para ampliar e conservar a liberdade de viver em sociedade, pois os homens, no princípio da formação do Estado, consentiram sujeitar-se às leis do governo (liberdade positiva).

Entretanto, como menciona Rousseau (1978), não há no Estado lei que não possa ser revogada, inclusive o próprio pacto social. Dessa forma, o povo deve, quando oportuno, solicitar suas reivindicações ao Estado independente de sua natureza. Nesse ponto se aproxima das considerações de Maquiavel (1996), na obra “O príncipe” quando este relacionou a durabilidade do império romano com a sua capacidade de aprimorar sua legislação ao longo do tempo, o que não ocorreu em Esparta, levando ao seu declínio em um curto espaço de tempo.

Além de um arcabouço jurídico para a adequação do Estado era necessária a devida cobrança de impostos para poder agir. Locke (2001) descreve que os Estados não têm como manter-se sem a cobrança de impostos, sendo necessário que todo aquele que usufrui de uma parcela de proteção pague, de seus próprios rendimentos, uma parte proporcional necessária para manter o benefício.

Essa necessidade de cobrança de impostos pelo Estado, também é citada por Rousseau (1978), quando descreve que o Estado não produz nada e para poder conceder benefícios para a população cobra impostos⁶. Entretanto, esses impostos arrecadados devem voltar para o povo através de benefícios, ou seja, retornar para as mãos das quais saíram.

Para Montesquieu (1979) é até tolerável o aumento de tributos na maioria dos governos republicanos, porque o cidadão que crer estar pagando para si mesmo, tem vontade de pagá-los e possui normalmente este poder, devido a natureza do governo. Mas, como o povo não está satisfeito com o retorno deste imposto através de políticas públicas eficazes

⁶ Esses impostos devem ser cobrados sobre o excedente da produção de cada cidadão, e este por sua vez, possui um tipo de produção que pode em certos momentos, exceder, ser nula ou negativa.

para atender essas novas demandas, manifestam-se através de atos públicos para exigir do Estado.

Aparece aqui uma relação de reciprocidade entre o Estado e a Sociedade civil pela arrecadação de impostos, pois estes saem da sociedade, vão para o Estado, mas devem voltar para aqueles novamente na forma de políticas públicas que por sua vez devem atender a “Vontade Geral” e não a “vontade” de determinados grupos sociais.

Segundo Correia (2004) ao escrever a obra “O Contrato Social” Rousseau defende que o poder político deve pertencer ao povo e/ou estar submetido a ele sob seu controle, assim, para esta autora, o poder do soberano deve sofrer limitações pelas convenções gerais, ao passo que, o poder do povo, de controlar o soberano é legítimo porque se estabelece a partir do controle social. Conforme descrito na citação abaixo (CORREIA, 2004, p.158):

Na teoria democrática de Rousseau o único remédio para limitar o poder é atribuí-lo a “Vontade Geral” que por sua natureza não pode abusar deste. Dessa forma, pode-se afirmar que na perspectiva de Rousseau o povo controla o Estado, já que esse é expressão da “Vontade Geral”. O controle social é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular.

Coutinho (2011) relaciona os escritos de Montesquieu (1788) aos de Rousseau (1788), ao iniciar uma discussão sobre a historicidade do contrato social, já que depois do estado natural e antes do contrato, ocorre um longo processo histórico de civilização, onde o modo de produção da sociedade gera várias formações sociais, preparando os homens para dois tipos de contrato social: um que perpetua a injustiça e outro que gera uma sociedade livre e igualitária, dando ao homem um dinamismo e uma potencialidade de transformação social que está ausente em Hobbes (1651) e Locke (1689).

A necessidade do povo pelo Estado Moderno na época da sua formação era uma, mas modifica-se em conformidade com o espaço e tempo no qual o mesmo se insere, pois na contemporaneidade, em uma sociedade globalizada que reivindica direitos, como: distribuição de renda, reconhecimento cultural e participação política, o Estado passa a agir, na tentativa de atender essas demandas de ordem interna, como também, externa à suas fronteiras, deve conciliar a sua intervenção com a liberdade dos indivíduos, já que cada vez que intervém diminui a liberdade individual dos seus cidadãos.

Essa concepção de homem inserido na vida social de Rousseau (1788) antecipa o pensamento de Marx do indivíduo como um ser social que é produto de três elementos: Trabalho, historicidade e da sua dinâmica social, como também, da contradição de dois tipos de Contrato Social, um que promove a injustiça social e outro oposto ao primeiro, que

promoveria uma sociedade mais igualitária, fruto do progresso do modo de produção desta sociedade.

2.4 A Atuação do Estado para a Tradição Marxista

O pensamento de Karl Marx (2012) sobre a questão: qual a origem do Estado? Difere da visão dos autores contratualistas, já que esses defendiam que os indivíduos e grupos se reuniram entorno de um “Contrato Social”, tendo em vista a resolução dos conflitos existentes na sociedade formada por esses indivíduos para garantir a “Vontade Geral”. Já para Marx a formação desse Estado ocorreu para atender aos interesses de uma classe: a dominante, em detrimento de todos os indivíduos, já respondendo a uma segunda pergunta sobre quem está a frente do Estado, que seria atender a essa classe dominante.

Para Coutinho (2011a) Marx e Engels apresentaram através de seus escritos uma nova concepção de mundo ao relacionar a organização social de sua época a partir do seu modo de produção, que ao passar pelo prisma do materialismo-histórico-dialético, era possível desvelar a relação de dominação de uma classe social sobre outra, ao longo da história da humanidade, como mecanismo de dominação de uma classe sobre outra.

Marx (1996) descreve que toda a história da sociedade é caracterizada pelas lutas de classes, observando a realidade do século XIX, descreve que o tipo de sociedade vivida na época (sociedade capitalista), que se caracterizava pelo antagonismo das classes sociais, dividindo-as em dois pólos antagônicos, de um lado a “burguesia⁷” e do outro o “proletariado⁸”, que mantinham uma relação dialética.

O autor em foco adverte que o Estado é essencialmente classista, já que representa uma classe dominante e não a sociedade em sua totalidade como afirmavam os contratualistas. Descreve que “[...] o poder político do Estado representativo moderno nada mais é do que um comitê para administrar os negócios comuns de toda a classe burguesa” (MARX, 1992, p. 34). O Estado se origina dessa forma, da necessidade de um grupo ou classe dominante de manter seu domínio econômico a partir de um domínio político sobre outros grupos, ou sobre as outras classes sociais.

⁷ Por burguesia compreende-se a classe dos capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social, que empregam o trabalho assalariado (MARX, 2012).

⁸ Por proletariado compreende-se a classe dos trabalhadores assalariados modernos que, privados de meios de produção próprios, se vêem obrigados a vender, a sua força de trabalho para poder existir (MARX, 2012).

De acordo com o texto base do Prefácio de Contribuição à crítica da economia política (MARX, 1992, p. 83):

[...] as relações jurídicas, bem como as formas de Estado, não podem ser explicadas por si mesmas, nem pela chamada evolução geral do espírito humano; estas relações têm, ao contrário, suas raízes nas condições materiais de existência.

Uma importante observação contida na obra “A ideologia alemã”, escrita por Marx (1993) entre os anos de 1845 e 1846, com a colaboração de Engels, é o livro que melhor expressa o método científico elaborado pelo autor, que descreve o papel do Estado em uma sociedade capitalista dividida em classes sociais (burguesia e proletariado), cabendo ao Estado atender aos interesses da classe social dominante (burguesia), que mantém a vanguarda do modo de produção de sua época e conduzia-o pela sua força política, ao tempo que desenvolve uma relação dialética com as demais classes sociais (proletariado), em uma sociedade caracterizada pela desigualdade.

Na perspectiva do referido autor é na Sociedade Civil que se deve direcionar o foco de toda a história da humanidade, pois não se devia descuidar da análise das reais relações entre os homens, como faziam outros pensadores, que se limitavam a analisar as ações de príncipes e Estados. Dessa forma, o modo de produção de determinada sociedade, em um determinado, espaço temporal, seria decisivo para avaliar a relação entre os homens, onde um grupo ou classe exploravam outra classe.

Uma variável importante trabalhada por Marx (1993) é a questão da idéia (ideologia) da classe dominante em uma determinada época, já que para ele, as idéias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal (ideologia) das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como pensamentos concretos; portanto, são as expressões das relações que fazem de uma classe a dominante, ou seja, são as idéias de sua dominação, sobre as demais.

Para superação da exploração de uma classe por outra era necessária a revolução, pois de outra forma não seria possível a derrubada da classe dominante, dando condições para que a classe subordinada pudesse desembaraçar-se do antigo *estado quo* e tornar-se capaz de fundar uma nova sociedade.

Esse papel do Estado está presente também na obra “Crítica da Filosofia do direito de Hegel”, escrita por Marx em 1843 onde o Estado passa a estar a serviço dos interesses da classe que detém os meios de produção, atuando de forma dialética, com as demais classes

subordinadas. No entanto, o autor aponta que surge nesta mesma sociedade, um produto típico deste modo de produção capitalista, capaz de revolucionar o capitalismo, que é o proletariado (NETTO, 2012).

Para Marx (2011) os instrumentos utilizados pelo Estado para desenvolver sua função de atender os interesses das classes dominantes era realizado por meio da regulação do sistema jurídico e o aparato policial/militar que o Estado dispõe, garantindo, assim, a ordem social, que na sociedade moderna, representaria a dominação burguesa sobre as demais classes sociais. Assim, o Estado ao desempenhar a função de caráter repressivo era capaz de manter o *status quo* desta classe, como descrito por Marx (2011, p.79):

À medida que os progressos da moderna indústria desenvolviam, ampliavam e aprofundavam o antagonismo de classe entre o capital e o trabalho, o poder do Estado foi adquirindo cada vez mais o caráter de poder nacional do capital sobre o trabalho, de força pública organizada para a escravização social, de máquina do despotismo de classe. Depois de cada revolução, que assinala um passo adiante na luta de classes, revela-se com traços cada vez mais nítidos do caráter puramente repressivo do poder do Estado.

Um ponto relevante apresentado pelo autor citado na Obra “O 18 brumário de Luiz Bonaparte” caso o Estado não esteja sendo administrado diretamente por um burguês, como analisou os acontecimentos revolucionários da França, entre 1848 e 1851, que levaram ao golpe de estado pelo qual Napoleão III se nomeou imperador, à semelhança de seu tio Napoleão, a estrutura deste Estado permaneceu burguesa, representando os interesses da classe dominante. Dessa forma, ele está estruturado nas sociedades capitalistas em função do capital.

No entanto, a obra que condensa o amadurecimento da teoria política desenvolvida por Marx e Engels é “O Manifesto do Partido Comunista”, escrita em 1847. Nela se utilizam de alguns conceitos e categorias de autores como Rousseau, Hegel, Adam Smith e David Ricardo, como “Vontade Geral”, classes sociais e o modo de produção capitalista praticado à época, para descreverem as bases da era moderna que conhecemos, desenvolvendo seu método a partir do materialismo-histórico-dialético, para compreender a totalidade da realidade vivenciada por eles a fim de propor ou influenciar nos rumos da revolução proletária europeia que se aproximava devido às precárias condições de vida das classes subalternas (COUTINHO, 2011a).

Para Marx (1996) a história de todas as sociedades até sua época era a história das lutas de classe, tendo como exemplos, as relações sociais entre o homem livre e o escravo,

patrício e o plebeu, o senhor feudal e o servo, como também, entre o mestre de corporação e o aprendiz, onde esses representavam opressores e oprimidos, respectivamente. Logo, o surgimento da sociedade burguesa moderna (sociedade capitalista) ocorreu devido ao declínio da sociedade feudal, mas que não aboliu os antagonismos de classe, que agora se manifestava na figura da burguesia e do proletariado.

O mercado mundial criado pela poderosa indústria propiciou ao comércio, à navegação e às comunicações um desenvolvimento incomensurável no século XIX, promovendo a expansão da indústria e da própria classe burguesa que passou a acumular capitais colocando em um plano secundário das demais classes sociais, e o desenvolvimento da classe burguesa foi acompanhado, em cada época, de um progresso político correspondente a eminência de dominar o Estado moderno, chegando ao ponto, “do executivo do Estado moderno não ser mais do que um comitê para administrar os negócios coletivos de toda a classe burguesa” (MARX, 1996, p. 9).

Marx (1996, p. 6) assegura que:

Devido ao rápido aperfeiçoamento dos instrumentos de produção e ao constante progresso dos meios de comunicação, a burguesia arrasta para a torrente da civilização mesmo as nações mais bárbaras. Os baixos preços de seus produtos são a artilharia pesada que destrói todas as muralhas da China e obriga a capitularem os bárbaros mais tenazmente hostis aos estrangeiros. Sob pena de morte, ela obriga todas as nações a adotarem o modo burguês de produção, constrange-as a abraçar o que ela chama civilização, isto é, a se tornarem burguesas. Em uma palavra, cria um mundo à sua imagem e semelhança.

No entanto, a desigualdade social imposta pelo modo de produção capitalista limitava sua capacidade de continuar a oferecer as condições de subsistência para toda a sociedade, sendo que este fenômeno poderia ser notado tanto nos países capitalistas mais centrais, como nos demais países capitalistas periféricos.

No entendimento do autor em questão, cabia a classe proletária superar a ordem vigente por meio da revolução para suprir a propriedade privada e com ela o próprio Estado, a fim de que o indivíduo pudesse superar a alienação imposta pela classe dominante. Conforme descreve Marx (1996, p.8):

As armas que a burguesia utilizou para abater o feudalismo voltam-se hoje contra a própria burguesia. A burguesia, porém, não forjou somente as armas que lhe darão morte; produziu também os homens que manejarão essas armas, os operários modernos, os proletários.

Dando continuidade a tradição marxista, destaca-se o italiano Gramsci, autor dos “Cadernos do Cárcere” (escritos entre os anos de 1926-1935), sendo para Coutinho (2011a), o autor que teve a lucidez de apontar as razões dos limites históricos do Manifesto do Partido Comunista, como também, possui a capacidade de enriquecer com novas categorias o pensamento marxista. Tais categorias não estavam presentes na época da publicação do Manifesto, o que fez com que se destacasse como um dos maiores autores marxista depois do próprio Marx.

Para Ferreira e Matos (2015), Gramsci não deixou de lado a essência do pensamento de Marx sobre dialética, filosofia da práxis e humanismo, a concepção de Estado e de sociedade civil que passa por uma revisão teórica de “conservação/superação” da teoria marxiana, no panorama do capitalismo monopolista do século XX. Por conseguinte, o papel do Estado em sua época torna-se mais complexo pela emergência e intensificação de processos de socialização e de participação políticos não vivenciados nem por Marx tão pouco seus seguidores clássicos.

Nascido na Sardenha em 1891 e vindo a falecer em 1937, Antônio Gramsci tornou-se responsável pela renovação do pensamento marxista. Atuou como membro do Partido Socialista Italiano (PSI) e posteriormente, no Partido Comunista Italiano (PCI), sendo eleito deputado federal pelo partido, atuando também, na Internacional Comunista, antes de ser preso pelo regime fascista italiano durante os anos de 1926 a 1935. Escreve os “Cadernos do Cárcere” onde desenvolveu, dentre outros temas as categorias: hegemonia, Estado ampliado e sociedade civil, intelectuais, partido político, ideologia, filosofia da práxis, americanismo e fordismo (SIMIONATTO, 2011).

A realidade vivenciada por Gramsci coincide com a inserção da Itália na era do capitalismo e como este país se adequaria aos demais países do continente europeu. Mas essa situação apresentou um forte processo de exclusão social, principalmente para a classe trabalhadora do campo, e no caso italiano, aumentou a distância econômico-social entre o norte e sul, que foi denominado pelo referido autor como a questão meridional⁹.

Podemos dividir as obras escritas por Gramsci entre textos pré – carcerário (período juvenil) e carcerário (onde escreve os Cadernos), nesse primeiro marcado pelo seu engajamento político, inicialmente, no partido socialista italiano e posteriormente, no partido

⁹ Trata-se da problemática referente à relação entre a parte norte desenvolvida industrialmente e a parte sul da Itália que era predominantemente camponesa. Gramsci buscava encontrar uma hegemonia entre os trabalhadores através da aliança entre os camponeses do sul e o proletariado do Norte (COUTINHO, 2011b).

comunista italiano, onde participou da redação de jornais ligados a esses partidos, observa-se que já apresentava alguns conceitos-chaves, como hegemonia, sociedade civil e sociedade política, Estado, relações de força, vontade coletiva, dentre outros, que foram melhor trabalhados ou desenvolvidas somente na fase carcerária, apresentando uma mesma linha de pensamento, como também, um amadurecimento dessas idéias.

Os Cadernos do Cárcere, escritos entre fevereiro de 1929 e abril de 1935, foram publicados pela primeira vez em 1948 na Itália. Divididos em 33 (trinta e três) cadernos (Gramsci recebera do diretor do presídio os cadernos de capa dura para registrar suas reflexões que foram entregues para sua cunhada Tatiana Schucht, após supervisão da diretoria do presídio, sendo utilizados pelos membros do Partido Comunista). Estes cadernos foram classificados por Gerratana, em Cadernos do tipo “A”, com escritos que seriam reeditados pelo próprio autor; cadernos do tipo “B”, com escritos de redação única; e por fim, cadernos do tipo “C” que continham os textos reagrupados, sendo inicialmente, cadernos do tipo “A” (COUTINHO, 2011).

Apesar da diferença do contexto histórico e cronológico que distancia Maquiavel (1996) de Gramsci (2014), ambos ao produzirem seus escritos avaliam a situação da Itália partindo da totalidade econômico-social e política, em suas respectivas épocas, elaborando um tratado político, tendo por base a realidade italiana.

De acordo com Gramsci (2014) a obra “O Príncipe de Maquiavel”, apresenta como elementos fundamentais a ideologia política e a ciência política que ao se fundirem revelam a figura do “Mito” personificado na figura do *condottiero*¹⁰ ou do Príncipe, elemento doutrinário e racional necessário para a formação do Estado Italiano, que representa, por sua vez, o símbolo da “Vontade Coletiva”.

Ainda assim a variedade de temas discutidas nas mais de 2500 páginas dos Cadernos nos leva a afirmar que a centralidade do mesmo é a questão política, discutida na relação entre governantes e governados, onde o autor traz na metodologia de apresentação e exposição, a mesma metodologia presente em Marx no livro “O Capital”, ou seja, parte do abstrato para o concreto numa relação dialética, trazendo os elementos de historicidade e o modo de produção que determinam o materialismo presente na sociedade de sua época (COUTINHO, 2011b).

¹⁰ Era um mercenário que controlava uma milícia, sobre a qual tinha comando ilimitado, e estabelecia contratos com qualquer Estado interessado em seus serviços, o nome *condottiero* vem de *condotta*, termo derivado do latim *conducere*, que significa "conduzir".

Um ponto importante para esta tese é o conceito de Estado e Sociedade Civil desenvolvido por Gramsci, os quais têm como ponto de partida o Manifesto do Partido Comunista de Marx, que coloca o Estado como um aparelho coercitivo, onde a sociedade civil não exercia influência direta sobre sua condução, como defendiam os contratualistas, apesar de o próprio Marx ampliar este conceito na obra 18 de Brumário. Mas para Gramsci o Estado é permeável às lutas de classes, sendo mesmo atravessado por elas, ou seja, no contexto vivenciado pelo autor, foi possível dizer que o Estado pode ser influenciado pela Sociedade Civil (SIMIONATTO, 2011).

Dessa forma, o papel atribuído ao Estado pelo marxismo clássico, de garantir a reprodução da ordem capitalista pelo uso da coerção é ampliado por Gramsci nos Cadernos, já que descreve que o Estado pode atuar tanto pelo uso dos aparatos coercitivos, para disciplinar e intimidar a ação reivindicatória e lutas sociais, quanto pela busca do consenso “espontâneo”, agindo perante as massas populares para controlar o jogo de forças sociais (FERREIRA; MATOS, 2015).

Gramsci (2014) descreve que o Estado é concebido como um organismo próprio de um grupo destinado a criar as condições favoráveis à expansão máxima desse grupo. Porém, o desenvolvimento e a expansão são concebidos e apresentados como a força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de todas as energias “nacionais”, envolvidas em um determinado período histórico da vida. Assim, a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo dominante e os interesses dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, porém até um determinado ponto.

A Sociedade Civil aparece conceituada por Gramsci (2014, p. 15), como “o conjunto de organismos chamados “privados” e que correspondem à função de hegemonia que o grupo dominante exerce sobre toda a sociedade”. Já a Sociedade Política, para Gramsci (2014, p. 15), seria “o conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante exerce seu poder de força”, sendo o Estado representado pela fórmula: Estado é igual à sociedade civil mais a sociedade política (SIMIONATTO, 2011).

Como define o próprio Gramsci (2014, p. 73):

Este estudo [...] leva a certas determinações do conceito de Estado que, habitualmente, é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo, para moldar a massa popular segundo o tipo de produção e a economia de um dado momento), e não como um equilíbrio da sociedade política com a sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre toda a sociedade nacional, exercida através das organizações ditas

privadas, como a igreja, os sindicatos, as escolas, etc.), e é especialmente na sociedade civil que operam os intelectuais.

Para Ferreira e Matos (2015) a elaboração do conceito de Estado Ampliado, definida por Gramsci (2014), parte da conceituação de duas categorias: hegemonia e Sociedade Civil, sendo atribuído ao conceito de hegemonia o sentido de supremacia de uma classe por outra, não apenas por forças coercitivas, mas pelo caminho da direção intelectual e moral, pelo consenso, que surge quando um grupo social imprime ao outro grupo seus valores, sua cultura e visões de mundo.

Já na perspectiva de Coutinho (2011b), Gramsci coloca o termo “Vontade Coletiva” em um patamar diferente de Rousseau (1978), que descrevia de forma subjetiva, pois dependeria da consciência dos homens; difere também da concepção de Hegel, que a via de forma objetiva, mas dependeria da racionalidade do Estado (burocracia). Gramsci (2014), por sua vez relaciona a “Vontade Coletiva” de forma dialética incluindo, tanto os aspectos subjetivos, como os objetivos, e insiste que a “Vontade Coletiva” é um elemento da democracia.

Gramsci (2014) descreve que a democracia é possível em um Estado Ampliado, ou seja um Estado que apresente uma Sociedade Civil com certo grau de complexidade, típica das sociedades ocidentais. Ainda conforme Gramsci (2014, p. 56), dentre os diversos significados de democracia:

[...], parece-me que o mais realista e concreto é aquele que se pode deduzir em conexão com o conceito de ‘hegemonia’. No sistema hegemônico, existe democracia entre o grupo dirigente e os grupos dirigidos na medida em que o desenvolvimento da economia, e, por conseguinte da legislação, que exprime este desenvolvimento, favorece a passagem (molecular) dos grupos dirigidos ao grupo dirigente.

Segundo Correia (2004) o controle social¹¹ pode ser explicado utilizando as categorias de Gramsci de Estado Ampliado, uma vez que, o controle social é movido pela contradição presente na sociedade civil, ora pendendo para as classes dominantes, ora para as classes subalternas, a depender da correlação de forças entre esses.

Gramsci (2014) considera que a catarse representa a passagem do particular ao universal, da necessidade para a liberdade, ou seja, do momento econômico-corporativo para o momento ético-político dos homens, e o instrumento mais adequado para realizar esta

¹¹ Para Correia (2004) o controle social envolve a capacidade das classes subalternas interferirem nas políticas públicas.

mudança dialética do ser social seria o “príncipe moderno”, ou seja, o partido político. Mas não só o partido, pois para ele, todo indivíduo é um ser político, ou um intelectual.

No Brasil contemporâneo existem 35 partidos políticos devidamente registrados no Tribunal Superior Eleitoral que vão disputar as eleições de 2018 apresentando uma heterogeneidade de plataformas dos seus programas políticos que acabam perdendo o papel social atribuído por Gramsci (2014) relativo transformação do homem singular em homem social.

2.5 As Diversas Formas de Democracia

A escolha do melhor tipo de democracia para um determinado Estado deve ser concebida após a compreensão da historicidade da relação deste com a Sociedade Civil, pois em última análise, o Estado deveria ser a expressão de sua sociedade. No entanto, levando em consideração o conceito de democracia definido anteriormente por Gramsci (2014), é preciso entender a relação dialética dos grupos atuantes no Estado (Estado é igual sociedade política mais sociedade civil) para compreender por quais interesses este Estado atua.

Segundo Bobbio (1986), para que uma sociedade seja considerada democrática, esta deve possuir um conjunto de normas que possibilite que um maior número possível de seus membros exerça o direito de decidir sobre a direção que a sociedade deve tomar de forma concreta e pautada pelo princípio do “Bem Comum” ou “Vontade Coletiva” discutida anteriormente.

Analisando a obra “Capitalismo, Socialismo e Democracia”, de Joseph Schumpeter (1983), publicada pela primeira vez em 1943, descreve os arranjos institucionais das democracias contemporâneas do início do século XX, constata-se que o autor avalia a doutrina clássica da democracia e descreve a existência de um abismo entre a doutrina e a prática democrática, pois os governos não conseguem traduzir a vontade do povo devido à pluralidade dos desejos individuais, mesmo com a definição de uma ação governamental que visasse ao “Bem Comum” e fosse aceitável para todos, isso não implicaria em respostas homogêneas frente às questões isoladas.

A teoria clássica da democracia de origem grega consiste no método democrático onde haveria um tipo de arranjo institucional que permitiria que a “Vontade Coletiva”, tendo em vista os interesses coletivos e não os particulares, conseguisse ser alcançados através de uma assembleia onde todos os cidadãos pudessem manifestar essa vontade (SCHUMPETER,1983).

O autor em foco propõe uma análise do regime democrático, por meio de um método empírico, pelo qual desenvolve sua teoria sobre a democracia que se fundamenta na competição pela liderança. Dessa forma, os indivíduos teriam o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população.

No entendimento do referido autor, a democracia é um método político, ou seja, retrata a forma de um determinado país se organizar institucionalmente para se chegar a decisões políticas, sejam elas legislativas e/ou administrativas. Dessa forma, ao se seguir um consenso sobre essas propostas, estaria o país a desenvolver a democracia, incluindo o princípio de justiça.

Com efeito, para Schumpeter (1983), as elites são as portadoras de racionalidade política e assim os únicos sujeitos capazes de tomarem decisões, cabendo aos indivíduos terem sua participação limitada ao voto. A democracia seria então um mecanismo estabilizador por meio do qual os cidadãos elegeam os *experts* que os governam.

Schumpeter (1983, p. 325), chega a afirmar que:

Segundo a visão que adotamos, democracia não significa e não pode significar que o povo realmente governe, em qualquer sentido óbvio dos termos ‘povo’ e ‘governe’. Democracia significa apenas que o povo tem a oportunidade de aceitar ou recusar as pessoas designadas para governá-lo. Mas como o povo também pode decidir isso de maneira inteiramente não-democrática, temos de estreitar nossa definição, acrescentando mais um critério que defina o método democrático, ou seja, a livre competição entre líderes potenciais pelo voto do eleitorado.

Diante dessa compreensão, ressalta-se que a democracia fundamentada por Schumpeter (1983) é denominada de democracia representativa liberal elitista, pois apenas uma parcela mínima da população estaria apta a ser representante de toda a população para direcionar os rumos do Estado, sendo para isso necessário, a disputa pelo voto dos cidadãos nas eleições.

Esse tipo de democracia pode ser classificado como Democracia Representativa, que consiste no exercício do poder político pela população eleitoral feita de maneira indireta, ou seja, através de seus representantes por si designados, através do mandato para atuar em seu nome e por sua autoridade, isto é, legitimados pela soberania popular.

Um termo evocado do conceito que está presente em Maquiavel (1996) é a legitimidade de um governo na condução do Estado norteado pela “Vontade Coletiva” em detrimento de interesses particulares, mas em uma sociedade capitalista, marcada pela desigualdade social, esse tipo de democracia serviria para perpetuar o poder de um grupo

dominante de forma hegemônica sobre os grupos dominados, já que para Schumpeter (1983) a maioria da população estaria desqualificada intelectualmente para participar do processo.

Fazendo uma crítica à democracia elitista defendida por Schumpeter (1983), Robert Dahl (1987) descreve em sua obra “Poliarquia”, que o ordenamento institucional que prevê a formação de governos através de eleições deve ser realizado em contextos competitivos e mais inclusivos, onde não somente as elites poderiam ser representantes, mas que promovessem integral participação de todos os indivíduos nesse processo, diminuindo as tensões entre o Estado e a Sociedade Civil, sendo denominada Democracia Pluralista.

Para Dahl (1987), a competição é o elemento que caracteriza o método da democracia e a vantagem de um sistema democrático (poliárquico), comparado a outros métodos políticos, reside no fato de ser possível uma ampliação do número, do tamanho e da diversidade das minorias que podem mostrar sua influência nas decisões políticas e no conjunto do caráter político da sociedade.

Aplicado aos governos democráticos modernos do período do pós-guerra, consistiria no funcionamento de um governo descentralizado em que qualquer cidadão integrado em um grupo de interesses tem a possibilidade de fazer representar os respectivos interesses no processo político.

Uma diferença marcante entre Schumpeter (1983) e Dahl (1987) pode ser observada quanto ao direito ao voto em uma eleição, já que para o primeiro, somente cidadãos aptos poderiam votar nos candidatos representantes das elites, ao passo que, para o segundo, todo cidadão teria este direito ao voto (um homem, um voto), assim teríamos o sufrágio universal. No entanto, ambos concordam quanto ao perigo da instabilidade política de todos os eleitores (principalmente os eleitores apáticos) se interessarem por política (COSTA, 2007).

Nas sociedades modernas mais complexas, o sistema representativo parece ser a única alternativa para o exercício da soberania coletiva. Assim, em um governo democrático deve-se assegurar a máxima representatividade das decisões políticas. A poliarquia seria então, a realização plena dos princípios democráticos.

Um ponto de aproximação entre Schumpeter (1983) e Dahl (1987) é a convicção que nas sociedades modernas só pode haver democracia representativa, não democracia “direta”. A poliarquia seria resultado dessa expansão, um tipo novo de democracia, qualitativamente diferente.

Observa-se no registro de Dahl (1987, p. 84).

Se queremos voltar a atenção para o caos do mundo real sem nos perdermos inteiramente em fatos destituídos de sentido ou de empirismo banal, precisamos de uma teoria que nos ajude a ordenar o conjunto incrível e enigmático dos eventos. A teoria poliárquica é formulada na convicção de que, em alguma dimensão entre o caos e a tautologia, podemos, no futuro, construir uma teoria satisfatória sobre a igualdade política.

Nessa lógica, Pateman (1992) traz para a discussão do termo democracia a possibilidade de um governo participativo, que será adotada nesta tese como referência conceitual de democracia. Para esta autora, ao invés de uma democracia meramente representativa, onde os cidadãos participassem apenas do processo eleitoral, seria necessário também, a uma participação efetiva de todos ao longo deste mandato.

Na crítica à concepção elitista de democracia de Schumpeter, Pateman (1992, p. 12), assegura que:

O ponto de partida de sua análise é um ataque à noção de teoria democrática como uma teoria de meios e fins. Democracia, afirma ele, é uma teoria dissociada de quaisquer ideais ou fins [...] democracia é um método político, ou seja, trata-se de um determinado tipo de arranjo institucional para se chegar a decisões políticas, legislativas e administrativas e, portanto, não pode ser um fim em si mesmo, não importando as decisões que produzem sob condições históricas dadas [...] na medida em que se afirma uma ‘lealdade sem compromissos’ à democracia, supunha-se que o método cumprisse outros ideais, por exemplo, o de justiça.

No seu livro “*Participação e teoria democrática*”, publicado em 1970, Carole Pateman ao desenvolver sua teoria política, se questiona: como seria viável a participação em uma teoria de democracia moderna? O tema da democracia começou a ganhar ênfase no final da década de 1960 e início de 1970, e torna-se apropriado sua discussão principalmente, para os países sul-americanos que viviam o autoritarismo dos regimes militares da época.

O princípio da participação pode ser encontrado em Rousseau em sua obra “*O contrato social*” tendo com isso, contribuído para uma teoria democrática participativa, conforme descreve Pateman (1992, p. 35):

Toda a Teoria política de Rousseau apóia-se na participação individual de cada cidadão no processo político de tomada de decisões, e, em sua teoria, a participação é bem mais do que um complemento protetor de uma série de arranjos institucionais: ela também provoca um efeito psicológico sobre os que participam, assegurando urna inter-relação contínua entre o funcionamento das Instituições e as qualidades e atitudes psicológicas dos indivíduos que, interagem dentro dela.

Considerando o contexto de uma sociedade em que o sistema capitalista ainda era incipiente, no qual Rousseau escreveu “*O contrato social*”, é importante salientar que ao pregar a igualdade entre os homens como pré-requisito para a participação, e que para isso seria necessário uma igualdade econômica básica entre todos os homens da sociedade, outro ponto, tão importante quanto, seria o papel educativo do processo de participação, pois para ele, quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna capacitado para fazê-lo.

Ao analisar a contribuição de autores como John Stuart Mill e G. D. H. Cole sobre a teoria da democracia participativa, Pateman (1992) afirma que o ponto central da teoria é que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente, derivando daí a importância da participação local para poder agir em nível nacional, compreendido inclusive, o local de trabalho para o desenvolvimento da prática democrática, dessa forma, as atitudes e qualidades psicológicas necessárias ocorria pelo próprio processo de participação. Assim, a principal função da participação na teoria democrática seria a parte educativa, que atuaria tanto nos aspectos psicológicos como na prática de habilidade e procedimentos democráticos.

Existe uma relação intrínseca entre as práticas participativas/democráticas do dia a dia dos indivíduos que os qualificam para uma participação institucional com o objetivo de discutir e deliberar sobre questões do Estado, partindo de um nível local de discussões para posteriormente, passar a debater estes assuntos em nível central, sendo que o próprio ambiente familiar pode contribuir com experiências participativas, já que em famílias mais conversadoras com a figura de um “chefe de família” dificultaria esse tipo de experiência. Outro ambiente facilitador de experiências participativas é o local de trabalho, que pode contribuir com a formação individual e coletiva de uma eficiência participativa (PATEMAN,1992).

Para Pateman (1992, p. 45), a participação é um processo "no qual duas ou mais partes influenciam-se reciprocamente na tomada de decisões". No entanto, o uso das palavras "influência" e "partes" requer um exame mais atento, pois, embora os termos "influência" e "poder" estejam bastante próximos, estes não são sinônimos, já que, estar em posição de influenciar uma decisão não é o mesmo que estar em posição de (ter o poder para) determinar o resultado de tomar essa decisão.

Outra contribuição no sentido de uma democracia participativa pode ser verificada na obra intitulada “*Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*”, de autoria de Santos (2009), que descreve a necessidade de um protagonismo da sociedade civil

nas ações do Estado em diversos espaços, reforçando assim, uma cultura cívica entre os cidadãos que fortaleceria a própria democracia.

Com o fim da guerra fria e a vitória dos países denominados democráticos, além da intensificação do processo de globalização, o discurso da democratização torna-se planetário, como ideologia e não como prática. Assim, já no mínimo, iniciado e, na maior parte já consolidado em quase todas as partes do planeta.

Para Santos e Avritzer (2002), o problema da democracia está estreitamente ligado ao reconhecimento de que a democracia não constitui um mero acidente ou uma simples obra de engenharia institucional. A democracia implica ruptura de tradições estabelecidas e, portanto, a tentativa de instituição de novas determinações, novas formas e novas leis. Neste campo, o papel dos movimentos sociais é notável. Eles contribuem de forma decisiva na ampliação do político, na transformação de práticas dominantes, no aumento da cidadania e inserção na política de atores sociais excluídos.

As iniciativas visando o aumento da participação social levaram a uma redefinição sobre a adequação da solução não participativa e burocrática em nível local, recolocando o problema da escala no interior do debate democrático. Esse fenômeno recoloca também a relação entre procedimento e participação social e, ainda, fez vir à tona o problema da relação entre representação e diversidade cultural e social (SANTOS, 2009).

Wendhausen e Cardoso (2007) defendem que em uma sociedade civil ampla a democracia representativa deve estar presente. No entanto, esta Sociedade Civil necessita participar das ações do Estado, pois a participação dos cidadãos não precisa se restringir apenas na escolha de seus representantes, mas oportunizar o máximo de debates em níveis locais, aprimorando, dessa forma, suas atitudes cívicas que lhe possibilitaram uma aproximação às atividades dos eleitos, facilitando o controle dessas práticas.

Neste item da democracia participativa da Sociedade Civil, a experiência dos conselhos gestores praticado no Brasil, de forma específica, no setor saúde, desde 1987, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)¹², que serviu de molde para os conselhos gestores do Sistema Único de Saúde, são uma forma concreta de se colocar em prática participação.

Desde o ano de 2003, os conselhos gestores do setor saúde, ganharam novos espaços com a criação dos Conselhos regionais, Conselhos distritais e Conselhos Locais de Saúde,

¹²Os conselhos gestores do setor saúde criados no período do SUDS foram: a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), e as Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde (CLIS ou CIMS).

este ultimo, criado no serviço de saúde que está próximo à população que o utiliza, possibilitando a participação da população nos assuntos relativos ao que é ofertado pelo Estado no setor saúde que passa a ser um direito assegurado desde a promulgação da Constituição Federal de 1988.

3 ABORDAGEM HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Neste capítulo será abordada a evolução do sistema público de saúde brasileiro ao longo dos últimos dois séculos, com o intuito de resgatar as diferentes etapas que este sistema passou para a atual construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos seus princípios a garantia da participação social na deliberação de suas ações. Para que possamos analisar a realidade hoje existente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo pelo qual o Brasil passou ao longo dos anos. Com este propósito serão discutidas as temáticas de participação, conselhos de saúde local e gestão democrática do sistema de saúde.

Ao analisarmos a história das políticas de saúde no país é importante pontuar algumas considerações, como: (a) a evolução histórica das políticas de saúde esta relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira; (b) esse processo evolutivo sempre obedeceu ao avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo em nível internacional; e, (c) a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, tanto no que diz respeito à solução dos numerosos problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

3.1 A Saúde na Colônia e no Império (1500 até 1889)

Durante o período do Brasil colônia (1500-1822) eram inexistentes as ações promovidas na área da saúde pelo governo Português em solo brasileiro. O atendimento das demandas de saúde da população nativa e dos primeiros colonizadores era realizado, em sua maioria, por curandeiros com a utilização de ervas e plantas nativas, bem como pelos missionários da igreja católica nas Santas Casas de Misericórdia¹³ instaladas nas províncias onde o trabalho de catequese com a população local era mais intenso, como também, por boticários (farmacêuticos) que apesar de não contarem com uma formação acadêmica, tinham experiência na indicação de medicamentos aos indivíduos que poderiam pagar pelo tratamento.

No período do Brasil colônia é importante ressaltar que a relação de Portugal era de exploração dos produtos brasileiros, com destaque para a produção de cana de açúcar e pedras

¹³ A Santa Casa de Misericórdia da cidade de Santos foi fundada em 1543.

preciosas e essas mercadorias eram exportadas, principalmente, pelo porto de Rio de Janeiro que passou a ser a sede do governo com a chegada da família real em 1808.

Os modelos explicativos do processo saúde doença daquele momento histórico eram determinados pelo modelo Místico-religioso (que atribuía o adoecimento dos indivíduos a fatores ligados ao sobrenatural) e pelo modelo Miasmático (segundo essa teoria, as doenças teriam origem nos miasmas: o conjunto de odores fétidos provenientes de matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis freáticos contaminados). Dessa forma, as ações desenvolvidas no campo da saúde eram voltadas para responder a esses processos de adoecimento (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Com a chegada da família real em 1808, o país necessitou de um aparato mínimo para dar suporte ao novo momento político, e a cidade do Rio de Janeiro necessitou de um controle sanitário mínimo, tendência que se alongou por quase um século, com destaque para o Controle de navios e saúde dos portos, sob responsabilidade da Junta de Higiene Pública, criada em 1829, e posterior delegação das atribuições sanitárias às Juntas de Higiene Públicas Municipais. Nesse período, é fundado na Bahia o colégio médico no Real Hospital Militar da cidade de Salvador e a escola de cirurgia do Rio de Janeiro, permitindo a formação de profissionais em solo brasileiro e os boticários passam a ter uma habilitação expedida pelo governo para exercício das suas funções (CONASS, 2011).

Observa-se que a ação estatal está voltada para atender às demandas oriundas do comércio internacional, em um período denominado de colonialismo, promovendo a adequada circulação de mercadoria entre as nações e inserindo o Brasil na rota internacional do comércio. Dessa forma, o Estado desempenha o papel descrito por Marx (1996) de estar a serviço de uma classe dominante, ou seja, para os anseios da burguesia que estava na vanguarda dessa fase do capitalismo.

Apesar das ações desenvolvidas pelo governo central na área da saúde através da Junta de Higiene Pública, criada em 1829 já no período do Brasil imperial (1822-1989), realizadas na capital e nas principais cidades que possuíam portos, com o intuito de promover o comércio do Brasil com os demais países, tendo como atribuições a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas, a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina, polícia sanitária da terra e, em geral, todos os lugares de onde possa provir danos à saúde pública, no entanto, essa Junta não conseguiu resolver os problemas de saúde pública da época (MACHADO, *et al*, 1978).

Nesse período, doenças como a Varíola, importada da África, onde era endêmica e da Europa, dizimou uma parte da população local, mas que hoje é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma doença erradicada no mundo; outras doenças como a Febre Amarela, Tuberculose e Hanseníase possuíam importância epidemiológica pela magnitude dos casos e as sequelas produzidas pelas mesmas.

É importante ressaltar nesse período o papel da filantropia realizada pela igreja católica com a construção das Santas Casas de Misericórdias, espalhadas em várias cidades do país, como a da cidade do Rio de Janeiro inaugurada em 1885, que prestavam assistência de saúde às pessoas que não possuíam condições de pagar por esse tipo de assistência e a ausência do Estado brasileiro na prestação de assistência médica à saúde da população desfavorecida.

Um ponto importante a ser ressaltado desse período é o relacionado à falta de participação da Sociedade Civil nas questões relativas a atuação do Estado, caracterizando-se por uma relação verticalizada entre eles, uma vez que a figura de um imperador, já denota esse caráter centralizador do Estado. No entanto, já começa a surgir uma elite ligada à produção e exportação do café, notadamente, localizada no eixo Rio - São Paulo - Minas Gerais.

3.2 O Período da República Velha (1889 até 1930)

Com a proclamação da República em 1889, o país entra em uma nova fase de sua história com o anseio de modernizar sua incipiente industrialização e fortalecer ainda mais a produção e exportação de seus produtos agrícolas, notadamente o café, pois as elites que dominaram o país representavam predominantemente interesses dos setores agrários¹⁴, sendo necessária uma atenção especial para a força de trabalho, em um esforço para adequar o Brasil à nova realidade do capitalismo internacional.

No Estado brasileiro após a proclamação da República estabeleceu-se a forma de organização política típica dos estados capitalistas centrais, no caso brasileiro, essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio para uma parcela da população, em uma concepção de democracia próxima da proposta por Schumpeter (1983), sem qualquer outro tipo de canal de intervenção da sociedade.

¹⁴ A denominada Política do café com leite, pois as elites agrárias das províncias de São Paulo e Minas Gerais detinham o controle do Estado.

Nesse momento histórico um novo modelo explicativo do processo saúde doença entra em evidência, é o denominado modelo Bacteriológico desenvolvido pelo francês Louis Pasteur (1822-1895). O modelo baseava-se no conceito de que uma vez identificados os agentes vivos específicos de doenças, os chamados agentes etiológicos e os seus meios de transmissão, os problemas de prevenção e cura das doenças correspondentes estariam resolvidos, esquecendo-se dos demais determinantes causais relacionados ao hospedeiro e ao ambiente (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Na área da saúde foram criados o Instituto Soroterápico Federal, que passou posteriormente, a se chamar Instituto Oswaldo Cruz (1908), no Rio de Janeiro e o Instituto Butantã, em São Paulo. Essas duas instituições impulsionaram a pesquisa das doenças mais prevalentes na época com base nos estudos de Louis Pasteur, como também, a formação de uma nova geração de profissionais da saúde, fortemente influenciada pelas escolas francesas e alemãs que promoveu no Brasil a sua primeira Reforma Sanitária¹⁵. Ambas ainda apresenta um importância estratégica para o Ministério da Saúde (MS) na produção de imunobiológicos e medicamentos, além de serem centros de pesquisa de excelência reconhecidos internacionalmente pela OMS.

De acordo com o Godim, Grabois e Mendes (2011), um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República (1889-1930), sob a liderança da nova geração de médicos higienistas que alcançou importantes resultados. Com destaque para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, que estabelecia as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central que se manteria até a implantação do SUS.

No entanto, a primeira república trazia consigo os velhos problemas das epidemias, como a malária, peste bubônica, febre amarela, varíola, dentre outras, que atingiam suas principais cidades exportadoras como o Rio de Janeiro e Santos, que chegaram a ser boicotadas por alguns navios que se recusavam a atracar nos portos devido à calamidade sanitária.

Naquele contexto, emergia a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação de interesses, com destaque para a

¹⁵ A segunda Reforma Sanitária ocorreu com a implantação do SUS.

Revolta da Vacina, ocorrida em 1904 e as greves gerais de 1917 e de 1919, que geraram respostas do governo frente essa nova realidade.

Para Bravo (2008), com a industrialização dos países centrais a assistência à saúde passa a ser assumida pelo Estado, especificamente da classe trabalhadora, na denominada medicina social praticada na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. Sendo assim no século XX, essa interferência será aprofundada com a elaboração de políticas para o setor.

O modelo de intervenção no setor saúde ficou conhecido como modelo sanitário campanhista, com programas verticalizados para cada tipo de patologia infecciosa. Foi concebido dentro de uma visão militar, na qual o uso da força e da autoridade era considerados os instrumentos preferenciais de ação do Estado (GODIM; GRABOIS, MENDES, 2011).

O referido modelo obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, apesar do seu método que lembrava verdadeiras campanhas militares, conseguir erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto que se tornou hegemônico como proposto de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas no Brasil.

A aprovação da Lei Eloi Chaves, em 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no país, foi uma resposta encontrada pelo Estado frente às fortes pressões que vinham dos movimentos do operariado urbano. Com isso, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) organizadas por empresas, sendo para Escorel, Nascimento e Edle (2005), o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados.

Apesar da criação dessas CAP's um significativo número de trabalhadores ficou de fora desse novo tipo de organização, seja nas cidades, para os trabalhadores que não tinham um vínculo empregatício oficial, ou no campo, pois deixavam de fora os trabalhadores rurais, que só passaram a ter esses tipos de auxílios na década de 1960, com a criação do Fundo Rural (FUNRURAL) que consiste em uma contribuição social destinada a custear a previdência social deste segmento de trabalhadores.

Nesse período fica bem nítida a separação da Política Pública de Saúde brasileira em dois grandes segmentos; de um lado tínhamos uma ação campanhista voltado para as doenças mais prevalentes na época desenvolvida pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) criado em 1920, e de outro, o segmento Previdenciário, operacionalizado pelas CAP's destinado somente aos trabalhadores urbanos devidamente inseridos no mercado de trabalho.

De forma geral, essa divisão da Saúde Pública brasileira não promovia a participação da Sociedade Civil no setor da saúde, uma vez que, as ações campanhista tinham o caráter centralizador, já que as decisões sobre quais ações seriam implementadas era decididas a nível central e não levava em consideração a necessidade local de tal ações; Por sua, vez o segmento previdenciário, apesar de contar com uma comissão formada com trabalhadores para gerir os fundos, estes não influenciavam na tomadas de decisões, ficando a cargo, ora do governo, ora do empregador.

Em conformidade com Santos (1979) vivia-se no Brasil uma cidadania condicionada pelo mercado de trabalho, pois para este autor, os trabalhadores devidamente inseridos no mercado de trabalho eram considerados pelo Estado cidadãos, enquanto que os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho de forma informal, eram considerados sub-cidadãos, e os indivíduos que não possuíam vínculo empregatício eram considerados indigentes.

A comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa, um dos quais deveria assumir a presidência da comissão e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos, sem contar com a participação do governo no repasse de recursos financeiros. O fundo era custeado pelos empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços das mesmas (taxas embutidas nos produtos ou serviços).

Logo, pode-se entender a criação das CAP's dentro de um contexto de reivindicações operárias no início do século de uma incipiente industrialização, fruto de um acúmulo de capital da área exportadora agrícola, em um espaço urbano, como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social.

Dessa forma, a crescente urbanização e a industrialização nas principais cidades brasileiras, tendo como consequência formação de uma massa de trabalhadores urbanos que passará a ser levada em consideração após a década de 1930 com a vitória de Getúlio Vargas na eleição para presidente da república.

3.3 A Era Vargas (1930 até 1964)

A crise de 1929 afetou as economias dos países em uma escala mundial, sendo que no Brasil, atingiu sobremaneira o setor agrário-exportador, promovendo uma redefinição da organização do próprio Estado e imprimindo novos caminhos à vida nacional. Dessa forma, a implantação do Estado Novo representou o acordo entre a grande propriedade agrária e a incipiente burguesia industrial nacional que teve como consequência o fim a política do café com leite.

Com a chegada de Vargas ao poder em 1930, inicia-se uma nova fase de institucionalização das políticas públicas no país que conformaria o sistema de proteção social até um período recente. Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo, tanto nas áreas urbanas, como no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária (CONASS, 2011).

Em relação à Previdência Social, no ano de 1933 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que se organizavam por categoria profissional e não mais por empresa, extinguindo-se as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), assegurava aos seus beneficiados: (a) aposentadoria; (b) pensão em caso de morte, para os membros de suas famílias ou para os beneficiários; (c) assistência médica e hospitalar, com internação até 30 dias; (d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração (CONASS, 2011).

Diferente das CAP's os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) passavam a captar recursos da própria União e passaram a ter uma comissão administrativa, com representantes do governo, além dos trabalhadores e empregadores que mantinham o controle dos recursos financeiros do instituto. Apesar de que, na prática, o Estado cumpria parcialmente sua responsabilidade do repasse financeiro.

Os IAP's tiveram dois papéis fundamentais para o Estado, sendo o primeiro: servir como importante mecanismo de controle social, até meados da década de 1950; e o segundo: o papel no desenvolvimento econômico deste período, como “instrumento de captação de poupança forçada”, (BRAVO, 2000, p. 30) através de seu regime de capitalização.

Com relação ao controle social, Bravo (1998) descreve que a medicina previdenciária da década de 1930, organizada pelos IAP's, ao estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios, o fez como forma de “antecipar” as reivindicações dessa categoria e não proceder uma cobertura mais ampla de serviços, sendo

que se preocupou mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços.

No ano de 1937 foi promulgada uma nova Constituição, que reforça o centralismo e a autoridade presidencial, iniciando um período que se caracterizava como uma ditadura, conseqüentemente, o controle sobre a mão-de-obra assalariada foi reforçado a partir de 1940, com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento da contribuição sindical, dificultando a vocalização das demandas dos trabalhadores e de toda a sociedade civil para o Estado.

No entanto, em 1939 regulamenta-se a Justiça do Trabalho e, em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) que se apresentou, no contexto de sua publicação, como uma dádiva do governo e não uma conquista dos trabalhadores. Dessa forma, o Estado apresentava, além da sua força de coerção através da ação policial, seu poder de hegemonia através da concessão de benefícios para controlar as massas de trabalhadores urbanos que reivindicava melhores condições de vida.

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), no ano de 1930, constitui-se em uma das principais mudanças no sistema público de saúde desse período. Logo, competia ao novo ministério a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, pois esta era subordinada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Somente em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que apesar da separação do Ministério da Educação, desenvolve as mesmas funções.

Nesse contexto organizacional das políticas de saúde, pode-se notar um dualismo do sistema, pois, de um lado, tínhamos um sistema previdenciário que atendia aos “cidadãos” com vínculo empregatício devidamente registrado; e de outro, todos os considerados “pré-cidadãos”, como os pobres, os desempregados e os que exerciam atividades informais, e que dessa maneira, não contribuía para o sistema previdenciário.

Em 1946 o país promulga uma nova Constituição que instaura um novo período da democracia denominada “república nova”. Com um texto redemocratizador, a Constituição espelhava a derrocada dos regimes totalitários na Europa e o retorno, ainda que tênue, dos valores liberais no mundo. Ela assegurou uma maior liberdade de expressão, além de promover eleições diretas para os principais cargos do Executivo e Legislativo, além de ampliar o voto feminino para todas as mulheres. Apesar desses avanços, ainda apresentava tendências centralistas do Poder Executivo como o corporativismo sindical. No entanto, o sistema de saúde manteve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços

verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964 (CONASS, 2011).

Dentre as principais ações no sistema de saúde implantadas nesse período, podemos citar: (a) criação do Ministério da Saúde, em 1953; (b) reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956; (c) implementação da campanha nacional contra a lepra e das campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964; e (d) a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963.

Diferente das duas Conferências Nacional de Saúde, a primeira ocorreu em 1941, a segunda em 1950 e a 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), que foi a último evento do setor antes do golpe militar de 1964, apresentava a proposta de municipalização dos serviços de saúde, que contrariava o modelo centralizador da época ao fortalecer o papel dos estados e municípios na oferta de serviços para sua população, princípio que estaria presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, mas que não foi colocado em prática na ocasião da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

Para Bravo (2008), a situação da saúde da população no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente, nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade em geral.

3.4 O Período da Ditadura Militar (1964 até 1985)

A instauração da ditadura militar no Brasil ocorreu quase que simultaneamente aos demais países da América Latina, no contexto da guerra fria¹⁶. Com o pretexto do risco de implantação de um governo comunista no país, já que o presidente João Goulart se aproximava dos países sob influência soviética e não se alinhava aos interesses econômicos e políticos norte-americanos na região os militares assumiram o Estado em março de 1964 por meio de um golpe militar (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

O regime militar obteve o apoio do empresariado nacional e internacional apresentando caráter ditatorial e repressivo. Procurou utilizar-se de sua prerrogativa de

¹⁶ A Guerra Fria foi uma disputa pela superioridade mundial entre Estados Unidos e União Soviética após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) até o fim da década de 1980.

coerção através das forças policiais e do exército, além dos atos de exceção, como o Ato Institucional nº 5, publicado no ano de 1968, para limitar de forma mais severa qualquer tipo de mobilização política, como também, cerceava os cidadãos de sua plena liberdade de manifestação e expressão, para se impor diante da Sociedade Civil.

A relação entre o Estado e a Sociedade Civil foi marcada pelo fechamento de qualquer tipo de canal de comunicação entre eles, pois até mesmo os partidos políticos foram considerados clandestinos, o que levou a uma situação de oposição (aversão) da Sociedade Civil em relação ao Estado, sendo em algumas ocasiões foram organizadas forças paramilitares para questionar a ação do Estado.

Durante o período militar o sistema de saúde caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde que acabou por ser responsável pela formação de um complexo privado de saúde intrinsecamente ligado a sociedade política, para usar um princípio de Gramsci, para garantir junto ao Estado seus interesses particulares.

O planejamento do setor saúde realizado pelo Estado ficou conhecido como tecnocrata, tendo a figura de um planejador que definia as ações a serem realizadas nas diversas regiões do país sem levar em consideração as especificidades de cada local que promovia, na maioria das vezes, inadequações entre a necessidade de serviços e o que era realmente ofertado.

O modelo predominante no referido setor era o biomédico hospitalocêntrico baseado no Relatório Flexeriano¹⁷ que pautava suas ações no tratamento da doença com o auxílio de alta tecnologia e profissionais especializados e que necessita de volumosa receita de recursos, que não valoriza as ações de saúde de caráter preventivo, que, além de exigir um recurso reduzido, produz impacto mais significativo sobre a população.

Uma importante mudança no sistema previdenciário durante o período, ocorreu em 1967, com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (CONASS, 2011).

¹⁷ Relatório elaborado por Abraham Flexner, em 1904, que propôs a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico nos Estados Unidos.

Para atender a uma demanda crescente de serviços de saúde pelos assegurados do sistema previdenciário ocorreu uma significativa expansão em número de leitos disponíveis, cobertura e volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. No entanto, todo esse volume de recursos somado ao parco controle de Estado com os serviços prestados deu margem a inúmeros casos de desvio de recursos públicos no setor (CONASS, 2011).

Com o aumento da demanda e complexidade dos atendimentos médico-hospitalares realizados pelo INPS o governo acabou por criar em 1978, um setor específico para organizar tais serviços, que foi o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que só foi extinto em 1993 após perder sua finalidade perante a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Mendes (1999) o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) consolidou um processo de especialização da organização previdenciária, partindo-se de um princípio racionalizador para garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa.

Desta forma, estabelecem-se do ponto de vista político, jurídico-legal e institucional, os alicerces que permitem a hegemonia do setor privado nesta área, na década de 1970, consolidando-se o modelo biomédico privatista, combinado no tripé (MENDES, 1999, p. 26):

1^a. O Estado é o grande financiador do sistema por meio da Previdência Social; 2^a. O setor privado nacional é o maior prestador de serviços de atenção médica; e 3^a. O setor privado internacional torna-se o mais significativo produtor de insumos, equipamentos biomédicos e medicamentos.

Algumas ações importantes realizadas no período militar foram: (a) a criação, em 1970, da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias; (b) Implantação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos (ações preventivas) e privados (ações previdenciárias); e (c) criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976, como intuito de expandir a rede ambulatorial pública pelo interior do país.

Outra ação importante, com vistas a reduzir o número de desvios de recursos e normatizar o repasse para o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública, foi à criação em 1981 do Conselho Consultivo de Administração da Saúde

Previdenciária (CONASP) que subsidiou a criação do programa das Ações Integradas de Saúde (CONASS, 2011).

Após a redução de recursos no setor e o aumento da demanda por serviços foi criado em 1981, as Ações Integradas de Saúde (AIS) envolvendo os Ministérios da Saúde, Educação e Previdência, visando um novo modelo assistencial, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. A partir daí, a Previdência passa a comprar serviços públicos prestados por estados, municípios, de hospitais filantrópicos, públicos e universitários, com custos ínfimos dos praticados pela rede privada instalada no país (BRASIL, 2008).

Esse novo padrão assistencial é pautado no modelo explicativo do processo saúde doença denominado de Modelo Multicausal que não exclui a presença de agentes etiológicos em uma pessoa como fator de aparecimento de doenças, mas vai além, ao levar em consideração o psicológico do paciente, seus conflitos familiares, seus recursos financeiros, nível de instrução, saneamento, entre outros fatores envolvidos para o adoecimento do indivíduo (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Dessa forma, devem ser enfrentados outros determinantes e condicionantes envolvidos no processo de adoecimentos dos indivíduos e coletividades que enfraquecem teoricamente o modelo individualista hospitalocêntrico pautada na doença e aponta para a necessidade de participação da população para expressar suas reais necessidades de intervenção do Estado, permitindo que este atenda essas reivindicações, promovendo uma relação mais horizontalizada entre Estado e Sociedade Civil.

Com a crise econômica mundial que se inicia em 1975 e atinge seu ápice no ano de 1979, com a denominada crise do petróleo, o regime militar entra em crise, principalmente, pela redução da entrada de capitais estrangeiros e o irrelevante crescimento econômico interno que reduziram a capacidade de arrecadação do governo, tendo como consequência às implicações sociais que se fazem presente no setor saúde, como o aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil.

Os beneficiados da previdência viram a diminuição de recursos no setor pela arrecadação inferior, devido o aprofundamento da crise econômica e a diminuição da qualidade e oferta de serviços da rede credenciada, que já tinha sido beneficiada pela captação de recursos a fundo perdido para construir ou reformar sua rede assistencial.

Segundo Cordeiro (2004), com o desgaste do regime militar iniciado em 1979 é iniciado o processo de abertura política, completado em 1985 pelo general João Batista Figueiredo, último presidente militar. Esses anos são marcados pelas críticas ao regime que

procurou resistir, ampliando, por um lado, o espaço de manifestação política; e por outro, utilizando-se simultaneamente de dois mecanismos voltados para responder às demandas das camadas populares: concessões econômicas restritas e uma política social repressiva e paternalista destacando, ainda, o ressurgimento do movimento estudantil, o surgimento do movimento pela anistia e do novo sindicalismo, além do início do próprio Movimento de Reforma Sanitária (MRS).

Para Bravo (2008), o bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguiu, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, sendo preciso gradualmente, modificar a sua relação com a Sociedade Civil, e estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais, sobre as demais classes sociais.

As críticas ao regime militar também eram realizadas pelos partidos de esquerda que, na sua maioria ficaram atuando na clandestinidade durante o regime militar, fortemente influenciados pelo pensador italiano Gramsci, que seguindo a tradição marxista do materialismo-histórico-dialético tornou-se uma referência no Brasil e em grande parte da América Latina, não só para os partidos de oposição, mas também nos centros acadêmicos na produção de trabalhos e textos relacionados ao contexto da época (SIMIONATTO, 2011).

A década de 1970 foi marcada por intensas atividades de reivindicações por parte da Sociedade Civil contra o Estado por melhores condições sociais em face da crise econômica instalada em meados desta década e o agravamento da “questão social” no país. Essas reivindicações eram relacionadas, dentre outros fatores, com o setor saúde e realizadas, principalmente, pelos sindicatos dos trabalhadores, urbanos e rurais, como também, pelas sociedades acadêmicas, associação de moradores, entidades religiosas, movimentos feministas, entidades filantrópicas, dentre outros (BRASIL, 2002).

Na área da saúde essas reivindicações por melhores condições de saúde foram denominadas de Movimento de Reforma Sanitária (MRS), tornando-se um braço da luta da Sociedade Civil contra um Estado autoritário, destacando-se por reivindicar um sistema de saúde universal, integral e equitativo, fazendo oposição ao modelo hegemônico hospitalocentrico que predominava nos serviços no setor (FARIAS FILHO; SILVA; MATHIS, 2014).

O movimento de reforma sanitária brasileiro, entendido como um movimento ideológico com uma prática política, apresenta um confronto teórico com o modelo hospitalocentrico com base liberal proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista emanado de vários segmentos da sociedade civil, que iria construir uma nova agenda no

campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir do diálogo com as correntes de “esquerda” presentes nos partidos políticos sob influência do marxismo e a medicina social que vinculava o processo de saúde doença aos aspectos sociais e não simplesmente ao aspecto biológico (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

O movimento reformista do setor saúde foi influenciado pelas novas concepções de ações e serviços de saúde debatidas na Conferência Internacional de Saúde sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, no ano de 1978, considerado o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às massas populacionais, tendo como slogan “Atenção Primária para todos os povos até o ano 2000”, em detrimento do predomínio da atenção secundária e terciária (realizadas em nível hospitalar).

Para Bravo (2008) nas décadas de 1970 e 1980, o setor saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Dentre os novos sujeitos que entraram em cena nessa conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) como veículo de difusão e ampliação do debate sobre Saúde e Democracia, como também, a elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2008).

Tanto o CEBES, criado no ano de 1975 como a ABRASCO, criada em 1979, tiveram o papel precípua de formação de uma massa de críticos ao modelo de saúde praticado no país, como também, propositivos de novas concepções e rumos para um novo sistema de saúde, comparando ao que descreveu Gramsci (2014) com a função de formação dos intelectuais orgânicos do Movimento de Reforma Sanitária.

Quando analisamos a formação dos primeiros movimentos em defesa de um sistema de saúde universal e de qualidade no Brasil, observamos que ocorreu em pleno regime militar,

com todo seu aparato legal que deslegitimava a participação da Sociedade Civil nos processos de formação e direcionamento dos serviços de saúde.

Conforme afirma Avtrizer (2009), o Brasil apresentou até os anos de 1980, uma inferior propensão à mobilização social na saúde. No entanto, existem algumas experiências de movimentos sociais antes de 1980, como por exemplo, na cidade de São Paulo, com a Sociedade de Amigos de Bairro e em Porto Alegre, com a Federação das Associações Comunitária, que já reivindicavam melhores condições de saúde.

Simionatto (2011, p. 13), descreve que “a revogação do AI-5 em 1979, permitiu através do processo de “abertura” política do regime militar, recolocar em pauta os sujeitos políticos banidos pelo regime, ampliando as possibilidades de participação e reivindicação de retorno ao regime democrático. Todo esse contexto citado anteriormente criou uma atmosfera que dificultava a participação social na busca por melhores condições de vida.

Observa-se que mesmo diante de um regime de governo autoritário, a sociedade civil se reorganizou para mobilizar-se contra esse regime de governo, como também, em prol de uma Política Pública de Saúde universal e de qualidade, em meio ao agravamento das condições de vida da população brasileira e o enfraquecimento do próprio regime diante da crise financeira.

Nesse período foram realizadas quatro Conferências Nacional de Saúde (CNS), a 4ª CNS realizada em 1967 teve como tema: Recursos humanos para as atividades em saúde; a 5ª CNS realizada em 1975 cujos temas: Implementação do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias; e Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rural; A 6ª CNS, ocorrida em 1977, trouxe como temas: Situação atual do controle das grandes endemias; Interiorização dos serviços de saúde; e Política Nacional de Saúde; e a última a ser realizada no período foi a 7ª CNS realizada em 1980, tendo como tema: Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos. Sendo assim, todas elas não contaram com a participação dos segmentos representantes da Sociedade Civil (BRASIL, 2008).

No final desse período o Movimento de Reforma Sanitária já agregava vários setores da sociedade que passaram a atuar mais especificamente no Congresso Nacional com o intuito de pressionar os parlamentares para a aprovação de um novo sistema público de saúde capaz de modificar a precária situação epidemiológica vivenciada no país nessa época.

3.5 O Período da República Nova e a Segunda Reforma Sanitária Brasileira (1985-1988)

Com o fim do regime militar no ano de 1985 e a realização de eleições indiretas para presidência da república, que elegeu Tancredo Neves, o qual não chegou a assumir o governo devido sua morte antes da posse. Quem assumiu foi, José Sarney, que apesar de ser um representante civil, apresentava uma tendência mais conservadora em relação às mudanças pelas quais passava o país.

Para Silva (1997), as mudanças ocorridas com o dismantelamento do poder político (retirada dos militares do comando político do país), se deram a partir de alianças com os civis, configurando-se no denominado “Pacto das elites”, uma vez que, no processo de transição de um regime para o outro houve a necessidade de muita articulação entre civis (uma elite política e econômica) e os militares, a fim de pactuar algumas garantias que atendessem aos anseios de ambos, como a garantia por parte dos civis de não investigar possíveis crimes cometidos associados ao período dos militares no poder.

Observa-se nesse contexto, que a tensão entre a Sociedade Civil e o Estado, foi articulada por forças mais conservadoras de um lado e um segmento mais progressistas do outro (“Pacto das elites”), com uma predominância mais progressista, fortalecida pela pressão vinda das ruas, mas que apresentavam limites por se tratar de uma ação negociada com repercussões na área da saúde. No entanto, neste período alguns representantes do Movimento de Reforma Sanitária assumem cargos importantes do primeiro e segundo escalão do Ministério da Saúde que permitiu uma mudança de direção do próprio ministério favorável a implementação da reforma sanitária.

Um dos limites da atuação da ala mais progressista dentro do Congresso Nacional era o fato dos Ministérios do então presidente serem formados por representantes, tanto da ala mais conservadora ligada ao grande capital, incluindo o setor privado atuante na saúde, como da ala mais progressista, sensível à causa do movimento sanitário, advindas do crescimento dos partidos de oposição das últimas eleições. Isso gerou uma dialética, onde alguns avanços foram acompanhados de recuos, tendo como exemplo a participação, embora de forma complementar, do setor privado na Política Pública de Saúde (BRASIL, 2006c).

O ápice da mobilização social no setor saúde desse período ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília. Participaram sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros. Sendo assim, foi considerada a conferência de saúde com maior número de participantes

representantes da sociedade civil desde sua criação durante o governo Getúlio Vargas, em 1941, quando ocorreu a primeira Conferência Nacional de Saúde, antes mesmo da criação do Ministério da Saúde.

Em relação à formação do sistema de saúde, embora não tenha sido possível atender todas as demandas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo em vista o confronto com interesses empresariais ou de setores do próprio governo, elas significaram um avanço considerável das aspirações do Movimento de Reforma Sanitária.

Convocada a Assembléia Nacional Constituinte, responsável por elaborar a nova Constituinte, foi formalizada a Comissão da Reforma Sanitária (CRS) com caráter consultivo. Todavia, conseguiu-se que as principais reivindicações, advindas da referida Conferência, fossem contempladas na nova Constituição, instituindo-se uma Segunda Reforma Sanitária do Sistema Público de Saúde brasileiro (BRASIL, 2006c).

Para Bravo (2008), a Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se em uma arena política cujos interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representando a Plenária Nacional da Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor.

Uma das inovações no setor saúde desse período foi à criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987e precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), que adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras (conselhos), como também, o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Conforme relata Avtrizer (2009), a Constituição de 1988 abriu espaço, por meio de legislação específica, para práticas participativas na área de políticas públicas, em particular na saúde, na assistência social, nas políticas urbanas e no meio ambiente.

Ao avaliar o processo de municipalização da saúde Fleury (2014,) descreve que as pressões sociais, advindas do movimento municipalista em conjunto com as do movimento sanitário, na transição democrática, exigiram a descentralização como condição de governabilidade, o que implicou na criação de uma nova institucionalidade capaz de expressar e dar continuidade a esse compromisso entre governo central e elites locais.

A garantia da participação popular na saúde foi marcada pela tensão de grupos antagônicos, já que a primeira Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei de nº 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada em setembro de 1990, teve revogados os artigos que disciplinavam a participação da Sociedade Civil pelo então presidente Fernando Collor de Melo em uma tentativa de impedir a participação da Sociedade Civil nesse novo sistema de saúde, sendo necessária, após muito embate no Congresso Nacional por parte dos parlamentares de oposição, a aprovação de uma segunda Lei Orgânica da Saúde, a de nº 8.142/90, aprovada em dezembro de 1990, que regulamentava a participação da sociedade civil no setor através dos conselhos e conferências de saúde.

A participação da Sociedade Civil no setor tem se dado, principalmente, através dos conselhos de saúde (conselhos nacional de saúde, estadual e municipal), como também, nas Conferências de Saúde, que apesar de alguns desses espaços já existirem antes de 1988, não contavam com a obrigatoriedade da participação da sociedade civil e nem do princípio da paridade de 50% do segmento dentro desses espaços.

No entanto, esperava-se com a instalação dos conselhos gestores, o fortalecimento da sociedade civil e a construção de uma nova relação entre ela e o Estado, no intuito de superar as relações autoritárias, clientelistas e burocráticas que predominavam até então (FALEIROS, 2000).

Para Bravo (1998), o desafio posto naquela conjuntura, mas que ainda se aplica na atualidade é a superação das profundas desigualdades sociais existentes no país, necessitando de um amplo movimento de massas, com a participação da Sociedade Civil, trabalhadores da área da saúde e gestores do sistema de saúde, que retomem as propostas de superação do *status quo* e avancem em propostas concretas para o setor.

Diante de uma conjuntura de ajuste fiscal onde os recursos do Estado para a área da seguridade social estão sendo reduzidos, surge com mais imperativo a necessidade de participação de todos em defesa de políticas como a da saúde e o próprio futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) que ainda se encontra em um contínuo processo de formação, constituindo-se em uma Política Pública ainda inacabada.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco no processo de reforma do Estado brasileiro ao consagrar a participação da Sociedade Civil na deliberação das políticas públicas, promovendo a aproximação da relação entre o Estado e a Sociedade civil com a criação de espaços institucionalizados, tendo em vista a defesa do “bem comum”, como proposto outrora por Rousseau (1978), mas pautado de forma concreta.

Um marco da referida Constituição no campo da saúde é que pela primeira vez uma constituição brasileira torna obrigatória a prestação de serviços de saúde pelo Estado e descreve que a saúde é um direito de todo cidadão. Dessa forma, a prestação dos serviços deixa de ser exclusiva de quem é formalmente empregado.

Conforme afirma Ponte, *et al.* (2012), a Constituição Brasileira de 1988 é um dos mais avançados textos constitucionais do mundo, no que se refere ao conjunto dos direitos sociais, sobretudo, no campo da saúde, deslocando o conceito do tema saúde de um campo resumidamente biológico para um campo político e histórico da construção dos direitos.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o SUS é definido do seguinte modo: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (BRASIL, 1988, p.118):

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III. Participação da comunidade.
- Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A Constituição de 1988 define em seu artigo 198, a participação popular, como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de elaborar, acompanhar e fiscalizar as políticas públicas, com destaque para o setor saúde, através de instâncias específicas para esta finalidade (MATEOS, 2011).

Os Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas da administração pública (união, estados e municípios) são instâncias de participação popular privilegiadas para o exercício do controle das ações do setor saúde devidamente regulamentada pela Lei nº 8.142, de 1990, sendo a criação do Conselho Estadual e Municipal de Saúde obrigatório para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estadual e municipal, respectivamente (MARTINS; *et al.*; 2013).

Um fator importante para a expansão dos conselhos gestores na saúde foi a implantação da Norma Operacional Básica 1 (NOB 1), editada pelo Ministério da Saúde no ano de 1991, que obrigou a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em todos os municípios, como pré-requisito para os repasses de recursos financeiros fundo a fundo para

as cidades brasileiras, o que promoveu um crescimento exponencial destes espaços públicos em um intervalo curto de tempo.

Essa condição para repasse de recursos financeiros fundo a fundo entre a União e municípios fez surgir um número significativo de conselhos gestores na saúde. Em praticamente todos os 5524 municípios brasileiros criaram seus conselhos municipais de saúde (CMS), em um curto espaço de tempo, sem a devida preparação dos atores envolvidos no processo, o que gerou e ainda gera dificuldades para implementação de uma efetiva participação da sociedade civil (BRASIL, 2008).

Conforme Martins, *et al.* (2013), apesar de ter ampliado o número de Conselhos de Saúde em todo o país, a diretriz do SUS da participação popular nas políticas do setor, ainda não se efetivou, como legítima representante das demandas de uma parte da população considerada não hegemônica, situação decorrente em parte, da tradição autoritária do Estado brasileiro, que frequentemente, dificulta o reconhecimento e o respeito aos cidadão como sujeito de direito.

O fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde deve ser valorizado como uma decisão política institucional com potência de permitir avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde.

Concorda-se com os diversos autores, quando afirmam que vem ocorrendo gradualmente uma ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde, apesar do longo caminho a ser percorrido quanto à participação deliberativa dessa população, em relação à existência e disponibilidade de políticas e práticas integrais de qualidade na atenção e na gestão para o cuidado em saúde (COSTA; LIONCO, 2006).

3.6 Período Pós-Constituinte (1988 até a atualidade)

O primeiro presidente eleito por meio de eleições diretas após o regime militar foi Fernando Collor de Melo no ano de 1989, em um contexto internacional que apresentava a supremacia ideológica do pensamento liberal frente ao socialismo, notadamente, após a queda do muro de Berlim. Tendo o então presidente adotado as premissas liberais quanto ao papel do Estado que defendia, dentre outras coisas: a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e a conseqüente transformação dessas em políticas residuais compensatórias, promovidas por um Estado mínimo e dito como regulador de um mercado soberano e liberalizado (FALEIROS, 2000).

Passada a aprovação da Constituição Federal de 1988, a disputa pelos rumos do Sistema Único de Saúde continua no Congresso para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº. 8.080/90 que apresentou artigos vetados pelo presidente da República relativa ao controle social, o que promoveu um reajuste de forças, dentro do Congresso, do grupo defensor dos ideais do Movimento de Reforma Sanitária relativas ao controle social para aprovação da Lei Federal nº. 8.142/90 que contempla esta novidade (BRASIL, 2006).

3.6.1 Atuação dos Conselhos Locais de Saúde

A criação dos conselhos de saúde como instância de participação social significou uma conquista da sociedade civil em busca da efetivação de uma perspectiva mais democrática na saúde. Dessa forma, espera-se que estes espaços de participação social sejam motivadores de uma nova forma de interação entre o Estado e a Sociedade Civil (SHIMIZU; *et al*; 2013).

Dentre os Conselhos de Saúde formados pelo princípio da representatividade paritária, onde usuários, trabalhadores da saúde e representantes da gestão são representados, o Conselho Local de Saúde (CLS), diretamente subordinado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), é o que está próximo da realidade local da comunidade, pois está vinculado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuam as equipes de saúde da família (CRUZ; *et al*, 2012).

O Conselho Local de Saúde como instância de gestão local é um espaço privilegiado para atender às demandas do cotidiano da comunidade, já que é possível identificar as necessidades dessa população adscrita, que pode contribuir com a melhoria da assistência prestada pelos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde, inclusive na melhoria do processo de trabalho das equipes de saúde da família (MARTINS; SANTOS, 2012).

A atuação dos Conselhos Locais de Saúde coloca-se como uma das formas de se reivindicar e contribuir para uma assistência de qualidade junta à população adscrita às Unidades Básicas de Saúde, pois nesses espaços de participação social torna-se mais fácil a identificação das reais necessidades desta população. Torna-se imprescindível, dessa forma, a adequação a estas necessidades com vistas a melhorar a satisfação dos usuários, como também, a qualidade dos serviços prestados nestas Unidades Básicas de Saúde (BISPO JÚNIOR, 2013).

Em conformidade com a Lei Federal número 8.142/90 no quesito da representatividade dos conselheiros, os Conselhos Locais de Saúde também possuem a

paridade entre os representantes do segmento dos usuários, trabalhadores da saúde e os representantes da gestão, sendo, um órgão colegiado, de caráter permanente, no qual ocorre a participação social na definição da atuação das Unidades Básicas de Saúde, em conformidade com a legislação específica do Ministério da Saúde (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013).

Segundo Paiva, Stralen e Costa (2014) a compreensão da representatividade paritária e a simetria das relações de poder dentro dos Conselhos Locais de Saúde, são importantes tendo em vista que somente a criação dos referidos espaços não garantem imediatamente a representação dos interesses coletivos, já que o fato de se ter tais espaços participativos pode, não necessariamente, formalizar os interesses daqueles que estão de alguma forma sendo representados.

Uma das críticas feitas aos conselheiros de saúde, principalmente, do segmento dos usuários, é que eles perderam o contato com suas bases representativas, pois o que é discutido dentro dos conselhos não chega às entidades que esses conselheiros representam (COSTA; LIONCO, 2006).

Para Faleiros (1988) um dos problemas que não foi devidamente enfrentando pelo Movimento de Reforma Sanitária foi deixar de dar ênfase aos conselheiros para uma abordagem mais incisiva às entidades que possuem a força de mobilização, o que muitas vezes é perdido, a depender do adequado *feedback* entre conselheiro e entidade.

Logo, a formação dos Conselhos Locais de Saúde tem se constituído como desafiadora, pois em cada realidade coexistem diferentes interesses, concepções e finalidades da participação social, uma vez que os conselheiros atuam com distintas perspectivas metodológicas e políticas (CRUZ; *et al*; 2012).

Assim, para alcançar os objetivos propostos, os Conselhos Locais de Saúde possuem como papel dentro das Unidades Básicas de Saúde: (1) Melhoria da situação da comunidade, principalmente pela redução dos riscos sociais e epidemiológicos; (2) Definição de prioridades das intervenções (oferta de serviços) de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde da coletividade; (3) Participação da formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamento e execução orçamentária; e (4) Monitoramento e avaliação dos processos de execução dos planos, orçamentos e cumprimento de metas (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014).

No entanto, como afirmam Pedrosa e Pereira (2007) existe uma heterogeneidade de Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em todo o país, podendo ser classificados em três tipos, a saber: o primeiro tipo são os que são meramente legitimadores das decisões da gestão municipal; um segundo tipo, seriam os que centralizam suas ações apenas na fiscalização de

recursos públicos, e por fim, um terceiro tipo, seriam os que possuem uma dinâmica inovadora de participação da sociedade civil na deliberação de ações pertinentes ao setor fortalecendo a formação de cidadãos ativos.

Em pesquisa realizada no município de Teresina por Miranda (2012) com os Conselhos Locais de Saúde, tanto da área hospitalar, como das Unidades Básicas de Saúde, mostrou conselhos que se diferem entre si, pelo grau de organização e participação dos atores envolvidos, caracterizando a heterogeneidade de conselhos de saúde citada por Pedrosa e Pereira (2007).

Os referidos conselhos têm como potencial o aprimoramento da democracia através da participação social, tendo em vista o melhoramento do desempenho de políticas, programas e projetos da área da saúde, o que pode ser comprovado por vários estudos internacionais, que apontam a participação da comunidade como decisiva para garantir a cooperação entre os setores e atores governamentais e não governamentais no enfrentamento de problemas de saúde como dengue, imunização e saneamento que demandam uma interação setorial (ANDRADE; VAITSMAN, 2013).

No entanto, para se alcançar uma excelência neste tipo de participação, especificamente, no setor saúde, mas que serve para os demais conselhos gestores das demais políticas públicas, faz-se necessário a superação de diversos tipos de desafios que estão presentes desde a implantação desses espaços.

3.6.2 Desafios enfrentados pelos Conselhos Locais de Saúde

Em um país como o Brasil, marcado por forte concentração de renda e poder político, apesar da Constituição Federal vigente ter 30 (trinta) anos de existência (a mais duradoura entre as demais Constituições), torna-se um desafio a plena participação da Sociedade Civil na direção dos rumos que o Estado brasileiro deve tomar; notadamente, no setor saúde. No entanto, a garantia de participação da sociedade dentro dos conselhos gestores abre esta possibilidade.

Assim, em uma sociedade ampla devem coexistir os dois tipos de democracia, tanto a representativa, como a participativa, pois segundo os autores referenciados, é a participação do indivíduo na vida pública de sua cidade que lhe ensina o que é democracia. Assim, quanto mais o indivíduo participa, melhor capacitado ele se torna para fazê-lo (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Para além das instituições da democracia representativa faz-se necessário a adoção de espaços compartilhados de deliberação de políticas públicas entre a Sociedade Civil e o Estado, sendo imprescindível que a Sociedade Civil tenha capacidade de mobilização dos mais diversos atores para reivindicarem seu direito de participação política com vista a garantir Políticas Sociais (ROCHA, 2011).

A Constituição Federal de 1988 inaugura no Brasil uma nova constitucionalidade da participação da Sociedade Civil nas decisões públicas. Todavia, muitos a comparam aos conselhos gestores como “catedrais sem fieis”, pela falta de cidadãos ativos capazes de extrair toda a potencialidade desta nova realidade.

Na visão de Costa e Lionco (2006), o SUS sobrevive em terreno contraditório, gerado pela permanente tensão estabelecida entre a tendência estatizante, pautada no desafio da conquista da saúde como direito universal, com conseqüente ampliação das estruturas públicas para o cuidado e a atenção à saúde, e a tendência orientada pela lógica do mercado, na qual prevalece a redução da intervenção pública na prestação e na oferta dos referidos serviços.

Ao longo dos anos de implantação dos Conselhos Locais de Saúde, tem-se observado várias conquistas significativas, como: influência do processo de trabalho dos profissionais e gestores de saúde envolvidos. No entanto, vários estudos têm demonstrado dificuldades na estruturação, organização e funcionamento destes conselhos (ZAMBON; OGATA, 2013).

Um dos entraves da efetividade dos Conselhos Locais de Saúde é a escolha das organizações sociais para sua formação, com a utilização, na maioria das vezes, de critérios de interesse particular da gestão. No entanto, sendo uma das saídas para a escolha das entidades representantes de um determinado espaço urbano, seria a realização de fóruns com a Sociedade Civil a fim de garantir a legitimidade das instituições, visto que um conselho só é representativo quando agrega uma diversidade de segmentos da Sociedade Civil (SHIMIZU; *et al*; 2013).

Com a publicação da Resolução nº 453/12 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) este tenta responder a necessidade de aprimoramento do controle social no setor saúde, através dos conselhos das três instâncias de poder com obrigatoriedade de renovação dos conselheiros em um percentual mínimo de 30% (trinta por cento) do segmento do representa os usuários, a cada novo pleito do conselho, tendo em vista inibir a presença do conselheiro profissional que permanece mandato após mandato, como também, a perspectiva de novos atores que possam aprofundar a prática participativa em consonância como o modelo de democracia participativa descrita por Pateman (1992).

A falta de representatividade do segmento dos usuários pode acarretar a dificuldade de se atingir os objetivos dos Conselhos Locais de Saúde, com vistas a melhoria da assistência prestada pela Unidade Básica de Saúde, como é apontado por Shimizu, *et al*; (2013), onde a ausência da consulta às demandas dos usuários que buscam as unidades, pode levar a uma distância entre o que é necessário e o que é ofertado. Neste contexto, a população não é considerada como sujeito político, mas como objeto de ação do Estado.

Outro aspecto limitador da atuação dos Conselhos Locais de Saúde identificado por Ponte, *et al*; (2012) é a ausência de uma política voltada à educação popular em saúde, de forma particular, em programas de capacitação de conselheiros, pois no caso dos segmentos dos usuários, esses possuem dificuldades de deliberar sobre temas técnicos que são de domínio dos representantes dos trabalhadores da saúde e gestores, tornando esses hegemônicos na direção das ações do conselho, limitando a ação do segmento dos usuários que necessitam de um maior conhecimento técnico da pauta em discussão.

Tal carência de capacitação técnica dos conselheiros dificulta o desenvolvimento das funções, notoriamente, no tocante a: (1) fiscalização do funcionamento dos serviços de saúde prestados; (2) a deliberação no que diz respeito à definição das prioridades de saúde; e por fim, (3) a função consultiva, que trata de projetos e convênios definidos pela gestão local.

Paiva; Stralen; Costa (2014) descrevem uma situação bastante comum, principalmente, em municípios de porte mediano, aonde vêm ocorrendo a formação de “policonselheiros”, que são conselheiros que passam a ocupar todos os diferentes espaços públicos, culminando em certa profissionalização da função que recai novamente na questão da representatividade.

Portanto, como afirmam Zambon e Ogata (2013), a participação social é dinâmica e está em processo de construção na sociedade, que passou a conviver com a cultura autoritária e burocrática do Estado que limitava, e em alguns casos proibia a participação da sociedade na reivindicação de suas necessidades, principalmente, no setor saúde, mas que ainda hoje pode ser percebida no dia a dia desses espaços participativos.

Deve-se salientar também que os conselhos de saúde, como instâncias de poder de controle do setor saúde, são alvos de intensas discussões entre os diversos segmentos representados no mesmo, desde debates político-partidários até disputas ideológicas, transformando-se em verdadeiras arenas de embates, voltadas, na maioria das vezes, para o atendimento de interesses pessoais em detrimento do bem comum (OLIVEIRA, 2007).

Para Pedrosa e Pereira (2007) existe um descompasso entre os três segmentos representados dentro dos conselhos de saúde, pois os profissionais da área estão cada vez mais

em busca de novas tecnologias que os auxiliem na assistência, enquanto, o segmento dos usuários está cada vez mais desarticulado politicamente, e, portanto, enfraquecido.

O segmento dos gestores, por sua vez, não está sintonizado com as reais necessidades de saúde da população adscrita, voltando ao velho modo de planejamento centralizado do setor saúde. Assim, o conselho e seus conselheiros têm seus interesses voltados para outras questões.

Mesmo com as dificuldades apresentadas para a consolidação da participação da Sociedade Civil nos dos conselhos gestores, esses ainda se configuram em um relevante espaço público capaz de promover uma melhor relação entre o Estado e a Sociedade Civil, visando à garantia do direito à saúde.

3.6.3 O percurso do SUS até a atualidade

Um dos maiores impasses do SUS nos primeiros anos de sua criação foi a questão do financiamento que permanece atualmente. Collor tinha prometido em campanha elevar os gastos nacionais com saúde em 10% (dez por cento), mas, na prática, o que ocorreu foi o contrário, já que o gasto federal se contraiu em 40% (quarenta por cento), passando-se de um orçamento de quase US\$ 12 bilhões em 1989 para cerca de US\$ 7 bilhões em 1992, conforme valores convertidos em dólar de março de 1993 (BRASIL, 2006).

Desse impasse surgiu a necessidade de mobilização de todos os segmentos presente no Movimento de Reforma Sanitária para propor a Emenda Constitucional de número 29 (vinte e nove) que estabelecia percentuais mínimos dos três entes federados para o setor a saúde, sendo aprovado no ano 2000 no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Ainda no mandato do presidente Collor ocorreu a 9ª Conferência Nacional de Saúde, chamada de “a Nona” pela sua importância na definição de políticas e consolidação do SUS, realizada no ano de 1992, tendo como tema principal “A municipalização é o caminho” com vista a discutir e aprimorar o processo de municipalização da saúde.

Itamar Augusto Cautiero Franco, conhecido como Itamar Franco, vice de Collor, assume a Presidência da República logo após o processo de impeachment em 1992. E em meio a uma crise fiscal e de legitimidade do governo, consegue implantar o plano Real que promoveria a estabilização da economia, a implantação do Conselho Nacional de Seguridade Social e a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social, anteriormente vetada por Collor.

Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) para presidência da República entre os anos de 1991 e 1994 e sua posterior reeleição para os anos de 1995 e 1998, o Estado se reordena, embasado no ajuste fiscal e no desmonte das políticas de garantia de direitos, privilegiando-se a lógica do capital internacional e do monetarismo, concretizando-se na redução de políticas públicas sociais, dentre elas a da saúde (FALEIROS, 2004).

A política econômica neoliberal tem por fundamento a redução do papel do Estado na prestação de suas ações para deixar que o próprio mercado passe a atuar em todas as áreas da produção e prestação de serviços, no modelo denominado de Estado mínimo, pois caberia ao Estado apenas o papel de regular a ação do mercado (BRAVO, 2008).

Para Faleiros (2004) a competitividade, e não a solidariedade assinalada no discurso de posse do presidente Fernando Henrique Cardoso, foi erigida em valor central do seu governo, seguindo a lógica de tornar o Estado o suporte do capital internacional. Houve, portanto, mudanças em alguns artigos da Constituição Federal de 1988, que se orientaram no sentido de atrair os investimentos estrangeiros; privatizar os ativos do Estado; desnacionalizar o patrimônio público e reduzir o papel do Estado no processo de desenvolvimento.

A redução do papel do Estado, o chamado Estado mínimo, se aplica, sobretudo na área social, ampliando os espaços para a regulação do setor pelo do mercado. Dessa forma, o SUS recém criado como dever do Estado e direito da população, passou a ser questionado sobre a abrangência da implantação de tal sistema, pois os recursos para mantê-lo eram escassos.

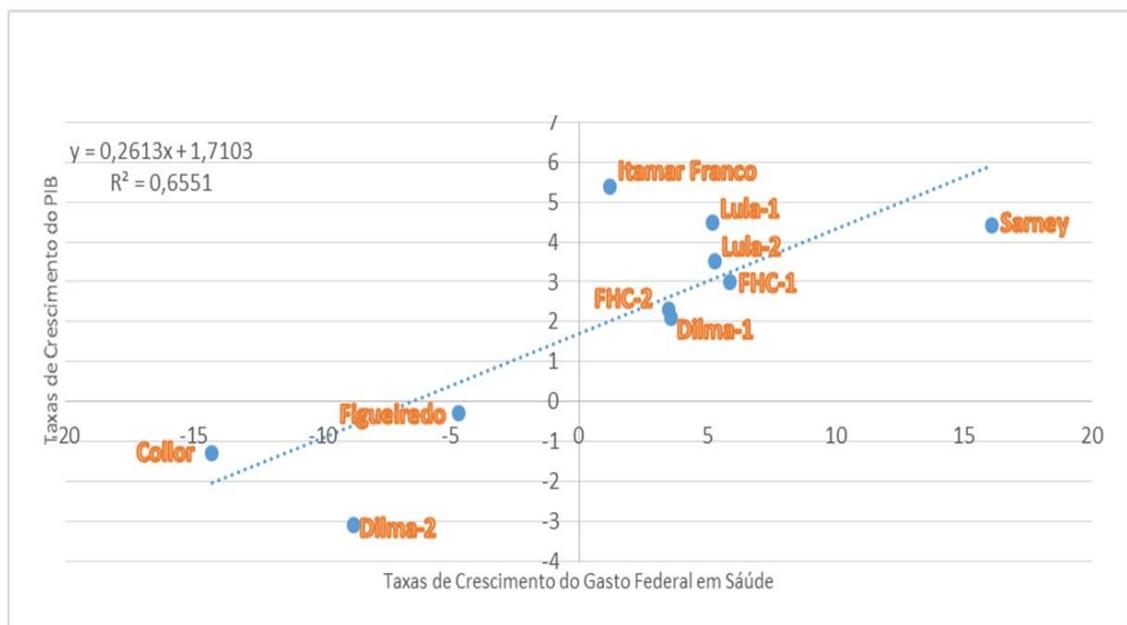
Para regulamentar o SUS após a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), o Ministério da Saúde começa a editar as Normas Operacionais Básicas (NOB's), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros.

Nesse período foram editadas três NOB's: A NOB- SUS 01/91 equiparou todos os serviços de saúde, públicos e privados, na qualidade de prestadores de serviço para o Ministério da Saúde (MS), centralizando a gestão do SUS em nível federal, regulamentando a transferência de recursos com o repasse direto e automático do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos estaduais e municipais de saúde, com a condição de que estes dois entes federados criassem na sua área de atuação: a) um Fundo de Saúde; b) Conselho de Saúde; c) Plano de Saúde; d) Relatório de Gestão; e) Contrapartida de recursos para a Saúde no respectivo orçamento e f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

A publicação da NOB-SUS 01/93 tinha como objetivo que os serviços públicos mantidos pelos estados e municípios passassem da condição de prestadores de serviços para a condição de gestores. Assim, foram criados critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios, de acordo com o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semi-plena), havendo também, critérios diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros. Essa NOB criou as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e as Comissão Intergestores Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores das três esferas de governo (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

O setor saúde passou por uma forte crise de financiamento em meados da década de 1990, que levou o próprio Ministro da Saúde (1996) a reconhecer a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços de saúde, e na tentativa de captar recursos para o setor, propõe a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que posteriormente deixa de ser provisória, como também, de ser aplicada exclusivamente no setor saúde.

Gráfico 1. Correlação entre taxas de crescimento do PIB e taxas de crescimento dos gastos federais em saúde por períodos de governos entre 1980-2015. Teresina (PI). 2018.



Fonte: Godim; Grabois; Mendes, (2011).

Como se pode observar no gráfico acima, os orçamentos do governo federal direcionados para o Ministério da Saúde que receberam crescimento relativo ao Produto Interno Bruto (PIB), comparando-se ao orçamento anterior, em poucos governos. Apesar do governo Collor, está representado acima da linha representativa do PIB, neste período ocorreu uma redução do orçamento para a saúde de 15% (quinze por cento), o que ocorreu, também, no governo do presidente João Baptista de Oliveira Figueiredo (último governo do regime militar) de 10% (dez por cento) e no governo Dilma (2º mandato), como também, no governo do presidente José Sarney de Araújo Costa. Dessa forma, gasto com a saúde é um problema crônico que, somado aos problemas gerenciais, sempre foram um importante fator que dificultam a implementação do SUS.

Exceção à regra pode ser constatada no governo Itamar, que apresentou gastos federais com a saúde relativos ao PIB, acima do crescimento, mas que não atendeu às necessidades do sistema de saúde na sua fase inicial de implantação e os dois mandatos do governo Lula, favorecido pelo crescimento econômico nacional e internacional, logo após uma importante crise econômica de escala global em 1998.

A última NOB editada pelo Ministério da Saúde foi a NOB-SUS 03/96, que representou um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente, no que se refere à consolidação da Municipalização, pois propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Tais modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão (BRASIL, 2006c).

Outras inovações advindas com a edição da NOB 96 foram: (a) implantação de mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) - Fixo e o Variável; (b) sistematização da prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, com a valorização dos Sistemas de Informação em Saúde; (c) valorização dos resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e (d) intensificação dos vínculos dos serviços com os usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que atualmente é denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criando, assim, condições para participação e controle social (CONASS, 2011).

Dando continuidade a necessidade de aprimoramento do processo de municipalização do setor saúde, foi editada em 2001 pelo Ministério da Saúde (MS), a Norma

Assistencial de Saúde denominada de NOAS – SUS 01/2001. tendo em vista o processo de aumento do acesso aos serviços da atenção básica nos municípios, a regionalização e a organização funcional do sistema.

Com a publicação da NOAS-SUS 01/2001 estabeleceu-se o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, sendo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) um importante instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos em todos os níveis de atenção à saúde em um território adscrito (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Outro instrumento importante para o processo de regionalização foi o Plano Diretor de Investimentos (PDI), sendo uma parte do PDR, que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento a fim de promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

O PDR também preconizava um conjunto de ações e serviços vinculados a: (1) assistência pré-natal, parto e puerpério; (2) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; (3) cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações para todas as faixas etárias; (4) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; (5) tratamento de intercorrências mais comuns na infância; (6) atendimento de afecções agudas de maior incidência; (7) Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; (8) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; (9) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; (10) controle de doenças bucais mais comuns; e (11) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

No ano de 2002 foi editada pelo Ministério da Saúde uma nova Norma Assistencial de Saúde, a NOAS- SUS 01/2002, tendo como principais mudanças, inicialmente; a possibilidade do município-sede de módulo assistencial estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual. Em seguida, outra mudança foi a designação aos estados sobre a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/ hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/ hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.

Para Bravo (2008) com relação à saúde, havia uma expectativa que o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva fortalecesse o projeto de reforma sanitária questionado nos anos 90, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, sendo que o problema do financiamento ainda não estava equacionado.

No entanto, o governo Lula apresenta aspectos de inovação no setor saúde, como a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) no âmbito do Ministério da Saúde, com missão de fortalecer as instâncias do controle social e da gestão participativa no SUS. Outro aspecto inovador na estrutura do Ministério refere-se à criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar integrando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde.

Tendo em vista melhorar o processo de gestão no âmbito do SUS, através da pactuação de metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como a necessidade de envolver a sociedade na defesa do referido sistema de saúde, para atender as mais diversificadas situações de saúde dos mais de 5.000 (cinco mil) municípios brasileiros, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde através da portaria GM/MS n. 399/2006.

O Pacto pela Saúde foi dividido em três dimensões: (a) Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, resgatando e aprofundando muito dos outros documentos elaborados pelo próprio MS como as Normas Operacionais de Saúde e Normas de Norma Assistencial de Saúde.

No entanto, o Pacto pela Vida traz como novidade a priorização de algumas áreas de atuação dos estados e municípios com o alcance de metas através do uso da Programação Integrada e Pactuada (PPI), mudando a lógica de pactuação do SUS por se aproximar de compromissos sanitários, implantando desta forma, um movimento da gestão pública por resultados, materializado pelo Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Dentre as áreas consideradas prioritárias, com seus indicadores de metas e avaliação, destacam-se: (1) saúde do idoso; (2) controle do câncer de colo de útero e de mama; (3) redução da mortalidade infantil e materna; (4) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; (5) promoção da saúde e (6) fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

O referido pacto tem como parâmetro o modelo explicativo do processo saúde-doença denominado de História Natural das Doenças, descrita por Leavell e Clark ainda na década de 1980, que o divide em duas fases: (a) período pré-patogênico, onde as “forças”

determinantes e condicionantes do adoecimento atuam sobre o indivíduo, mas o mesmo ainda não se encontra enfermo; e (b) período patogênico, no qual essas “forças” já provocaram a enfermidade no indivíduo, sendo que o mesmo evolui: para a cura; ou para cronicidade; pode levá-lo ao óbito ou a alguma seqüela (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

Partindo desse modelo explicativo do processo saúde doenças pode-se descrever os três tipos de prevenção: (a) primária, visa evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará o indivíduo à doença; (b) secundária, corresponde à detecção precoce de problemas de saúde em indivíduos doentes evitando uma complicação do agravo; e (c) terciária, tem como objetivo evitar ou diminuir as consequências ou complicações da doença como as insuficiências, incapacidades, sequelas, sofrimento ou ansiedade, morte precoce (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

Consta-se na prática clínica que todos os modelos explicativos do processo saúde-doença ainda são utilizados no manejo da situação do indivíduo relacionada às questões de sua saúde. Entretanto, é o modelo da História Natural das Doenças e os níveis de prevenção que dão embasamento teórico para a atuação das equipes de saúde da família (eSF), que tem como foco a prevenção primária em saúde.

Um item importante do Pacto em questão referente ao fortalecimento da atenção básica foi assumir a Estratégia de Saúde da Família como atividade prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco regionais.

O Pacto em defesa do SUS, uma das dimensões do pacto pela Saúde, teve como objetivo resgatar a participação da Sociedade Civil em um movimento de repolitização em defesa de um sistema de saúde como política de Estado e não de apenas um governo, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais (BRASIL, 2006b).

As prioridades do Pacto em defesa do SUS eram duas, sendo a primeira; implementar um projeto permanente de mobilização social, com a finalidade de: (a) mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; (b) alcançar, a curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; (c) garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; e (d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas. A segunda prioridade era elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Essa dimensão do Pacto pela Saúde segue o princípio do SUS quanto a participação da sociedade na deliberação dos rumos do próprio sistema de saúde, e em um período de escassos recursos financeiros para o setor, tentar mobilizar os parlamentares para tal questão em uma mobilização nos moldes do próprio Movimento de Reforma Sanitária do final das décadas de 1970 e início da década de 1980.

O Pacto de Gestão, última dimensão do Pacto pela Saúde, avançou no sentido de uma gestão compartilhada e solidária do SUS, aprofundando a municipalização e regionalização do setor ao estruturar as regiões sanitárias e instituir colegiados de gestão regional via PDR, tendo como objetivos: definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a gestão do sistema, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde.

Destaca-se uma importante mudança promovida pelo Pacto de Gestão, relativa ao financiamento do custeio das ações e serviços de saúde, que foi a implantação da alocação dos recursos federais em blocos de financiamento, que após redefinição ficou assim dividido: (a) bloco da atenção básica; (b) bloco da atenção de média e alta complexidade; (c) bloco da vigilância em saúde; (d) bloco da assistência farmacêutica; (e) bloco da gestão do SUS; (e) bloco de investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2006c).

O governo da Presidente Dilma Vana Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), que vai de janeiro de 2010 à agosto de 2016, quando sofre o processo de impeachment, assumindo seu vice Michel Miguel Elias Temer Lulia, do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), segue a mesma linha geral da condução do Ministério da Saúde de seu antecessor.

Ressalta-se no referido governo, a publicação pelo Ministério da Saúde da Política Nacional da Atenção Básica, através da Portaria MS/GM nº 2.488/2011, para atualizar o sistema de saúde à realidade vivenciada no país a época, normatizando a atuação das equipes de saúde da família (eSF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como também, disciplinando a atuação dos profissionais de saúde envolvidos nessas equipes.

A organização das ações das eSF a partir do território adstrito procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Dessa forma, permite que tanto os gestores, quanto os profissionais de saúde e usuários do SUS compreendam a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

A responsabilidade sanitária das eSF a partir do território (área e micro-áreas) contribui para a adstrição dos usuários e propicia relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, já que passam a ser referências para o cuidar, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Apesar de a Atenção Básica ser a principal porta de entrada do usuário ao Sistema de Único de Saúde (SUS), mas não a única, uma vez que existem outros serviços que são ofertados como o Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU), Hospital de pequeno porte e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), dentre outros, as atividades realizadas na Atenção Básica iniciam-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, diminuindo danos e sofrimentos dos usuários do sistema (BRASIL, 2011).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) equipara e considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde e atualiza ações e serviços para fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF), como a normatização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formada por profissionais da área que não atuavam na eSF, mas que a partir da criação deste núcleo passam a dar suporte às equipes nas próprias Unidades Básicas de Saúde.

Um novo arranjo, institucional foi implantado no SUS a partir da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, que são formadas pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, em um determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que o ampliamiento da cobertura em saúde seja acompanhado de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) estão estruturadas para atender ao paciente nos três níveis de atenção (primária, secundária ou terciária) são: (a) Rede Cegonha; (b) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); (c) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); (d) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; sendo a última, (e) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, promovendo um melhor ordenamento na condução clínica dos casos, como também, potencializando o aspecto gerencial do sistema de saúde (BRASIL, 2014).

Uma outra inovação no SUS, iniciativa do Ministério da Saúde (MS) foi a formatação das Linhas de Cuidado (LC) através do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que atualiza a própria Lei de nº 8.080/90, e objetiva funcionar, como uma estratégia de aproximação da integralidade do cuidado, na medida em que são articulados profissionais e unidades de saúde com diferentes papéis e aportes tecnológicos, que possam ser necessários a um ou mais usuários.

Os principais dispositivos pensados para as linhas dos cuidados são: (a) gestão de casos clínicos; (b) gestão de patologias; (c) acolhimento nas unidades de saúde; (d) classificação (estratificação) de risco nas urgências; (e) visita domiciliar; (f) projeto terapêutico singular e discussão clínica; (g) multiprofissional; (h) equipes de referência e equipes de apoio matricial (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

O Ministério de Saúde utiliza as três formas de organização do sistema de saúde simultaneamente, desde os níveis de atenção, em sentido horizontal; as redes de atenção à saúde, em sentido vertical, permeando os três níveis de atenção; e as linhas do cuidado, que por sua vez, atuam de forma transversal aos dois primeiros.

Assim, o SUS se organiza através de três eixos norteadores que são os níveis de atenção à saúde (primária, secundária ou terciária), que organiza os serviços pelo grau de complexidade do atendimento; as redes de atenção à saúde (RAS), que se relacionam com os níveis de atenção à saúde já que cada uma das redes perpassa os três níveis de atenção, e por fim, as linhas do cuidado que atuam junto aos dois primeiros eixos na articulação dos mais variados atores envolvidos no processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades que necessitam em situações específicas de um cuidado individualizado.

Outra estratégia do Ministério da Saúde para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde através das equipes de saúde da família foi à criação, em 2012, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o intuito de garantir o acesso e qualidade dos serviços prestados pelas equipes nas Unidades Básicas de Saúde a toda a população.

Na prática, os profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde da família que cumpriam uma carga horária de 20 horas semanais em um único turno, passam a atuar 40 horas semanais nos dois turnos, e se comprometem com algumas ações pactuadas previamente com o Ministério da Saúde e, caso tenham um desempenho satisfatório, recebem um bônus financeiro, tanto para os profissionais envolvidos, como para a própria Fundação Municipal de Saúde, pelo desempenho, o que caracteriza um contrato de compromisso ou gestão por metas incentivada desde o Pacto da Saúde de 2006.

Conforme Brasil (2012), cada equipe poderá ter diferentes faixas de população adscrita, devendo existir com as faixas de carga horária dos profissionais, ficando a cargo do gestor local a definição da população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, ela deverá cadastrar sua população e passar a alimentar, de maneira regular e consistente, no sistema de informação das equipes, o conjunto de dados necessários para o monitoramento de suas ações.

A Fundação Municipal de Saúde já implantou, desde o ano de 2014 até 2018, 37 (trinta e sete) equipes de saúde da família (eSF) nos moldes do PMAQ em 23 (vinte e três) Unidades Básicas de Saúde, distribuídas pelas três regiões que se dividem as ações de saúde, a saber: (a) região leste-sudeste, com 15 (quinze) equipes em 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde, (b) região centro-norte, com 10 (dez) equipes em 5 (cinco) Unidades Básicas de Saúde; e (c) região sul, com 12 (doze) equipes e em 8 (oito) Unidades Básicas de Saúde.

O PMAQ tem como um de seus princípios norteadores, o estímulo do foco das equipes de saúde da família no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012).

Esse princípio norteador do programa exige que nas Unidades Básicas de Saúde com equipes de saúde da família, na modalidade PMAQ, existam conselhos locais que atuem na perspectiva da gestão participativa, tornando estes conselhos burocratizados.

Nos últimos dois anos quando assume o presidente Temer, mesmo em meio a uma crise de legitimidade do governo, mas contando com o apoio do Congresso é aprovada em 15 de dezembro de 2016 a Emenda Constitucional de número 95 (noventa e cinco) referente aos gastos públicos que limita, dentre outros, o orçamento do setor saúde, que será aumentado conforme o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nos próximos 20 (vinte) anos independente da necessidade financeira do setor, o que ameaça as garantias do direito social a saúde.

Para Paim (2016), o Sistema Único de Saúde (SUS) surgido a partir do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, sempre viveu em crises, seja de ordem econômica, ideológica ou política, mas nunca com a gravidade da crise atual.

O próprio Ministro da Saúde do governo do presidente Temer reconhece que no SUS torna-se incompatível os princípios constitucionais de Universalidade e Integralidade, uma vez que, os recursos financeiros não são suficientes para atender a todos os níveis de complexidade, sendo necessária a adesão da população brasileira aos planos de saúde populares, o que demonstra mais uma vez a força do setor privado para atuar junto ao governo

e pleitear seus interesses particulares, como também, a necessidade de mobilização e participação da Sociedade Civil, principalmente dos segmentos que mais utilizam este sistema de saúde com o intuito de garantir que o Estado cumpra seu papel constitucional de garantir a saúde a todos brasileiros que dele necessitarem, resgatando o SUS como uma política que materializa o princípio do “Bem Comum” evocado para justificar a existência do próprio Estado .

Além da Emenda Constitucional de número 95 (noventa e cinco) constatou-se que a necessidade do Estado brasileiro precípua de promover o Ajuste Fiscal das contas públicas provocou a redução do orçamento de vários Ministérios, como o da saúde, promovendo o fechamento de Unidade Básica de Saúde em vários estados, inclusive no Piauí (descredenciamento de Unidades Básicas de Saúde e a diminuição de número de equipes de saúde da família), como também, o retorno de doenças como a Febre Amarela na região sudeste com mais de duas centenas de mortes e o risco do reaparecimento de outras doenças imunopreveníveis, como a Poliomielite, pelos baixos indicadores de cobertura vacinal, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza 95% (noventa e cinco por cento) de cobertura vacinal para Poliomielite e o país apresentou apenas 45% (quarenta e cinco por cento) no ano de 2017.

Em Teresina, a realidade não é diferente, pois a Fundação Municipal de Saúde divulgou recentemente por meio do seu boletim epidemiológico, referente ao mês de agosto de 2018, as baixas coberturas das vacinas contra Poliomielite, dentre outras. No entanto, mesmo diante dessa realidade, fechou mais de 80% (oitenta por cento) das salas de vacina do turno da tarde, permanecendo aquelas onde houve mobilização local para a continuidade do referido serviço.

4 A GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ATRAVÉS DA ATUAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Neste capítulo, apresenta-se a experiência dos conselhos locais de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina, capital do estado do Piauí. A primeira é a Unidade Básica de Saúde que está localizada na zona norte que será denominada de UBS “A”, e a segunda é a Unidade Básica de Saúde que está localizada na zona Sul desta capital, que será denominada de UBS “B”. As duas unidades foram escolhidas para a análise da evidência empírica da gestão democrática desses dois serviços de saúde, via Conselhos Locais de Saúde, na perspectiva de uma democracia participativa conforme preconizado por Pateman (1992) e institucionalizado pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do seu arcabouço normativo e institucional, como o decreto de número 7.508, de 28 de junho de 2011, que disciplina a Lei Orgânica da Saúde número 8.080/90, e do próprio princípio constitucional de participação da comunidade na deliberação da Política de Saúde do País.

A partir da análise desses dois ambientes de pesquisa, foi possível identificar que os Conselhos Locais de Saúde contribuem para o exercício de cidadania ao fortalecer uma gestão local dos serviços de saúde de forma mais democrática sobre aspectos operacionais de funcionamento desses serviços. No entanto, necessitam avançar mais em aspectos gerenciais do sistema como um todo e nos aspectos financeiros desses serviços de saúde em que atuam as equipes de saúde da família.

4.1 Caracterização Sociopolítica e Econômica de Teresina

Como já foi mencionado, o município de Teresina, capital do estado do Piauí, possui de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), uma população de aproximadamente 814.230 habitantes. Está localizado na região norte do Piauí, numa área conhecida por Meio-Norte do país, e é considerado uma referência para o setor saúde para todo o estado do Piauí e estados vizinhos, tanto pela sua rede privada, quanto pela sua rede pública.

A cidade de Teresina surgiu a partir de um dos rios localizados em seu território. Em 1760, já havia um aglomerado de casas habitadas por pescadores, canoieiros, plantadores de fumo e mandioca às margens do rio Poty. Foi elevada à categoria de cidade no ano de 1852, pelo então Presidente da Província do Piauí, Conselheiro José Antônio Saraiva, com o nome de Teresina, e teve como uma das justificativas a sua localização privilegiada entre as

principais cidades da época, numa tentativa de diminuir o isolamento do próprio estado do Piauí, pois estabelecida a capital às margens do rio Parnaíba, as comunicações seriam amplamente favorecidas e, conseqüentemente, as ações econômicas, sociais e administrativas (TERESINA, 2018).

Segundo Gandara (2011), havia uma enorme insatisfação à respeito da localização da capital por parte dos comerciantes, no período colonial, devido às dificuldades de transportes e comunicação. Assim, a cidade de Oeiras, encravada no sertão do estado do Piauí, representava o isolamento, a decadência, a pobreza e a estagnação, em oposição à nova capital, já que Teresina representava, por sua vez, a possibilidade de prosperidade e a noção de modernidade.

Logo que foi autorizada pelo governo central a transferência da sede do governo da província para a nova cidade, registrou-se extraordinário aumento populacional, de pouco mais de 49 habitantes, no ano de 1851, para 8 mil habitantes em 1861. Tal fato, transformou Teresina em um dos maiores centros comerciais da região e demonstrou sua vocação comercial (TERESINA, 2018; GANDARA, 2011).

A justificativa mais aceita para a efetivação dessa transferência foi econômica, baseou-se na certeza de que a futura capital abriria espaço para a agricultura de exportação e promoveria a navegação a vapor. Havia grupos que pleiteavam o melhoramento das estradas e a implantação da navegação a vapor no rio Parnaíba e outros que defendiam a mudança da capital como meio para levar a província à prosperidade (GANDARA, 2011).

No entanto, apesar de Teresina possuir um reconhecimento regional sobre sua rede de ensino e oferta de serviços de saúde, o comércio não possui o mesmo destaque, sendo que a navegação a vapor via rio Parnaíba não se concretizou. Mas como o estado do Piauí não possui indústrias de relevância, o comércio de Teresina, possui uma parcela significativa no emprego de mão de obra assalariada e na arrecadação de impostos.

Pode-se observar que a mudança da capital da cidade de Oeiras para Teresina provocou transformações socioespaciais no estado como um todo, uma vez que mudou o eixo das relações sociais e econômicas situadas no interior e no sul do estado para o norte, à beira-rio Parnaíba, que se apresentava como um meio de intercâmbio importante com as outras cidades e com todos os grandes centros de civilização do Império por possibilitar a navegação a vapor em suas águas.

No entanto, as relações sociopolíticas ainda expressavam as velhas práticas de relacionamento das elites agrárias do estado do Piauí e do Nordeste como o coronelismo, o patrimonialismo, o clientelismo e o empreguismo presentes ao longo da história do Estado. E

algumas delas se fazem presentes até hoje, como é o caso do empreguismo, como forma de cooptação de apoio político para êxito nos pleitos eleitorais, já que para Matos (2015), com a mudança do regime monárquico para o republicano, acompanhado do desenvolvimento do capitalismo nacional, as armas foram substituídas pelos votos e as batalhas pelas eleições, apresentando uma democracia próxima da preconizada por Schumpeter (1983) onde apenas as elites disputam a direção do Estado.

Teresina nasceu alinhada com a preocupação, à época do governo central em trazer a modernidade para o país e para a região, principalmente, pelas estradas líquidas¹⁸ por meio da embarcação a vapor, para diminuir as distâncias e melhorar o comércio, principalmente com a cidade de Parnaíba e de lá para outros centros. A transferência da capital para Teresina, em 1852, foi um dos principais fatores para se começar um processo de desenvolvimento do Piauí, já que até então, tinha como base de sua economia a agricultura e a pecuária, caracterizando-se como um dos estados mais pobres da nação, fato que pouco se alterou até os dias atuais.

Um elemento peculiar dessa cidade é o fato de que pela primeira vez, na história do Brasil, uma capital surgia planejada e construída em função de uma estrada líquida e como elemento estratégico do “progresso”. Apesar de sua economia ser pautada pela agropecuária, vislumbrava a possibilidade de potencializar seu comércio com outros centros comerciais da época (TERESINA, 2018).

Atualmente, Teresina tem um comércio relativamente desenvolvido e apresenta um destaque nos setores da educação e da saúde, nos quais é destaque e serve de referência para outros estados. Porém, não perdeu o estigma de ser capital de um estado pobre conforme a constatação de alguns indicadores socioeconômicos, por exemplo, o índice de desenvolvimento humano (IDH), que é utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como principal indicador de desenvolvimento de um país ou de suas cidades. Assim, o IDH do Piauí foi 0,646, e o de Teresina 0,751 no ano de 2017, numa escala que vai de zero a um, apesar da melhora deste indicador de Teresina, a capital do estado continua entre as últimas colocadas ocupando a 24ª posição entre as 27 capitais.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2017), uma fonte de dados oficiais do governo brasileiro, em Teresina, no ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para a educação foi de 0,707, em uma escala de 0 a 1. Tal índice teve uma grande ascendência entre 1991 e 2010, o que caracteriza uma

¹⁸ A possibilidade de transporte de mercadoria por embarcações a vapor através dos rios.

maior escolaridade da população do município, com mais crianças e jovens nas escolas ou completando ciclos, como ensino fundamental e médio, mas longe dos parâmetros dos estados mais desenvolvidos do país, tornando-se um dos motivos da dificuldade de desenvolvimento da região.

Tabela 1. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal relativo à educação. Teresina (PI), 2018.

| IDHM e componentes | 1991 | 2000 | 2010 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| IDHM Educação | 0,308 | 0,488 | 0,707 |
| % de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo | 39,92 | 48,71 | 64,21 |
| % de 5 a 6 anos frequentando a escola | 54,92 | 86,62 | 97,54 |
| % de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental | 27,93 | 55,82 | 90,15 |
| % de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo | 14,95 | 32,86 | 62,94 |
| % de 18 a 20 anos com ensino médio completo | 10,32 | 19,96 | 46,22 |

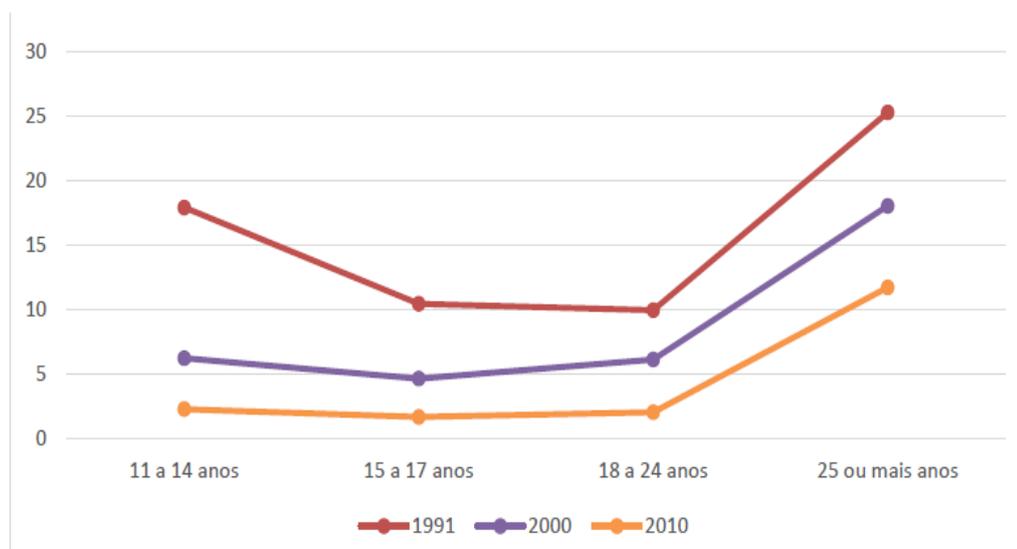
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

A tabela acima descreve a melhora dos indicadores referentes à educação em 20 anos (os dados referentes à última década, de 2010 a 2018, ainda não estão consolidados), tornando-se preocupante a avaliação da percentagem 46,22% (quarenta e seis, vinte e dois por cento) de adolescente/adulto jovens com ensino médio completo, e a percentagem 64,21 (sessenta e quatro, vinte e um por cento) de adolescentes e adultos com 18 anos ou mais com ensino fundamental completo. Apesar de apresentarem uma tendência de melhora, surge uma preocupação com a velocidade em que acontece essa melhora que incide diretamente na dinâmica social dessa cidade.

Quanto à expectativa de anos de estudo a população do município (GRÁFICO 2) passou de 7,3 anos (sete, três) em 1991 para 10,3 (dez, três) anos em 2010, indicando que a população em idade escolar passa um maior número de anos estudando. Ressalta-se que a taxa de analfabetismo no município diminuiu entre todas as faixas etárias, porém a população com 25 anos apresenta indicadores que comprometem a formação dessa população considerada

economicamente ativa e a consequente preenchimento de vagas no mercado de trabalho (ALTAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2017).

Gráfico 2. Taxa de analfabetismo em Teresina nos anos de 1991, 2000 e 2010. Teresina (PI), 2018.

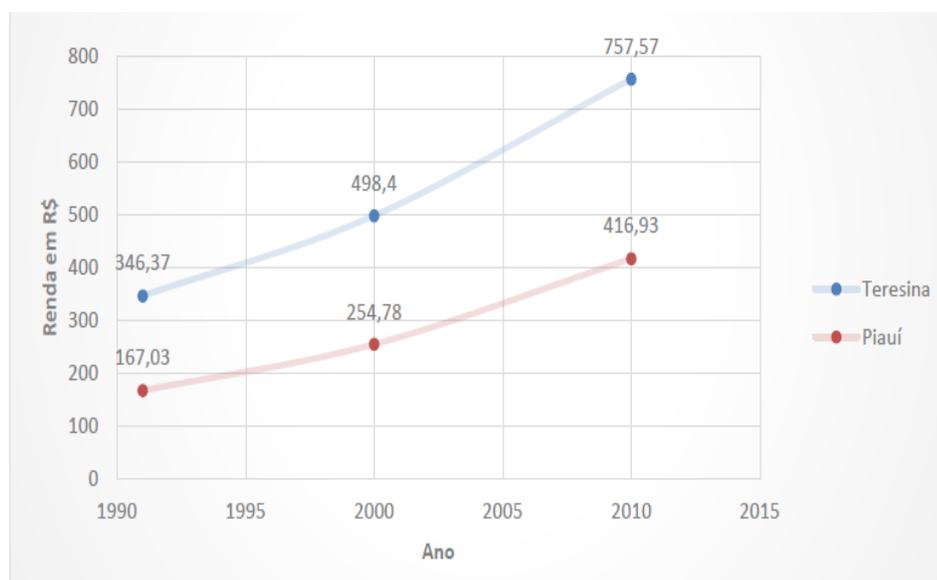


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Segundo o gráfico acima, a maior taxa de analfabetismo se concentra, em todos os anos, na população com 25 anos ou mais, com um percentual maior de 10% (dez por cento), e a menor taxa reúne a população entre 15 e 17 anos, com valor menor que 5% (cinco por cento), em 2000 e 2010. Porém em todas as faixas etárias houve uma queda acentuada na taxa de analfabetismo.

Outro indicador importante para se avaliar uma cidade é a renda *per capita*. Conforme o gráfico 3, em Teresina, no ano de 2010, essa renda foi de R\$ 757,57, enquanto que no estado do Piauí foi de R\$ 416,93. Em 1991, os valores eram de R\$ 346,37 para o município, e de 167,03 para o estado. Em 2010, a renda *per capita* no município estava entre os valores de R\$ 624,00 e R\$ 1.157,00 e é considerado significativa em relação à região norte e nordeste brasileira segundo indicadores do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), índice ainda não atingido pelo estado.

Gráfico 3. Renda *per capita*, Teresina e Piauí. Teresina (PI), 2018.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

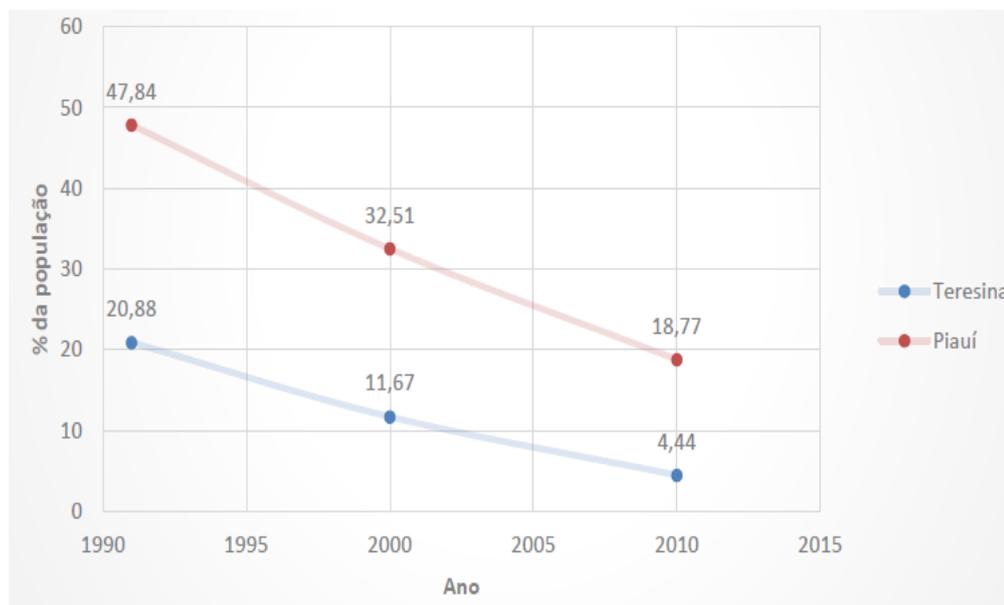
No entanto, analisando o gráfico 3, são valores abaixo de um salário mínimo cujo valor atual que é de R\$ 954,80, configurando-se um estado com graves limitações econômicas, sendo que a economia na maioria dos municípios piauienses dependem, principalmente, do funcionalismo público, agricultura familiar e repasse dos programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família do governo federal.

O percentual de extremamente pobres no município caiu 16,44 % (dezesseis, quarenta e quatro por cento), e no estado 29,07 % (vinte e nove, sete por cento), no período compreendido entre 1991 e 2010. Entretanto o percentual de extremamente pobres em Teresina é menor do que no Piauí, como se pode verificar no gráfico 4.

O parâmetro descrito acima explica o número considerável de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF) do governo federal, no Piauí e em Teresina. Este programa visa atender as famílias que possuem uma renda menor que 25% (vinte e cinco por cento) de salário mínimo somados todos os seus membros, sendo uma das suas condicionalidades a consulta por um profissional de nível superior da Estratégia Saúde da Família pelo menos duas vezes ao ano (nas duas vigências do ano), tendo como prioridade mulheres de 14 à 44 anos, gestantes, puérperas, crianças de ambos os sexos de zero a 7 anos de idade, que devem apresentar comprovação de esquema vacinal atualizado para a faixa

etária e a frequência das crianças e adolescentes (de 8 a 14 anos para o sexo feminino e de 8 a 21 anos para os do sexo masculino) que ainda estudam.

Gráfico 4. Percentual de extremamente pobres, Teresina e Piauí, 1991 e 2010. Teresina (PI), 2018.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Conforme dados do Ministério do Desenvolvimento Social referentes a 2017, sobre a relação de beneficiados pelo Programa Bolsa Família (PBF), o Piauí é o estado da federação com maior número de pessoas beneficiadas perdendo apenas para o Maranhão em números absolutos. Sabendo que esse programa do governo federal se destina a famílias carentes, observa-se a quantidade de famílias nesta situação.

Um último indicador utilizado para avaliar Teresina é o referente às desigualdades sociais. Para tanto, em Teresina, em 2010, os 20% da população mais pobre detinham 2,77% (dois, setenta e sete por cento) de toda a riqueza do município, enquanto os 10% (dez por cento) mais ricos detinham 51,06% (cinquenta e um, zero seis por cento) de toda a riqueza. Ao passo que no Piauí os 20% mais pobres possuíam 1,65% de toda a riqueza do estado, enquanto os 10% (dez por cento) mais ricos possuíam 49,91% (quarenta e nove, noventa e um por cento) de toda a riqueza (ALTAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2017).

Diante da desigualdade social, em um país como o Brasil, que via de regra, segue a mesma realidade dos países latino-americanos, é necessário salientar a importância do sistema público de saúde brasileiro. Conforme descreve Brasil (2006c, p. 113):

a saúde é, sem dúvida alguma, a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo que ainda não estejamos satisfeitos com a qualidade do sistema. É graças ao Sistema Único de Saúde, universal, com atendimento integral e gratuito, que milhões de cidadãos podem contar com um mínimo de amparo e atenção à sua saúde. Ainda que o sistema que temos hoje se distancie daquele que foi consagrado na Constituição Cidadã, sua existência é essencial num país com tantas e tão grandes disparidades regionais e desigualdades sociais.

Para Marx (2012), a desigualdade social está relacionada necessariamente ao modo de produção capitalista que possibilita um processo de desigualdade muito significativo visto com mais intensidade nos países em desenvolvimento. Uma vez que, o modo de produção que tem como finalidade precípua o lucro, através do acúmulo de capital e da exploração de trabalho, acaba gerando essa diferença de classes na Sociedade Civil.

Essa situação de desigualdade está presente na realidade de Teresina conforme análise dos dados presentes nos gráficos 3 e 4 que influenciam diretamente na dinâmica social, política e cultural da capital, como também, das demais cidades do interior do Piauí, o que facilita o controle de um grupo hegemônico formado por famílias tradicionais que acabam agindo sobre as demais classes sociais perpetuando o *status quo* da realidade desse estado.

No setor saúde, a cidade de Teresina passa a organizar de forma sistemática sua política de saúde com a criação da Fundação Municipal de Saúde (FMS), por meio da Lei Municipal nº 1.542, de 20 de junho de 1977. Inicialmente era vinculada à antiga Secretaria de Saúde e Bem-estar Social, mas hoje é considerado um órgão de administração indireta, possui autonomia administrativa e financeira e é habilitada na modalidade de gestão plena do sistema de saúde junto ao Ministério da Saúde.

A participação da sociedade civil nas questões relativas à saúde tornou-se mais robusta em Teresina, a partir da década de 1980, com a atuação de grupos mais organizados atuantes em assuntos relativos, principalmente, à saúde. Fato que se verificou em outras cidades do país, que na época ainda viviam sob o regime militar. Visto que os indicadores de saúde eram cada vez mais deficientes, somando-se às condições sociais e econômicas do país que eram precárias, agravadas pela crise do petróleo no final da década de 1970, formou-se um contexto propício para essas ações mais politizadas da Sociedade Civil.

Para Marx (2012), a desigualdade social imposta à sociedade civil pelo modo de produção capitalista limita a capacidade desse sistema econômico de continuar a oferecer condições de subsistência para toda a sociedade. Essa realidade estava presente no início da década de 1980, sendo agravada pela própria repressão do regime militar e fez emergir movimentos dos mais diversos seguimentos sociais. Primeiro contra o próprio regime militar, segundo por melhores condições de saúde, pois, na época a saúde ainda não era dever do Estado e não tinha como prerrogativa a assistência à saúde, educação, habitação, emprego, renda, dentre outras áreas de atuação do Estado, na saúde especificamente, apenas as pessoas que contribuía com o sistema previdenciário tinha acesso a esses serviços.

Conforme nos afirma Braga (2005), a participação da sociedade civil na Política de Saúde no Piauí, especificamente em Teresina, pode ser dividida em três fases, a saber:

A **primeira fase**, descrita pelo autor, foi denominada de “Articulação Estadual de Saúde” e foi marcada pela crescente mobilização através de encontros e reuniões entre entidades da sociedade civil para debater assuntos relativos a melhorias no setor saúde. Essa fase surgiu no fim da década de 1970 e se estendeu até 1988.

Essa articulação entre movimentos sociais em Teresina ocorre ao mesmo tempo em que ganha forma o movimento das “Diretas Já” pelo fim do regime militar e por um Estado democrático de direito. No setor da saúde, ganha força o Movimento de Reforma Sanitária, que tem influência direta nos movimentos reivindicatórios de qualidade e abrangência dos serviços de saúde ofertados pelo município (CARVALHO; FERREIRA, 2017).

Vários acontecimentos com reflexos no setor saúde ocorreram nessa fase, a saber: o fim do regime militar e as eleições indiretas para presidente da República, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco da participação social no setor; a Assembléia Nacional Constituinte, em 1987 que definiria o futuro sistema de saúde utilizando-se das propostas apresentadas na 8ª Conferência; e, por fim, a institucionalização das propostas pela promulgação da Constituição Federal de 1988, que traz em seu artigo de número 196, relativo à saúde, “a Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 149).

A inclusão do artigo 196 na Constituição federal de 1988, garantindo a saúde como direito, fez surgir um novo ator envolvido com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério Público (MP), responsável pelo cumprimento desse direito o qual estava ausente nas constituições anteriores. Conforme Brasil:

[...] Diz lá: a responsabilidade é do Estado e o direito é do cidadão. Portanto, eu tinha um instrumento, um fundamento jurídico claro, mas a Constituição

Federal de 1988, só veio a ser regulamentada para dar instrumentos de atuação condizente com esse novo cenário de direito ao Ministério Público Federal justamente no ano de 1993, em maio de 1993, quando foi editada a Lei Complementar nº 75, que diz nos seus primeiros artigos que o serviço de saúde é um serviço de relevância pública. Ao categorizar desse jeito ela também dá instrumentos ao órgão do Ministério Público, ao Procurador da República para instaurar uma investigação para saber como esse direito à saúde está sendo cumprido, observado e estruturado pelo Estado (BRASIL, 2006c, p. 185).

O Ministério Público do Estado do Piauí tem atuado em questões relativas ao setor saúde em Teresina, desde a solicitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes que não encontram vagas nos hospitais públicos, passando por questões administrativas da Fundação Municipal de Saúde, até a fiscalização de obras inacabadas de Unidade Básica de Saúde nesta capital. Ele atua por meio dos Termos de Ajuste de Conduta (TAC), firmado entre o Ministério Público e a FMS e tem um papel importante na defesa da garantia do direito à saúde.

Segundo Miranda (2012), a “Articulação Estadual de Saúde” contava com a presença de várias categorias profissionais da área da saúde, e dos próprios movimentos sociais que se articulavam, principalmente em Teresina. Porém, existiam muitos simpatizantes nas principais cidades do interior do estado, onde debatiam temas similares aos abordados pelo Movimento de Reforma Sanitária em nível nacional.

Na **segunda fase**, descrita por Braga (2005), denominada de “Comissão Pró-Saúde“, a articulação da sociedade civil e profissional da saúde passa a ser denominada de Movimento Popular de Saúde (MOPS), que se vincula ao MOPS nacional, tornando-se uma mobilização ainda mais organizada, que passou a debater a participação da sociedade civil na deliberação do novo sistema de saúde. Essa fase vai de 1989 a 1992.

Pode-se notar na fala de uma das conselheiras da Unidade Básica de Saúde localizada na zona norte (UBS “A”) entrevistadas, como a sua atuação é influenciada pelo MOPS:

Uma das contribuições do MOPS para minha atuação como conselheira [...] é não faltar às reuniões, porque se faltar, às vezes uma pessoa que falta aí não dá quórum, né? Então é muito ruim, então a gente faz tudo para dar, ser fiel, na presença [...] e dando opiniões (Conselheira da UBS “A”).

Faleiros (1986) descreve que, no início dos anos 1970, os movimentos populares, mesmo não diretamente ligados à questão da saúde, já se articulavam com pessoas que viriam

a constituir o movimento sanitário. Dentre tais movimentos, destaca-se o MOPS, que vem participando de todo o processo de construção do SUS junto aos outros movimentos sociais, estudantis, de intelectuais.

De acordo com Macêdo (2010), o Movimento Popular de Saúde do Piauí (MOPS – PI) conseguiu agregar outras entidades como a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, tendo como diferencial dos tempos atuais, o contato permanente com suas bases e a vocalização das demandas de saúde desses, e por conta da mobilização possuía muito prestígio perante a sociedade e ao próprio poder público municipal.

Em outra fala da entrevista, concedida pela conselheira do segmento dos usuários pode se constatar essa mobilização do segmento dos usuários representado pelas diversas entidades da sociedade civil para pleitear melhorias no sistema público de saúde brasileiro:

[...] O conselho, com a UBS, né? [...] até por que, há muitos anos a gente começou, tanto puxando a Nancy, porque o dr. José Ivo lá da Federal, ele hoje tá lá em Parnaíba. Ele era uma das pessoas do MOPS [...] a gente veio fazer um trabalho aqui, pois teve um período que este serviço estava fechado, aí nós trouxemos meios de comunicação (risos) e foi muita gente e fizemos um aúé grande. Aí reabriu, aí quando ela veio trabalhar aqui, eu perguntei quem era, e ele me disse que tinha sido sua aluna. Então eu disse, rapaz, pois vamos fazer um seminário e vamos estimular este povo pra luta, então assim, através do movimento [...] Porque tem uma aproximação com a comunidade. Então, isso é muito bom, isso criou um elo, [...] a gente trabalha de uma forma, sem atrito, trabalhando em conjunto (Conselheira da UBS “A”).

Essa mobilização ocorrida na zona norte de Teresina, com a atuação de vários atores sociais, para reabertura do serviço de saúde que era denominado de centro de saúde, hoje Unidade Básica de Saúde (UBS), contava com profissionais médicos especializados como ginecologista, cardiologista, pediatra, dentre outros, que atuavam na lógica do modelo biomédico hospitalocêntrico em que o foco da atuação era a doença e não a prevenção dos agravos. Tal mobilização culminou com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no bairro, atualmente é denominado, Estratégia de Saúde da Família (ESF).

É importante salientar que nesta fase ocorre a promulgação da Constituição Federal de 1988, e com ela a normatização jurídica da seguridade social que conta, além da previdência e da assistência social, com a política pública de saúde e a criação Sistema Único de Saúde (SUS).

E por fim, a **terceira fase**, descrita por Braga (2005), denominada de “Comissão Pró-SUS”, iniciada em 1992, teve como destaque a consolidação da participação da sociedade civil nos espaços institucionalizados e a definição da agenda das políticas públicas de saúde.

As formas de participação direta da população na deliberação dos serviços de saúde são os conselhos gestores e as conferências de saúde. Ambas disciplinadas, inicialmente, pela Lei nº 8.142/90 e posteriormente, pela resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 453, de 28 de junho de 2012, sendo esta, a última legislação vigente sobre o tema.

A criação dos conselhos de saúde, como instância de participação social, significou uma conquista da sociedade civil em busca da efetivação de uma perspectiva mais democrática na saúde. Uma democracia do tipo participativa, como a defendida por Pateman (1992), que complementasse o modelo de democracia representativa implantada no país após o processo de redemocratização que permitiu a realização de eleições diretas para presidente em 1989, após 21 anos de regime militar.

Conforme Brasil (2006c), a experiência adquirida pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, desde a década de 1970, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde demonstrou que à medida que a Sociedade Civil se organiza mobilizando-se efetivamente, mais os interesses da sociedade se fazem prevalecer. Entretanto, quando se desorganiza ou desmobiliza, os interesses mais legítimos sofrem prejuízos em detrimento de interesses particulares.

A abertura do Estado, por meio da criação de espaços legitimados para a atuação da sociedade civil com o intuito de deliberar sobre a Política de Saúde, vem ao encontro do conceito de Estado ampliado de Gramsci (2014) que se dá pela dialética entre os mais diversos grupos envolvidos no processo, é necessária a atuação de espaços como os conselhos gestores, dentre outros espaços, para garantir o direito à saúde institucionalizado pela Constituição Cidadã de 1988.

Para Faleiros (2000), a democracia participativa também se institucionaliza e torna-se uma expressão plural da sociedade; não se impõe como um projeto hegemônico, mas vai minando a hegemonia das elites nos espaços dos conselhos, na conquista de lugares de voz, de pressão, de fiscalização, numa guerra de posições, na expressão gramsciana. Essa democracia está, portanto, promovendo uma manifestação de poder popular, de segmentos excluídos pelo capitalismo em suas várias formas de dominação, mas dentro dos limites do pluralismo e das instituições estabelecidas, com um confronto de interesses que, ao mesmo tempo, em que expõe o conflito propõe-se também a consensos e propostas.

Tendo em vista uma nova experiência participativa, foram criados Conselhos Locais de Saúde (CLS), diretamente subordinados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), respeitando o princípio da paridade entre usuários, trabalhadores da saúde e representantes da gestão, em serviços de saúde como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam as equipes de Saúde da Família, tendo como diferencial do Conselho Municipal, a proximidade da realidade local da comunidade e a desburocratização da institucionalização, uma vez que este tipo de conselho não é obrigatório para o funcionamento do serviço (CRUZ; *et al*, 2012).

Os conselhos locais de saúde passam a ganhar legitimidade institucional a partir da publicação do Decreto presidencial de número 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, e disciplina as ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS, além de defender uma gestão democrática do setor saúde, pautada pelos princípios de uma democracia participativa. Entretanto, desde 2003, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de número 033/2003, já disciplinava a atuação dos conselhos locais de saúde.

Para Pedrosa e Pereira (2007), a prática de uma gestão participativa em uma Unidade Básica de Saúde é capaz de desencadear novas práticas de controle social, menos burocratizadas e mais afinadas com a realidade da população que as demandam, atendendo as reais necessidades dessa população e incentivando-a ao protagonismo político na deliberação da formulação destes serviços.

Podemos observar na fala de uma das conselheiras da UBS “A”, localizada na região norte de Teresina, que esses conceitos de gestão democrática e democracia participativa estão presentes quando a mesma descreve a sua importância:

Eu acho que é a questão da cidadania, entendeu? É a questão da pessoa se perceber como cidadão, que ela tem direito, que ela tem deveres. Teve um período que a gente teve algumas reclamações saindo na televisão e eu fiquei extremamente chateada. Eu disse; “Poxa! Aqui é um lugar que a gente procura trabalhar tão bem, e teve reclamação, teve tudo”; mas aí de repente caiu a ficha, sabe por que teve reclamação? Porque eles agora conseguem perceber e identificar o que é ruim e pedir melhorias, e isso é fruto de muita reflexão, né?. Então na realidade eles estão reclamando porque despertou para a cidadania e de que é importante a participação deles dizendo o que está errado, o que está ruim e o que precisa ser melhorado. Aí eu me acalmei, porque eu tinha ficado muito desanimada, né? (ZN3TS).

Analisando a fala da conselheira acima sobre a necessidade da população se perceber como cidadão portador de direitos, entre eles, o direito a saúde, e passar a ver a UBS como um bem público da própria comunidade, foi apontado por Escorel citada por Brasil

(2006c) quando a mesma analisou a relação do SUS com a mídia na época de sua implantação no final da década de 1980, pois devido a falta de divulgação de informações sobre o novo sistema de saúde dificultou a comunicação adequada entre este e a sociedade o que impossibilitou que um grande número de pessoas abraçassem a causa do Movimento de Reforma Sanitária, uma vez que, para Escorel “ O SUS não é um patrimônio da população. E era para ser. Era o que a gente gostaria que fosse. A única forma que o SUS teria de sobreviver e de melhorar seria que a população o assumisse como um patrimônio seu. Mas não é o que está acontecendo”.

Quando a conselheira fala de participação, pode-se entender que esse termo representa uma nova articulação do poder de direcionar um serviço, ou mesmo todo um sistema de saúde, com todos os envolvidos no processo, transformando, dessa forma, atores passivos em sujeitos ativos, ou de atores individuais em atores coletivos.

Gramsci (2014) descreve que o poder do indivíduo em modificar sua realidade é pequeno quando utiliza apenas sua própria força, mas ele pode se associar com todos que querem modificar essa realidade, sendo que esta modificação deve ocorrer de forma racional, já que o indivíduo pode multiplicar-se por um elevado número de vezes, obtendo um resultado bem mais radical do que à primeira vista parecia possível.

A prática dos princípios da democracia participativa em um conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar diretamente seus interesses, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações sobre uma determinada Política Pública, tornando a relação entre o Estado e a sociedade civil mais horizontalizada.

Para Brasil (2006c), os conselhos de saúde formam uma correia de transmissão com a sociedade, uma vez que, ao tempo em que os atores se organizam em movimentos de pressão e reivindicação, também vão se transformando e fazendo emergir interesses coletivos e comuns, próprios de cada segmento, inscrevendo-os no contexto da negociação política, ou dialética.

Dessa forma, a construção e a evolução do SUS, evidencia que este ainda é um projeto inacabado de todo um movimento que agregou vários atores no seio da sociedade, representam um bem comum da sociedade brasileira. Ele não se fez através de um “pacto social” nos moldes dos pensadores contratualistas que formularam o pensamento para a formação do Estado, mas por meio da dialética entre a sociedade política e a sociedade civil, entre os diversos grupos com interesses diversos e até mesmo opostos, tornando o Estado ampliado para atender as demandas através do consenso.

No caso específico de Teresina, a criação dos Conselhos Locais de Saúde em alguns serviços de saúde, se deu em caráter de vanguarda em relação às demais capitais do país, pois poucas cidades possuíam esta modalidade de conselho. Como exemplo, alguns serviços de saúde das cidades de São Paulo e Belo Horizonte contavam com esse tipo de conselhos, como no relato de Guedes Apud Brasil (2006c, p. 63) sobre a formação do primeiro conselho comunitário na zona leste de São Paulo que seria o embrião dos demais conselhos no setor saúde.

No caso do bairro São Mateus, o movimento popular, especialmente vinculado à igreja, que desde 1970 era atuante, começa a ter contato com esses sanitaristas [...] E, nessa região, por volta de 1978, a comunidade procura a secretaria de saúde querendo que o conselho de comunidade seja eleito pelo voto direto da própria comunidade [...]. Nesse ano, num bairro chamado Jardim Nordeste foi realizada a 1ª eleição de um Conselho Comunitário de Saúde, fato que a secretaria publicou no Diário Oficial do Estado de São Paulo. Isso valorizou e auxiliou o movimento, deu a ele fóruns de legalidade. Não podemos esquecer que estávamos em plena ditadura militar.

Assim sendo, as UBS's do município de Teresina foi o espaço do estudo empírico, em busca de resposta para a questão norteadora: Como os Conselhos Locais de Saúde contribuem para uma gestão participativa do Sistema Único de Saúde Municipal, com vistas a garantir Políticas Públicas de Saúde asseguradas pelo município de Teresina?

4.2 Os Conselhos Locais de Saúde e a Realidade Local

As duas UBS, uma localizada na zona norte (UBS “A”) e a outra localizada na zona sul desta capital (UBS “B”), foram escolhidas de forma intencional para ser o *locus* de pesquisa do objeto de estudo, por serem serviços que já contavam com Conselhos Locais de Saúde antes mesmo desses espaços se tornarem obrigatório para as UBS's que atuam na modalidade do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade (PMAQ). Elas têm como diferencial a assistência de toda a equipe de saúde da família (eSF) à comunidade nos dois turnos (40 horas semanais) e por contarem com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista e Educador Físico), que atuam de maneira integrada, compartilhando as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade com as equipes de saúde da família.

Com o processo de municipalização, após a criação do SUS, prossegue-se com o princípio da descentralização da gestão pública na esfera do governo local (município), tendo como pressuposto de que é no município que se concretizam as Políticas Públicas, lugar onde está localizada a população a ser atendida, modificando a relação entre Estado e Sociedade, uma vez que é no município onde a população inicia o contato com o sistema de saúde (FLEURY, 2014).

Somando-se ao princípio Constitucional de participação da sociedade civil na definição das Políticas Públicas do Estado, promovendo a gestão participativa e o consequente controle social participativos. Assim, por ser um componente institucional do Estado brasileiro relativamente recente na história do país (surgiu na Constituição Federal de 1988) ainda apresenta limites por toda uma historicidade de um Estado que apresenta resquícios de autoritarismo e centralização do poder (FALEIROS, 1986).

Para Brasil (2006c), a participação é um elemento intrínseco à formação do próprio Sistema Único de Saúde, pois para a implantação dele foram acumuladas práticas de participação comunitária e participação popular, que ao acumular-se promoveram uma crítica reflexiva sobre o próprio sistema de saúde, tornando-se um agente coletivo e obstinado pela participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde.

A demanda do Movimento de Reforma Sanitária pelo princípio de participação social na deliberação do novo Sistema de Saúde promoveu a alteração na perspectiva do movimento relacional entre Estado e Sociedade Civil, atribuindo-lhes uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é visto como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e ela como espaço de elaboração de propostas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais, contrapondo o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso (BRAVO, 2008).

Observa-se, no entanto, que os Conselhos em geral e os Conselhos de Saúde, especificamente, são espaços do contraditório, onde a dialética está presente na relação dos segmentos representados nesses locais, e que mesmo o segmento dos usuários possui uma heterogeneidade de interesses que, a reivindicação de um o grupo social ali presente pode divergir substancialmente de uma proposta feita por outro grupo sócia, ambos representando o segmento dos usuários.

A mesma dialética é presente no segmento dos trabalhadores de saúde, uma vez que as diversas categorias profissionais ali presentes, na maioria das vezes, possuem propostas divergente em si, atuando de forma a beneficiar um segmento profissional em particular em detrimento dos demais.

Esse protagonismo político adquirido pela prática de atividades democrática a nível local é apontado por Pateman (1992) como imprescindível para a capacitação do indivíduo a fim de que possa atuar em assuntos mais gerais do Estado. Para a autora, as práticas democráticas realizadas pelo indivíduo em seu próprio lar ou no local de trabalho contribuem para essa capacitação.

Entretanto, os Conselhos Locais de Saúde não conseguem por si só aprimorar a democracia descrita pela autora acima, pode contribuir significativamente, mas existem outros mecanismos participativos, como: audiências públicas, passeatas, mobilizações, ouvidorias, dentre outros, que também podem contribuir para fortalecer a democracia participativa criando um círculo virtuoso.

Inicialmente foram elaboradas duas tabelas com informações sobre os conselheiros locais de saúde que participaram das entrevistas para facilitar a caracterização deles. Dessa forma, a Tabela 2 (dois) é referente aos conselheiros da Unidade Básica de Saúde “A”, e a segunda Tabela 3 é relativa aos conselheiros da Unidade Básica de Saúde “B”.

Tabela 2. Caracterização dos conselheiros locais de saúde entrevistados da UBS da zona norte. Teresina (PI), 2018.

| Conselheiro | Seguimento | Idade | Escolaridade | Tempo de atuação |
|-------------|------------------------|-------|--------------|------------------|
| ZN1G | Gestão | 49 | Superior | 2 anos |
| ZN2TS | Trabalhadores de saúde | 67 | Superior | 3 anos |
| ZN3TS | Trabalhadores de saúde | 51 | Superior | 7 anos |
| ZN4TS | Trabalhadores de saúde | 43 | Superior | 3 anos |
| ZN5U | Usuários | 61 | Superior | 10 anos |
| ZN6U | Usuários | 62 | Superior | 3 anos |
| ZN7U | Usuários | 30 | Superior | 7 anos |
| ZN8U | Usuários | 64 | Ensino médio | 2 anos |

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, extraído de pesquisa própria.

Tabela 3. Caracterização dos conselheiros locais de saúde entrevistados da UBS da zona sul. Teresina (PI), 2018.

| Conselheiro | Seguimento | Idade | Escolaridade | Tempo de atuação |
|-------------|------------------------|-------|--------------|------------------|
| ZSP1G | Gestão | 53 | Superior | 9 anos |
| ZSP2G | Gestão | 34 | Superior | 7 meses |
| ZSP3TS | Trabalhadores de saúde | 63 | Superior | 1 ano |
| ZSP4TS | Trabalhadores de saúde | 68 | Superior | 9 meses |
| ZSP5U | Usuários | 22 | Superior | 1 ano |
| ZSP6U | Usuários | 68 | Ensino médio | 9 meses |
| ZSP7U | Usuários | 65 | Superior | 4 anos |
| ZSP8U | Usuários | 54 | Ensino médio | 4 anos |

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, extraído de pesquisa própria.

Conforme mencionado anteriormente, para caracterizar os conselheiros locais de saúde foi utilizada a abreviatura ZN1G para identificar que este conselheiro é da UBS localizada na Zona Norte (ZN) sendo o primeiro (1) e representante do segmento de Gestão (G), assim como a abreviatura ZN2TS para identificar que este conselheiro é da UBS da Zona Norte (ZN) sendo o segundo (2) e representante do segmento dos trabalhadores de Saúde (TS), e ZN5U para identificar que este conselheiro é da UBS da Zona Norte (ZN) sendo o quinto (5) e representante do segmento dos usuários (U), a mesma compreensão foi utilizada para os conselheiros da UBS localizada na Zona SUL (SU).

Pode-se observa nas tabelas apresentadas acima, que tanto o conselho local de saúde da UBS da zona norte, quanto, a UBS da zona sul, apresentam a paridade dentro do conselho entre os segmentos representados nesses espaços. Outro item importante é a amplitude de idade que varia de 22 a 68 anos, com uma média de idade de 53,3 anos para os conselheiros das duas UBS's. Quanto ao grau de instrução, apenas 1 conselheiro da zona norte e 2 conselheiros da zona norte possuem ensino médio; e os demais possuem nível superior, o que contribui com o processo de participação. Por fim, o último dado das tabelas é o tempo de atuação nesses espaços que variou entre 7 meses e 10 anos. Observou-se que os conselheiros da zona norte possuem mais tempo de atuação que os conselheiros da zona sul.

Durante a realização da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, ocorrida em Brasília, 2004, com representantes dos conselheiros de todo o país foi proposto um questionário aos participantes, e o resultado desse questionário apontou, quanto ao item escolaridade, que a maioria possuía curso superior (totalidade entre os prestadores de serviço), em contraste com os usuários, com 23% (vinte e três por cento) com ensino fundamental e 41% (quarenta e um por cento) com ensino médio. Registra-se que apenas 6% (seis por cento) dos trabalhadores de saúde têm somente ensino fundamental. E destaca-se, ainda, que 72% (setenta e dois por cento) dos gestores possuíam nível superior (BRASIL, 2006c).

Observa-se pelos dados apresentados por essa pesquisa realizada com conselheiros de todo o país que havia a discrepância entre a escolaridade dos entrevistados, fato que pode ser parcialmente constatado entre os conselheiros do estudo realizado em Teresina, pois os três conselheiros que possuem ensino médio são todos do segmento dos usuários, enquanto que os demais possuem ensino superior.

No entanto, como citado por Gramsci (2014) todo indivíduo é um intelectual, independente de seu grau de escolaridade ou ofício desenvolvido. O mesmo se aplica na constatação da escolaridade citada acima dos conselheiros, uma vez que, não necessariamente, um com nível superior atua mais efetivamente que um conselheiro que possua o nível médio, ensino fundamental ou mesmo analfabeto.

O município de Teresina possui outras unidades básicas de saúde que contam com conselhos locais de saúde que apresentam diferentes estágios de organização de suas atividades, conforme informação do próprio Conselho Municipal de Saúde, que possui como prerrogativa o incentivo e o apoio institucional a fim de que esses espaços de deliberação local possam ter autonomia para desenvolver seus trabalhos.

Esse apoio do Conselho Municipal de Saúde pode ser constatado pela fala de uma conselheira representante do segmento dos trabalhadores de saúde da UBS “A” durante a realização do grupo focal daquele serviço:

Acho que só eu participei da formação do primeiro conselho. Há 7 anos a gente ainda estava no posto velho e tinha muito problema, tinha a fiação toda velha, pegava fogo, os pisos estavam saindo, os azulejos levantavam da parede e muito problema, muito problema mesmo. Mas aí, eu comecei a estudar sobre conselho local de saúde e pedi ajuda ao conselho municipal de saúde junto com algumas pessoas, como o Ivan que era o presidente da associação dos moradores que também, na época, estava desativada. E o Ivan lutou também para ativar a associação dos moradores. Aí, teve também a dos pescadores e oleiros e a gente se uniu. A Raimunda, ali do artesanato e eles vieram aqui formar a gente e preparar para quem ia se candidatar. Aí, quando foi no dia 22 de outubro de 2010, o prefeito, na época era o Firmino

e continuava, né? E ele veio para tomar posse do conselho local de saúde e a, assim, no início foi dito que a gente não tinha muita noção, mas nesta época tinha formação [...] A gente ia, para as reuniões e lá diziam o que o conselho poderia fazer, o que o conselheiro não podia fazer, e a gente foi aprendendo, nessa época o conselho era só para o bairro Poty Velho. Aí, quando a gente mudou para esta UBS aqui, a gente disse “ora mais o povo que frequenta aqui não é só do Poty Velho, tem o povo do Alto Alegre e o povo do Mafrense 2” e aí o conselho passou a ser dos três bairros (Grupo focal da UBS “A”).

Nessa fala, extraída do grupo focal, pode-se perceber que tanto os trabalhadores da UBS “A”, quanto à comunidade da região viram a necessidade de formarem um espaço para discutir temas relativos à saúde e, mais especificamente, reivindicarem por melhores recursos físicos do serviço de saúde que se encontravam de forma precária, o que dificultava a prestação de uma assistência de qualidade.

Um dado importante da fala é a época em que se deu essa mobilização para a criação do Conselho Local, no ano de 2010, antes da criação dos demais conselhos locais nas outras Unidades Básicas de Saúde e na área hospitalar, como no Hospital do Promorar, localizada na zona sul, Hospital do Satélite, localizado na zona leste e na Maternidade Wall Ferraz, localizada na zona sudeste de Teresina, criados no ano de 2011.

Entretanto, os Conselhos Locais de Saúde, são regulados quanto a sua natureza desde o ano de 2003 quando o Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução de número 333/2003, afirma que os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, mas com o processo de descentralização, foram criados os Conselhos: Regionais, Distritais e Locais, sob coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente (BRASIL, 2006c). No Caso específico do Conselho Local de Saúde, este é coordenado pelo Conselho Municipal de Saúde.

A implantação dos Conselhos Locais nos serviços de saúde foi realizada de forma sistematizada, sem uma prévia preparação dos atores envolvidos, conforme estudo de Miranda (2012), nos anos de 2010 e 2011, por incentivo do então presidente da Fundação Municipal de Saúde (FMS), o atual prefeito de Teresina, Firmino Filho, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Ele foi eleito prefeito, pela primeira vez, em 1996 e foi reeleito em 2000. Em 2010, assume a presidência da FMS e, em 2011, promove a implantação dos Conselhos Locais de Saúde. Nessa época ele era pré-candidato à prefeitura de Teresina e, logo depois, foi eleito prefeito para exercer seu 3º mandato, atualmente exerce seu quarto mandato como prefeito desta capital.

Observa-se que a aproximação feita com as lideranças de bairros que possuíam Unidades Básicas de Saúde para implantação dos Conselhos Locais de Saúde foi no, mínimo, conveniente para quem pretendia disputar seu terceiro mandato como prefeito, utilizando um discurso que promoveria a participação das comunidades na gestão desses serviços.

O PSDB está ocupando o Palácio da Cidade, sede do poder executivo de Teresina, desde o ano de 1986, quando elegeu o Professor Wall Ferraz, perfazendo um total de 32 anos em que todos os prefeitos eleitos são desse partido, intercalando apenas por 2 anos quando o vice prefeito Elmano Ferrer (PTB) assume a prefeitura no período entre 2010 e 2012, quando o prefeito Firmino Filho disputou a eleição para governador do estado do Piauí, vindo a perder o pleito para Wilson Martins (PSB).

O grupo político a frente do município de Teresina apresenta as características da categoria hegemonia descrita por Gramsci (2014), achando-se esse grupo com a capacidade de orientar os demais grupos no conjunto da sociedade, dirimindo os conflitos entre as classes, por exemplo, os conflitos de classe para estabelecer certa coesão social, ao tempo que permanecem no poder Estatal, podendo utilizar-se, também, da força de coerção para eliminar todo tipo de oposição.

Existe o risco de um determinado grupo político, ou mesmo um político, especificamente, se descrever como incentivador da participação da sociedade em assuntos pertinentes da gestão, em ações como Orçamento Participativo (OP), formação de Conselhos deliberativos por bairro ou região, eventos, dentre outros. Mas na verdade, atuam com a intenção de captar votos com intuito de se reeleger ou eleger um determinado candidato do mesmo grupo político.

Fleury (2014) salienta que a teoria das elites políticas pressupõe que elas encontram sua força no fato de serem organizadas, podendo por isso usar a máquina estatal para a realização de seus interesses enquanto os grupos dirigidos são mais numerosos, divididos e desarticulados, o que facilita a hegemonia daquele aos demais.

De acordo com FALEIROS (1986) o Estado apresenta uma natureza contraditória, haja vista que somente pode ser compreendido de maneira histórica e concreta, analisando-se os aspectos em que demonstra sua força, através de leis, decretos, concessões, ou aspectos que denotam sua fraqueza, como o poder de mobilização da sociedade civil na busca de suas demandas. Assim, a ação do Estado se situa na sua relação com as forças sociais.

Benevides (1994) descreve a diferença entre a cidadania passiva, que é outorgada pelo Estado com a idéia de favor e de tutela; e a cidadania ativa, que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, abrindo espaços que promovam a participação política.

A partir da criação dos Conselhos Locais de Saúde em 2011, o próprio conselho municipal de saúde criou uma equipe de apoio para o incentivo aos serviços de saúde da rede municipal para treinamento e posse dos conselheiros locais, no entanto, não é realizado um acompanhamento sistematizado do andamento dos espaços, nem tão pouco, os conselhos locais fazem um *feedback* das suas ações ao conselho municipal.

Contudo, não foi encontrado nas falas dos conselheiros entrevistados esse apoio inicial do Conselho Municipal de Saúde para implantação do Conselho Local de Saúde da UBS localizada na zona sul. Mas a necessidade de existir um espaço como esse, já era sentido, tanto pelos trabalhadores de saúde, como pela própria comunidade. Fato parecido com o a realidade da UBS localizada na zona norte.

Esse conselho, ele, já existia um anterior na necessidade que a gente tinha mesmo desse intercâmbio comunidade e representantes da comunidade, mas nós o criamos principalmente pela exigência da política de saúde e também como fator obrigatório do PMAQ. Foi isso que nos fez criar este conselho. No início quem deste conselho, segundo conselho, quem esteve a frente foi o pessoal do NASF; principalmente, a Assistente Social, por ela ser mais embasada nas políticas dos conselhos de saúde (conselheira 3, UBS da Zona Sul).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011, realiza avaliações periódicas das equipes de saúde da família e da infraestrutura da UBS como pré-requisito para a liberação dos incentivos financeiros junto às prefeituras, sendo, a criação e a manutenção de um Conselho Local de Saúde, um item indispensável nestas avaliações (BRASIL, 20112).

Como os Conselhos Locais de Saúde passaram a ser exigidos como pré-requisito de um Programa Federal, esse passou a ser um espaço burocratizado, correndo o risco de ser mero instrumento avaliativo sem capacidade de promover um espaço democrático de participação e fortalecer o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo com destaque para a sociedade.

Apesar do Conselho Municipal de Saúde apoiar a instauração dos Conselhos Locais de Saúde, como também, o seu funcionamento, haja vista, a elaboração de um regimento interno padronizado para nortear as ações e as atribuições, desses espaços localizados no próprio serviço de saúde. Tendo sido aprovado desde 1993, o Conselho Municipal de Saúde determina como atribuição dos Conselhos Locais de Saúde, através do seu regimento interno:

I - Diagnosticar a realidade de saúde do bairro; II - Planejar as ações individuais e coletivas, a partir dos problemas de saúde do bairro, dentro das diretrizes básicas e prioritárias do SUS, que venham em auxílio da implantação da municipalização; III – Acompanhar a execução do plano de trabalho estabelecendo e aplicando critérios de avaliação e controle do trabalho desenvolvido pela unidade com base em parâmetro de qualidade, e cumprimento de metas estabelecidas deliberando mecanismos para correção das distorções; IV- Participar da elaboração do orçamento, através da determinação das necessidades, bem como pronunciar-se sobre prioridades e metas da população local no âmbito da unidade; V- Avaliar a qualidade do atendimento prestado pela Unidade de Saúde, contratada ou conveniada ao SUS na área de abrangência da Unidade de Saúde; VI - Em caso de denúncia, o Conselho local deve registrar a ocorrência, o nome do usuário e do funcionário, para apuração e providências necessárias; VII - Possibilitar à população, amplo conhecimento do SUS municipal e de dados e estatísticas relacionadas com a saúde em geral e com o funcionamento da unidade, em particular; VIII - Ter conhecimento pleno dos registros atualizados e fiéis do quadro de pessoal da unidade, bem como sua distribuição de turnos, carga horária e escala de plantões; IX - Participar em conjunto com outros conselhos locais do acompanhamento e avaliação do sistema de saúde no distrito ou município, encaminhando quando necessárias propostas e pareceres ao distrito de saúde, Conselho Municipal ou outras instancias; X - Conhecer e pronunciar-se acerca das prestações de contas á nível local e distrital, especialmente no que interfira na área de abrangência da unidade; XI - Desenvolver propostas de atuação e participar de projetos intersetoriais, garantindo a efetiva participação dos movimentos populares afins; XII - Opinar acerca da incorporação de serviços privados e/ou pessoas físicas, de sua área de abrangência, ao sistema de saúde, considerando as necessidades locais; XIII - Propor treinamento e reciclagens para os profissionais; XIV – Coletar informações no distrito, Secretaria Municipal de Saúde e outros competentes; XV - Assegurar que as deliberações do Conselho Local sejam postas em prática; e XVI Coordenar e fiscalizar o processo eleitoral para diretor da Unidade de Saúde (TERESINA, 1993, p.1).

O parágrafo XVI, do regimento acima mencionado referente ao processo eleitoral para diretor da Unidade de Saúde, nunca foi colocado em prática, achando-se esse cargo ocupado por pessoas indicadas politicamente, coincidindo com a utilização do empreguismo como forma de cooptação de apoio político para êxito nos pleitos eleitorais.

Outro item falho é a participação do conselho na deliberação do orçamento dos recursos destinados às Unidades Básicas de Saúde, denominado de suprimento de fundo, ficando a cargo de o administrador direcionar tais gastos. Atualmente, esse valor corresponde a um valor pouco maior de meio salário mínimo mensal, e está contemplado no parágrafo 4 do 2º artigo do regimento interno do Conselho Local de Saúde.

Dessa forma, apesar da criação dos espaços de deliberação dos serviços de saúde da Atenção Básica de Teresina, alguns itens institucionalizados não foram sequer colocados em prática o que gera certa limitação da atuação plena dos conselhos.

Um ponto importante a ser discutido quanto à atuação dos Conselhos Locais é a elaboração da pauta das reuniões haja vista a heterogeneidade de interesses presentes nos segmentos representados nesse espaço.

Observa-se no relato de uma conselheira da UBS “A” que a pauta é elaborada conforme a necessidade das demandas dos conselheiros e entregue com antecedência aos mesmos:

[...] as nossas reuniões nos já fechamos, elas são bimestrais, de dois em dois meses, é uma reunião, é assim uma coisa escrita, e assim, as nossas propostas em termos de atividade, ao termino de uma reunião, já fica agendada a próxima e fica aberta as pautas, né!. No decorrer dos dias qualquer conselheiro pode solicitar uma pauta, mas a gente digita essas pautas com quinze dias de antecedência, e na hora da reunião ficam abertas para acrescentar outras que aparece [...] (ZN2TS).

Conforme relata acima se observa uma organização quanto ao ritual da elaboração das pautas, apesar de que é facultada a palavra a qualquer conselheiro antes do inicio das reuniões. Este modo de preparar as pautas coincide com o da UBS “B” com a diferença de que, nesta UBS, a pauta de abertura da caixa de sugestões, sempre é realizada na reunião.

Um desdobramento da questão anterior sobre como é organizada as pautas das reuniões dos conselhos refere-se a qual o segmento mais propositivo dessas pautas, havendo uma divergência de opiniões que reflete a própria dialética desses espaços, conforme relatos a seguir.

É mais ou menos meio a meio. A gente propôs pautas que às vezes é um morador, uma pessoa vem reclamar e aí a gente põe em pauta dentro do conselho, é isso (ZN7U).

Olha, por incrível que pareça quem mais propõe é os profissionais (ZN2TS).

São os usuários (ZN6U).

Somos nós profissionais, sempre os profissionais (ZN3TS).

Constatam-se nas três falas acima uma divergência de opiniões quanto ao segmento que mais propõem pautas nesses espaços, no entanto, ao avaliar as pautas durante a análise documental, tanto o segmento da gestão, como os trabalhadores são os que mais propõem as pautas das reuniões, mas o número de pautas do segmento dos usuários é significativo, o que demonstra uma abertura nesses conselhos para manifestação das demandas deste segmento.

Na teoria da democracia participativa, a "igualdade política" refere-se à igualdade de poder e determinação do resultado das decisões, porém o que se observa na vivência de alguns conselhos gestores é a sensação de estar influenciando, mas que ainda não pode decidir sobre determinados assuntos.

Para finalizar este item das pautas é importante mencionar quais pautas são mais recorrentes nesses dois conselhos. Seque relato dos conselheiros quanto a este item:

Assim, “n” coisas, posso mencionar: atendimento e a qualidade desse atendimento, a questão de medicamentos, filas que pelo visto, parece que a gente não está mais ocorrendo, pelo visto parece que foi solucionado. São essas situações, mais aqui dentro do posto de saúde (ZS5U).

Eu me lembro bastante da questão de marcação de consulta on line (ZN3U).

A abertura da caixa de sugestão ou avaliação dos usuários (ZS3TS).

Os temas discutidos com mais frequência são relativos a temas mais ligados a dinâmica de funcionamento da própria UBS mediante constatação de qualquer problema decorrente de um atendimento ou mesmo pela ausência deste. Entretanto, serão discutidas mais adiante outras pautas que aprofunda essas discussões relativas aos problemas mais corriqueiros desses serviços de saúde.

4.3 Os Desafios de uma Gestão Democrática

O desafio da implantação de uma gestão democrática não só nos serviços de saúde, como também, no próprio sistema de saúde em suas três instâncias de gestão surgiu, desde sua concepção institucionalizada pela Lei Federal de número 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Essa lei disciplina o princípio constitucional da participação da comunidade na organização, planejamento e deliberação do setor.

Para tanto, a participação da sociedade em espaços institucionalizados no Estado brasileiro com a possibilidade de deliberar sobre questões que outrora seriam inimagináveis, como no período do regime militar, constitui-se em um avanço na busca da consolidação de um Estado democrático de direito.

Essa participação dentro de uma democracia faz com que os indivíduos desenvolvam virtudes democráticas, com tendência a atuar no espaço público, com o intuito de proteger os interesses coletivos e a autonomia civil. Observa-se, dessa forma, a importância educativa dos indivíduos para a participação nas ações do Estado (PATEMAN, 1992).

Assim, a criação dos conselhos gestores, como espaços de deliberação, implicaria a democratização do processo de tomada de decisões em áreas de políticas públicas específicas, com destaque, no Brasil, na área da saúde, e, também, na vocalização de setores excluídos social, econômica e politicamente, para adoção de políticas mais redistributivas (ROCHA, 2011).

Quanto à atuação dos conselhos gestores, Wendhausen e Cardoso (2007) entendem que, na maioria das vezes, os conselhos possuem um comportamento mais representativo, mas defendem que eles, podem e devem ser permeados por práticas de democracia direta ou participativa.

Para Costa e Lionco (2006), apesar dos inegáveis avanços que a Sociedade Civil organizada, os trabalhadores e os gestores do SUS vêm realizando no exercício do processo do controle social, a consolidação da democracia participativa na conquista da saúde ainda tem um longo caminho a percorrer. Em relação ao enfrentamento das iniquidades em saúde, sua visibilidade e politização, serão consequências do fortalecimento do poder de vocalização dos grupos sociais protagonistas desta condição.

Na perspectiva de uma gestão participativa, deverão ser evitadas dinâmicas dicotômicas entre Sociedade Civil e Estado, promovendo efetivamente espaços dialógicos e de co-responsabilização no processo democrático de construção de políticas públicas de saúde (COSTA; LIONCO, 2006).

Apesar dos desafios, pode-se observar durante a realização deste estudo, que a realidade desses dois Conselhos Locais de Saúde apresenta elementos que favorecem a participação de vários atores envolvidos na realidade local, mas que ainda é limitada quanto a efetivação de uma gestão democrática conforme preconizado pelo próprio SUS.

Na entrevista concedida por uma das administradoras, observa-se como um primeiro desafio, uma contradição neste tipo de gestão de serviço com a gestão da própria Fundação Municipal de Saúde, quando indagada sobre o tipo de gestão praticada na FMS.

Centralizadora né, ela centraliza na fundação [...] lá existe uma gerência que eles decidem as ações e a gente bota em prática aqui na Unidade de Saúde [...] Como é que a gente fala, propondo junto com as equipes a gente vê a melhor forma de fazer isso (ADM).

É importante mencionar que a Fundação Municipal de Saúde passou no ano de 2017, por uma estruturação em seu organograma administrativo, a partir do qual ela voltou a responder por toda a gestão do SUS local nos três níveis de atenção à saúde (primário,

secundário e terciário). Isso aconteceu quando se extinguiu a Secretaria Municipal de Saúde que abrangia a Fundação Hospitalar de Teresina (FHT) também extinta.

Uma característica apresentada pela administradora de uma das unidades básicas de saúde em estudo é a centralização das decisões, sem a prévia consulta às equipes de saúde, ou à sociedade, uma prova desse *modus operandi* foi a desativação das três diretorias regionais de saúde (DRS), respectivamente DRS Sul, DRS Centro/Norte e DRS Leste/ Sudeste que tinham o papel administrativo de descentralizar para os respectivos distritos sanitários de Teresina as ações da FMS, sem a prévia consulta aos sujeitos envolvidos, caracterizando um processo de centralização administrativa dessa autarquia que a faz ir na contra mão do que é praticado nas demais capitais do país e da forma como é preconizado pelo próprio SUS.

No entanto, ela descreve que a nível local tenta da melhor forma possível dialogar com as equipes de saúde da família as determinações oriundas do nível central da FMS. Dessa forma, existe uma abertura para o diálogo com os trabalhadores da UBS, buscando a melhor forma de cumprir as determinações que repercutirão nas ações das equipes de saúde da família.

Quando indagada se o conselho local de saúde participava dessa consulta, a entrevistada faz uma importante ressalva sobre esse espaço ao responder que:

Pra mim o conselho tem uma importância muito grande, porque ele seria um elo de ligação entre os usuários da comunidade e a instituição. Então assim, ela deveria ter esse papel, muito importante nesta ligação, por que[...]ela deveria fazer, é esse elo de ligação bem mais atuante, bem mais participativa, bem mais efetivo, porque assim, aqui a gente propõe várias atividades, e o que a gente tá vendo hoje é que os usuários não estão participando como deveriam. A gente programa para um número x de pessoas [...] aqui as equipes são muito atuantes, muito inovadora, muito participativa, mas infelizmente, a gente...hoje não está vendo este retorno, inclusive de uma certa forma dá até um desestímulo, por que, é... a gente faz tudo e as equipes fazem tudo para os usuários, então assim, eu acho hoje que o conselho não está participativo como deveria ser.

Eu deveria estar aqui, a gente faz a cada uma vez, dois meses a reunião e são pouquíssimas pessoas do conselho que participam, a gente tem que estar chamando. Aqui existe uma associação de moradores que, de vez em quando, a gente procura dizer o que está fazendo e o que a gente vai fazer, para eles divulgarem na comunidade (ADM)

Observa-se, nessa fala, a percepção da administradora citada acima quanto à importância que ela atribui ao conselho local de saúde, como responsável por fazer um elo entre serviço e comunidade. Fato que promoveria uma oferta de serviço em conformidade

com as necessidades percebidas pela população, dando um caráter mais efetivo às ações realizadas pelas equipes de saúde da família.

No entanto, ela descreve um “desestímulo” no número de participantes dos encontros do conselho, também, não aprofunda se a gestão da Unidade Básica de Saúde em questão é influenciada pelas propostas vindas desse espaço, e o que ela chama de participação está mais relacionado ao número total de participantes do que o conceito propriamente dito de participação.

Para Brasil (2002), a participação é também denominada “participação comunitária” no contexto da saúde, estabelecida e regulada pela Lei Federal nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde. Dessa maneira, busca-se que atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

Para Gilson Cantarino *apud* Brasil (2006c, p. 231), o gestor dos serviços de saúde ainda não compreendeu o controle social. “Ainda o desrespeita no dia-a-dia, muitas vezes porque o tempo administrativo exige muito mais velocidade do que o tempo deliberativo de uma instância de controle social tem que ser revista o modo como nós vamos comungar controle social e gestão”.

Observa-se, nessa fala descrita acima da administradora da UBS, uma desqualificação do papel do conselho sobre a gestão do serviço que acaba prejudicando a participação de todos os atores pela inversão de papéis, pois é o conselheiro, que representa a entidade social que lhe designou para representá-la, fazer a prestação de contas para essa entidade dos desdobramentos oriundos da atuação do Conselho Local de Saúde sobre o serviço de saúde.

Nesse ponto em particular, mencionado sobre o Conselho Local de Saúde ser um elo entre o serviço e a comunidade, pode ser observado nas falas de muitos conselheiros como se segue.

Olhe, o conselho ele é importante porque ele aproxima os gestores da comunidade, então dá, assim, um salto de qualidade, é bom para comunidade e é bom para os profissionais ter esse elo (ZN5U).

Eu acho fundamental, é, isso é importante, a importância assim do conselho, para formar essa ligação, esse elo entre a comunidade e a UBS, para saber as principais necessidades da comunidade trazendo para o posto e o posto também apresentar as dificuldades que a gente tem e apresentar para a comunidade e o importante é isso essa ligação. Não sei se o nome está

correto, mas eu acho que ele tem um papel de articular toda, não só a UBS com a comunidade, com os territórios adjacentes que nós atendemos, e o papel dele maior é articular com a gestão, [...] Assim, no sentido que a gente faça essa saúde com qualidade, mesmo que tenhamos as nossas dificuldades, [...]Nessa articulação, também, que nem tudo que nós priorizamos é respondido, ou então é atendido, né? Nem sempre, então há sempre uma, são conquistas que o conselho tem contribuído,[...] , faz um papel de formiguinha, mas vai tentando (ZN2TS).

Atualmente, na minha opinião, o conselho é importante, porque, ele é o elo de ligação da comunidade com a UBS, pois quem faz ela ligação entre a comunidade e o posto de saúde é o conselho; inclusive, foi uma das nossas propostas iniciais, que é realmente ligar, fazer este link entre, a comunidade e o posto de saúde. Hoje em dia, a gente até vê quando nos vamos a algum evento, a comunidade, já vem em peso. Ela tornou-se muito mais participativa. Então o conselho conseguiu fazer este link muito bem (ZS5U).

Para Martins e Santos (2012), os Conselhos Locais de Saúde como instância de gestão local é um espaço privilegiado para atender as necessidades do cotidiano da comunidade, pois é possível identificar as necessidades dessa população adscrita, que pode contribuir com a melhoria da assistência prestada pelos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde.

Observa-se nas falas acima que no entendimento dos conselheiros, independente do segmento que representam e da região estudada, o conselho pode aproximar a comunidade do serviço, aprofundando a nível local a relação entre Estado e sociedade, no tempo em que este serviço se torna permeável a necessidades percebidas pela população adscrita à área de atuação das equipes de saúde da família.

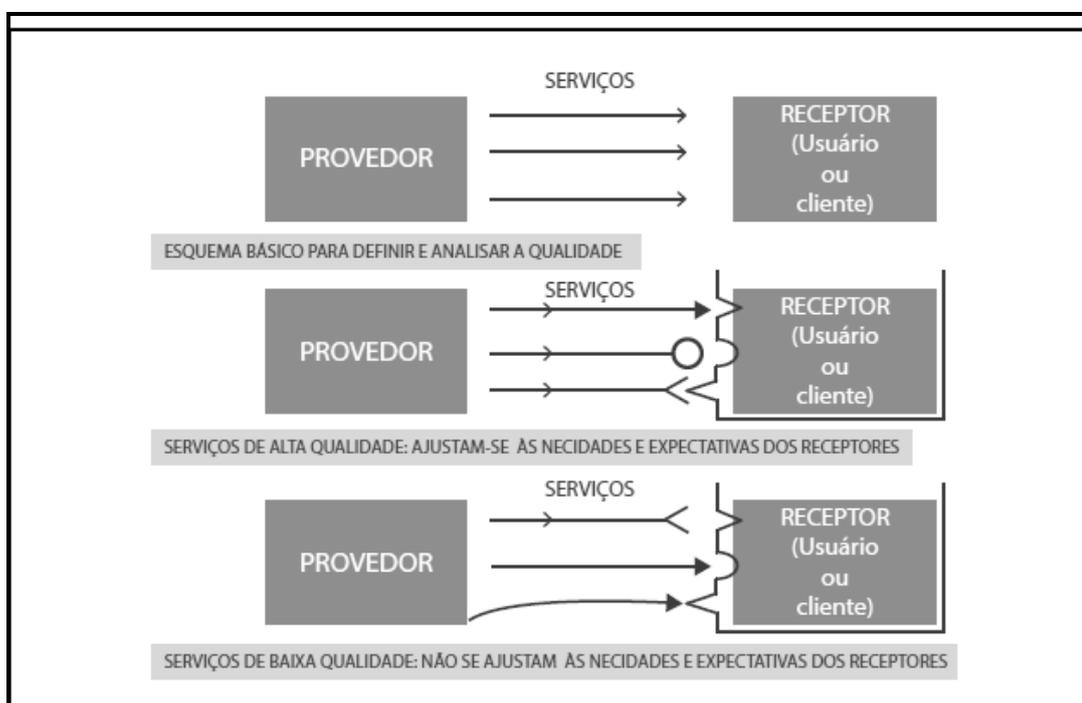
Júnior (2013) afirma que a atuação dos Conselhos Locais de Saúde contribui para a reivindicação da população quanto aos aspectos administrativos e contribui para aumentar a qualidade da assistência prestada para a população adscrita às Unidades Básicas de Saúde, pois nesses espaços de participação social torna-se mais fácil a identificação das reais necessidades da população. Torna-se imprescindível, dessa forma, a adequação a essas necessidades para melhorar a satisfação dos usuários, e, também, a qualidade dos serviços prestados.

Conforme depoimento de uma das conselheiras, representante do segmento dos usuários, quanto à vocalização das demandas da população, há uma diferença substancial entre o serviço de saúde que existia no bairro, anterior a Estratégia de Saúde da Família, e a Unidade Básica de Saúde formatada para atuação das equipes de Saúde da Família (eSF):

Quando o posto de saúde era no prédio antigo, era difícil arrumar consulta lá, pois tinha um grupo de pessoas que controlavam o atendimento, mas hoje neste novo posto nós temos mais acesso, inclusive, com o conselho podemos até falar nossas dificuldades (ZN06U).

Trazendo o conceito de qualidade dos serviços prestados por um serviço de saúde definido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que a caracteriza pela necessidade de satisfazer as necessidades de assistência à saúde da população receptora do serviço, conforme descrito na figura abaixo.

Figura 1. Esquema presente nas definições gerais de qualidade pela ANVISA. Teresina (PI), 2018.



Fonte: Manual de Segurança do Paciente.

De acordo com a figura acima, um serviço de saúde deve estar apto a atender as necessidades de assistência à saúde em conformidade com as demandas da população atendidas por esse serviço. Dessa forma, o Conselho Local de Saúde, sendo um espaço de vocalização de tais demandas pode contribuir significativamente para que os serviços atuem sobre as problemáticas sanitárias de cada território de maneira particularizada (GODIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Uma coisa importante a salientar é que foram constatadas na análise documental desse conselho, a participação da administradora em praticamente todas as reuniões do

conselho local, e a importância atribuída a pessoa dela na implementação de algumas demandas do conselho local na UBS como constatado nesta fala:

A gestão do posto escuta o conselho, escuta sim, nas reuniões a administradora ela está participando, na hora da reunião. Naquela reunião ela não estava porque ela estava de férias, mas ela é muito participativa (ZN6U).

É importante a contribuição dessa fala de um conselheiro representante do segmento dos usuários a respeito da presença da representante da gestão local do serviço nas reuniões do conselho que têm o potencial de sensibilizar as demandas emanadas desses encontros que direta ou mesmo indiretamente, repercutem na dinâmica administrativa do funcionamento da UBS.

Miranda (2012) constatou em seu estudo sobre Conselhos Locais a ausência de representantes do administrador da Unidade Básica de Saúde, sendo motivo de reclamação dos conselheiros representantes do segmento dos usuários, sendo justificada sua ausência nessas reuniões pelos administradores pela falta de importância dessa participação.

Nesta outra fala, constata-se a própria mudança na dinâmica da UBS quando a sua gestão local com os diversos coordenadores que já assumiram a gestão deste serviço:

[...] a UBS, ela é da comunidade, entendeu? Ah, é a prefeitura que mantém, mas mantém com impostos do povo. Então, vamos tirar essa idéia que a UBS é da prefeitura, ela é administrada pela prefeitura, mas ela é do povo e aí você começa abrir espaço que não se abria, eu tenho vigia aqui, eu tenho segurança aqui, eu tenho espaço aqui, a comunidade está precisando de uma reunião ou de uma coisa, abra-se um espaço para a comunidade que passa utilizá-la. Então, isso devagarzinho eles estão tendo consciência e estão vindo cobrar. Olhe tem um grupo aqui que queria se encontrar na Oca¹⁹ mas é um dia de sábado. Aí a gente providencia tudo, e essa gestão que está aí agora de coordenação ela é aberta, ela diz tá aqui, ela têm funcionário de limpeza que trabalha aqui no sábado e têm o agente de portaria. Eles organizam para a comunidade, não precisa ela estar aqui, mas já tivemos outros coordenações que queriam estar aqui, ela queria saber se tivesse acontecendo alguma coisa ela tinha que estar aqui fiscalizando tudo, foi muito difícil ela compreender que este espaço, ele é da comunidade[...] (ZN3TS).

¹⁹ A oca mencionada pela conselheira é um espaço dentro da própria UBS com o formato octogonal construído pela própria comunidade onde são realizadas várias atividades pelos trabalhadores de saúde desse serviço.

Conforme descrito pela conselheira acima, a gestão das Unidades Básicas de Saúde ainda fica na dependência da qualificação e sensibilidade da pessoa indicada pelos políticos alinhados com o chefe do executivo municipal para assumir a administração do serviço, sendo que alguns desses administradores ainda apresentam condutas frente aos profissionais de saúde pautados pela teoria administrativa clássica do início do século XX, no qual o administrado/supervisor tinha um papel de fiscalização e centralização das decisões.

Em estudo realizado por Miranda (2012) com os Conselhos Locais de Saúde de Teresina, a autora aponta uma dificuldade encontrada pelos conselheiros na condução de suas atividades relativa ao não cumprimento, por parte da gestão das Unidades Básicas de Saúde ou da Fundação Municipal de Saúde, das deliberações oriundas desses espaços, ocasionando um desestímulo quanto a participação da comunidade em assuntos que dizem respeito a dinâmica de funcionamento desses serviços de saúde.

Fleury (2014) ao analisar o processo de descentralização da gestão do SUS aponta para a necessidade da sincronia entre os planos macro e micro do sistema de saúde, pois em relação ao funcionamento das unidades de prestação de serviços, ela descreve:

Teríamos que avançar na qualificação e na melhoria da gestão das unidades de saúde. Nós avançamos enormemente na gestão do sistema. Os secretários de saúde antes não sabiam nada e hoje eles chegam, discutem, sabem como funciona o sistema. Houve uma apropriação, a criação de uma cultura de gestão do sistema, hoje há no sistema pessoas qualificadas. Mas o que eu tenho enfatizado é que a gestão do sistema não garante a boa gestão das unidades de saúde, são duas coisas diferentes. E nós não investimos em nada disso. O sistema funciona uma maravilha, e o posto de saúde não funciona; não pode, tem um erro (FLEURY, 2014, p.123).

Apesar da criação de espaços públicos de participação da sociedade civil na definição dos rumos deste novo sistema de saúde, esperava-se com a instalação dos conselhos gestores, a construção de uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado, no intuito de superar as relações autoritárias, clientelistas e burocráticas que predominavam até então, fortalecendo a própria democracia (FALEIROS, 2000).

Passados quase 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que se constata na atualidade é uma grande incógnita sobre o futuro dessa importante Política Pública, haja vista, a redução drástica de recursos financeiros para o setor, mediante a crise econômica vivenciada pelo país, com a conseqüente redução do escopo de ações e serviços ofertados pela união, distrito federal, estados e municípios.

Dessa forma, torna-se mais urgente a necessidade de participação de todos os segmentos da sociedade civil e da própria sociedade política para defender esta importante política de saúde assegurada pelo texto constitucional de 1988, uma vez que mais de três quartos (3/4) da população brasileira (aproximadamente 150 milhões de pessoas) utilizam o SUS como principal meio de atendimento das suas demandas de saúde.

4.4 A Relação entre a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde e a Participação da Sociedade Civil através dos Conselhos Locais de Saúde

Conforme determina o artigo 4 da Lei Federal de número 8.142 de 28 de janeiro de 1990, para que estados, municípios e o distrito federal possam receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) é necessário que eles tenham: (a) Fundo de Saúde; (b) Conselho de Saúde, com composição paritária; (c) Plano de saúde; (d) Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei Federal de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; (e) contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e (e) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Teresina cumpre o que determina a legislação relativa ao controle social na saúde ao contemplar os itens acima descritos, com destaque para a criação do Conselho Municipal de Saúde em 1993. No entanto, a qualidade da participação nesses espaços, não foi objeto de análise deste estudo para avaliar como ela ocorre, limitando-se a analisar os Conselhos Locais de Saúde.

Para Brasil (2006c), ao avaliar a implantação do SUS na perspectiva das instâncias de controle social, lembra que em 1990 havia o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos de Saúde em dois estados e pouco mais de dez Conselhos Municipais de Saúde, ao passo que, no final dos anos 1990, em um espaço de tempo inferior a dez anos, como exigência das Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº. 8.080/90 e Lei Federal nº. 8.142/90) para o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, todos os estados e mais de 90% dos municípios brasileiros possuíam conselhos municipais.

A partir da criação do Conselho Municipal de Saúde, a FMS passa a contemplar o princípio constitucional da participação da comunidade na deliberação dos assuntos pertinentes ao SUS municipal. Porém, além do Conselho Municipal de Saúde, foi incentivada a implantação em alguns serviços de saúde um Conselho Local, para incentivar a participação da comunidade na deliberação das ações e serviços de saúde instalados no seu próprio bairro.

Esse era o objetivo, pelo menos no discurso oficial da prefeitura e da própria FMS, conforme afirma Miranda (2012). Mas, o que se viu foi um crescimento rápido destes conselhos sem o devido preparo dos conselheiros pela Fundação Municipal de Saúde para essa nova função, uma vez que era ela a maior incentivadora desses espaços a época, apesar da presença do conselho municipal de saúde, no apoio dessas ações de implantação.

No relato de uma das conselheiras, observa-se a dificuldade enfrentada pelos conselheiros em dar início as atividades do Conselho Local de Saúde:

[...] Então, era eu, o presidente da associação local de moradores, alguns funcionários e alguns representantes da igreja, [...], e a gente começou com esta vontade, né?, porque quando a gente assumiu o PSF aqui, em 2002, a gente fez muita reunião para conhecer, presidente da associação dos moradores, era presidente da associação dos pescadores, dos oleiros, para conhecer as necessidades, então, a gente já tinha esse hábito de chamar as lideranças da comunidade para discutir os problemas e propor soluções. A gente também, antes do conselho local, a gente já fazia conferências locais de saúde, que a gente chamava os moradores por micro-área e dizia quais os principais problemas que a gente observava e a gente decidia em conjunto possíveis soluções, e aí a gente resolveu que tava na hora de um conselho, [...]. Aí veio, eu não me lembro o nome do senhor que veio, acho que sr. Barbosa, veio com o dr. Olavo e falou para gente, o que era paridade de um conselho, quem poderia compor, como era composto, e a gente foi estudando, até que no dia 22 de outubro a gente montou o conselho, a gente teve alguns problemas porque o secretário na época, era o atual prefeito [...] ele na realidade, nos outros locais, eu soube que ele estimulava a criação desses conselhos, aqui ele não estimulou, eu já tinha necessidade há muito tempo, e ele aproveitou o gancho e ele veio, e no dia da nossa posse [...] a gente só tinha a casa da comunidade, tava derrubada, pintura caída, o piso feio, e a gente tentou melhorar da melhor forma possível, e o dr. Olavo chegou e disse “mas aqui não é o espaço digno para receber o secretário, não vai dar certo”. Mas eu disse:” vai ser aqui, porque é aqui que nos contamos, é bom, para que o prefeito veja as coisas como elas são e não maquiadas”. Então, é nesse espaço aqui que a gente se reunia, é nesse espaço aqui cedido, pela igreja, porque aqui muita das nossas pacientes são da igreja, da legião de Maria, fazem parte dos grupos da igreja e eles cederam na época. Como na nossa UBS não tinha auditório, não tinha espaço, estava caindo aos pedaços, que era outro prédio, [...], e aí foi lá mesmo, e ele não queria lá, porque, não era digno de receber o prefeito, e eu digo, “bem é uma pena que a nossa unidade dada pelo prefeito não tem espaço digno para receber o secretário”, por isso, que a gente recebe aqui, teve um atrito neste dia [...] (ZN3TS).

O primeiro trecho da fala da conselheira, representante do segmento dos trabalhadores de saúde, descreve a gênese do trabalho da equipe de saúde da família com a comunidade, mediada pelos representantes das mais diversas entidades representativas das adjacências dos serviços de saúde, com o objetivo de divulgar informações relativas à saúde e

propor soluções em conjunto. Essa ação está contemplada no primeiro parágrafo do artigo 2 do regimento interno dos Conselhos Locais, que descreve: “Diagnosticar a realidade de saúde do bairro”; como também, o segundo parágrafo do mesmo artigo, que descreve: “Planejar as ações individuais e coletivas, a partir dos problemas de saúde do bairro, dentro das diretrizes básicas e prioritárias do SUS, que venham em auxílio da implantação da municipalização”.

Esses dois parágrafos, mencionados acima, estão intrinsecamente relacionados, uma vez que, no processo de planejamento é necessário realizar um diagnóstico da situação apresentada para poder planejar ações que serão implementadas e, posteriormente, avaliadas pelos atores envolvidos. Dessa forma, quando a comunidade participa desse processo acaba criando condições de atingir os reais problemas sanitários de um determinado território, e no caso de Teresina, que possui uma vasta heterogeneidade de bairros do ponto de vista sanitário, esse tipo de planejamento contribuiria significativamente para resolução dos problemas sanitários desse município.

É importante lembrar que a própria construção do SUS se deu de forma participativa, envolvendo vários atores, para implantação de um novo sistema de saúde, já que o vigente à época não atendia as necessidades relacionadas à saúde. No entanto, para Sergio Arrouca *Apud* Faleiros (1986) o projeto de Reforma Sanitária traz embutido um projeto civilizatório para uma nova sociedade, é preciso uma revolução cultural, capaz de modificar a atuação dos indivíduos em relação as políticas públicas.

A segunda parte da fala da conselheira é relativa à dificuldade, na época, da implantação desse Conselho Local de Saúde. No entanto, conforme o seu depoimento já havia uma mobilização prévia e o apoio do próprio Conselho Municipal de Saúde na pessoa do Dr. Olavo, mencionado na fala. Sabe-se que uma das atribuições do Conselho Municipal de Saúde é dar suporte aos Conselhos Locais dos serviços de saúde do município, não se limitando apenas nas Unidades Básicas de Saúde, mas implantar e implementar em serviços como: Hospitais de bairro, como os existentes no Monte Castelo e o do Promorar, e nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Entretanto, observa-se na prática o apoio apenas no processo de implantação do conselho nos serviços, sendo ausente um acompanhamento sistemático das suas atividades.

Essa mobilização dos vários representantes da comunidade e dos trabalhadores da saúde descrita no depoimento acima condiz com o próprio ideário do SUS de que deve ser a própria Sociedade Civil e, principalmente, os movimentos sociais a darem o norte ao sistema de saúde e não o Estado.

Na entrevista consentida pelo atual gerente da atenção básica da FMS, responsável pela Atenção Primária em Saúde de Teresina, incluindo todas as UBS's, e também pelos serviços de apoio como, por exemplo, o Laboratório de Saúde Pública Raul Bacelar, sobre o papel atual dos Conselhos Locais de Saúde, ele relata que:

Em relação ao controle social, [...] à atuação do conselho local nas UBS, é, tem momento que a gente avança e tem momentos que dá uma parada. O que funciona de forma adequada aqui em Teresina é o Conselho Municipal de Saúde que tem uma comissão que apoia a formação destes conselheiros locais e acompanha os conselhos locais e onde existem servidores compromissados, uma população ou comunidade mais organizada e que tenha conhecimento da política de saúde e que existe um coordenador atento, esse conselho funciona, dá resultados favoráveis, mas isso depende muito deste cenário (Gerência de Atenção Básica).

Nesse relato, observa-se que existe uma heterogeneidade entre as unidades básicas de saúde, já que, a depender da época e das pessoas envolvidas, pode haver momento de maior evidência desses espaços e, em outros, um distanciamento para o debate dessas questões, sendo importante o contexto que envolve os profissionais, a gestão e a comunidade desses serviços.

Dessa maneira, a gestão central do SUS responsável pela Atenção Básica deixa a critério do próprio serviço a decisão de implantar ou não um Conselho Local de Saúde, sendo que o apoio para criação dele fica a cargo do Conselho Municipal e não da FMS, denotando de certa forma que as atividades dos conselhos ficam restritas a esses serviços.

Por sua vez, como descreve Ferreira e Matos (2015), com a evolução do processo democrático pode-se vislumbrar a formação de um caráter de ocidentalização da formação social brasileira para se utilizar de um princípio de Gramsci relativo à “guerra de posição”²⁰, pois pelo relato acima fica a critério da comunidade criar um conselho, sendo necessário, portanto, uma comunidade politizada e interessada por assuntos relativos à saúde para formação dos conselhos locais.

Para Gramsci (2014) as sociedades ocidentais, principalmente, as sociedades dos países europeus localizados mais a oeste, berço das transformações emanadas das revoluções industrial, em suas etapas, possuíam uma Sociedade Civil, com um ativismo e capacidade de mobilização, que eliminaria a necessidade de conquistar o Estado por meio da revolução

²⁰ Conforme Gramsci (2014), a “guerra de posição” consiste na ocupação estratégica e gradual dos espaços de poder, diferentemente da “guerra de movimento”, cujo pressuposto é tomar de assalto o poder do Estado.

armada (como ocorreu na União Soviética, países do leste europeu, dentre outros) e sim pelos meios institucionalizados no denominado Estado democrático.

Pode-se observar esse contexto mencionado acima no relato do gerente da atenção básica participante no relato extraído do grupo focal da UBS localizada na zona norte de Teresina.

Quando eu nasci, este posto já existia, eu acredito que em 1969 aquele posto já existia. E era gestão estadual e não era municipal. Existiam vários tipos de atendimento, mais do que hoje, sabe por quê? Porque tinha pediatra, ginecologista, tinha cardiologista, até quando foi municipalizado foi saindo estes médicos e ficando só a equipe de saúde da família, mas ainda ficou um tempo tanto a equipe de saúde da família, como estes médicos especialistas. Esta Unidade Básica de saúde foi criado em 2013 e vindo para cá foi fechado o posto antigo. [...] Na verdade a participação começou lá no outro posto. Começou no outro, o Firmino é que veio dá posse, teve até uma confusão com o prefeito devido um ventilador que era do prefeito. Já existiu lá e a gente se encontrava lá, tinha a participação do Ivan e do menino da igreja do Antonio Filho e também o Eduardo, então assim há havia uma participação; depois é que foi aumentando (grupo focal).

O relato acima corrobora o descrito pelo presidente da FMS, uma vez que houve essa mobilização em torno da criação de um espaço de participação, que traz em seu cerne, o exercício da democracia participativa, em conformidade ao descrito por Pateman (1986), mas não se encontra este ativismo social em todos os bairros que possuem esses serviços de saúde, já que nem todos possuem conselho local.

O contexto descrito pelo grupo focal acima, sobre a presença de médicos especialistas em serviços de saúde, caracteriza o modelo biomédico hospitalocêntrico, onde o foco dos serviços era o atendimento do indivíduo já enfermo. No entanto, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e posteriormente, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2011, o foco da atuação é a prevenção primária em saúde, descrito no modelo explicativo do processo saúde-doença da “História Natural das Doenças” de Leveall e Clark, sem prejuízo, para as ações curativas, onde o indivíduo já está enfermo.

Brasil (2006c, p. 250) descreve a fala de um entrevistado sobre o ativismo social (ocidentalização social) após a criação dos Conselhos Municipais ao longo da década de 1990.

A efetivação e concretização das conquistas, baseadas na integralidade, na equidade e na universalidade, exige o entendimento do modelo e o discernimento de quais são suas características baseadas nos interesses da oferta e quais são aquelas baseadas nos interesses e nas necessidades da

população. [...] A apropriação desses conceitos e desses valores e sua transformação em bandeiras políticas, como uma apropriação dos movimentos sociais, os conselheiros ainda não exercitaram [...] A politização da sociedade organizada no nosso país, que se reflete na politização dos próprios conselheiros de saúde, não atingiu ainda o grau de empolgar bandeiras de mudanças de um modelo para outro modelo.

Quando indagado sobre o papel dos conselhos locais de saúde, o representante da gerência de Atenção Básica de Teresina descreve na sua fala alguns itens presentes no próprio regimento interno (ANEXO E) desses espaços:

Mediando conflitos, conflitos entre o servidor e a população, facilitando quando tem um conselho atuante, ele ajuda, também, acompanhando indicadores, mostrando caminho, denunciando alguma questão de infraestrutura, ele denuncia a marcação de consulta quando é feita de forma errada. Então, um conselho que tem uma visão ampla, que tem conhecimento da Política de Saúde, que tem conhecimento das normas que rege um SUS local isso facilita muito para a gestão. E preciso que a população esteja inserida neste processo, mas que tenha conhecimento da política local para que a gente possa superar todas as dificuldades. Os serviços que têm conselhos locais atuantes eles participam da gestão e faz com que a qualidade do serviço melhore (Gerência de Atenção Básica).

O relato supracitado descreve alguns parágrafos do artigo 2 do regimento interno dos conselhos locais, como o parágrafo 3 relativo ao acompanhamento da execução do plano de trabalho, estabelecendo e aplicando critérios de avaliação e controle do trabalho desenvolvido pela unidade com base em parâmetro de qualidade, e cumprimento de metas estabelecidas, deliberando mecanismos para a correção das distorções. Contudo, fica mais uma vez nas entrelinhas que a atuação desses conselhos se dá apenas na UBS; não influenciando a gestão central que está mais próxima do Conselho Municipal de Saúde, que por sua vez, pode contribuir muito com o processo de trabalho a nível local.

Para Azevedo *et al.*, (2010), a gestão dos serviços oferecidos pelo Estado, seja nos estados, distrito federal ou municípios, além de utilizar ferramentas e metodologias administrativas, passaria a considerar as relações e os interesses do conjunto de indivíduos e grupos envolvidos nos serviços de saúde. Assim, gestores, trabalhadores da área e a população assistida por esses serviços devem ser ouvidos para direcionar os estabelecimentos de saúde.

Num esforço para concretização da gestão participativa na área da saúde foi implementada em 2008, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe um modelo de gestão estratégica pautado na gestão colegiada em todos os

serviços de saúde pública, independente do nível de complexidade, que segue os mesmos princípios da cogestão²¹ idealizada por Campos (2009), em que se amplia a capacidade dos trabalhadores, usuários e gestores para instituírem compromissos e atuarem na micro e macro política de saúde.

Deus e Melo (2015) apresentam um estudo realizado em uma Maternidade da cidade de Betim (MG) sobre a experiência de uma gestão participativa exitosa, pautada no conceito de cogestão de Campos (2009) e na Política Nacional de Humanização. Percebeu-se nesse estudo um resultado significativo quanto à melhora da assistência prestada aos indivíduos que utilizaram aquele serviço de saúde.

Ainda, na experiência participativa descrita por Deus e Melo (2015), além de oferecer um serviço de saúde de qualidade à população, eles conseguiram inserir a população no processo de tomada de decisão, que contribuiu com a qualidade do serviço e potencializou o aprendizado cívico dos atores envolvidos.

Ao ser indagado, o representante da gerência de Atenção Básica, sobre a influência das deliberações do Conselho Local de Saúde na a gestão da FMS, ele relata que isso acontece de forma indireta, por meio do próprio Conselho Municipal de Saúde e/ou por meio dos coordenadores das UBS's, conforme relato abaixo:

Bem, existe muitas idéias e muitas resoluções, muitas informações que vêm trazendo benefícios para as unidades básicas de saúde pelo conselho local. E essas informações e essas deliberações exitosas, muitas vezes, nos encontros que têm entre os coordenadores são passados entre os coordenadores e essas decisões têm trazido benefício para toda a gestão da Fundação Municipal de Saúde e, em relação, aqui a sede nós acompanhamos muito mais através do Conselho Municipal de Saúde, inclusive o conselho municipal de saúde ele tem um membro dentro do conselho deliberativo da Fundação Municipal de Saúde. Nosso conselho deliberativo funciona em reuniões mensais para análise do balancete da Fundação Municipal de Saúde onde se discute muito a política municipal. E temos um membro do conselho como observador para dar transparência da gestão e em relação aos conselhos locais as resoluções que a gente acompanha, a grande maioria, vêm para melhorar a organização do serviço (Gerência de Atenção Básica).

Esse depoimento apresenta uma constatação realizada durante a pesquisa ao se avaliar os documentos, as entrevistas e o grupo focal que é o caráter local da ação desses conselhos sem a devida preocupação dos aspectos mais abrangente do SUS no município de Teresina.

²¹ A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores.

Ele relata a presença de um conselheiro municipal de saúde nas reuniões do “conselho deliberativo” da Fundação Municipal nas quais onde são discutidos assuntos relativos aos aspectos financeiros (balancete) e administrativos (política municipal de saúde); contudo, não ficou evidente se esse membro tem direito a voz e veto e qual o segmento esse conselheiro representa, uma vez que o Conselho Municipal de Saúde possui uma heterogeneidade de interesses maior que nos Conselhos Locais de Saúde.

Outra colocação do discurso é o caráter aleatório do repasse das deliberações dos conselhos locais por meio dos administradores ao se encontrarem nas reuniões na sede da própria FMS, sem uma sistematização das pautas ou mesmo deliberações discutidas em cada serviço de saúde.

De outro lado, percebe-se nas próximas falas, descrita a seguir, que a atuação do Conselho Local de Saúde, por meios de suas deliberações, influenciam as atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e na dinâmica das equipes de saúde da família nas duas UBS's estudadas.

No conselho, assim, nos identificamos todas as demandas, as prioridades e as necessidades, mas assim, nós levamos para a Fundação, elevado para Fundação, e a Fundação a gente fica aguardando uma tomada de decisão da gestão maior, a gente sempre diz assim, sabemos que ele recebe, sabemos que escutam, quando marcam as audiências, mas a gente não vê muitas respostas (ZN2TS).

Nesta fala transcrita acima fica evidente o encaminhamento das demandas do Conselho Local para a instância superior da administração municipal relativa à saúde, principalmente, das demandas que extrapolam a dinâmica de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, sendo que neste serviço, uma demanda com essa característica é a relativa aos acidentes de trânsito daquela região. No entanto, existe certo desânimo quando estas reivindicações não são atendidas, apesar de atender a todos os requisitos protocolares da FMS.

Segue abaixo os depoimentos de conselheiros representantes do segmento dos usuários sobre essa percepção quando indagados se o conselho local de saúde influencia as ações desenvolvidas dentro das UBS's:

Eu acho bem interessante isso, porque, nós temos casos, em que a gente vê a melhora gritante, sabe, desde quando começou o conselho até atualmente, a própria comunidade elogia; “olha presidente, mudou isso, isso e aquilo” (ZS5U).

É, têm consertado muita coisa, o conselho tem influenciado, olha tínhamos uma situação muito séria de entrega de medicamento. O medicamento era entregue só pela manhã, aí a gente bateu assim duro, acho que por causa desta coisa ficaram assim chateados comigo no início, mas já mudou. E que eu quero não é o melhor para mim, mas é para a comunidade, aí a gente mexeu com os gestores, por que a gente disse que quer que funcione a tarde, gente! O pessoal vem se consultar, ele, o médico atende e aí ele não recebe o remédio e sabendo que têm o remédio, aí eu só sei que foi luta, mas aí botaram, arranjaram outra pessoa e aí passou a funcionar. Então é assim, é uma coisa pequena, mas é de grande valia, num sabe, bem simples (ZN5U).

Sim, influencia sim, porque aqui, quando têm alguém doente na comunidade que está precisando de alguma coisa assim importante, o conselho toma a frente junto com os médicos para tentar resolver. Tem problemas que vem do conselho e vai para as equipes e têm problemas que vêm das equipes e vai para o conselho para dar a solução (ZN6U).

Podemos constatar nesses depoimentos de representantes do segmento dos usuários das duas UBS's pesquisadas que para esse segmento as deliberações realizadas pelos conselhos podem modificar a dinâmica do serviço.

Constata-se que existe um esforço por parte dos conselheiros locais das duas Unidades Básicas de Saúde quanto à fiscalização e resolução de problemas administrativos e processo de trabalho, mas dentro de um espaço limitado que é o serviço, sem extrapolar qualquer decisão central da FMS.

Um aspecto importante do primeiro depoimentos acima (ZS5U) quanto à influência do conselho local na rotina da UBS é o sentimento de melhoria da qualidade do atendimento no serviço, como colocado no segundo depoimento, uma vez que o setor da farmácia estava fechado e devido à solicitação constante do conselho local sobre a importância desse setor no turno da tarde a reivindicação foi atendida. Isso gera, também, um sentimento de pertencimento e conquista que aumenta a empolgação dos membros que o compõem.

Já a terceira fala (ZN6U) descreve a atuação do conselho local para atender determinados casos clínicos com a intervenção dos médicos das equipes de saúde da família, tendo o risco daquela ação ser entendida como uma atenção diferenciada para conselheiros e/ou indicados por conselheiros, sendo que esta ação não é papel do conselheiro.

A constatação relativa a atuação dos Conselhos Locais na dinâmica das Unidades Básicas de Saúde pode ser verificada também nos discursos dos conselheiros do segmento dos trabalhadores da saúde e da gestão, como segue abaixo:

Contribui [...] eles estão sempre atentos, avisa a comunidade, mas é aquela coisa, sempre precisando ser empurrado, é porque a nossa população ela

ainda não despertou de que o SUS é para nos, de que o SUS é nosso, é uma política do povo e para o povo, né?, e de que as Unidades de Saúde são nossas, mas assim, a gente já começa a ver sim alguns resultados[...] (ZN3TS).

Contribui sim, por que, é no conselho que, a gente houve as críticas as denúncias, e não tomam providências, como eu já falei, a gente toma sim providencias com relação a essas críticas, tenta melhorar, aperfeiçoar, o funcionamento e a organização da unidade de saúde, baseada nestas denuncias, baseadas nestas críticas, então eu acredito que é um conselho participativo sim, tanto, é, que todos os envolvidos no conselho são ouvidos, como também a própria comunidade, uma vez que a gente deu esta oportunidade por meio desta caixa de tá dando estas sugestões (ZS2G).

O relato da conselheira, representante do segmento dos trabalhadores da UBS da zona norte, apresenta um ponto que é a atenção da comunidade sobre os temas e as dinâmicas próprias da UBS, mas que estão diretamente relacionados com a comunidade, e apresenta a necessidade de aprofundamento do processo participativo sobre um direito constitucional. Apesar de passados 30 anos de implantação do SUS, o Estado ainda mostra aspectos de centralização das decisões e autoritarismo, como também, a própria mudança do papel do Estado em virtude de uma adequação ao mercado que modifica sua relação com a sociedade civil.

Conforme descreve Vasconcelos (2003, p.16):

[...] o efeito paradoxal do SUS é o do feitiço virando contra o feiticeiro: a estruturação do SUS, enquanto permeável ao controle social, quanto mais problemas venha a apresentar, mais chances têm de se consolidar, via ajuste de suas práticas. O exercício da cidadania representada nos conselhos de saúde que, hoje, ultrapassam os 5.500 municípios brasileiros, por não ter sido jamais experimentada na história do Brasil, encerra um forte potencial revolucionário de democracia participativa e reivindicatória, gerando uma expectativa impossível de ser prevista em seu alcance e conquistas.

Quanto à potencialidade revolucionária de fortalecimento de uma democracia participativa e reivindicatória dos Conselhos Municipais de Saúde na década de 1990, hoje com os conselhos locais de saúde em cada serviço de saúde, ou mesmo na maioria deles, temos a possibilidade de multiplicarmos esses 5.500 conselhos por uma dezena ou centena de vezes, o que poderia dar uma nova visibilidade a participação social no setor saúde.

Para Faleiros (1986), é importante que os conselheiros disponham de uma compreensão, a mais ampla possível, de seu próprio percurso histórico, de seus alcances e de suas limitações, bem como da conjuntura e de perspectivas sobre o cenário político do país, para prosseguir na luta.

Conforme mencionou a conselheira, representante do segmento da gestão da UBS, localizada no zona sul, existe uma caixa de sugestões, que na verdade funciona como uma ouvidoria local do serviço. Essa caixa é colocada na entrada da UBS e pode ser utilizada por todos que adentram o serviço, como explica o conselheiro no relato abaixo:

A caixa de sugestão, ela fica bem na entrada aqui do posto de saúde [...] do lado do atendente, do “posso informar”, que foi uma idéia do próprio conselho e com essa caixa, qualquer pessoa é livre para pegar e escrever como foi seu atendimento, dando sua opinião sobre crítica, como sua opinião, como seu elogio, ela (à caixa) se resume a algumas perguntas e deixa um espaço livre, a gente coloca alguns tópicos como: o acolhimento, aí a pessoa vai dizer, se ela está satisfeita, pouco satisfeita ou insatisfeita, outros tópicos, como: relação profissional paciente, aí a pessoal vai dizer se está satisfeita, pouco satisfeita ou insatisfeita, entre outras, como infraestrutura, limpeza, sinalização, barulho, como está a questão da marcação de consulta, se há sempre material disponível para realização de todos os procedimentos, da realização de exames e as atividades educacionais, por exemplo, como palestras, como a gente teve o outubro rosa, como a gente teve o dia do homem, né?. E no final a gente deixa um espaço realmente, para a pessoa contribuir, com a pergunta: “O que você deseja contribuir para a melhoria do nosso serviço?”. Dando alguma idéia, dando alguma sugestão para que ela seja, uma crítica ou então um elogio do que ela gostou no posto, e depois disso nós fazemos um levantamento, com todos os conselheiros e terminando este levantamento a gente vai ver, o que foi mais criticado, ou o que foi mais elogiado e fazer um paralelo, e tendo este resultado, a gente faz uma comparação com o resultado anterior, que aí a gente vê realmente o que melhorou ou piorou, ou o que está faltando para que possamos corrigir (ZS5U).

No depoimento acima, constata-se, logo no início, a figura do “posso ajudar” que seria um funcionário da própria UBS ou um membro da comunidade que é responsável pelo acolhimento de todo paciente que adentra ao serviço, o que colabora com o preconizado com a Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS); é uma proposta do próprio Conselho Local de Saúde. No entanto, em 2017, a FMS passou a sistematizar a estratégia do “posso ajudar” em todas as Unidades Básicas de Saúde, sendo o agente comunitário de saúde (ACS) o profissional que realiza esta atividade.

O referido conselheiro continua seu depoimento explicando os itens que constam no impresso elaborado pelo conselho e a própria dinâmica dessa iniciativa, uma vez que, no final do mês a caixa é aberta, na ocasião das reuniões do conselho local.

Segue em anexo (ANEXO D), o modelo impresso elaborado pelos conselheiros da UBS “B”. Essa caixa de sugestões também é utilizada na unidade básica de saúde localizada

na zona norte, e tem um papel relevante nas atividades e no gerenciamento dos recursos humanos, conforme relato abaixo:

[...] O conselho, também, ele faz uso da caixa de sugestões, inclusive na última vez que esta caixa de sugestões foi aberta foi agora no dia 23 de novembro. Foi à reunião das três equipes e aí nos abrimos a caixinha que tinha várias sugestões, que aí a gente tem uma que vai acatar que é questão que pediram um banner com as prioridades para a consulta, porque os idosos ficam esperando; então ficou da gente organizar este banner para colocar nas portas dos consultórios, lá na marcação de consulta, né? Tinha outras sugestões que era impossível, como a marcação de consulta *on line*, das demoras, e nas que dependiam da gente a gente já está tomando as providências [...] Então essa caixinha é aberta um vez por mês e ela tem cadeado [...] Como a gente tem muito tempo, né? Tenho quinze ou dezesseis anos de estratégia a gente já passou por muita coisa, a gente já teve profissional aqui quando a caixinha não tinha cadeado que ela tirava as reclamações contra ela, era uma dentista, ela ia lá e tinha reclamação contra ela ia e rasgava, então foi daí que a gente colocou o cadeado, e não tivemos mais este tipo de problema[...] (ZN3TS).

Observa-se que nesse relato a utilização da caixa de sugestão da UBS, localizada na zona norte, difere da outra UBS, pois nesta não há os parâmetros apresentados na primeira. Na UBS localizada na zona norte têm-se apenas um papel em branco no qual o cidadão coloca sua dúvida, reclamação, sugestão e/ou elogio, é aberta durante uma reunião mensal que ocorre com as três equipes de saúde da família lotadas na UBS e conta com a presença da administradora, o que difere da caixa de sugestão da UBS da zona sul que é aberta na reunião do conselho local.

Nas duas UBS, a caixa de sugestão é utilizada para apuração de denúncias e/ou reclamações sobre serviços e funcionários, como mencionado pela conselheira acima (marcação de consulta *on line* e profissional dentista), o que está de acordo com as competências do conselho presentes no seu Regimento Interno, relativo ao artigo dois do parágrafo quatro (IV) que descreve que em “caso de denúncia, o conselho local deve registrar a ocorrência, o nome do usuário e do funcionário, para apuração e providências necessárias”.

Nas UBS's estudadas, essa caixa de sugestões contribui com a dinâmica de gerenciamento dos recursos humanos desses serviços, como nos dois casos é constante a presença do coordenador da UBS, e ele acaba atuando para corrigir a falha existente, de acordo com o relato abaixo:

A caixa de sugestões é boa, ajuda muito. É, por que, ali a pessoa, às vezes a pessoa não que dizer cara a cara, e ali tem elogio, tem crítica, mas tu sabe

que a gente que trabalha com isso, o ser humano, tem que ter elogio e crítica, e a gente que trabalha nestas coisas tem que ter preparo. Pra mim, é o seguinte, tanto crítica, como o elogio é uma coisa só, eu já cresci em cima de crítica, agora a gente conversa com o colega, a gente não vai é espalhar, só com as equipes. E tem gente que vai no cara a cara, ou seja, tem gente que bota na caixinha, mas tem aqueles que na hora responde (ZS6U).

Como se pode perceber, a função de fiscalização por parte do conselho local, notadamente sobre o profissional de saúde, acaba se destacando em relação às funções deliberativas do conselho. Sendo este, um motivo para que em muitas Unidades Básicas de Saúde a implantação de um Conselho Local de Saúde não seja vista como um benefício e sim como, mais um instrumento de fiscalização, principalmente, quanto à questão do horário de trabalho.

Uma iniciativa da FMS do presidente da Fundação Municipal de Saúde (FMS) que visa diminuir este tipo de problema citado acima relativo ao horário é a implantação de pontos eletrônicos para todos os profissionais de saúde do município de Teresina para evitar reclamação de usuários por meio da ouvidoria, uma vez que, a ausência ou atraso do profissional de saúde implica em transtorno para a marcação de consultas e exames nas Unidades Básicas de Saúde.

Nos depoimentos extraídos do grupo focal colabora com a afirmação do conselheiro acima sobre a forma como são trabalhadas as sugestões ou as críticas que estão na caixa de sugestão das UBS's:

Também tem a caixinha de sugestão, nem sempre a pessoa tem o contato direto com a administração, mas com a caixinha de sugestão. Se por um acaso, estiver acontecendo algo que ela não gostaria de estar acontecendo, a pessoa vai e coloca sua sugestão ou sua crítica com relação ao serviço (Grupo Focal).

E aqui como nós temos a reunião de equipe essas sugestões são lidas e a gente procura colocar na pauta para organizar e disciplinar o sistema de acordo com aquela sugestão (Grupo Focal).

Essa reunião de todas as equipes ocorre um vez por mês, na última sexta feira dos mês, a gente se senta e além das nossas percepções pessoais a gente observa [...] aberta a caixa de sugestão e a gente procura atender as sugestões, tem outras que não tem como atender, porque, não depende da gente, por exemplo, teve uma queixa no mês passado que a gente ainda não providenciou, foi uma pessoa pedindo para o idoso ser colocado preferencialmente, a gente, não colocou pelo entendimento que já existe a lei, agora o problema é que nós temos idosos, mas nos dias que tem muitos idosos e muita gente nova, os mais novos relata que trabalham, então, a

gente, às vezes dá para mesclar, mas isso é às vezes. Acontece muito no laboratório, que às vezes está tão apertado, que ela não tem a iniciativa de vir e olhar e fazer a fila. Aí quando eu chego e olho e digo gente tem idoso, mas é preciso outra pessoa chegar e agilizar, né? (Grupo Focal).

Os depoimentos extraídos do grupo focal realizado na UBS da zona norte estão de acordo com os depoimentos coletados individualmente nas entrevistas com os conselheiros, como pode ser observado quanto ao dispositivo participativo da caixa de sugestões, que funciona como uma ouvidoria local. No entanto, essas sugestões poderiam ser debatidas pela própria FMS em uma reunião específica, ou mesmo reservando um tempo de outras reuniões, para discutir alguma inovação administrativa ou do processo de trabalho da equipes de saúde da família que poderiam ser implantadas nos demais serviços de saúde.

O primeiro relato do grupo focal, relativo à caixa de sugestões, apresenta como ponto importante a possibilidade de qualquer cidadão ao entrar na UBS, verbalizar através de um impresso sua opinião sobre o serviço prestado, estando livre para criticar ou elogiar o seu atendimento.

No segundo e terceiro relatos do grupo focal, são descritas a dinâmica de leitura e as providências advindas do conteúdo da caixa de sugestões; é expressa pelo grupo a modificação da rotina do serviço e das equipes de saúde da família e outras que estão por fazer, como é o caso do atendimento preferencial. Outro ponto importante que consta em Ata do Conselho Local de Saúde da UBS “A”, apesar de não estar claro nesses depoimentos, é a possibilidade de qualificação de um profissional que não esteja atuando conforme normas da UBS ou esteja recebendo muitas reclamações, que atende a prerrogativa do parágrafo XIII, artigo 2, do regimento interno dos conselhos locais, referente à proposta de treinamento e reciclagens para os profissionais.

Mas as pautas discutidas nos dois conselhos locais de saúde são bem mais abrangentes que a simples leitura das caixas de sugestões, como podemos observar, a seguir no depoimento abaixo:

Naquele dia era uma prestação de contas mais ou menos por semestre, mas normalmente estamos sempre debatendo a questão Dengue [...] as suas causas, o que ela faz na comunidade, a questão do lixo, né? Nesta comunidade ou nas adjacentes, são as pautas prioritárias elas nunca deixam a gente [...] Então assim, é a questão do trânsito no sentido de que ocorra da STRANS ou da Prefeitura uma atenção aos sinais, as faixas, né? Que nós chamamos de sinalização, [...] então assim, essa é a nossa luta, então assim, nos estamos sempre buscando o rebaixamento da via, a sinalização e

a questão das faixas, nós temos muitas mortes, toda semana tem sempre uma coisa, e isso é pauta constante [...] Outra coisa que não podemos esquecer é o atendimento *on line*, é o atendimento e a marcação de consulta, essa é uma pauta que sempre é debatida, porque, nós vivemos sempre sem internet, a nossa internet, vai e volta, ela está caindo, então nós temos sempre o atendimento *on line* como uma questão e as demais prioridades, a questão que foi falada no conselho, a velhice está cada vez mais acamada, a pessoa idosa aquele velho que não vêm mais ao posto e precisa receber as visitas, o atendimento dele é lá, no domicílio e a presença dele aqui (ZN2TS).

No início do relato quando a depoente diz: “Naquele dia, era uma prestação de contas...” ela se refere a presença do pesquisador na reunião do conselho local. Em seguida a conselheira relata os temas mais discutidos, na ocasião das reuniões do conselho local, relativos a: Dengue, trânsito, atendimentos na UBS e no domicílio, marcação *on line* de consultas especializadas e exames fora da UBS e a questão do atendimento ao idoso.

Observa-se que são questões de ordem administrativa que envolvem as normas e rotina do dia a dia da UBS, como também das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família. Esse seria o foco da atuação do referido conselho local de saúde. Porém, observa-se no outro conselho local pesquisado, que apesar do limite da atuação, há um processo pedagógico participativo considerável, quando se analisa os pressupostos da democracia participativa de Pateman (1986), no entanto, um tema em especial extrapola os muros da UBS que é a questão do trânsito.

A questão do trânsito nas proximidades da UBS, e no bairro como um todo, esteve presente de forma repetida nas atas do conselho local da UBS da zona norte, relativa aos riscos e ao número de acidentes na avenida principal daquele bairro. Lá, o trânsito foi intensificado com a construção da ponte e alargamento da avenida que liga o bairro à região da Santa Maria da Codipe, apresentando um importante crescimento populacional, principalmente, após a criação de vários projetos habitacionais, com destaque para o projeto habitacional do conjunto Jacinta Andrade, considerado o maior projeto do programa “Minha Casa, Minha Vida” do Governo Federal no Piauí, no qual foram entregues mais de 4500 (quatro mil e quinhentas) unidades habitacionais.

Ainda em relação ao trânsito, esse Conselho Local da Saúde aplica o conceito ampliado de saúde presente no próprio Sistema Único de Saúde (SUS) que o conceitua através da Lei Federal n. 8.080/90 em seu Art. 3 que o define:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990b, p. 2).

Conforme Campos (2009), com a implantação do SUS foi possível garantir o direito à saúde, por meio do acesso, como também trabalhar os modelos de atenção e de organização do sistema com o referencial da saúde ampliada, possibilitando uma organização radical do novo sistema já que transforma o paradigma e as práticas do trabalho em saúde, como é o caso dos acidentes de trânsito nesse bairro que é o responsável por altos índices de morbimortalidade por este agravo na referida população.

Ao adotar o conceito ampliado de saúde pelo SUS ocorre um deslocamento do que era o trabalho central na saúde, sustentado pelo conhecimento médico na clínica do paciente, atuando numa dimensão mais biológica e curativa da compreensão de saúde, para um universo de ações da promoção e de prevenção, então, começa-se a refletir sobre determinantes e condicionantes sociais, como também, as interações das ações de saúde em outros níveis da sociedade e com outros setores (CAMPOS, 2009).

Segundo dados contidos no boletim da morbidade por acidentes de transporte terrestre do estado, divulgado pela Secretaria Estadual de Saúde, em 2015, a média de morte por acidentes de trânsito eram de 35,1 a cada 100 mil habitantes, superando até a média nacional que foi de 18,9. No entanto, este número já foi ainda maior, uma vez que, em 2014 a média mostrava que 37,7 a cada 100 mil habitantes morriam no Piauí por acidentes terrestres, essa taxa colocam o Piauí em primeiro nesta estatística comparando aos demais estados da região nordeste (SESAPI, 2018).

As causas externas, incluindo as vítimas de acidentes de trânsito, estão em segunda posição quanto às internações hospitalares, numa evolução crescente de 2010 a 2016. De 23.751 pessoas internadas em 2016, 7.096 foram vítimas de acidentes de trânsito, o que representa 30% (trinta por cento) daquele universo, implicando em custos significativos para o tratamento de pessoas acidentadas (SESAPI, 2018).

Nas últimas décadas, os acidentes de trânsito e transportes constituem-se um dos maiores desafios para os gestores públicos, devido a sua magnitude e o impacto na morbidade e mortalidade da população.

Pode-se observar nos discursos a seguir a importância do trânsito nas discussões e articulações desse conselho:

O que mais se debate aqui é um problema fora do Posto que é essa questão de trânsito, porque a maioria do povo aqui da nossa área são idosos e como há esse desrespeito aí na avenida que ninguém quer respeitar as faixas, os sinais e essas coisas, inclusive, tem até uma senhora daqui que o carro bateu nela e jogou ela em cima da praça e quase a matou. Aí a gente sempre está envolvida com esta questão do trânsito, mas tem muita coisa que se resolve por aqui mesmo, problema do posto, conserto de alguma coisa, de outras necessidades que se resolve por aqui (ZN6U).

[...] Nós pedimos de maneira geral, porque aqui não tinha aquele sinal perto da praça, a gente pediu e veio, porque é muito acidente, só este ano já morreu duas pessoas idosas ali, aí depois a gente pediu que colocasse aquela passarela no chão nesta esquina, não foi colocada, mas foi colocada lá mais na frente um pouquinho, e os carros não querem saber de sinalização (ZN8U).

Olha, já teve épocas que a gente já se encontrou todo o mês, né?. Foram épocas que a gente precisou brigar por uma estrutura melhor, por asfalto nas principais avenidas, por sinais perto da ponte. Tinha vezes que a gente se encontrava até de quinze em quinze dias, precisava tomar uma posição, precisava de alguém pra tomar chá de cadeira no STRANS²² (ZN3TS).

Constata-se nos três depoimentos acima a temática do trânsito, responsável por inúmeros acidentes de pessoas que necessitam se deslocar para ter acesso aos mais variados locais do bairro, como escolas, Unidade Básica de Saúde, comércio local, igrejas, dentro outros espaços; e devido ao aumento do fluxo de carros nos últimos anos, apresentou uma situação endêmica²³ de acidentes de trânsito, ocasionando em alguns casos o óbito de algumas pessoas.

Somente em gastos com a saúde pública, o estado do Piauí destinou, no ano de 2016, cerca de R\$ 7 milhões (R\$ 7.195.699,00) para despesas de pacientes vítimas de acidentes de trânsito internados nos hospitais do estado, demonstrando assim a magnitude deste importante problema de saúde pública (SESAPI, 2018).

No terceiro depoimento acima constata-se uma atuação junto a outro órgão da prefeitura, que é a STRANS, para a adequada sinalização das ruas e avenidas do bairro; o que vem ao encontro do parágrafo XI do artigo 2 do regimento interno do Conselho Local de Saúde que se refere ao desenvolvimento de propostas de atuação e participação de projetos intersetoriais, a fim de garantir a efetiva participação dos movimentos populares afins.

²² STRANS (Superintendência Municipal de Transportes e Trânsito de Teresina).

²³ Relativo a endemia, qualquer agravo de saúde que afeta significativamente uma certa região e/ou população.

Colaborando com as entrevistas, pode-se observar a questão do trânsito no grupo focal na fala que se segue:

Eu faço parte do grupo da terapia de dança do idoso, e em determinado tempo a nossa amiga aqui, ela ajuda muito, se fantasia e a gente vai lá, a prefeitura sabe, já foi feito faixa, mas os carros não param, então é para idosos com dificuldade de atravessar a avenida que tem o trânsito intenso e a gente vai lá e faz painelão e outras manifestações. Então assim a gente tem esse porto seguro. Eu falo não só no nome dela, mas em nome de todos, a gente vai lá faz painelão e parava os carros, solicitamos aquelas faixas e aquelas faixas é para parar e já aconteceu outras coisas maravilhosas, só você trabalhando aqui para você ver (Grupo Focal).

Várias foram as iniciativas desse conselho local de saúde para tentar reduzir ou mesmo eliminar o risco de um acidente de trânsito nas imediações daquela UBS, como visto nas falas que se sucederam, constituindo-se em um importante aglutinador de atores sociais em torno de um objetivo em comum, que apesar das pequenas modificações realizadas naquela realidade pela STRANS, ainda não atingiram o esperado objetivo.

Observa-se que a partir da mobilização com a realização dos painelões e o consequente atendimento parcial pela própria STRANS e Prefeitura, uma vez que aquelas vias passaram a receber melhorias na sinalização vertical e horizontal e a colocação de um semáforo na avenida principal. Nesse episódio, são evidenciadas as formulações teóricas de Gramsci (2014) de que o Estado (neste caso, a prefeitura) age tanto pelo uso de aparatos coercitivos quanto pela busca do consenso.

Ao analisar essa temática do trânsito no conselho, observa-se que, ao trabalhar o conceito ampliado de saúde, existe a necessidade de articulação do setor saúde com outros setores, como a educação, o transporte e o trabalho, por exemplo, entre outros setores do setor público ou privado, em busca da modificação desse determinante de saúde, a partir da intersetorialidade.

A questão do trânsito passou a ser objeto de ação no campo da saúde não só pela questão do atendimento à vítima desse tipo de agravo, mas também na atuação pela promoção e prevenção desse agravo, como é definida na Rede de Atenção à Saúde (RAS) denominada de Rede de Urgência e Emergência (RUE) mais atuante na área hospitalar que nas UBS's, mas que conta com a atuação do conselho local para enfrentar o problema daquela comunidade.

Conforme Godim, Grabois e Mendes (2011), a Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem como objetivo garantir o desenvolvimento, em todos os municípios, de ações de saúde e educação permanente, voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e

acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade relativa a esse tema.

De acordo com a RUE, a atenção primária em saúde, que corresponde às equipes de saúde da família, seria o local privilegiado para desenvolver ações de promoção e prevenção de todos os tipos de agravos à saúde, incluindo, a questão do trânsito, violência por arma de fogo e arma branca, a auto-agressão, dentre outras. Isso tudo é motivo de atenção das equipes daquela UBS, mas conforme relato abaixo, ainda necessitam de mais capacitação para atuarem nessa e em outras áreas que chamam a atenção na área de abrangência da UBS:

[...] outro problema que está deixando a gente angustiado, porque este nós temos menos preparo ainda, é a questão dos adolescentes envolvidos com drogas, conforme os meninos falaram aqui, é um problema gritante. A gente fica de mãos atadas, com duas situação que é as drogas e a mutilação nas escolas. Nós chamados, às vezes, nós estamos saindo e chega adolescente cortados aqui, o Hospital Areolino de Abreu não interna porque são de menores e o CAPS você consegue, mas as coisas são um pouco morosas e vai para o psiquiatra. Depois só tem outra consulta com o psiquiatra só dois meses depois e neste intervalo ele tenta se matar de novo, entendeu? E a gente está meio que ainda está precisando ser capacitado mais ainda por que são coisas novas, e com o idoso não, pois já temos mais experiência e íamos contornando, mas com a questão da droga e da violências dos jovens aqui no bairro nós estamos assim surpresa com a violência dentro da escola e a mutilação, os meninos falaram, não raro chega adolescentes que sofreram *bullying* dos outros e que desmaia e passa mal e trazem para cá. Tem o caso da adolescente que bateu na professora da escola e saiu em todas as televisões e é da nossa área e a gente vinha acompanhando, mas o processo é moroso e terminou ela agredindo a professora da escola e sendo repercutido nacionalmente [...] (Grupo Focal).

A questão do trânsito não encerra toda a discussão sobre os determinantes e condicionantes que atuam na saúde, e as questões levantadas como violência, drogas, *bullying* são intrinsecamente relacionadas com as condições socioeconômica e cultural em que essa UBS está inserida, mas que não difere da realidade da UBS da zona sul, e das demais regiões de Teresina, sendo necessário um trabalho intersetorial com a presença da sociedade civil.

Dessa forma, é imprescindível o envolvimento do maior número de atores no enfrentamento de demandas de cada bairro ou região, e a atuação dos Conselhos Locais de Saúde tem sido este aglutinador nas UBS's onde existe um contexto favorável para esse trabalho. Como pode-se constatar no relato do grupo focal, quando indagados sobre a importância da população participar do Conselho Local de Saúde para o funcionamento destes serviços.

É sim, eu acho que sim, pois sem a população [...] só ela pode dizer como está a saúde ou não lá fora, é ela quando precisa ela tem que vir aqui. A população só tem a ganhar em participar, ela tem que participar de qualquer coisa que tiver aqui do conselho ou qualquer outra coisa do posto, pois o posto só cresce com a população e a população sem o posto não consegue viver (Grupo Focal).

Pelo depoimento acima, observa-se como a participação social e o controle social podem contribuir com o serviço na prestação de serviços adequados com a real necessidade da sua população adscrita. A participação é um dos pilares do Sistema Único de Saúde, sem ela não teria o texto Constitucional referente à saúde, como também as Leis Orgânicas da Saúde, se não fosse a participação do Movimento de Reforma Sanitária fazendo pressão e uma série de articulação política (BRASIL, 2006c).

No entanto, ainda existem lacunas que impedem esse exercício pleno da cidadania na prática diária de uma democracia participativa, como a cultura autoritária e burocrática do Estado, as disputas entre os diversos grupos presentes na sociedade e no próprio conselho, e o descompasso entre os três segmentos representados dentro dos conselhos de saúde, dentre outros. Entretanto, os conselhos locais de saúde se apresentam como mais um instrumento que pode contribuir com esse exercício e potencializar a gestão democrática nos serviços de saúde.

Segue abaixo relato, extraído do grupo focal, relativo ao caminho a ser percorrido:

Eu gostaria de fechar falando que, veja quantas pessoas, nós ainda não despertamos para brigar pelos nossos direitos para fazer as coisas funcionarem. A gente ainda está esperando que seja o governo que decida como a nossa saúde deve ser feita, o governo que faça, o prefeito que decida, mas isso é devagar, pois é um processo lento e você veja que nós fundamos o conselho em 2010, ainda hoje é uma luta. Eu fico feliz quando o presidente da associação de moradores do bairro vem cobrar e quando vamos nos reunir [...] Quando será marcada a reunião do conselho, então é assim, é devagar [...] (Grupo Focal).

Por conseguinte, apesar de já haver uma experiência de praticamente 30 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, e essa ser a mais duradoura da história do país, ainda é preciso despertar para a importância da questão da cidadania e dos espaços como os conselhos.

A própria continuidade da formação institucional do SUS, nos seus mais diversos espaços, depende da participação de toda a sociedade, para manter acesa a chama do ideário

do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, na construção deste sistema de saúde, mesmo diante da dificuldade da dialética com os grupos hegemônicos no setor ou que se apropriam do setor para atingir seus interesses.

A via mais adequada do processo participativo da comunidade no setor saúde se faz pela via da democracia participativa em um processo que se iniciou institucionalmente pela Constituição Federal de 1988. Toda via, precisa ser aprofundado para não se correr o risco de perder esse importante direito social diante de um Estado voltado para o ajuste fiscal das contas públicas para atender aos anseios do mercado em detrimento da própria sociedade civil que na concepção dos autores contratualistas constitui-se em sua razão de ser.

A política de saúde brasileira representa de forma mais adequada possível o princípio do “Bem Comum” discutido desde Maquiavel (1982) até a atualidade, uma vez que saúde não pode ser confundida com mercadoria como preconiza o mercado atuante no setor, e o SUS nunca agradou ao setor privado atuante no país.

Como mencionado na sentença da presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, relativa à suspensão da resolução normativa de número 433/2018 da Agência Nacional de Saúde (ANS), segundo a qual pacientes poderiam pagar até 40% (quarenta por cento) do valor de consultas e exames no modelo de co-participação (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2018, p. 13).

saúde não é mercadoria, vida não é negócio, dignidade não é lucro. Direitos conquistados não podem ser retrocedidos, sequer instabilizados. As normas instabilizam os usuários que precisam dos planos, pretendem ou necessitam brevemente renová-los ou pensam em adotá-los.

Em outro relato de uma conselheira representante dos trabalhadores da saúde pode-se perceber a mudança quanto à postura de todos os envolvidos no conselho local da UBS, localizada na zona norte.

[...] a nossa população, ela ainda não despertou para a participação, então assim, em muitas reuniões é a gente instigando mesmo para que a coisa aconteça. É a gente provocando questionamentos e sugestões, hoje é, você pode participar de uma, né?, você viu ali, que elas já falaram, falaram na brinquedoteca que tinha sido desativada, elas já falam, né?, mais assim, no início era a gente mesmo que levava as necessidades e as observações da gente, levava e apresentava. Hoje nós estamos num nível que eles já dizem, eu quero isso, mas às vezes, a gente precisa fazer pequenas correções, Ah, eu queria que a gente tivesse ou que aqui fosse um hospital, aí a gente precisa dizer; “olha, não tem necessidade de um hospital aqui, porque nos estamos rodeados de hospital, tem o hospital do Buenos Aires, tem o hospital do

Matadouro, tem o Hospital Mariano Castelo Branco, então aqui não tem, a nossa proposta aqui é outra, né?” (ZNITS).

Este relato descreve a necessidade de aprimoramento dos atores envolvidos na dinâmica do conselho ou mesmo em outro espaço de participação quanto à Política de Saúde como um todo, como se organiza, qual a finalidade de cada serviço, como esse serviço de saúde se relaciona com as demais políticas públicas, para o empoderamento do indivíduo sobre questões que vão além das relativas ao setor saúde.

Para Fleury (2014), a institucionalização de espaços participativos no próprio Estado que permite a vocalização das demandas da sociedade civil contribui com a consolidação do SUS, mas para a sua sobrevivência é necessário que o compromisso com o SUS se transforme num compromisso com a democracia, com o controle democrático e com o controle social participativo.

Apesar da crítica sobre a limitação da participação social nos conselho de saúde na atualidade existe um acúmulo histórico dessa participação no SUS que formou sua própria base de existência, mas os desafios do presente exigem uma capacidade de articulação e mobilização no molde do Movimento de Reforma Sanitária capaz de colocar novamente esse tema na pauta da agenda política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, realizada em duas Unidades Básicas de Saúde de Teresina, formulou-se as seguintes questões: Como os Conselhos Locais de Saúde encaminham as demandas por serviços de saúde para a gestão das Unidades Básicas de Saúde? Como está definido o fluxo administrativo das Unidades Básicas de Saúde/Unidades Hospitalares de Saúde do município para o atendimento dessas demandas? O que seria uma boa gestão das Unidades Básicas de Saúde para os conselheiros das Unidades Básicas de Saúde? e por fim, Como os Conselhos Locais de Saúde têm contribuído com uma gestão mais participativa das Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista o atendimento das reais necessidades da população adscrita? Esses questionamentos permitiram a elaboração do objetivo geral, o qual foi a Analisar como os Conselhos Locais de Saúde contribuem para uma gestão participativa do Sistema Único de Saúde Municipal, com vistas a garantir Políticas Públicas de Saúde ofertadas pelo município de Teresina, como também, permitiram a elaboração dos objetivos específicos.

Após a realização da coleta e análise dos dados coleta esta empregou a técnica de análise documental, entrevistas e grupo focal, junto aos conselhos locais de saúde de duas UBS's, uma localizada na zona norte, e a outra, na zona sul de Teresina, e a análise que teve como referência o método dialético de tradição marxista e o conceito de Estado e Sociedade Civil de Gramsci; foi possível chegar às seguintes respostas aos questionamentos levantados.

Foi constatado que as demandas dos conselheiros nas UBS's analisadas contam com o apoio da gestão local da UBS, para tanto, houve, a presença constante das administradoras desses serviços de saúde nas reuniões dos conselhos. As próprias equipes de saúde da família, ao realizarem suas reuniões em conjunto, para debater os assuntos pertinentes a todas as áreas de atuação das equipes, discutiam e aplicavam as demandas vindas desses conselhos. Quanto ao funcionamento da parte administrativa e de apoio da UBS, como serviço de marcação de consultas *on line* e serviço de coleta de exames, eram influenciados pelas demandas do conselho, de forma mais específica pela caixa de sugestões, que é um instrumento, que permite que a população adscrita opine sobre o funcionamento desses serviços.

Quanto ao fluxo de demandas dos conselhos estudados para a gestão da UBS e as equipes de saúde da família, ocorre pela reunião do próprio conselho, que é uma reunião mensal na UBS da zona sul e bimestral na UBS da zona norte, mas ambas promovem, quando necessário, reuniões extraordinárias para debater assuntos de interesse dos conselheiros. Assim sendo, as demandas são repassadas diretamente aos representantes dos trabalhadores

de saúde para discutirem na reunião geral das equipes de saúde da família e a administradora desses serviços dentro da sua esfera de influência, tenta responder a estas demandas, sem interferir na dinâmica administrativa da Fundação Municipal de Saúde.

A maioria dos conselheiros entrevistados relatou que uma gestão participativa tem como objetivo principal fazer um elo entre profissionais de saúde, gestores e comunidade, e possibilitar a verbalização das demandas da comunidade assistida nesses serviços, adequando o serviço que lhes é ofertado, tendo o potencial de promover cidadania através da participação da comunidade na deliberação de assuntos relativos à área da saúde da própria região a qual pertence. No entanto, essa participação não ocorre na sua plenitude ao constatar-se que o próprio regimento interno dos Conselhos Locais de Saúde não são cumpridos na sua integralidade, principalmente, o item relativo à avaliação dos recursos financeiros e eleição do administrador, que ocorre por indicação política.

Para os conselheiros, é muito importante a participação da comunidade nas reuniões dos conselhos que contam com a presença e valorização dos administradores, que buscam responder às demandas emanadas desses conselhos para gerir a própria UBS, sendo um importante dispositivo para as pessoas que se utilizam dela.

Dessa forma, pode-se constatar que os conselhos locais de saúde contribuem para uma gestão participativa nas UBS's estudadas. Entretanto, esta contribuição fica na dependência de um contexto favorável para essa ação, já que não são todas as UBS's que possuem esses conselhos, mas mesmo onde existem esses conselhos, não influenciam a gestão central do Sistema Único de Saúde municipal, atuando apenas na dinâmica do funcionamento da UBS e nas suas áreas adjacentes.

Assim, estes Conselhos Locais de Saúde são importantes espaços com possibilidade de aprofundar a democratização da política de saúde local, por meio de uma função pedagógica, servindo de apoio para a população se mobilizar e discutir assuntos relativos a esse direito social.

Diante da realização desta pesquisa ficam como recomendações; (1) A realização de eleições para a escolha do administrador nos serviços de saúde que possuam Conselho Local conforme o próprio regimento interno dos Conselhos Locais de Saúde em seu artigo 2 parágrafo XVI, ou pelo menos uma sabatina do administrador pelo referido conselho; (2) Normatizar a avaliação do suprimento de fundo do serviço de saúde pelo conselho local, conforme artigo 2, parágrafo IV, do regimento interno dos Conselhos Locais de Saúde; (3) A realização da publicização das atas das reuniões do conselho local através dos meios eletrônicos disponível para toda a população, permitindo um fácil acesso a tais

informações; (4) A proposta de escolha dos conselheiros municipais de saúde do segmento dos usuários mediante experiência previa como conselheiro local de saúde; (5) Implementar de forma sistemática pela Fundação Municipal de Saúde as experiências exitosas advindas dos Conselhos Locais de Saúde nas demais Unidade Básicas de Saúde da rede municipal de saúde; e (6) Apoio sistematizado do Conselho Municipal de Saúde aos Conselhos Locais de Saúde como monitoramento e avaliação das atividades, como também, o incentivo a criação dos conselhos distritais por região administrativa de Teresina.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Piraí, RJ (2006). **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2059-2068, jul. 2013.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

AVRITZER, L. (org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

AZEVEDO, C. S. *et al.* Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. Política, planejamento e gestão em saúde. Rio de Janeiro. **Abrasco**, v. 1, n. 11, p. 95-116, jan./mar, 2010.

BENEVIDES, M. V. Cidadania e democracia. In: **Lua Nova**, São Paulo, CEDEC, n.33, v.7, Jun./jul; 1994.

BERLIN, I. Dois conceitos de liberdade. In: _____. **Quatro ensaios sobre a liberdade**. Trad. Wamberto Hudson Ferreira. Brasília: Editora da UnB, 1981. Cap.2.

BOBBIO, N. **O Futuro da democracia, uma defesa das regras do jogo**. Coleção Pensamento Crítico, vol. 63, 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1986.

BRAGA, I, A. **Descentralização da Saúde em Teresina: Movimentos Sociais e o Sistema Único de Saúde no período de 1988 a 1996**. 2005. 125p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2005.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Gráfica do Senado, 1988.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Gráfica do Senado. 1990a.

_____. Lei 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Gráfica do Senado. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **A prática do controle social:** Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS:** participa SUS. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, de 3 de out. 2006, Seção I, p. 49. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e o processo participativo no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **SUS:** Um sistema de saúde único no mundo. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS.** 2ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura:** Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 10 maio, 2018.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social:** Teoria e ejercicios. 7 ed. Madrid: Paraninfo, 1991.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **As políticas brasileiras de seguridade social**: saúde. In: CFESS/ CEAD. capacitação em serviço social e política social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000.

BREILH, J. **Epidemiologia, economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.
BISPO JÚNIOR, J. P. Artigo analisa os Conselhos de Saúde enquanto espaço de ampliação da democracia. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, jan, 2013.

BRUYNE, P; HERMAN, J; SHOUTHEETE, M. **Dinâmica de Pesquisa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

CAMPOS, G. W. S. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 8, n. 2, p. 24-34, abr/jun, 2009.

CARVALHO, M. M; FERREIRA, M. D.M. **A atuação dos conselhos na gestão da Política Pública de Saúde no município de Teresina**. 2017. Disponível em:<<http://ufpi.br/e-book-edufpi>> Teresina, EDUFPI, Acesso em: 10 Dez. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 453, de 10 de Maio de 2012. Dispõe sobre aprovação de diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF). 10 de Maio de 2012, nº 109, Seção 1, página 138.

COSTA, A. M; LIONCO, T; Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. **Saude soc. [online]**. São Paulo, v.15, n. 2, p. 47-55, may./ago, 2006.

COSTA, H. O. Democracia e participação na teoria pluralista. **Cronos**, Natal, v. 8, n. 1, p. 215-228, jan./jun. 2007.

COUTINHO, C. N. **O leitor de Gramsci**: escritos escolhidos. Rio de janeiro: Civilização Brasileira, 2011a.

_____. **De Rosseau a Gramsci**: ensaios de utopia política. São Paulo: Boitempo, 2011b.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, [periódico online], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf> >. Acesso em: 23 out, 2017.

CORREIA, M. V. C. A relação Estado/sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXIV, n. 77, mar, 2004.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saude soc. [online]**: São Paulo, v. 21, n. 04, p. 1087-1100, oct./dec, 2012.

DAHL, R. A. **A Poliarquia**: participação e oposição. São Paulo: EDUSP, 1987.

DRAIBE, S. **As políticas sociais brasileiras**: diagnóstico e perspectiva para a década de 90. In: IPEA: Brasília, 1990.

DEUS, A. D.; MELO, E. M. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 601-615, jul/set, 2015.

FALEIROS, V. P. Estado e massas na atual conjuntura. **Sociedade e Estado**: revista do Depto de Sociologia da UnB, Brasília, v. 1, n.1, p. 25-37, 1986.

_____. As funções da política social no capitalismo. In: FALEIROS, V. P. **A política social no Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula. In: FALEIROS, V. P. *et al.* **A era FHC e o governo Lula**: transição? Brasília: Inesc, 2004.

FARIAS FILHO, M. C. SILVA, A. N. MATHIS, A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1911-1919, jun; 2014.

FERREIRA, M. D. M; MATOS, T. C. C. Participação e controle social no Brasil recente: influência do pensamento gramsciano. **EM PAUTA**: Rio de Janeiro. v. 13, n. 35, jan/jun. p. 65-79, 2015.

FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. UNASUS, 2016.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Números da Atenção Básica em Saúde. Disponível em: < <http://saude.teresina.pi.gov.br/>.> Acesso em: 06 jun, 2016.

GANDARA, G. S. Teresina: a capital sonhada do Brasil oitocentista. **História**: São Paulo, v.30, n.1, p. 90-113, jan/jun. 2011.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**, v. 3, 6. ed. Edição e tradução: Carlos Nelson Coutinho, coedição: Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

GODIM, R.; GRABOIS, V. ;MENDES, V. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ensp./FIOCRUZ. 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HIRSCHMAN, A. O. **As paixões e os interesses**: argumentos políticos para o capitalismo antes do seu triunfo. 2. ed. Trad. Lúcia Campelo. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil**. Trad. João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Dados estatísticos de Teresina**, 2016. [online] Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=221100&idtema=16&search=piaini|teresina|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 10 maio, 2018.

JUNIOR, C. P. Teoria de marxista do conhecimento e Método dialético materialista. **Revista da faculdade de filosofia, Letras e filosofia da USP**. São Paulo, v.4, n. 4, p. 41-78, jul./ago, 1973.

LIMA, L.; et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery [online]**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1724, jan./mar., 2014.

LOPES, B. E. M. Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. **Revista Educação e Políticas em Debate**. Uberlândia, v. 3, n. 2, p. 482-492, ago./dez, 2014.

LOCKE, J. **Dois tratados sobre o governo**. Trad. Júlio Fischer. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2007.

MARTINS, C. S; *et al.* Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde debate [online]**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul/set, 2013.

MARTINS, A. L. X; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde soc. [online]**: São Paulo. v. 21, n. 01, p. 199-209, jan/mar. 2012.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. Textos sobre educação e ensino. 2. ed. Rio de Janeiro: Moraes, 1992.

_____. **A ideologia alemã**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **A questão judaica**. In: _____. *Manuscritos Econômicos – Filosóficos*. Trad. Artur Morão. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1994.

_____. **O manifesto do Partido Comunista**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **O 18 brumário e cartas a Kugelman**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. **A guerra civil na França**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MATOS, T. C. C. **Democracia direta como mecanismo de controle democrático e combate à corrupção: a experiência da Força Tarefa Popular**. TESE, 193p. Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina: 2015.

MATEOS, S. B. A construção da democracia participativa. Desafios do desenvolvimento. Brasília, v. 8, n. 65, p. 18-33, jan./mar, 2011.

MAQUIAVEL, N. **Comentários sobre a primeira década de Tito Lívio**. 2. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1982

_____. **O Príncipe**. 2. ed. Trad. Maria Júlia Goldwasser. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC:ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, J. M. B. **CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE EM TERESINA**: limites e possibilidades. 2012. 192f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

MONTESQUIEU, C. L. S. **Do espírito das leis**. Trad. Fernando Henrique Cardoso e Leôncio Martins Rodrigues. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

MULLER, P. **A análise das Políticas Públicas** [traduzido por] Agemir Bavaresco, Alceu R. Ferraro. Pelotas (RS): Educat, 2002.

NETTO, J.P. **O leitor de Marx**. José Paulo Netto [organização]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

_____. Entrevista: José Paulo Netto. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 333-340, jul. /out, 2011.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 393- 400, feb, 2014.

OLIVEIRA, F. **Privatização do público, destituição da fala e anulação da política**. In Os sentimentos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global. Rio de Janeiro: ed. Vozes, 1999.

OLIVEIRA, V. C. **Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde**. In: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Comunicação e Informação para o exercício do controle social. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2007.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Trad. Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PAIM, J. S. A macropolítica da saúde pública. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**. Rio Grande do Sul, v. 16, n. 8, p.13-17, ago, 2016.

PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 487-498, feb. 2014.

PEDROSA, J. I. S.; PEREIRA, E. D. S. Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. Ver. Bras. **Saúde da Família**. Brasília, v. 7, n. 4, p. 7-22, Nov; 2007.

PONTE, H. M. S. *et al*; "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. **Saude soc. [online]**. São Paulo, v. 21, n.1, p. 234-243, mai, 2012.

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. **Rev. Sociol. Polit. [online]**. Curitiba, v.19, n. 38, p.171-185. Fev, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROUSSEAU, J. J. **Do Contrato Social ou Princípios do Direito Político**. Trad. Lourdes Santos Machado. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: 2009.

_____. **Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos**. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Situação da morbimortalidade por acidentes de transporte terrestre PIAUÍ, 2010 a 2016**. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/266/Boletim_AcidentesTr_nsito.pdf>. Acesso em 30 de maio, 2018.

SCHUMPETER, J. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Trad. Sergio Góes de Paulo. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 532 Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF532_liminar.pdf>. Acesso em 30 de Julho, 2018.

SIMIONATTO, I. Razões para continuar utilizando a categoria sociedade civil. In: LUIZ, D.C. (org.). **Sociedade Civil e democracia: expressões contemporâneas**. São Paulo: ed. Veras, 2010.

_____. **GRAMSCI: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, I. M. F. Os Conselhos de Saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. **Serv. Soc.** São Paulo, v. 55, n. 2, p. 156-173, Nov. 1997.

SILVA, C. V; SILVA, D. F. L; SOUZA, E. M. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. **Rev. bras. educ. med.[online]**: Rio de Janeiro. v. 37, n. 2, p. 254-259, abr./jun, 2013.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva [online]**: Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, ago. 2013.

SMITH, A. **Teoria dos sentimentos morais.** Trad. Lya Luft. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

SKALINSKI, L. M; PRAXEDES, W. L. A. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences.* Maringá, v. 25, n. 2, p. 305-316, mai./ago. 2003.

TERESINA. Secretaria de planejamento da Cidade de Teresina. Disponível em:< <http://semplan.teresina.pi.gov.br/historia-de-teresina/>>. Acesso em 12 fev, 2018.

_____. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento interno dos Conselhos Locais de Saúde de Teresina.** 1993.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Sistema Único de Saúde:** projetando cenários. Texto Digitado, 2003.

WENDHAUSEN, Á; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, v. 60, n. 5, pp. 579-584. sept./oct. 2007.

ZAMBON, V. D; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, v. 66, n. 6, p. 921-927, nov./dec. 2013.

APÊNDICES

1-2

Apêndice A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Entrevista (Conselheiros do Conselho Local de Saúde – Ssegmento Usuários, Trabalhadores e Gestão)

Nº de identificação: _____

1- Caracterização do Conselheiro:

Conselho Local de Saúde (CLS) de: _____

Idade: _____(anos) Gênero : _____(mas/fem)

Grau de Instrução: _____(maior graduação)

Tempo de Atuação neste atual gestão do CLS: _____(anos)

Já atuou como conselheiro anteriormente? _____ Se resposta afirmativa,

Onde _____ e por quanto tempo _____(anos)

Qual segmento você representa: _____

No caso do segmento dos usuários, que movimento social você representa: _____

2- Caracterização da atuação do Conselheiro:

Quando foi criação este Conselho Local de Saúde deste serviço?

Como se deu o processo de criação deste Conselho Local de Saúde? Quais as pessoas envolvidas?

Qual a periodicidade das reuniões do deste Conselho?

Você já propôs alguma pauta para reuniões do deste Conselho? Se resposta afirmativa, qual (is)? O segmento que você representa já lhe indicou alguma pauta para ser debatida no conselho?

Quem mais propõe as pautas das reuniões do deste Conselho?

Como você repassa as decisões deste conselho para o segmento que você representa?

Quais as pautas mais discutidas neste conselho?

3- Caracterização do tipo de gestão adotada pelo serviço:

Como você definiria gestão participativa?

Como este conselho pode contribuir com uma gestão participativa?

Você acha que as pautas discutidas reuniões do deste Conselho influencia na programação deste serviço de saúde?

Como este serviço de saúde influencia na organização deste serviço?

Qual a importância do conselho local de saúde?

Apêndice B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Entrevista (Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde)

1- Caracterização do Coordenador da Unidade Básica de Saúde (UBS):

Unidade Básica de Saúde: _____

Idade: _____(anos) Gênero : _____(mas/fem)

Grau de Instrução: _____(maior graduação)

Tempo de Atuação nesta atual gestão desta UBS : _____(anos/meses)

Já possui experiência administrativa ? _____Se resposta afirmativa,

No setor saúde: () sim () não,

Se resposta afirmativa ,

Onde e por quanto tempo: _____(anos)

2- Caracterização da atuação do Coordenador da Unidade Básica de Saúde (UBS):

Como você descreveria o tipo de gestão praticado na Fundação Municipal de Saúde?

Como você descreveria o tipo de gestão praticado nesta Unidade Básica de Saúde?

Como o Conselho Local de Saúde contribui com a dinâmica de gestão desta UBS?

Qual a importância do Conselho Local de Saúde para a gestão desta UBS?

Apêndice C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Entrevista (Gerente de Atenção Básica)

1- Caracterização do Gerente de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde:

Qual sua função na FMS: _____

Idade: _____ (anos) Gênero : _____ (mas/fem)

Grau de Instrução: _____ (maior graduação)

Tempo de Atuação nesta atual gestão: _____ (anos/meses)

Qual seu regime de contrato na FMS: _____

Há quanto tempo atua na FMS? _____ (anos)

Já possui experiência administrativa? _____ Se resposta afirmativa,

No setor saúde: () sim () não,

Se resposta afirmativa,

Onde e por quanto tempo: _____ (anos)

2- Caracterização da atuação do Gerente de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde:

Qual o local do Conselho Local de Saúde está no organograma administrativo da FMS?

Como você descreveria o tipo de gestão praticado na Fundação Municipal de Saúde?

Como você descreveria o tipo de gestão praticado nas Unidades Básicas de Saúde?

Como o Conselho Local de Saúde contribui com a dinâmica de gestão desta UBS e da FMS?

Como as deliberações do Conselho Local de Saúde influenciam a gestão da FMS?

Apêndice D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Grupo Focal (população)

Conselho Local de Saúde (CLS): _____

Como se deu o processo de implantação deste conselho local de saúde neste serviço?

Como vocês acham que este conselho local de saúde pode contribuir para melhorar a assistência prestada neste serviço de saúde?

Como a população participa das pautas das reuniões dos conselhos locais de saúde?

Como os representantes do segmento dos usuários repassam as decisões tomadas pelo conselho local de saúde?

Vocês acham importante a participação da população na definição de como devam funcionar os serviços de saúde neste bairro?

Qual(is) forma(s) poderiam ser criadas para facilitar a participação?

Apêndice E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada A ATUAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE que se refere a um projeto de Doutorado do discente Marcelo de Moura Carvalho, orientado pela professora Dra. Maria D'Alva Macedo Ferreira, o qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

O objetivo geral deste estudo é: Compreender como a atuação dos Conselhos Locais de Saúde pode promover uma gestão democrática do Sistema Único de Saúde Municipal com vista a melhorar as Políticas Públicas de Saúde ofertadas pelo município de Teresina. Tendo como benefícios o conhecimento das quais práticas de gestão que estão sendo realizadas na gestão participativa das unidades básicas de saúde deste município e como a população participa da definição desta importante Política Pública, tendo em vista, uma melhor oferta de serviços.

Sua forma de participação consiste em responder para entrevistador perguntas de uma entrevista semi-estruturada conforme anexo, sendo necessário para tanto, um tempo de aproximado de 20 minutos para realização desta atividade.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: risco de identificação dos participantes, que será eliminada, pelo caráter confidencial e sigiloso da pesquisa .

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nesta pesquisa: Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando, e elas serão usadas somente para a divulgação e publicação científica, garantindo sua privacidade sempre.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida (s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador principal Dra. Maria D'Alva Macedo Ferreira, programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI, Localizado no campus Petrônio Portela, em Teresina Piauí, no Centro de Ciências Humanas e Letras (CCHL), (86) 3215-5772.

Eu _____
(nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Marcelo de Moura Carvalho, explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, ____ de _____ de 2017.

(Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante legal)

(Assinatura da testemunha para casos de sujeitos analfabetos, semi analfabetos ou portadores de deficiências auditiva, visual ou motora).

Eu, _____ (nome do membro da equipe que apresentar o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

Apêndice F - Convite para o Grupo Focal na UBS “A” localizada na zona norte de Teresina.

CONVITE

Gostaria de lhe convidar para participar de uma roda de conversa da pesquisa intitulada A atuação dos Conselhos Locais de Saúde na Gestão Democrática das Unidades Básicas de Saúde que se refere a um projeto de Doutorado do discente Marcelo de Moura Carvalho, orientado pela professora Dra. Maria D’Alva Macedo Ferreira, o qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Local: UBS do Poty Velho Data: 26/01/2018 Horário: 16:00h

ANEXOS

Anexo A - Autorização da Pesquisa pela Fundação Municipal de Saúde (FMS)

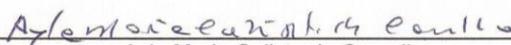


DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa “**A ATUAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS UBS**” e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores, MARIA D'ALVA MACEDO FERREIRA E MARCELO DE MOURA CARVALHO, acesso ao Presidente da FMS, Gerente da Atenção Básica, Coordenadores das UBSs, Conselheiros Locais de Saúde, Representantes da Comunidade nos CLS para entrevistar e realização de grupo focal.

Teresina, 14 de agosto de 2017.


 Ayla Maria Calixto de Carvalho
 Comissão de Ética em Pesquisa da
 Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
 Gerente de Ações Estratégicas
 GAEFMS



Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
 Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530



86 3215 7700 | 86 3215 7701

Anexo B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATUAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Pesquisador: MARCELO DE MOURA CARVALHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 75803417.3.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.342.926

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo-explicativa, com abordagem qualitativa, utilizando-se do método do materialismo-histórico e dialético de Karl Marx para compreensão da realidade do município de Teresina (PI) no que diz respeito à gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como os Conselhos Locais de Saúde contribuem para uma gestão participativa do Sistema Único de Saúde Municipal, com vistas a garantir Políticas Públicas de Saúde ofertadas pelo município de Teresina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefício citado: "conhecimento das práticas democráticas realizadas nas respectivas Unidades Básicas de Saúde tendo em vista uma melhor oferta de serviços à população adscrita a estes serviços".

Risco citado: "o presente estudo acarretará riscos mínimos aos sujeitos da pesquisa, podendo

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.342.926

acarretar risco de divulgação dos dados e identificação dos sujeitos. No entanto, para coleta de dados será garantida a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto relevante, pois trata da atuação dos conselhos locais de saúde na gestão democrática das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação foram devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa apto a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_982925.pdf | 03/10/2017 22:25:40 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 03/10/2017 22:25:21 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PRE_PROJETO_DOUTORADO_CEP_UFPI_OK.doc | 03/10/2017 22:25:01 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | instrumento_de_coleta_de_dados.doc | 04/09/2017 16:19:11 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | curriculo_vitae.pdf | 04/09/2017 16:18:07 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao_dos_pesquisadores.pdf | 31/08/2017 14:10:42 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto_.pdf | 31/08/2017 14:09:50 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termo_de_confidencialidade_UFPI_CEP.pdf | 23/08/2017 14:15:58 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | carta_de_encaminhamento_UFPI_CEP.pdf | 23/08/2017 07:25:00 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.342.926

| | | | | |
|--|---------------------|------------------------|------------------------------|--------|
| Orçamento | orcamento.pdf | 23/08/2017 07:22:23 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | autorizacao_FMS.pdf | 23/08/2017 07:11:33 | MARCELO DE MOURA CARVALHO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 23 de Outubro de 2017

Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Anexo C - Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Teresina (PI).

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Regimento Interno dos Conselhos Locais

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1º

O Conselho Local (CL) com funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, constitui-se no órgão colegiado máximo, responsável pela coordenação do SUS na área de abrangência, adstrita à Unidade de Saúde, conforme deliberação da IX Conferência Nacional de Saúde e II Conferência Municipal de Saúde, realizada de 03 a 05/06/93.

CAPÍTULO II

ART. 2º

Compete ao Conselho Local:

I - Diagnosticar a realidade de saúde do bairro;

II - Planejar as ações individuais e coletivas, a partir dos problemas de saúde do bairro, dentro das diretrizes básicas e prioritárias do SUS, que venham em auxílio de implantação da municipalização;

III - Acompanhar a execução do Plano de Trabalho, estabelecendo e aplicando critérios de avaliação e controle do trabalho desenvolvido pela unidade com base em parâmetro de qualidade, abertura e cumprimento de metas estabelecidas deliberando mecanismo para correção das distorções;

IV - Participar da elaboração do orçamento, através da determinação das necessidades, bem como pronunciar-se sobre prioridades e metas da população local no âmbito da unidade;

V - Avaliar a qualidade do atendimento prestado pela unidade pública, contratada ou conveniada aos SUS na área de abrangência da unidade;

VI - Em caso de denúncia, o Conselho Local deve registrar a ocorrência, o nome do usuário e do funcionário, para apuração e providências necessárias;

VII - Possibilitar à população, amplo conhecimento do SUS Municipal e de dados e estatísticas relacionadas com a saúde em geral e com o funcionamento da unidade, em particular;

VIII - Ter conhecimento pleno dos registros atualizados e fiéis do quadro de pessoal da unidade, bem como sua distribuição de turnos, carga horária e escala de plantões;

IX - Participar em conjunto com outros conselhos locais do acompanhamento e avaliação do sistema de saúde no distrito e no município, encaminhando, quando necessário proposta e pareceres ao distrito de saúde, Conselho Municipal e outras instâncias;

X - Conhecer e pronunciar-se acerca das prestações de contas a nível local e distrital, especialmente no que interfira na área de abrangência da unidade;

XI - Desenvolver proposta de atuação e participar de projetos intersetoriais, garantindo a efetiva participação dos movimentos populares afins;

XII - Opinar acerca da incorporação de serviços privados e/ou pessoas físicas, de sua área de abrangência, ao sistema de saúde, considerando as necessidades locais;

XIII - Propor treinamento e reciclagens para os profissionais;

XIV - Coletar informações no distrito, Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos competentes;

XV - Assegurar que as deliberações do Conselho Local sejam postas em prática;

XVI - Coordenar e fiscalizar o processo eleitoral do Diretor da Unidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art 3º

O CL compõe-se de 08 (oito) representantes com respectivos suplentes. Sendo 02 (dois) representantes dos trabalhadores da saúde, 02 (dois) representantes da administração e 04 (quatro) representantes dos usuários, sem direito a qualquer forma de remuneração, com mandato de 02 (dois) anos.

Parágrafo Primeiro:

Os representantes dos usuários, escolhidos em Assembléias Específicas têm a seguinte composição:

I - 02 representantes de associação e grupos comunitários;

II - 01 representante de grupo religioso;

III - 01 representante de grupo de idoso ou assistência materno-infantil.

Parágrafo Segundo:

Os representantes dos trabalhadores da saúde têm a seguinte composição:

I - 01 funcionário da Unidade escolhido pelo corpo de funcionários;

II - 01 representante dos prestadores de serviço, seja profissional de saúde, representante do setor privado, filantrópico, conselho profissional ou sindicato.

Parágrafo Terceiro:

Os representantes da administração têm a seguinte composição:

I - 02 representantes indicados pela FMS.

Art. 4º

O CL é estruturado e composto pelo órgão Colegiado, devendo ser eleito entre seus componentes um coordenador e um relator.

CAPÍTULO IV

DO ÓRGÃO COLEGIADO

Art. 5º

São atribuições dos membros:

I - Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias para as quais for convocado, justificando na primeira sessão subsequente a sua ausência e as faltas por ventura ocorridas;

II - Em caso de impedimento, comunicar ao respectivo suplente, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência, a necessidade de sua participação nas sessões e trabalhos;

III - Apreciar como relator, quando designado pelo colegiado os processos em que forem distribuídos e, sobre os mesmos emitir parecer conclusivo, promover instruções, cumprir o prazo determinado às diligências designadas pelo Conselho, assim como responder a consultas encaminhadas sobre a temática, por qualquer conselheiro.

IV - Exercer o direito de votar e ser votado, dentro dos princípios instituídos nesse Regimento Interno;

V - Representar o Conselho Local de Saúde, quando necessário;

VI - Exercer qualquer atribuição que lhe for conferida pelo Conselho Local;
 VII - Encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde assuntos relevantes para discussão, através de solicitação;
 VIII - Solicitar diligências em processos que não estejam suficientemente instruídos;
 IX - Denunciar aos órgãos responsáveis situações prejudiciais à saúde, caso não ocorra resolução a denúncia será diligenciada pelo Conselho;
 X - Requerer justificadamente que constem na pauta das sessões, assuntos que devam ser objeto de discussão e solução, assim como a concessão de preferência para o exame de matérias urgentes e relevantes;
 XI - Cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO V

DAS DELIBERAÇÕES

Art. 6º
 As sessões plenárias instalar-se-ão com a presença da maioria de seus membros que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro:

As decisões serão formadas por maioria dos votos dos presentes, cabendo ao coordenador o voto de qualidade nos casos de empate.

Parágrafo Segundo:

Cada membro terá direito a um voto.

Parágrafo Terceiro:

Cada sessão será iniciada com a leitura da Ata da sessão anterior.

Art. 7º

A pauta de cada sessão será aprovada pela maioria dos conselheiros presentes, sendo que a inclusão ou exclusão de matérias para apreciação, deverá submeter-se ao processo de

eleição e aprovação pela maioria dos conselheiros presentes.

CAPÍTULO VI

DAS DECISÕES

Art. 8º

Serão registradas em ata e expedidas através de recomendações ou resoluções.

CAPÍTULO VII

DA INVESTIDURA E PERDA DE MANDATO

Art. 9º

Os conselheiros terão mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida apenas uma reeleição consecutiva.

Art. 10º

Os membros tomarão posse, em sessão solene, lavrando-se o termo, em livro próprio, assinado pelo Presidente do CMS.

Art. 11º

Perderá o mandato, o Conselheiro que:

I - Deixar de comparecer a 03 (três sessões) consecutivas ou 06 (seis) intercaladas, por um período de um ano, sem justificativa, resguardados os casos consignados em Lei;

II - Formalizar seu pedido de renúncia ao Conselho Local;

III - For destituído do cargo quando representante nato ou designado junto aos Conselhos.

CAPÍTULO VIII

DA SUBSTITUIÇÃO

Art. 12º

Quando dos impedimentos legais previstos em Lei, o Conselheiro deverá comunicar ao relator, para que o mesmo convoque o respectivo suplente.

Art. 13º

Nos impedimentos não previstos neste Regimento, o membro titular deverá comunicar ao Conselho Local e avisar o seu respectivo suplente, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

Art. 14º

Quando da renúncia ou afastamento definitivo do membro do conselho titular, sua substituição será feita pelo respectivo suplente.

CAPÍTULO IX

DO LOCAL DAS REUNIÕES

Art. 15º

O CL terá seu lugar de reuniões definido pelo diretor da Unidade de Saúde em comum acordo com o colegiado.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º

O presente Regimento Interno poderá ser alterado parcial ou totalmente, através de proposta expressa do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 17º

As propostas de alterações total ou parcial deste regimento deverão ser apreciadas em reuniões extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo Único:

As propostas de alterações do Regimento deverão ser encaminhadas por escrito com antecedência mínima de 10 (dez) dias da reunião extraordinária, com o endosso de 2/3 (dois terços) dos conselheiros.

Capítulo XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18º

Os casos omissos e dúvidas suscitadas na aplicação deste Regimento serão dirimidos pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 19º

Este Regimento entra em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Município, sendo revogadas as disposições em contrário.

Art. 20º

O Conselho Local de Saúde não deverá ter seus interesses atrelados a partidos políticos, credos religiosos e quaisquer fatores que possam prejudicar seu desempenho.

Teresina, 14 de dezembro de 1993.

Anexo D - Modelo da Ficha de Preenchimento da Caixa de Sugestões da UBS “B” da localizada na zona sul de Teresina.

| ITENS DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA PAZ |  Satisfeito |  Pouco Satisfeito |  Insatisfeito |
|--|---|---|---|
| ✓ Acolhimento | | | |
| ✓ Relação profissional/paciente _____ _____ | | | |
| ✓ Ambiente físico (estrutura, limpeza, sinalização, barulho) | | | |
| ✓ Marcação de consulta | | | |
| ✓ Há sempre material disponível para realização de procedimentos? | | | |
| ✓ As atividades educativas (palestras) propostas pelo serviço contribuem para o seu bem estar? | | | |
| ✓ Você poderia contribuir para a melhoria do serviço dando alguma sugestão? _____ _____ | | | |