

**FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO**

ANA CÉLIA DA CUNHA

**AVANÇOS E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS
NO CONTROLE SOCIAL DO SUS NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS A PARTIR
DE 2006**

**SÃO PAULO
2019**

ANA CÉLIA DA CUNHA

**AVANÇOS E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS
NO CONTROLE SOCIAL DO SUS NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS A PARTIR
DE 2006**

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Ms. Caio Valiengo

São Paulo

2019

Ficha Catalográfica

CUNHA, Ana Célia

Avanços e desafios da participação do segmento dos usuários no controle social do sus no município de Guarulhos a partir de 2006 / Ana Celia da Cunha. FLSCSO/FPA, 2019.

Quantidade de folhas: 74

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2019.

Orientador: Caio Valiengo

Ana Celia da Cunha

**AVANÇOS E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS
NO CONTROLE SOCIAL DO SUS NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS A PARTIR
DE 2006.**

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em:

Prof./Prof. Ms. Caio Valiengo
FLACSO Brasil/FPA

Prof./Profa. Dra. Cristiane Kerches da Silva Leite
EACH/USP

Prof./Prof. Dr. Eduardo Tadeu Pereira
Universidade Nove de Julho

Resumo

A presente pesquisa tem o objetivo de discorrer sobre os principais avanços e desafios na busca da garantia de participação dos usuários do SUS em Guarulhos a partir da instituição dos conselhos gestores. Para tanto, partirá do levantamento bibliográfico e documental acerca da participação popular e do controle social visando conceituá-la, e será completada a partir do diálogo com conselheiros do segmento dos usuários e outros atores envolvidos no processo em Guarulhos, visando contribuir para a criação de ambientes favoráveis à participação e ao aprimoramento das instâncias participativas em âmbito local e, conseqüentemente, com o fortalecimento e consolidação da política no município.

Palavras Chave: Participação Popular, Conselhos Gestores, Controle Social, Políticas Públicas.

Sumário

Introdução	8
1. A participação Popular no SUS: construção histórica e conceitual	12
1.1 Participação Popular e Democracia.....	12
1.2 A participação e o controle social no SUS	16
1.3 A participação e o controle social na legislação	24
2. Guarulhos: Um olhar para o cenário do estudo	33
2.1 Aspectos demográficos e estruturais.....	33
2.2 Aspectos políticos e participativos	37
3. A participação dos usuários nos conselhos gestores de saúde do município de Guarulhos e a perspectiva do controle social	43
3.1 A origem dos conselhos gestores	43
3.2 Caracterização dos entrevistados	46
3.2.1 Em qual conselho participa ou participou	47
3.2.2 Tempo de atuação na Participação Popular e no Controle Social	47
3.2.3 O controle social antes e depois da implantação dos conselhos gestores	48
3.2.4 Impactos dos conselhos gestores na participação popular	49
3.2.5 Principais conquistas e Impactos da participação na política de saúde	51
3.2.6 Uma relação de conflitos e respeito	53
3.2.7 Principais desafios e propostas para superação	55
3.2.8 Autonomia dos usuários para pautar / tomar decisão	62
3.2.9 Principais reivindicações	63
Considerações Finais.....	67
Referências Bibliográficas.....	71

Índice de Tabelas

Tabela 1: Quadro das conferências de saúde da 1ª a 15ª	22
Tabela 2: Os conselhos em Guarulhos por seu instrumento e ano de criação.....	37
Tabela 3: Identificação dos Entrevistados	47
Tabela 4: Principais temas pautados no Conselho Gestor	63
Tabela 5: Principais temas pautados no Conselho Municipal de Saúde.....	64

Índice de Figuras

Figura 1 Mapa de localização de Guarulhos	34
---	----

Introdução

A participação popular tem sido uma marca dos governos do Partido dos Trabalhadores – PT e se mostra uma iniciativa relevante na criação e estabelecimento das políticas ditas progressistas¹. Um exemplo disto é o Orçamento Participativo inaugurado em Porto Alegre em 1989 que se tornou referência em gestão sendo, nos anos que seguiram, tomado como referência e implantado em inúmeros municípios em todo o país.

É sabido que a organização e mobilização da sociedade para reivindicação de políticas, ações e direitos não é recente. Ao contrário, pode ser observada ao longo do tempo, por quem deseje estudá-la, em vasta literatura. Um olhar para a história política do Brasil trará inúmeros exemplos de manifestações e organização do povo na luta por seus direitos.

Neder e Reali (2014) afirmam que no Brasil, desde a década de 1930 a participação já podia ser observada com grande atuação nos Conselhos Nacionais de Educação e Saúde, e destacam a grande contribuição que trouxe para a consolidação da democracia, bem como para a construção de marcos históricos. Citam por exemplo, a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, constante da Constituição Federal de 1988 por pressão da luta dos movimentos organizados à época.

Enquanto direito, a participação da população na definição e na fiscalização das políticas implantadas pelo Estado no Brasil foi estabelecida pela Constituição Federal de 1988², também conhecida como Constituição Cidadã e regulamentada por leis específicas, como a Lei Orgânica da Assistência Social³ e Lei Orgânica de Saúde⁴, por exemplo. De acordo com Milani (2008), tornou-se, nos anos 1990, um dos princípios organizativos aclamado por agências nacionais e internacionais dos processos de formulação de políticas públicas e de deliberação democrática em escala local.

Ser inserida no texto constitucional, no entanto, aponta para a relevância da inserção da sociedade como um todo na definição das políticas públicas e para a

¹ Políticas públicas capazes de incluir indivíduos de diferentes classes, gêneros e identidades étnicas nas esferas da economia, da educação, do direito efetivo e na própria vida política.

² http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

³ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm

⁴ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

importância das instâncias populares no acompanhamento, fiscalização e controle das ações do Estado. A partir daí, foram surgindo os mais diversos mecanismos de participação dos cidadãos, como as conferências, os conselhos, audiências públicas e Orçamentos Participativos.

No SUS, de acordo com Rolim (2013), a participação popular, assim como o próprio Sistema de Saúde, tem o seu processo de formação na Constituição de 1988, e é mais especificamente tratada pela Lei 8142/90⁵ que estabelece já no primeiro artigo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Enquanto princípio, a participação popular é tratada pela Lei 8080/90, citada pelos mesmos autores.

O fato de a participação popular se encontrar estabelecida pela legislação não garante, no entanto, que ela ocorra na prática. Importa, neste sentido, investir ainda mais em conhecer e incentivar a participação da sociedade civil.

Fomentar a participação dos diferentes atores sociais em sentido abrangente e criar uma rede que informe, elabore, implemente e avalie as decisões políticas tornou-se o paradigma de inúmeros projetos de desenvolvimento local qualificados de inovadores e de políticas públicas locais consideradas progressistas. (MILANI, 2008, p. 552)

Sobre este assunto, Dagnino (2004), aponta para a necessidade de análise do processo de construção democrática no Brasil, das relações entre Estado e sociedade civil e a problemática da constituição de espaços públicos e sua dinâmica de funcionamento.

É neste sentido que este trabalho propõe estudar o controle social no SUS Guarulhos, objetivando identificar se a ampliação dos espaços de participação, gerada pela implantação dos conselhos gestores locais nos serviços de saúde, foi suficiente para garantir a participação dos usuários no controle social da Política Municipal de Saúde e, por consequência, na melhoria das ações em saúde pública no município.

Pretende-se também detectar fatores que indiquem formas de aprimoramento contínuo, criando cada vez mais um ambiente favorável à participação popular, reconhecendo esta como fundamental para desenvolvimento de políticas públicas em prol de todos os grupos que compõem a vida em sociedade.

⁵ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Parte-se do pressuposto que houve uma significativa ampliação dos espaços de participação dos usuários do SUS em Guarulhos com a criação do Programa Saúde Participativa e dos Conselhos Gestores nos serviços de saúde, a partir de 2006, por se tratar de uma forma de aproximar a discussão, tanto geográfica quanto da realidade vivida por estes atores, no entanto podem existir desafios a serem superados para garantir o efetivo controle social.

Assim, o estudo, de caráter qualitativo, parte de uma pesquisa bibliográfica sobre conceitos e concepções de representação política, participação popular, e controle social no SUS, contextualizando-os no tempo e no espaço, seguida de uma análise sobre como ocorre a participação social no controle da política de saúde em Guarulhos, a partir da visão dos próprios usuários.

A coleta de dados foi realizada nas atas, registros e regimentos internos dos conselhos, municipal e locais, na participação em reuniões dos conselhos e aplicação de entrevistas semiestruturadas junto a conselheiros atuais e ex-conselheiros de saúde representantes dos usuários⁶.

Além desta introdução, o trabalho está estruturado em quatro partes conforme descrito a seguir.

O primeiro capítulo tem o desafio de apresentar o contexto da participação popular a partir do olhar de como ela vem ocorrendo em vários momentos da história, nos quais ora aparece como contribuições ao processo de democratização do Brasil, ora como resultado deste. Ainda neste capítulo, conceitos e teorias sobre democracia representativa e participativa são desenvolvidos, além de outros que consideramos necessários para o entendimento do trabalho.

Maior destaque será conferido à participação na política de saúde, na qual se encontra o principal objeto de estudo deste trabalho. Este ponto estruturado como uma apresentação do histórico e evolução da participação social no SUS, demonstrando sua trajetória de crescimento *pari passu* com a construção da política e legislação que a sustenta.

⁶ As diretrizes para organização dos conselhos e conferência de saúde definem que os mesmos são compostos de três segmentos: usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde. Este trabalho teve como foco o segmento dos usuários.

No Segundo Capítulo serão apresentadas as características do município de Guarulhos, e uma trajetória histórica da participação popular nas políticas públicas com destaque para a participação popular no SUS. Busca-se com esse levantamento entender como o município de Guarulhos tratou a questão da participação social nas políticas públicas, em especial na política de saúde a partir da década de 2000.

Partindo deste ponto pretende-se analisar como as instâncias de participação criadas para o controle social nos serviços de saúde contribuíram para o fortalecimento da democracia, da consolidação do SUS e o aprimoramento do atendimento à população.

No terceiro e último capítulo, a apresentação dos resultados do diálogo com usuários do SUS, com representação ou que tenha sido conselheiro do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores dos Serviços de Saúde de Guarulhos a partir 2006, data a partir da qual os Conselhos Gestores começaram a ser implantados.

Por fim, nas considerações finais, discorreremos acerca dos principais achados, limites e avanços dos estudos, desafios e apontamentos para próximos estudos que busquem melhores formas de implementação da gestão participativa no SUS. Acredita-se que aprofundar esses conceitos em casos empíricos, pode contribuir com a organização da participação social de forma a provocar mudanças estruturais na forma de implementação do SUS, garantindo a participação dos usuários no controle social e a qualidade da prestação de serviços de saúde.

1. A participação Popular no SUS: construção histórica e conceitual

1.1 Participação Popular e Democracia.

O final do século XX e início do século XXI marcou a história da participação popular no Brasil pela retomada da democracia na qual a ampliação da presença da sociedade civil nas políticas públicas representa uma característica importante.

Diversos autores relatam a existência nesse período de uma crise dos regimes autoritários⁷ em vários países, e principalmente no Brasil, culminando aqui com o que Dagnino (2004) chama de reestabelecimento da democracia formal, expressa principalmente na realização de eleições diretas e reorganização partidária, que segundo a mesma autora, abriram espaço para a organização de vários atores em outros setores e grupos trazendo para dentro do Estado em todos os níveis a participação dos cidadãos.

Segundo Avritzer (2008), a própria luta pela democratização é marcada pela organização da sociedade, inconformada com a incapacidade de diálogo e negociação entre os diversos atores políticos sobre as condições precárias com as quais convivia grande parte da população brasileira, em especial no que se refere às questões de saúde, moradia, custo de vida e trabalho.

Nesse contexto os chamados movimentos sociais ganharam força, e com a democratização, as condições para o surgimento de várias formas de participação na sociedade e no Estado se ampliaram criando o que Avritzer (2008) convencionou chamar de infraestrutura da participação ao se referir aos conselhos de políticas públicas.

Este processo de organização vem sendo estudado por diversos autores, assim como a importância cada vez maior que adquire, em muitos momentos para a construção da democracia, em outros, para a sua manutenção e, em outros ainda, para a garantia da formulação, desenvolvimento e controle social das políticas públicas.

Entre os trabalhos mais recentes ganham destaque o estudo feito por Abers, Serafim Tatagiba (2014) que faz uma análise da combinação de práticas e rotinas de

⁷ Sistema político controlado por legisladores não eleitos que usualmente permitem algum grau de liberdade individual. Avritzer define regime autoritário como um processo temporalmente localizado de ruptura com a ordem democrática.

interação do Estado com os movimentos sociais em diferentes políticas públicas, no qual aponta que as estas interações derivam tanto da tradição histórica quanto de um grau de experimentalismo dos governos e ainda, que mesmo quando há enfraquecimento na participação institucionalizada, o repertório de interação Estado-sociedade sobrevive através da suas rotinas historicamente construídas.

Seguindo a mesma linha, Abers, Silva e Tatagiba (2018) tratam dos movimentos sociais como participantes em relações de interdependência com diversos atores e instituições com os quais interagem rotineiramente e não de forma externa a qualquer um deles.

Os resultados deste processo, assim como seu potencial é analisado por muitos estudiosos e sob vários aspectos. Lavallo (2011) aborda especialmente a dificuldade de aferição destes resultados, em parte decorrente, segundo o autor de uma variedade de formas de conceitua-lo, enquanto Wampler (2011) menciona como um dos resultados a importância das instâncias de participação como canais efetivos de vocalização de demandas da população e Cortes (2011) que avalia os efeitos da participação sobre o nível de acesso a bens e serviços públicos.

Importante destacar que não há um único termo para definir o referido processo, podendo ao contrário, ser encontrado na literatura como participação cidadã, participação social, participação popular, controle social entre outros, sendo mais comum, quando se refere à participação na política de saúde, a utilização do termo controle social.

Ainda que todas as formas se refiram corretamente ao mesmo processo, cabe refletir sobre o destaque feito por Rolim em relação ao significado que pode adquirir. De acordo com o autor:

É oportuno destacar que o controle social refere-se às ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal e não o inverso, pois, também denominam-se controle social as ações do Estado para controlar a sociedade, que se dá por meio da legislação, do aparato institucional ou mesmo por meio da força. (ROLIM, 2013, p. 141)

Esse destaque, feito pelo autor chama a atenção para duas questões importantes quanto ao assunto. A primeira a necessidade de entender o controle social como controle da sociedade sobre as ações do Estado e não o contrário, e a

segunda a amplitude que as ações da sociedade podem assumir em relação ao Estado para além da simples fiscalização. Conforme refere:

Embora o termo controle social seja o mais utilizado, consideramos que se trata de um reducionismo, uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela nova Constituição Federal de 1988, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Este também se manifesta através da ação, onde cidadãos e políticos têm um papel social a desempenhar através da execução de suas funções, ou ainda através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas com objetivo de atender aos legítimos interesses públicos” (ROLIM, 2013, p. 141)

De fato a Constituição Federal de 1988 assegura a participação de forma ampla, já no artigo primeiro ao estabelecer que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente...” (grifo nosso).

É mesmo no texto constitucional, que a democratização se consolida. Mais fortemente pelo reconhecimento dos direitos sociais e responsabilização do Estado para a sua garantia, mas também, como refere Silva (2005), por que a partir dela a participação social vem sendo reafirmada como um fundamento dos mecanismos institucionais que visam garantir a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidades, assim como a vigência dos direitos sociais, compatibilizando princípios da democracia representativa e participativa.

Esse ponto de vista conduz à reflexão de que, em que pese constar como fundamento da Lei maior, durante muito tempo, o poder popular assegurado na Constituição Federal se restringiu a autorização oferecida através do voto dos cidadãos a outros para representá-los nas deliberações sobre formulação, implementação e fiscalização das políticas. Assim, legitimada a representação, estaria o cidadão abdicando de agir sobre as instituições políticas. Avritzer (2007) convida, no entanto, a outra reflexão sobre esta questão. Examinando a obra de Thomas Hobbes sugere:

Mas nós, autores da modernidade tardia, não necessitamos parar onde Hobbes parou e, nesse caso, é possível perceber que o autor do *Leviatã* nos dá pistas para pensar duas questões centrais para uma teoria da participação da sociedade civil: a primeira é que, se introduzimos a democracia como variável, a política carece tanto do ator que age limitado pela autorização recebida e ao qual nos habituamos a chamar de representante quanto do ator livre que, ao invés de delegar a representação dos seus atos, decide responsabilizar-se por eles”. (AVRTZER, 2007, p. 447).

Trata se, então de reconhecer que a democracia meramente representativa encontra limitação, entre vários fatores, pelo fato de não contemplar a diversidade de pensamentos e de necessidades existente entre as pessoas e grupos sociais, e ainda por adquirir em muitos casos, certo distanciamento das realidades locais. Assim, ao autorizar outros a agir em seu nome, os cidadãos não necessitam abrir mão de suas próprias ações, ao contrário, assumem a responsabilidade de atuarem em conjunto.

Como um dos meios formais de possibilitar essa atuação, ocorre a ampliação das chamadas instituições participativas (Avritzer, 2007), com destaque neste trabalho para os conselhos de políticas públicas. Segundo o pesquisador Avritzer (2008), “os conselhos de políticas, constituem desenhos institucionais de partilha do poder e são constituídos pelo próprio Estado, com representação mista de atores da sociedade civil e atores estatais”.

Sobre a ampliação das instâncias participativas Cohn (2011) relata que:

A partir de 1988, foram sendo criados conselhos de gestão setoriais não só no nível federal como nos níveis estaduais e municipais, o que certamente provocou a emergência de novos sujeitos sociais no cenário do processo de tomada de decisões. (COHN, 2011, p.14)

E a autora complementa:

Cabe perguntar-se, contudo, se é possível atribuir a esse fenômeno a promoção de um processo imediato de democratização da sociedade e do Estado na gestão das políticas públicas, sem problematizar essa relação, e a própria sociedade brasileira nos dias de hoje. (COHN, 2011, p.14)

Esse pensamento dialoga com Dagnino (2004) que menciona o dilema enfrentado pelo processo de construção democrática enfrentado no Brasil, segundo refere, pela existência de uma confluência perversa entre dois processos distintos, ligados a dois projetos políticos distintos: 1 - o processo de alargamento da democracia, que se expressa na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões e políticas públicas; e 2 - a estratégia do Estado para a implementação do ajuste neoliberal, que aponta para a emergência de um projeto de Estado mínimo que se isenta progressivamente de seu papel de garantidor de direitos, através do encolhimento de suas responsabilidades sociais e sua transferência para a sociedade civil.

Essa perspectiva indica que pode haver um conflito entre a participação popular e o projeto político em curso, concorrendo em alguns momentos para avanços dos processos participativos, e em outros para retrocessos. A persistência do comportamento não democrático das elites políticas citadas por Avritzer (1995), e a proposta sempre presente de encolhimento do Estado com a transferência de suas responsabilidades para a sociedade civil (Dagnino 2004) fazem com que a democracia participativa se encontre em permanente risco e apontam para a necessidade de manter-se cada vez mais organizadas.

Para Rollim, Cruz e Sampaio (2013), é insuficiente o controle social estar apenas na lei, é preciso que este aconteça na prática. Entretanto, avalia que a sociedade civil ainda não ocupa de forma efetiva esses espaços de participação.

A não ocupação mencionada, tanto pode ser causa como consequência de outra questão importante quando se trata dos mecanismos criados para a participação dos cidadãos na definição e implantação das políticas públicas. Trata-se do grau em que as expectativas da população são ou não atendidas pelos governos. Neste sentido, Tatagiba e Teixeira, (2006) tratam, entre outras questões, das críticas em relação à falta de resultados concretos da participação, além da existência de uma possível tendência à manipulação e instrumentalização dos espaços participativos, utilizados como instâncias para legitimação do governo.

1.2 A participação e o controle social no SUS

A histórica participação social no Sistema Único de Saúde pode, então, ser vista como uma experiência que resiste apesar de todos estes conflitos. Considerada por vários autores como uma das mais organizadas, a participação da sociedade civil na saúde se confunde com a própria história da política de saúde pública e da democratização do país, e como tal, passou por várias transformações. Santos (2013) faz referência a este movimento quando afirma:

A questão saúde e democracia ganha visibilidade e a relação entre ambas passa a ser apresentada constantemente nas pautas dos movimentos sociais e em suas manifestações. A luta pela saúde ampliou-se e favoreceu a articulação com outras entidades e movimentos populares. Destacavam-se, nesse período, como reivindicações das diversas manifestações: a luta pelo saneamento, água, luz e postos de saúde; a luta pelo fortalecimento do setor público e promoção da saúde e a luta pelas questões concretas da vida, impulsionada pelas Comunidades Eclesiais de Bases. (SANTOS, 2013, p. 236)

As transformações já mencionadas, pelas quais passou o controle social no SUS, acabaram por torná-lo a cada ano - como pode ser encontrado no Manual para Entender o Controle Social (2013) - mais qualificado, deliberativo, independente e representativo. Essa evolução acompanhou e contribuiu para a construção da política de saúde e com as transformações que esta vem enfrentando na busca de se consolidar como uma das maiores, se não a maior, política de saúde do mundo, tomada como referência para outros países.

A origem da Participação Social no SUS, hoje estabelecida pela legislação, é associada aos movimentos sanitaria e ao movimento da Zona Leste em vários documentos, entre eles, Avritzer que menciona:

A origem dos conselhos de saúde está ligada a dois movimentos sociais importantes da redemocratização brasileira: de um lado, o movimento sanitaria que envolveu médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e se tornou forte no final dos anos 70 nas universidades e alguns outros setores selecionados da área de saúde como a Fundação Oswaldo Cruz e, de outro lado, o chamado movimento popular da saúde, que teve a sua origem na zona leste da cidade de São Paulo e envolveu mães e outros usuários da saúde cujo objetivo principal era controlar a qualidade dos serviços de saúde na região leste da cidade (AVRITZER, 2008 p. 52)

A importância desse processo é destacada por Rolim, Cruz e Sampaio (2013) ao mencionar:

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. (ROLIM, 2013 p. 140).

Numa tentativa de ilustrar o caminho percorrido pela participação popular no SUS e como ela evoluiu, buscaremos observá-la através do Conselho Nacional de Saúde e dos processos das Conferências.

A primeira experiência de criação de um Conselho Nacional de Saúde ocorreu em 1937, no governo de Getúlio Vargas, porém sem a participação de populares, mas formado por atores pertencentes ao mundo do trabalho. Estes com perfil técnico, e membros da elite, eram indicados pelo Ministro da área e tinha o objetivo de debater questões internas. Até este momento ainda não existia o Ministério da Saúde, e as ações, que eram voltadas para o controle de endemias⁸ e de higiene

⁸ Doença infecciosa que ocorre habitualmente e com incidência significativa em dada população e/ou região.

pública, eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde - DNS, vinculado ao Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública.

A política de saúde começa a surgir como tal, em função do crescimento dos centros urbanos associado ao processo de industrialização e dos problemas característicos desse processo, como condições precárias de moradia e higiene que impuseram ao DNS a prestação de novos serviços, culminando com a criação, a partir desse período, dos centros e postos de saúde e sanatórios para tuberculosos e leprosários. Sintonizada com essa política de saúde e seguindo a mesma linha de organização, representação e objetivos do conselho nacional de saúde, foi realizada em 1941 a primeira conferência nacional de saúde que tinha como tema a situação sanitária dos estados e municípios.

O período que se seguiu, entre 1945 e 1964, foi de grandes transformações em todo o cenário brasileiro com a queda do Estado novo⁹, a nova constituição, o reestabelecimento dos direitos e garantias individuais e restauração da divisão dos poderes.

Neste período, que ficou conhecido como desenvolvimentista¹⁰ e perdurou até o início da década de 60, ocorreram grandes investimentos no desenvolvimento do país e a descentralização administrativa, inclusive com a distribuição de recursos financeiros. Ocorreu também a separação das áreas de saúde e educação que passaram a ser tratadas em pastas distintas e a política de saúde começa a se consolidar, ainda que com recursos financeiros escassos e num cenário no qual a ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias prevalecia no país.

Neste momento, o Conselho Nacional de Saúde, ainda composto por dezessete conselheiros de quadros técnicos, ou seja, sem a representação dos

⁹ Regime político, centralizado e autoritário, implantado e conduzido, no Brasil, por Getúlio Vargas, de 1937 a 1945.

¹⁰ Desenvolvimentismo é um dos conceitos teóricos de política econômica desenvolvido pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). Foi gerado em uma rede conceitual que envolvia também outros postulados, como os processos de industrialização por meio da substituição de importações. Com essas ideias, os governos latino-americanos livraram-se das políticas econômicas que mantinham o continente atrelado a um destino rural, com suas economias nacionais baseadas nas monoculturas de exportação, superando o paradigma das vantagens comparativas que havia dirigido sua inserção no mercado mundial entre 1870 e 1930.

O desenvolvimentismo atravessou três grandes fases históricas: a primeira, vinculada à substituição dos bens de consumo leves; a segunda, associada à internalização da produção dos bens de consumo duráveis; e a terceira, relacionada à nacionalização da produção de bens de capital.

usuários, passa a ser regulamentado por decreto e recebe a atribuição de auxiliar o ministro.

Quanto as Conferências, foram duas as realizadas neste período, ambas em Brasília: A 2ª conferência em 1950, que tratou de temas como malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes, e da qual não há relatório conhecido, e treze anos depois, em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesta última os integrantes eram ainda representantes do governo federal e dos estados e território, mas significou uma primeira ampliação dos atores participantes: estabeleceu que os dirigentes dos estados pudessem fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos. Seu temário também expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de 1970.

Durante o regime militar instaurado em 1964, as ações na área da saúde voltaram à característica sanitarista das estruturas anteriores ao período desenvolvimentista, incorporando a esta a medicalização da sociedade e as atividades médico-assistenciais ligados à previdência. Neste período, quatro conferências nacionais de saúde foram realizadas, ainda sem qualquer participação dos usuários, enquanto no conselho nacional de saúde admitia-se a participação da sociedade que, no entanto, deveria segundo determinação do autoritarismo da época, ser representado pelo saber técnico, em outras palavras, por membros das corporações profissionais e técnicos indicados pelo governo.

A 4ª em 1967 debateu o tema Recursos Humanos para as atividades de Saúde, com foco na identificação das necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde.

A 5ª ocorreu em agosto de 1975 e nela foi discutido o Sistema Nacional de Saúde e as estratégias e mecanismos de implementação do programa de Saúde Materno-Infantil, do Programa de Controle de Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Dois anos depois, em agosto de 1977, foi realizada a 6ª Conferência, e esta também teve seu temário direcionado à avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais. O que a distinguiu foi a reintrodução de um debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde. Já se anunciavam, nessa formulação, algumas das demandas sociais relacionadas à democratização de processos decisórios, que começavam a se expandir nesse período.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1980. Reuniu 402 participantes, a maioria representando órgãos públicos, em torno do tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. O eixo dos debates foi a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal.

No final da década de 70 e início dos anos 80, o cenário, no que se refere à saúde, era de exclusão de grande parte da população - os mais pobres - que dependiam da caridade praticada por instituições religiosas para acolhimento e atendimento aos doentes. Tudo isso agravado pela ocorrência de epidemias como meningite e febre amarela.

É em meio a esse momento conturbado que surgem os primeiros movimentos para a inserção da sociedade no controle da política de saúde como forma de promover mudanças às práticas existentes. Conforme aparece no Manual Para Entender o Controle Social:

Surgiu, no meio acadêmico e profissional, o chamado “movimento sanitário”, que em seu ideário trazia propostas direcionadas à unificação do sistema de saúde; à ampliação e ao aumento de cobertura das ações sanitárias; à incorporação das práticas da integralidade e da equidade; bem como à garantia de participação permanente da sociedade como um todo na gestão do sistema de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 23).

Em que pese essa luta ter se iniciado ainda durante o regime autoritário, a sétima conferência – e última do regime autoritário - também ocorreu sem a participação dos usuários e com restrita participação da sociedade. Somente a partir de 1985 com o início da redemocratização, que tinha como característica a convivência no governo de forças conservadoras e progressistas, começam a serem dadas algumas respostas às demandas da sociedade, inclusas as do movimento sanitário.

Assim, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ou simplesmente “A 8ª” como ficou conhecida, a primeira do regime democrático, foi o grande marco na história da política de saúde no Brasil por vários motivos. Primeiro pela pauta, que trouxe para o debate todos os temas, há anos demandados pela sociedade como a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor, pela estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local pela determinação de novos mecanismos de gestão.

O segundo motivo, e não menos importante, trata-se da participação popular. Foi a primeira vez que a sociedade civil pôde participar de forma ampla de um debate sobre políticas e programas de governo, realizado de forma ascendente, conforme se pode encontrar no Manual Para Entender o Controle Social na Saúde.

Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, propiciou a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, fato até então inédito, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 27).

A 8ª Conferência acabou também ficando conhecida como a Constituinte da Saúde, e foi de fato o ato que fundou o Sistema único de Saúde – SUS, aprovando propostas respaldadas política e socialmente as quais formaram a base para o novo modelo de saúde e foram inseridas na Constituição Federal de 1988. Nesse novo modelo, a participação social se encontra formalizada por lei e se dará pela realização de conferências e a obrigatoriedade de constituição de conselhos compostos por representantes governamentais e da sociedade civil nos níveis nacional, estadual e municipal.

Antes de tratar do arcabouço legal que sustenta a participação social no SUS, cabe dizer que depois da 8ª Conferência, outras sete foram realizadas. A 9ª em 1992, e a partir dela ficou estabelecido o intervalo de quatro anos para a realização de conferências. Houve exceção da 12ª que foi realizada no intervalo de três anos. Em todas elas a discussão sobre formas de aprimoramento do controle social é pautada, e por deliberação destas, foram realizadas conferências temáticas com o objetivo de aprofundar o debate e deliberar sobre áreas específicas como saúde da mulher, dos negros, da população indígena, gestão do trabalho e da educação em saúde, saúde bucal, entre outras.

A tabela abaixo, organizada a partir dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e no Documento 18 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, reúne as informações sobre as conferências, por ano, tema e subtemas. O destaque dado ao tema nos ajuda a ilustrar a evolução da participação social acima relatada.

Tabela 1: Quadro das conferências de saúde da 1ª a 15ª

Conferência / Ano	Tema Central	Subtemas
1ª Conferência Nacional de Saúde / 1941		1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª Conferência Nacional de Saúde / 1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho	
3ª Conferência Nacional de Saúde / 1963		1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde; e 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª Conferência Nacional de Saúde / 1967	Recursos humanos para as atividades de saúde	
5ª Conferência Nacional de Saúde / 1975		1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª Conferência Nacional de Saúde / 1977		1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde.
7ª Conferência Nacional de Saúde / 1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos	
8ª Conferência Nacional de Saúde / 1986		1) Saúde como direito; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento do setor.
9ª Conferência Nacional de Saúde / 1990	Municipalização é o caminho	1) Sociedade, governo e saúde; 2) Implantações do SUS; 3) Controle Social; e 4) Outras deliberações e recomendações.
10ª Conferência Nacional de		1) Saúde, cidadania e políticas públicas;

Saúde / 1996		2) gestão e organização dos serviços de saúde; 3) controle social na saúde; financiamento da saúde; e 4) recursos humanos para a saúde; atenção integral à saúde.
11ª Conferência Nacional de Saúde / 2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social	1) Controle social; 2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social; 4) Recursos humanos; e 5) Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.
12ª Conferência Nacional de Saúde / 2003	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos	1) Direito à saúde; 2) A Seguridade Social e a saúde; 3) A intersectorialidade das ações de saúde; 4) As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6) Controle social e gestão participativa; 7) O trabalho na saúde; 8) Ciência e tecnologia e a saúde; 9) O financiamento da saúde; e 10) Comunicação e informação em saúde.
13ª Conferência Nacional de Saúde / 2007	Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento	1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; e 3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.
14ª Conferência Nacional de Saúde / 2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro	Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS
15ª Conferência Nacional de Saúde / 2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro	1) Direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; 2) Participação e controle social; 3) Valorização do trabalho e da educação em saúde; 4) Financiamento do SUS e relação público-privado; 5) Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; 6) Informação, educação e política de comunicação do SUS; e 7) Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS.

Fonte: Relatórios das Conferências de Saúde / Documento 18 do CONASS

Em 2019, foi realizada a 16ª Conferência Nacional de Saúde nos dias de 04 a 07 de agosto com o tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Ela foi precedida por etapas municipal, de 02 de janeiro a 15 de abril, e estadual / distrital que ocorreram de 16 de abril a 15 de junho de 2019.

Idealizada como o maior evento de participação social do Brasil, a 16ª Conferência também foi chamada de “8ª + 8” como um resgate à memória da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e considerada histórica por ter sido um marco para a democracia participativa e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A convocação da 16ª Conferência Nacional de Saúde foi publicada no Diário Oficial da União através do Decreto nº 9.463/2018¹¹.

¹¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Decreto/D9463.htm

A referência à 8ª configurou-se como uma homenagem a todas as pessoas, grupos e movimentos que contribuíram para a construção do SUS e consolidação da própria participação social, mas como consta do documento norteador dos debates, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, teve o objetivo principal de refletir sobre o significado deste processo cada vez mais necessário para a manutenção da luta em defesa da vida e da saúde pública, especialmente se observado o contexto de retrocessos à qual estão expostas as políticas sociais e a democracia, seja pelo pensamento do poder instituído em curso seja pelo encolhimento do financiamento imposto pela política do teto dos gastos que mais do que congelar, na prática reduz os gastos sociais.

1.3 A participação e o controle social na legislação

Além da contextualização histórica e conceitual, cabe analisar a participação social do ponto de vista da legislação que a sustenta. Voltemos aqui à discussão acerca da criação das instâncias participativas como forma de garantia da participação citada, agora olhando para dentro do SUS. Mais uma vez é Rolim (2013) quem esclarece:

Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritários, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada. (Rolim, 2013 p. 140)

É vasto o arcabouço que trata da criação e implementação do SUS, e com ela a institucionalização da participação da sociedade na política de saúde, por isso a discussão terá como foco as legislações que formam as bases para a implantação das instituições participativas e seu funcionamento.

Iniciaremos pela Constituição Federal de 1988, já claramente referida como o marco mais importante do processo de democratização ao imprimir grande preocupação de garantir aos cidadãos as condições tidas como imprescindíveis para o gozo dos seus direitos e qualidade de vida. É no art. 6º que esta preocupação se materializa nos chamados direitos sociais, entre os quais o direito à saúde.

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988)

No que se refere à saúde, é nos artigos 196 a 200 que estão estabelecidas as diretrizes para a implementação da política, atribuindo ao Estado a criação de políticas e ações capazes de garantir a saúde a todos os cidadãos no Brasil, assim como de condições para o acompanhamento destas pela população. Chamamos a atenção, neste sentido para dois artigos, sem demérito dos demais.

Primeiro ao Art. 196, por trazer como diretriz fundamental da política o que foi solicitado pelos movimentos sociais referidos neste capítulo, no que tange ao acesso universal ao atendimento integral da saúde, reafirmando a saúde como direito dos cidadãos.

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 e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

O segundo destaque será dado ao artigo 198, que trata diretamente das diretrizes para a estrutura organizacional do SUS, incluindo nesta a participação social como pode ser encontrado no inciso III.

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: 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** (grifo nosso). (BRASIL, 1988)

Estas diretrizes são regulamentadas e melhor detalhadas em outras leis, decretos e resoluções cujas contribuições passamos a analisar.

A Lei 8080/90, - também conhecida como Lei Orgânica da Saúde - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Mais especificamente, no capítulo 2º que trata dos princípios e diretrizes da política de saúde, o inciso 8º do art. 7º reafirma a participação social:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (...) VIII - participação da comunidade (...). (BRASIL, 1990)

Rolim, Cruz e Sampaio (2013) refere que o SUS foi a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular, e enfatiza a Lei 8142/90 que regulamenta o controle social e institui as conferências e os conselhos como os meios pelos quais a participação, já garantida na lei, ocorra na prática. A

referida Lei ainda estabelece já no primeiro artigo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS atendendo ao disposto no art. 198 da Constituição Federal.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e **II - o Conselho de Saúde.**” (grifo nosso). (BRASIL, 1990).

Duas questões merecem um olhar mais apurado no caput deste artigo: a primeira, o fato de que as instâncias citadas fazem parte do Sistema de Saúde, em outras palavras, independe da vontade política do poder político em curso implantá-las ou não ainda que caiba, como bem lembrado por Avritzer (2008), sua constituição¹², em todos os sentidos que a palavra possa assumir. A segunda questão refere-se à existência destes colegiados de forma complementar e não concorrente com os poderes instituídos – o Poder Legislativo. Este último tem entre as suas atribuições a fiscalização dos atos do executivo e de transformar em lei os anseios da sociedade de forma ampla que abrange todas as políticas, enquanto os conselhos o fazem de forma específica.

Os cinco parágrafos que completam este artigo da lei, se referem às periodicidades, composição e convocação dos colegiados. A periodicidade de realização e a forma de convocação das conferências se encontram definidas no parágrafo primeiro. Como já referido neste texto, a partir de 1990, ou seja, com promulgação desta lei, ficou estabelecido que estas serão realizadas a cada quatro anos. O destaque que fazemos nesse parágrafo é para a forma de convocação, que conforme, estabelece, será feita pelo poder executivo, mas atribui à própria conferência e ao conselho de saúde o poder de convocá-las em casos extraordinários.

No que toca aos conselhos, é no parágrafo 2º que se encontra as bases sobre as quais estes estão organizados: permanência, deliberação e representatividade.

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

¹² No dicionário o verbo “constituir” assume dois sentidos: ser ou ter como a parte principal; formar (se), compor (-se), e estabelecer, organizar, formar.

homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990)

Este parágrafo reafirma a presença dos conselhos de saúde em todos os níveis de governo, porém é no caráter deliberativo e permanente que se encontra sua relevância. Como veremos mais adiante, as resoluções dos conselhos de saúde devem ser publicadas e não podem deixar de serem observadas pelo poder executivo.

Para garantir que as discussões e aprovação de resoluções sejam de fato democráticas, é que a legislação prevê que os conselhos tragam na sua composição a representação de todos os segmentos que compõem o sistema de saúde – usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestores. Sobre este tema refere Dagnino (2002):

Os espaços públicos são espaços de debate, de conflito de ideias, que têm a argumentação, a negociação, as alianças e produção de consensos possíveis como seus procedimentos fundamentais, nos quais se reconhece a pluralidade e a legitimidade dos interlocutores, condição esta não só do espaço público, mas de toda convivência democrática. (DAGNINO, 2002, p.285).

Ocorre neste sentido o que Avritzer (2008) conceitua de partilha de poder que pode, no entanto, ser comprometida pela correlação de forças e pelo conflito de interesses característico da própria pluralidade e das lutas de classes existentes entre os setores da sociedade e por consequência entre os segmentos que compõem o SUS. Soma-se a este outro fator que pode impor limitação à participação dos usuários no controle social do SUS, qual seja, a possibilidade de haver manipulação por parte dos gestores na aprovação de propostas. Visando equilibrar essa correlação de forças é que o parágrafo 4º estabelece também que a representação dos usuários nos conselhos e conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Até este ponto a análise da legislação aponta para dois aspectos importantes das instituições participativas no SUS e sua relação com o Estado. Um deles mencionados por Avritzer (2008) trata-se da partilha de poder, que pode ser observada, não somente entre a sociedade civil e o Estado, mas também entre os setores da própria sociedade civil. O outro se refere à responsabilidade que a lei atribui ao Estado, de instituir e garantir os meios para que ela ocorra.

Avritzer (2008) ao avaliar as variáveis que diferenciam as instituições participativas, identifica no caso do conselho de saúde, um terceiro aspecto igualmente importante. Referimos-nos, neste caso, às sanções que o Estado pode sofrer com a não implementação dos conselhos. Tratada na Lei 8142/90, a partir do Art. 3º no qual está definida a forma de transferência dos recursos financeiros no SUS, esta relação com a participação social é observada no art. 4º, estabelece que:

Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: I - Fundo de Saúde; II - **Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990** (grifo nosso); III - plano de saúde; IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. (BRASIL, 1990)

Este artigo é completado pelo parágrafo único, segundo o qual o não atendimento de qualquer destes requisitos implicará em que os recursos concernentes sejam administrados respectivamente pelo Estado e pela União.

A obrigatoriedade de implantação dos conselhos de saúde ainda aparece em outras leis, como a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012¹³, que regulamenta o parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Esta lei também estabelece os critérios de distribuição dos recursos e, no caput dos art. 38 e 41, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, enfatizando os conselhos como órgãos indispensáveis.

Em 2009 foi publicada a portaria 1820, também conhecida como Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Esse documento - que tem como base seis princípios básicos que asseguram aos cidadãos o direito ao acesso ordenado e organizado ao SUS, tratamento adequado e efetivo para o seu problema, atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminação e que respeite sua pessoa valores e direitos, responsabilidade da pessoa para que seu tratamento ocorra e comprometimento dos gestores com estes princípios – foi aprovado pelo Conselho Nacional da Saúde com o objetivo de garantir o acesso universal e

¹³ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Ela reafirma a participação social como direito a ser assegurado aos usuários. De acordo com o art. 8º:

Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores. Parágrafo único. **Os gestores do SUS, nas três esferas de governo e para observância desses princípios, comprometem-se a** (grifo nosso): I – promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação; II – adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Portaria, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas; III – **incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias, e participação de controle social do SUS** (grifo nosso); IV – promover as atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Portaria; V – adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS; VI – promover melhorias contínuas na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário eletrônico, com os objetivos de: a) otimizar o financiamento; b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde; c) melhorar as condições de trabalho; d) reduzir filas; e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Necessário ressaltar que houve uma primeira edição da Carta, publicada pela Portaria 675 do Ministério da Saúde, em 2006, e que esta última foi elaborada em 2009. Porém, apesar da passagem do tempo, o objetivo continua o mesmo: informar a população brasileira sobre os seus direitos e sua responsabilidade na hora de procurar atendimento médico, de forma a assegurar o ingresso digno nos sistemas público e privado de saúde. A nova versão traz como principais mudanças a atualização de algumas nomenclaturas utilizadas, como a substituição do nome de “Carta dos Usuários do SUS” para “Carta dos Direitos dos Usuários em saúde”, além de outros, como a substituição do termo “usuário” por “pessoa”. Também está incluída na nova versão a responsabilidade que as pessoas devem assumir para que o próprio tratamento ocorra de forma adequada.

Igualmente importante saber que a Carta dos Direitos dos Usuários em Saúde, foi, nas duas versões, construídas de forma participativa, unindo gestores da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, Conselheiros representantes do segmento dos trabalhadores e usuários do Conselho Nacional de Saúde.

O fortalecimento dos conselhos como instâncias participativas instituídas encontram, no entanto, desafios diversos que precisam ser enfrentados. Avritzer (2008) menciona, por exemplo, a vontade política do gestor como uma das variáveis

que diferenciam as instituições participativas, e também a possibilidade de haver diversas interpretações para as Leis, assim como as diferenças regionais, financeiras e demográficas dos estados e municípios que podem impactar na sua legitimação.

Com o objetivo de consolidar os conselhos e de auxiliar os estados e municípios na sua implantação e organização, o Conselho Nacional de Saúde aprovou em 2003, a resolução 333 com as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de Saúde. Em 2012, estas orientações foram atualizadas através da resolução 453 – que revogou a Resolução 333/03 - adequando-as as mudanças na conjuntura do controle social no país. Para facilitar o entendimento a resolução está dividida em cinco diretrizes.

A primeira trata da definição do termo “Conselho de Saúde” deixando claro sua condição de instância colegiada e deliberativa, ou seja, na qual há representações diversas e onde decisões são tomadas em grupo; permanente do Sistema, Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o que designa a posição que ocupa em todos os setores onde a saúde pública é praticada como essencial ao funcionamento do sistema, e com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90”. Esta diretriz ainda trata da competência dos conselhos de formular e propor estratégias, além de exercer o controle social sobre a política, inclusive nos seus aspectos econômico e financeiro.

Toda a literatura que aborda o tema da construção do SUS aponta para os avanços e recuos vivenciados tanto pela política de saúde como direito, como pela participação da sociedade no seu controle. Santos (2013), entre muitos autores, pontua as recorrentes propostas dos projetos neoliberais de encolhimento do Estado e privatização e precarização dos dessa política. Por isso, ter uma definição clara dos conselhos de saúde, bem como suas competências e atuação bem delineadas, ganha significado especial para o fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública. Isto fica bem ilustrado no pensamento de Santos:

[...] Efetiva-se a capacidade que o controle social possui para intervir na política de saúde, apresentando estratégias de fortalecimento das políticas

de democratização do SUS e, conseqüentemente, de resistência à privatização da saúde. Além disso, faz-se necessário ressaltar que a participação da comunidade é uma das diretrizes apontadas no Sistema Único de Saúde e sua efetivação ocorre via Conselhos e Conferências. (SANTOS, 2013, p. 238)

A segunda diretriz diz respeito à responsabilidade outorgada ao gestor, em todas as esferas de governo, de instituir por lei os conselhos, respeitando os princípios da democracia e acolhendo as demandas da população, em consonância com a legislação.

Na diretriz de número três, está a forma como os conselhos são organizados. Entre as questões que merecem destaque estão a autonomia para definição do número de conselheiros, que será de acordo com a realidade local; os critérios para a distribuição das vagas, respeitando a paridade da representação dos usuários em relação aos demais segmentos, estabelecendo que metade seja destinada aos usuários, e a outra metade dividida igualmente entre trabalhadores e gestores de saúde; e, os critérios para escolha das entidades representativas de cada segmento.

A estrutura e funcionamento dos conselhos são tratados pela quarta diretriz desta resolução. Dois pontos merecem destaque no que se refere à estrutura: a autonomia dos conselhos para deliberarem sobre esta, inclusive no que toca ao quadro de pessoal e orçamento necessários, e a obrigatoriedade dos governos Federal, Estaduais, do Distrito Federal, e municipais de a garantirem.

Quanto ao funcionamento, a quarta diretriz orienta quanto ao formato, periodicidade e quórum de reuniões; as instâncias internas dos conselhos, – pleno, mesa diretora, comissões permanentes e provisórias, reuniões plenárias, e grupos de trabalho. Ainda se tratando do funcionamento, a resolução traz orientações sobre a organização das pautas, nas quais a prestação de contas, relatório de gestão e auditorias iniciadas e concluídas devem constar a cada quadrimestre. Além disso, orienta que todas as decisões dos conselhos serão materializadas em resoluções que serão obrigatoriamente homologadas e publicadas pela gestão:

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.” (BRASIL, 2012)

A quinta e última diretriz traz, nos seus vinte e seis incisos, um detalhamento completo das competências dos conselhos que visam exatamente tornar efetivo o que consta na terceira diretriz:

A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL, 2012)

Observa-se, por todo o histórico e pela legislação consultada, que a participação social no SUS tem, entre suas características, a luta pela construção e consolidação da política de saúde pública, e também uma relação de dependência mútua com o Estado, uma vez que tem sua instituição garantida por lei, mas outorgada ao poder executivo sua implementação e garantia de estrutura necessária ao efetivo controle social. Desta observação depreende-se a relevância que adquire todo esforço da sociedade, que possa contribuir para a criação de um ambiente favorável a sua manutenção e fortalecimento.

2. Guarulhos: Um olhar para o cenário do estudo

As características de um local e de sua população explicam e de certa forma justificam as escolhas feitas pelos sujeitos bem como os processos sociais que nele se desenvolvem. Essa perspectiva fundamentou esse capítulo que objetiva caracterizar, ainda que de forma resumida, o município de Guarulhos, com destaque para sua localização e alguns elementos de suas condições socioeconômicas e políticas que contextualizam o estudo.

2.1 Aspectos demográficos e estruturais

Guarulhos é um dos 39 municípios da Grande São Paulo, região economicamente mais importante do Brasil. Localizada a apenas 17 km da capital, é a segunda cidade com maior população do Estado de São Paulo, com mais de 1.300.000 habitantes segundo dados do IBGE (2010), e a 12^a mais populosa do Brasil. (PMG – A cidade)

A cidade que tem uma área de 319,19 km² faz divisa ao norte com o município de Nazaré Paulista, a noroeste com Mairiporã, ao sul, Sudoeste e Oeste com São Paulo e Itaquaquecetuba, ao leste com Arujá e a nordeste com Santa Isabel. Com a cidade de São Paulo, Guarulhos faz divisa com os seguintes distritos: ao norte Tremembé, Jaçanã, Vila Medeiros e Vila Maria; e a leste com Cangaíba, Vila Jacuí, Ermelino Matarazzo, São Miguel Paulista e Jardim Helena, estes últimos, historicamente marcados pela segregação territorial e exclusão social. Essa característica fronteiriça provavelmente faz com que a população destas regiões acesse os serviços públicos nas duas cidades, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2010 -1013.

Figura 1 Mapa de localização de Guarulhos

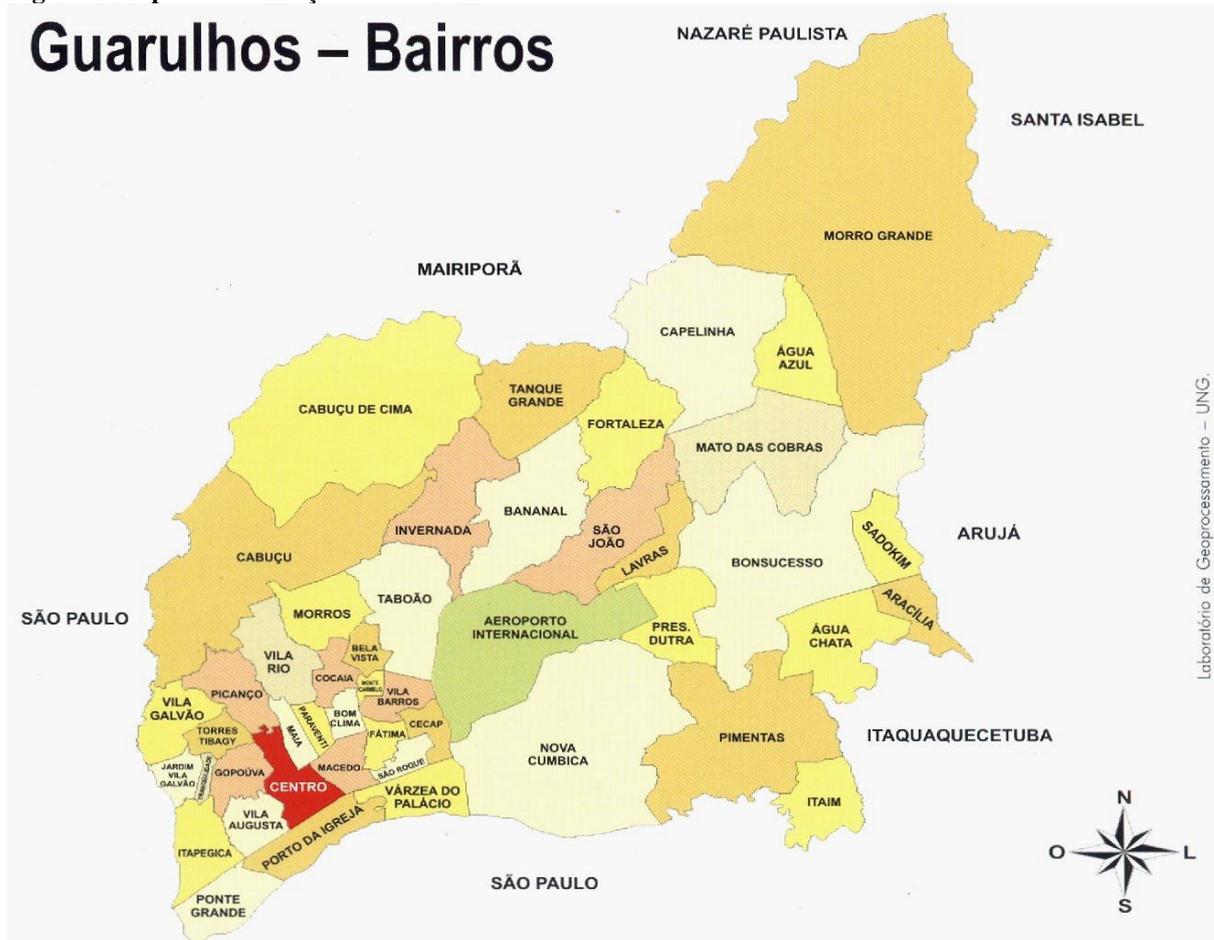


Figura 1. Mapa: Localização geográfica de Guarulhos

Do ponto de vista econômico, O IBGE divulgou recentemente o PIB municipal de 2016. Guarulhos contabilizou um valor de quase 54 bilhões, figurando assim como o 12º maior do país, sendo o 9º maior PIB industrial do Brasil somando mais de 11 bilhões de reais apenas neste setor conforme relatado no Caderno Econômico de Guarulhos.

Há alguns anos Guarulhos vem se destacando como um centro estratégico de distribuição e logística graças à sua localização na confluência de estradas que ligam São Paulo ao Rio de Janeiro e Belo Horizonte, e por abrigar também o maior aeroporto da América Latina, no qual está o maior terminal de cargas do país.

No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano, em 2010, Guarulhos ocupava segundo o Atlas do Diagnóstico Humano no Brasil, a 145ª posição no Estado de acordo com o ranking do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e pelo

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), com um índice de 0,763.

O maior crescimento populacional da cidade de Guarulhos ocorreu como um reflexo do processo de urbanização que afetou o Brasil, especialmente nos últimos 50 anos, e pela estruturação das atividades industriais que marcaram a fase entre os anos 60 e 70. No entanto, segundo Kehz (2014), o afluxo do contingente humano ocorreu principalmente devido a industrialização do município de São Paulo, já que em Guarulhos, esta não teria sido tão expressiva.

Sobre este assunto refere Hosokawa:

Em outra fase de seu desenvolvimento, a cidade de Guarulhos foi beneficiada pela necessidade de expansão da industrialização nacional e a opção pelo modelo rodoviário impulsionou a construção de grandes rodovias que, praticamente, cruzaram o município. Isso favoreceu a mudança considerável do modelo industrial instalado em Guarulhos, associado à transformação da forma de ocupação de seu território pela expressiva migração que acontece, praticamente, ao longo das décadas de 1950/1960. (HOSOKAWA, 2012, p.17)

A cidade recebeu, nesse processo, diversos grupos populacionais que chegaram em busca de oportunidades de emprego e moradia. A ocupação errática levou à construção de um ambiente marcado por fortes diferenças socioeconômicas além de demandas sociais, de infraestrutura e de serviços básicos.

Um exemplo pode ser observado nos dados sobre habitação utilizados para elaboração do Plano Municipal de saúde 2010 – 2013, segundo os quais a precariedade habitacional é uma marca na cidade que conta com mais de 370 assentamentos precários comportando mais de 22.500 domicílios e mais de 88.400 habitantes. Em áreas de risco ou de proteção ambiental, estima-se a existência de aproximadamente outros 4.000 domicílios e 17.000 habitantes. E é a quarta cidade em maior número de favelas, nas quais vivem 25% da população.

Entre os serviços básicos prestados no município que mais impactam na política de saúde, cujo controle social é o objeto deste estudo, destacamos que aproximadamente 98% da população é abastecida por água potável. A cobertura municipal de coleta de esgoto é próxima a 87% e a coleta de lixo chega a quase 100% da população.

Com relação a educação, somente na rede municipal são 141 escolas da prefeitura onde estudam mais de 116 mil alunos. Também faz parte da Rede

Municipal os CEUs, os Centros Municipais de Educação e os Centros de Incentivo à Leitura.

O transporte público no município é composto pelas linhas municipais e as intermunicipais, operadas por ônibus, micro-ônibus e vans. Uma frota de aproximadamente 700 ônibus atendem a população em pouco mais de 140 linhas que fazem o transporte para 5,4 milhões de pessoas por mês, quantidade esta insuficiente para o acesso à população do município como um todo. Algumas regiões são desfavorecidas pelo fato de serem interligadas por linhas intermunicipais elevando o custo do transporte, o que dificulta o acesso inclusive a serviços de saúde como unidades básicas e referenciadas.

Todas essas características necessitam ser consideradas para o planejamento da política de saúde, por formarem o conjunto de determinantes sociais que influenciam a qualidade da saúde e indicam como e onde os serviços precisam estar organizados.

Para fins de gerenciamento e planejamento o município encontra-se dividido em 4 Regiões Intramunicipais de Saúde: Centro, Cantareira, São João-Bonsucesso e Pimentas-Cumbica. Ao todo são 105 serviços organizados em rede de atenção.

A rede básica possui 69 UBS dispostas no seu território que prestam o atendimento de atenção básica à saúde de acordo com os princípios do SUS. Das 69 UBS, 47 são Unidades com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sete hospitais públicos compõem a Rede de Urgência e Emergência (RUE), sendo 3 municipais, 2 estaduais e dois filantrópicos. Esta rede conta ainda com 5 pronto atendimentos (policlínicas) e 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Já a rede de atenção psicossocial, é formada por 7 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os demais serviços, um Ambulatório da Criança e do Adolescente (Centro de Especialidade Infantil), 4 Centros de Especialidades Médicas, 4 Centros de Especialidades Odontológicas, 1 Centro de Atendimento Multiprofissional à Pessoa Com Deficiência, 1 Centro de Referência de Saúde do Idoso, 1 Centro de Referência em Saúde do trabalhador, uma Academia de Saúde e 1 Banco de Leite Humano completam a rede de serviços de saúde ofertados no município.

2.2 Aspectos políticos e participativos

A implementação da maioria destas políticas, bem como de serviços em todas as áreas, ampliando o atendimento à toda a população, especialmente das periferias, foram em grande parte, fruto das lutas de diversos movimentos da sociedade por melhorias nas condições de vida.

No que se refere a esta participação popular, é possível observar que desde a década de 1980 vêm sendo criados mecanismos formais de controle social para quase todas as políticas públicas. Mas, foi nos anos de 2000 a 2016 que maioria das políticas teve a instituição por leis, de conselhos com a participação da popular conforme demonstrado na tabela abaixo elaborada a partir de uma consulta à legislação municipal sobre conselhos.

Tabela 2: Os conselhos em Guarulhos por seu instrumento e ano de criação

Conselho	Lei / Decreto	Ano	Observações
Patrimônio Histórico	Decreto 5647		
CONDEMA – Meio Ambiente	Lei 2388	1980	
CMDCA – Criança e adolescente	Lei 3802	1991	
CMPD (CMDPD) Pessoas com deficiência	Lei 3898	1991	NR -Leis n/s. 4972/1997, 6002/2004 e 6889/2011
CMCFG (CMPM) - Mulheres	Lei 4553	1994	Revogada pela Lei 6778/2010
CMAS – Assistência Social	Lei 5052	1997	Revogada pela Lei 6893/2011
CMER – Emprego e renda	Decreto 19992	1997	23957/06
CME - Educação	Lei 5537	2000	
CMS - Saúde	Decreto 21186	2001	Nomeado anteriormente pelo Decreto 1229/ 90 não obedecia a lei federal. Criado por Lei em 2004 – Lei 6010/2004
CAE – Alimentação Escolar	Lei 5601	2001	Regulamentado pela Lei Municipal nº 6608/2009
CMTT – Transportes e trânsito	Lei 5768	2001	
CMI (CMDPI) - Idosos	Lei 5922	2003	Revogada pela Lei 6893/2011
COMAD – Políticas Sobre	Lei	2006	Alterada pela Lei 6451/2008

Drogas	6151		- nomenclatura
Participação da comunidade Nordestina	Lei 6182	2006	
CMJ - Juventude	Lei 6346	2007	Revogada pela Lei 7425/2015
CMH - Habitação	Lei 6248	2007	Com nova redação dada pela lei 6539/2009
COMPIR	Lei 6603	2009	Antes existia o conselho de participação e desenvolvimento da comunidade negra criado pela Lei .323/1988
COMSAN – Segurança alimentar e nutricional	Lei 6690	2010	
CMDDH – Direitos Humanos	Lei 7423	2014	
FUNDEB	Decreto 33285	2016	
CMRS – Resíduos sólidos	Lei 7479	2016	

Fonte: PMG – Consulta de Leis

A inserção da comunidade na gestão de políticas em Guarulhos é uma conquista da própria população que desde o final da década de 1970 e no decorrer dos anos 1980 e 1990, influenciada pelo processo de redemocratização que crescia em todo o país, reivindicava além da oferta de serviços básicos a participação na elaboração, fiscalização e controle das ações do Estado.

Hosokawa (2012) destaca neste período o surgimento de diversos movimentos ligados aos setores progressistas da igreja católica e dos sindicatos entre outros, e de organismos de participação no país e na cidade, que tiveram papel fundamental na história do município. Alguns exemplos citados são o Centro de Defesa de Direitos Humanos (CDDH), o Fórum da Criança e do Adolescente e as Sociedades Amigos de Bairro, todos ligados às lutas urbanas, como a defesa do direito à moradia digna, mas também das condições de vida, como distribuição de água encanada, esgoto, iluminação pública, asfaltamento, escolas e transportes que segundo o autor se tratavam dos principais problemas vividos.

Entre os movimentos destacados, o autor menciona a trajetória do movimento de saúde, originado nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBS), especialmente das paróquias Nossa Senhora de Fátima na Vila Fátima e Santa Cruz no Bairro Taboão, mas que se estendeu para várias outras regiões da cidade, agregando

outras associações e movimentos e culminando com a criação do Conselho Municipal de Saúde e realização da primeira conferência Municipal de saúde. Conforme relata:

O Fórum Popular de Saúde influenciou a luta política na área de saúde em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), intensamente nas décadas de 1980/1990, até meados de 2000. Nesse período, com forte mobilização das comunidades, foram realizadas conferências, bem como foi criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), época em que Guarulhos se tornou a principal referência no debate nesta área. (HOSOKAWA, 2012, p. 24)

Importante ainda é compreender os aspectos políticos que marcaram o contexto da participação popular. Recorremos mais uma vez a Hosokawa, para quem:

O enfrentamento de forças sociais no espaço político da institucionalidade é o principal lugar de influência da participação popular, porque reivindicações e pautas de lutas dos movimentos sociais concentram-se grande parte nos poderes executivo e Legislativo. (HOSOKAWA, 2012, p.28)

Conforme relatado por Hosokawa (2012), desde a década de 1980, o município era governado pelo mesmo grupo político, com governos marcados por graves crises financeiras, uso da máquina pública para defender os negócios particulares do governante, escândalos de corrupção, péssimas condições de acesso a serviços públicos essenciais, atrasos nos salários do funcionalismo e ingerência sobre os conselhos de controle social.

Toda esta situação era sustentada pelo poder legislativo onde o executivo tinha amplo apoio, tornando-se destaque de vários jornais da época, pelas denúncias de vendas de votos em troca de dinheiro público. Sobre este assunto o autor cita como ápice, a publicação do Jornal *O Estado de São Paulo* de 31 de maio de 1999 que trazia como título da matéria de capa: “*A Câmara de facilidades*”, de cujas acusações apenas os dois vereadores do Partido dos Trabalhadores ficaram de fora.

Segundo Hosokawa (2012), o Partido dos Trabalhadores era a principal força política de oposição ao modelo predominante. O autor destaca também que o PT era o partido com maior militância presente nos movimentos sociais e sindicais.

A inconformidade com a situação na qual se encontrava a cidade contribuiu para que outros setores da sociedade se somassem aos movimentos populares e sindicais, como a Associação Comercial e Empresarial, a Ordem dos Advogados do Brasil, ampliando as reivindicações para o que Hosokawa denomina de campo da

ética na política. Além das denúncias, organizavam-se para pedir a cassação do prefeito que acabou sendo afastado pelo Tribunal de Justiça, por meio de pedido do Ministério Público, e cassado pela Câmara de Vereadores.

As eleições municipais em 2000 ocorreram em meio a essa conjuntura, tendo como resultado a eleição do Prefeito Elói Pietá do Partido dos Trabalhadores para o executivo e no legislativo, da maior bancada de vereadores.

Entre as primeiras medidas do novo governo, destaca-se a decisão de governar com ampla participação da sociedade. Assim já no primeiro ano foi implantado no município o Orçamento Participativo¹⁴ que era uma das diretrizes nacionais do Partido dos Trabalhadores e uma experiência bem avaliada em outros municípios onde o PT era governo.

Além de apontar as necessidades da cidade e decidir sobre as políticas e ações a serem implantadas pelo governo, o Orçamento Participativo se configurou como um grande canal de diálogo, o que foi de fundamental importância para a comunicação da administração com a população, já que em Guarulhos a comunicação é dificultada pela grande extensão territorial e quase ausência de meios de comunicação de grande alcance, como canal próprio de TV e Jornais. Foi também um forte espaço de aprendizado, tanto para a gestão, por ser a primeira experiência de governar com participação, quanto para a sociedade que passou a olhar a cidade como um todo. Além disso, pôde-se observar o surgimento de novas lideranças em várias regiões da cidade.

O orçamento participativo foi uma realidade no município de Guarulhos durante os 16 anos em que o Partido dos Trabalhadores governou a cidade, 8 anos com Prefeito Elói Pietá e 8 anos com o seu sucessor Sebastião Almeida. A cada dois

¹⁴ O Orçamento Participativo é um mecanismo direto de participação popular através do qual, a população discute e decide sobre o orçamento público e as políticas públicas, e faz o levantamento das necessidades de seu setor para discutir as prioridades de acordo com o orçamento do município. Dessa forma, o cidadão passa a ser um protagonista permanente da gestão pública, não restringindo sua participação apenas ao ato de votar, em outras palavras é um dos instrumentos de Participação Cidadã que rompe com as formas tradicionais de governo. Neste processo, as definições sobre como e onde serão aplicados os recursos contidos no orçamento são debatidas e definidas com a população. Fonte: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/orcamento-participativo>.

anos eram realizadas as assembleias e eleitos os delegados que comporiam por parte da população Conselho Municipal do Orçamento Participativo (COP), e que acompanharia as diretrizes aprovadas até o próximo ciclo. Para cada ciclo, faziam-se revisões no Regimento interno para o próximo ciclo, sempre a partir de avaliações feita pelo COP, com o objetivo de ampliar e qualificar a participação. Além do conselho, foi criada a Coordenadoria do Orçamento Participativo.

Além da criação do OP, o município participou de todos os processos de conferências propostos pelo governo Federal. Houve ainda o avanço da formalização dos conselhos municipais, de caráter deliberativo, em todas as áreas, a partir de propostas de leis dos vereadores do PT e PC do B, e do próprio executivo, com destaque para o Conselho Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos é considerado na cidade como o mais atuante e referência para muitos outros, na própria cidade e em outros municípios. Esse “status” foi, no entanto, conquistado com muita luta por parte dos movimentos sociais na cidade, em especial aqueles que compunham o Fórum Popular de Saúde, entre os quais, a Pastoral de Saúde da Igreja Católica, os comitês de saúde e as SABs.

Conforme citado no primeiro capítulo deste trabalho, o Conselho Municipal de Saúde está previsto na Lei Federal 8080 de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde e na Lei 8142 de 1990 que dispõe sobre a participação da sociedade no SUS. Em que pese ter sua implantação garantida por lei, em Guarulhos o processo de implantação conselho nos moldes preconizados na lei, enfrentou forte resistência por parte dos governos.

De 1990 quando foi criado o primeiro Conselho Municipal de Saúde em Guarulhos através do Decreto 16 293, até o final de 2000, quatro decretos foram publicados alterando a composição do conselho, sem, no entanto, obedecer a Legislação Federal. Em todos eles a paridade não era respeitada, eram indicados representantes de outras secretarias além da de Saúde, e os membros eram indicados pelo próprio prefeito.

Houve muita insistência por parte dos movimentos de saúde que chegaram a realizar a primeira conferência municipal de saúde, em preparação à 9ª Conferência Nacional, sem apoio do governo local, e eleger no ano 2000 o Conselho de Saúde,

que, no entanto, não foi formalizado pelo prefeito. Ao contrário, foi publicado o Decreto 21003 de 2000 nomeando outros conselheiros, supostamente formado de forma paritária, mas composto por membros indicados pela gestão, desconsiderando a eleição realizada pela população.

Somente em 19 de fevereiro de 2001, mais de 10 anos após a criação das leis, o prefeito Elói Pietá, no segundo mês de sua gestão editou o Decreto Municipal Nº 21 186 nomeando o Conselho Municipal de Saúde – CMS - que havia sido anteriormente eleito e destituído pelo prefeito anterior.

O CMS Guarulhos passou a ter 34 membros, sendo 17 representantes dos usuários, e 17 representantes dos gestores e trabalhadores do SUS. A partir de 2004, o CMS passou a ser regido pela Lei 6010/2004.

Junto com a luta para instituição do Conselho Municipal de Saúde e realização das conferências, já existia no movimento de saúde da cidade a ideia de implantação de conselhos gestores nas UBSs e outros serviços de saúde, como forma de assegurar e ampliar a participação popular.

3. A participação dos usuários nos conselhos gestores de saúde do município de Guarulhos e a perspectiva do controle social

3.1 A origem dos conselhos gestores

O reconhecimento da rica diversidade regional do País, com suas especificidades locais, sugere e incentiva que os governos em todos os níveis, encontrem mecanismos para a implementação do controle social. Entende-se que para que as formas de participação não fiquem esvaziadas de conteúdo ou de sentido, uma gestão democrática deve diversificar os meios pelos quais ela acontece.

De fato são muitas as formas pelas quais a participação pode ocorrer, porém, enquanto controle ela é melhor exercida de forma coletiva. Gilson de Carvalho (2007), um dos idealizadores do SUS e grande defensor da participação popular ao tratar do tema apontou os colegiados como o local onde o controle acontece.

A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde. (CARVALHO, 2007)

Os conselhos gestores são, assim como os conselhos municipais, órgãos colegiados, compostos por representantes dos segmentos: gestor, trabalhador e usuários das Unidades de Saúde e das Supervisões Técnicas de Saúde, com o objetivo de planejar, avaliar, fiscalizar e controlar a execução das políticas e das ações de saúde em sua área de abrangência.

A primeira experiência que se conhecia de conselho gestor atuando dentro dos serviços de saúde remonta ao movimento de saúde da zona leste que no ano de 1977, a partir dos “Conselhos de Comunidades” e das comissões de saúde que lutavam pela construção dos Centros de Saúde, negociaram com a Secretaria de Saúde do município de São Paulo a formalização do Conselho Gestor de Saúde do Jardim Nordeste, bairro da Zona Leste de São Paulo.

Em 1981 essa experiência já havia se ampliado para 18 bairros, e, em 1988, após a aprovação da Constituição Federal, alcançou o número de 70 conselhos em todo o município. Mas, somente em 2002 é que a organização dos conselhos gestores de saúde em São Paulo foi formalizada por lei.

Inspirado na experiência de São Paulo, o Fórum Popular de Saúde de Guarulhos discutia, desde a década de 1990, a necessidade de criação dos conselhos gestores, que deveriam ser compostos por usuários dos serviços de saúde, participantes das reuniões do controle social que já ocorriam em algumas UBSs e Pronto Atendimentos.

A implantação dos conselhos gestores nos serviços de saúde em Guarulhos pode ser então, entendida como uma forma encontrada para ampliar e diversificar as formas de participação criando o que Avritzer (2008) conceitua de instituições participativas, ou formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação de políticas públicas e também como mais uma conquista dos movimentos populares.

Cabe ressaltar que além do CMS, e organizado por ele, já aconteciam nas unidades de saúde as reuniões do controle social, que eram reuniões abertas à participação de qualquer usuário do SUS. Estas, no entanto, tinham até aquele momento, o caráter mais de fiscalizador e menos propositivo.

Em janeiro 2002, a câmara aprovou a Lei Municipal 5776, construída a partir de discussões no Fórum Municipal de Saúde, que cria os conselhos gestores nas unidades de saúde, vinculados ao CMS, o que além de formalizar, dá ao controle social um caráter mais organizado e deliberativo. Até 2005, no entanto, nenhum conselho gestor havia sido implantado ainda.

Foi então que em 2005, a partir de um processo organizado pelo CMS e pelo gabinete do secretário da Secretaria da Saúde, denominado de Saúde Participativa, foram realizadas plenárias em toda a cidade, seguindo a divisão já estabelecida para o orçamento participativo, através das quais se abriu um amplo debate sobre as políticas de saúde e nas quais foram eleitos entre os participantes os primeiros conselheiros dos segmentos dos usuários e trabalhadores para compor os conselhos gestores, colocando em prática a lei municipal e tornando realidade o desejo dos movimentos de saúde.

Destaque-se que o programa Saúde Participativa não teve como único objetivo a implantação dos conselhos gestores. Tampouco era objeto de discussão o orçamento da saúde. Nas plenárias eram identificadas as prioridades de cada bairro,

registradas reivindicações e debatidas ideias que serviram para orientar as ações da Secretaria de Saúde nos anos seguintes a cada ciclo.

Uma vez, eleitos, os conselheiros passam a se reunir mensalmente. Além de acompanhar, fiscalizar e contribuir qualitativamente na apresentação de ideias e sugestões para melhorar o serviço prestado pela unidade que representam, os conselheiros também funcionam como uma ponte entre a comunidade e o poder público até o próximo ciclo de realização das plenárias.

Sendo assim, eles ainda têm a missão de promover a saúde, verificando os possíveis fatores ou elementos na região onde atuam que podem contribuir para o aparecimento de doenças, tais como tabagismo, violência doméstica, falta de sinalização em via movimentada, entre tantos outros riscos.

Nos anos em que ocorreram a Conferência Nacional de Saúde, as plenárias do programa Saúde Participativa assumiram o papel de conferências distritais, elegendo propostas prioritárias e delegados para a Conferência Municipal de Saúde.

Sob a ótica da transparência pública e da comunicação governamental, o programa representou uma ferramenta importante, já que toda a equipe responsável pela gestão da saúde participava das plenárias, ouvindo as queixas e sugestões apresentadas pela população, e o governo teve a oportunidade de divulgar as ações realizadas em toda a cidade, bem como aquelas que estavam em andamento.

Do ponto de vista da construção de conhecimento, o programa proporciona uma troca de experiência relevante, pois consegue reunir gestores, trabalhadores e usuários do SUS, além de seguimentos variados, como comerciantes locais, associações de moradores, igrejas, entre outros, aproximando as pessoas no debate acerca das necessidades de cada local.

A experiência com o programa Saúde Participativa rendeu ao município de Guarulhos, em 2009, o “Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS” do Ministério da Saúde. Depois de concorrer com 124 trabalhos das mais diversas cidades e instituições brasileiras, o programa Saúde Participativa obteve, a melhor nota, ficando em primeiro lugar na categoria “Experiências Exitosas”, junto com outros quatro projetos dos municípios de Contagem (MG), Rio de Janeiro (RJ), Palmas (TO) e Entre Rios do Oeste (PR).

A obtenção do resultado significa o reconhecimento nacional da Saúde Participativa, que passa a ser recomendado pelo Ministério da Saúde como uma experiência inédita bem-sucedida, podendo ser adaptado para cidades do mesmo porte de Guarulhos.

Promovido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o prêmio contou com jurados de reconhecida experiência nos campos da saúde e da gestão participativa.

A avaliação da participação popular nos conselhos em Guarulhos encontra, no entanto, vários desafios, entre os quais pode ser citada a escassez de dados e registros que conduzam a qualquer conclusão sobre os impactos desta nas políticas públicas. Por esse motivo, a discussão com os sujeitos envolvidos significou o meio mais rico de coleta de informações importantes para entender os avanços e fragilidades que passamos a avaliar.

3.2 Caracterização dos entrevistados

Visando os objetivos acima mencionados, foram entrevistados 9 conselheiros e conselheiras, representantes do seguimento dos usuários e usuárias no Conselho Municipal e/ou nos conselhos gestores. A escolha foi feita buscando contemplar dois aspectos: o olhar sobre as quatro regiões administrativas da política de saúde no município e o tempo de atuação na participação e controle social da política de saúde.

O primeiro aspecto, importante por considerar que as regiões da cidade apresentam realidades diferentes, como é o exemplo das regiões São João / Bonsucesso e Pimentas / Cumbica que são caracterizados pela dificuldade de acesso a vários serviços de saúde provocada pela insuficiente estrutura viária, e das regiões Cantareira e Centro, que abrigam no mesmo território realidades socioeconômicas contrastantes como é o caso da Vila Rosália, considerada um dos bairros mais nobres da cidade e Recreio São Jorge marcado pela vulnerabilidade econômica dos moradores e pelo pouco investimento em infraestrutura urbana. Buscou-se na escolha dos entrevistados contemplar essa diversidade regional.

O segundo, relevante para compreensão das diferenças e significados que a participação popular adquire em função das adversidades encontradas ao longo da história ocasionadas pela existência de períodos com maior e menor grau de popularidade dos governos e pela inexistência, nos primeiros momentos, de amparo legal. Sob esse aspecto, a escolha objetivou obter a visão de conselheiros cuja atuação contemplasse diferentes momentos.

3.2.1 Em qual conselho participa ou participou

Entre todos os entrevistados, somente dois são conselheiros apenas no Conselho Municipal. Todos os outros são conselheiros de Conselhos Gestores, alguns atuando ou que já atuaram nos dois conselhos.

A tabela abaixo construída a partir da caracterização dos entrevistados demonstra a distribuição dos mesmos nos seus locais e formas de atuação.

Tabela 3: Identificação dos Entrevistados

Entrevistados	Região	Tempo de atuação (em anos)	Conselhos que participa
E1	Centro	30	Conselho Municipal de Saúde
E2	Pimentas/Cumbica	25	Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor da UBS Uirapuru
E3	Centro	30	Ex conselheira do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Gestor do Hospital Stella Maris e da UBS Cavadas
E4	Cantareira	28	Ex conselheira do Conselho Municipal de Saúde e do OS Paraíso e conselheira no Conselho Gestor da UBS Taboão
E5	Cantareira	6	Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor da Regional de Saúde Cantareira
E6	Cantareira	17	Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor da UBS Jd. Vila Galvão
E7	São João/Bonsucesso	8	Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor Hospital Municipal de Urgências
E8	Centro	28	Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor da UBS Vila Barros
E9	Pimentas/Cumbica	7	Conselho Municipal de Saúde

3.2.2 Tempo de atuação na Participação Popular e no Controle Social

Entre as características comuns aos entrevistados, mereceu destaque o fato de que, independentemente de fazerem parte de algum conselho como conselheiro eleito, se mantêm participantes nas reuniões, que são abertas à participação da comunidade, nas conferências, acompanhando as audiências públicas e/ou integrando os movimentos populares como a pastoral da saúde, comitês de saúde e fórum de saúde, entre outros.

Alguns deles quando não estão no Conselho Municipal de Saúde, se dedicam a acompanhar o conselho gestor local, ou chegam ao primeiro depois de terem integrado ao segundo. Quando perguntado a quanto tempo acompanham a política de saúde, percebe-se em alguns, uma dedicação de até três décadas.

3.2.3 O controle social antes e depois da implantação dos conselhos gestores

Um ponto comum na fala de quase todos os entrevistados, em especial aqueles que atuam a mais tempo no controle social, trata-se do relato das dificuldades encontradas nas primeiras experiências de luta pela construção de uma política de saúde e na fiscalização das ações em saúde. Foi inevitável neste sentido comparar a participação popular exercida nos espaços instituídos – conselhos e conferências - com aquela do período anterior à sua existência. Esta comparação foi o ponto de partida para analisar uma possível contribuição das instituições participativas ao controle social.

Uma das principais diferenças relatadas pelos entrevistados aponta para a quase total ausência de controle social. Tratava-se, segundo os relatos, de período no qual a participação ocorria pela persistência dos movimentos populares, organizados principalmente nos comitês e pastorais de saúde das igrejas e nas associações de moradores, que reivindicavam melhores serviços e atendimento. (E4, E6, E8)

Os espaços formais de participação, quando instituídos pelo poder público, eram feitos para mero cumprimento da legislação e, contrariando essas mesmas normas, eram ocupados por pessoas indicadas pela gestão representando os usuários e não pelos próprios usuários ou por pessoas eleitas por eles. (E1, E2, E3, E4, E6, E8)

A ausência dos processos democráticos (E4) – conselhos, conferências, plenárias – reatadas pelos entrevistados era calcada em dois aspectos:

O primeiro, é que havia muita resistência em formular os conselhos e realizar as conferências, segundo relatado, pelo desconhecimento dos gestores municipais do papel destes, e por acreditar que ao compor os conselhos estavam montando uma oposição à própria gestão. Os usuários que queriam fazer o controle social e que, portanto, exigiam a instituição de conselhos paritários, eram visto pelos

gestores e até pelos trabalhadores com tumultuadores, e achavam que a entrada destes nos serviços de saúde causariam transtornos aos processos de trabalho. (E3, E8) (E9)

O segundo refere-se ao desconhecimento das pessoas do próprio poder de interferir na tomada de decisões dos gestores públicos. Cabe lembrar que se trata de período imediatamente posterior ao longo período no qual o país passou por governos autoritários, e mesmo com a transição para a democracia, muitas pessoas ainda acreditavam que sua participação se resumia a eleger os representantes no executivo e legislativo. (E3)

Sendo assim, não havia canais de acesso ao poder público para fazer as reivindicações (E3). Não existiam também locais definidos para a realização das reuniões (E4, E8).

3.2.4 Impactos dos conselhos gestores na participação popular

Ao problematizar a relação entre Estado e sociedade civil, Conh (2003) chama a atenção para a necessidade de que o próprio Estado passe a incorporar de forma ativa a sociedade civil, conferindo espaços próprios às modalidades emergentes de solidariedade social. E acrescenta que:

[...] Isso implicaria, por sua vez, a capacidade de os movimentos sociais transitarem de uma prática política defensiva para uma prática política ofensiva, priorizando sua capacidade de desenvolver uma política de influência sobre o Estado, para que este, segundo Grau, “abra o universo do discurso político a novas identidades e a normas articuladas, de maneira igualitária, na sociedade”. (COHN, 2003 p. 11)

Numa outra abordagem relacionada ao mesmo tema, Gohn (2004) faz uma análise da participação da sociedade civil em esferas públicas, com destaque para a amplitude que o conceito adquiriu com o passar do tempo e com as mudanças nas formas de organização da sociedade, bem como para as possibilidades e tendências da participação destas nas ações do Estado. Nesta abordagem, faz referência a importância da participação popular para uma sociedade democrática e a contribuição do conhecimento e das relações existentes no plano local para transformação da sociedade, e em especial afirma:

É no território local que se localizam instituições importantes no cotidiano de vida da população, como as escolas, os postos de saúde etc. Mas o poder

local de uma comunidade não existe a priori, tem que ser organizado, adensado em função de objetivos que respeitem as culturas e diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sociocultural e política. (Gohn 2004, p. 24)

Essa perspectiva parece confirmar o avanço observado na participação popular a partir da institucionalização dos conselhos relatado pelos entrevistados, que apontam entre os principais impactos dos conselhos na participação da sociedade civil nas ações do Estado, que a existência da lei abriu a porta para a população levar suas reivindicações, e mais do que isso para influenciar na tomada de decisões (E3, E4, E8).

[...] Melhorou bastante, porque a gente já teve mais acesso à secretaria, mais atenção dos secretários que foram chegando, do prefeito, então a gente sente mais força, a partir da criação dos conselhos. (E2)

Para alguns dos entrevistados houve “empoderamento” dos usuários para o controle social, uma vez que com a existência da lei e com a implantação dos conselhos, os usuários passaram a sentir que o que estão fazendo não se trata de algo clandestino, e ao saber que o que fazem é legal, que não estão se colocando em risco, se sentem encorajados e valorizados para fazer as cobranças e reivindicações. (E4, E6, E9)

Foi assim um avanço tão grande pra nós, mas tão grande, que hoje nós conselheiros, os cidadãos, as cidadãs, a gente tem acesso de participar, e é aberto, a gente entra nos conselhos, a gente participa, a gente pergunta. Hoje também a gestão, querendo ou não, são obrigados a respeitar e aceitar a gente. (E4)

Em outras palavras, especialmente a implantação dos conselhos gestores, é considerada um avanço positivo por ter relação com o caráter de ampliação da cidadania que as instâncias participativas instituídas conferem aos usuários inseridos nas lutas pelo direito ao atendimento de suas demandas mais básicas.

Ainda que a resposta tenha sido dada à pergunta sobre as contribuições dos conselhos para a política de saúde, foi acrescentado que os conselhos gestores tornaram mais organizada a participação dos usuários e trabalhadores nas conferências que passaram a lutar por um atendimento mais humanizado.

No que se refere às alterações na legislação que trata do conselho municipal, assim como na criação da lei que instituem os conselhos gestores, os usuários apontam como aspecto mais relevante o reconhecimento dos conselhos pelos

gestores públicos e o estabelecimento de regras democráticas para sua composição (E1, E8).

Por fim, e não menos importante, houve destaque para a relação que se criou entre usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Para os entrevistados ocorreu a partir da criação dos conselhos gestores, uma significativa ampliação do diálogo entre usuários e trabalhadores. (E8).

Este último aspecto ganha especial significado, se considerarmos que são os trabalhadores que estão em contato mais direto com os usuários, ouvem suas demandas e conhecem mais de perto as necessidades destes indivíduos, e, onde há Estratégica de Saúde da Família, do território. Isso faz com que em certo grau, funcionem como um filtro e ou intermediários das reclamações que recebem.

3.2.5 Principais conquistas e Impactos da participação na política de saúde

Avaliar os impactos da participação na política de saúde se apresentou como o um dos pontos mais desafiadores desta pesquisa.

É consenso entre os entrevistados que o controle social é imprescindível para a manutenção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, no entanto, todos tiveram muita dificuldade para mensurar avanços que tenham sido de fato resultados da participação da sociedade civil.

Duas suposições poderiam ser apontadas para justificar essa dificuldade, com base nos fatores relatados, e melhor detalhados mais adiante pelos entrevistados, como principais desafios para o efetivo exercício da participação da sociedade civil na política de saúde.

A primeira é perceber que muitas das questões, repetidas vezes discutidas, ainda persistem nas pautas das reuniões, como a falta de médicos, a demora em marcar consultas, as estruturas precárias dos serviços de saúde, o que transmite uma impressão de incapacidade de resolução. De fato, várias situações que não são o objeto desta pesquisa ajudariam a explicar a não superação destas “deficiências” do sistema, como por exemplo, o financiamento sempre aquém do que seria necessário e a demanda quase sempre crescente, especialmente em tempos nos quais há aumento de desemprego, entre outras questões.

A segunda suposição está relacionada com o insuficiente preparo dos conselheiros do segmento dos usuários, que fazem com que estes não tenham a dimensão exata do caráter estratégico e deliberativo dos conselhos, bem como do papel que exercem nos conselhos, e dos objetivos da participação enquanto controle social, capaz não só de trazer reivindicações, mas de fiscalizar a política e propor diretrizes para sua execução, fortalecimento e manutenção. Cabe dizer que mesmo entre os trabalhadores e gestores esta questão ainda carece de bastante amadurecimento.

Rolim (2013) se refere aos conselhos e conferências como espaços privilegiados através dos quais a população pode intervir nas políticas públicas. Ao mesmo tempo, reconhece que a sociedade civil ainda não ocupa de forma efetiva esses espaços de participação, e considera a falta de informações somada a existência de múltiplos interesses para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigir os motivos para a não efetivação da participação e do controle social.

Ainda assim, percebe-se o reconhecimento de que a participação popular foi fundamental para a definição das diretrizes da política quando relatam que as propostas aprovadas nas conferências se transformaram nas principais ações da Secretaria e que isto ocorreu muito pela cobrança incisiva e fiscalização dos conselheiros. (E4).

Eu lembro uma assim, que nós trabalhamos muito, foi sobre a aplicação do antibiótico das crianças no município, quando passava no pediatra, que o pediatra suspeitasse que tivesse o início de uma pneumonia, qualquer coisa, que o enfermeiro, com a mãe lá, já preparasse o antibiótico e já desse a primeira dose na unidade, par aquela mãe, até sair de lá e chegar em casa a criança já está melhor e não ficar dentro de um hospital correndo risco. (E4)

Nota-se pelas respostas à pergunta sobre as principais conquistas observadas, principalmente quando se trata dos conselhos gestores, que a expectativa dos usuários ao fazer parte dos conselhos, está relacionada com o atendimento de demandas que os afetam direta e imediatamente.

Assim, questões pontuais como a construção de uma UBS em determinado bairro e de um hospital em determinada região são mencionados como conquistas da atuação do conselho. (E2)

Ainda que não tenha sido citado com estas palavras, ao se perguntar sobre as conquistas, observa-se especialmente pela fala de um dos entrevistados que a participação nos conselhos gestores também contribuiu para o fortalecimento das relações entre usuários, gerando solidariedade e empatia.

Um exemplo, por exemplo, a briga na fila para coleta de sangue, então eles acham que o idoso tem que ter prioridade em todo lugar, aí foram feitas algumas discussões e a pessoa portadora de diabetes ela tem mais direito na fila de coleta de sangue do que do idoso porque ela tá em jejum ela pode vir a passar mal. (E6).

A ampliação do quadro de RH, especialmente médicos (E2, E8), chega a ser mencionada, ainda que pareça contraditório se comparado com as principais reivindicações onde também aparece de forma incisiva.

O caráter fiscalizador do controle social pode ser notado na menção ao cumprimento da carga horária dos médicos e permanência nas unidades de saúde dos bairros mais periféricos e onde o acesso é mais difícil como uma conquista importante (E6).

Outro destaque neste sentido foi dado para a ocasião na qual o conselho conseguiu impedir uma contratação quando detectou que o valor proposto não condizia com a realidade. (E1).

A implantação do Prorede¹⁵, como forma de melhorar a manutenção dos equipamentos de saúde, de inserção das pessoas na decisão sobre o dinheiro público, de estímulo à população para a conservação do patrimônio público e de ampliação do diálogo entre gestores e usuários, também foi considerada uma conquista, e com grande impacto na melhoria dos equipamentos públicos. (E1).

Agora, houve esse grande avanço, que eles conseguiram entender, que nós, a população também é importante para ajudar nas políticas públicas, pra ajudar a melhorar o povo, ajudar a melhorar o atendimento, as pessoas e elaborar propostas pra melhorar também. (E4).

3.2.6 Uma relação de conflitos e respeito

A Pergunta sobre a possível existência de conflitos entre os segmentos teve nesta pesquisa o objetivo de analisar a relação que se estabelece entre os

¹⁵ O Programa de Descentralização de Recursos da Saúde trata-se de uma forma encontrada pelo município de Guarulhos para manter nos serviços de saúde, recursos necessários para pequenos consertos e compra de materiais de consumo de pequeno valor em situações de urgência.

conselheiros dos três segmentos – usuários, trabalhadores e gestores – e também entre o próprio controle social e a gestão.

Considera-se, neste sentido, que o contexto da participação e do controle social, que tem seu funcionamento estabelecido nas relações entre os três segmentos, é marcado por constantes negociações nas quais os interesses nem sempre são os mesmos o que pode vir a gerar conflito, mas também enriquecer o diálogo.

Ainda que se possa afirmar que o objetivo é a defesa do Sistema Único de Saúde, a forma como se vê o mesmo sistema pode variar a partir do lugar onde cada um se encontra e estes diferentes pontos de vista têm sido importantes para o reconhecimento da relevância dos colegiados na construção e consolidação da política e da ampliação da cidadania e da democracia.

Ficou claro pelas respostas dos entrevistados que os conflitos ficam mais ou menos acirrados de acordo com as mudanças nos governos. Para eles existem mais ou menos conflitos dependendo de quem está no poder o que classificaram como “governos mais e menos populares”, “mais e menos sérios”. (E3).

[...] Voltou um governo de burguesia um governo que não tem interesse nenhum em achar que o pobre tem que ter direito de cidadão, nós temos também uma classe média maldosa e inútil, sabe? Que também não quer.
(E 3)

Entende-se também a importância de se ter esses espaços instituídos e divulgados uma vez que neles voz da população é ouvida e há respostas dos gestores. Se não pela imposição da lei, pelo menos por medo da opinião pública, já que com isso contribuem as redes sociais que permitiram até mesmo aos usuários tornar público as ações dos conselhos. (E3).

Eles levam, fazem a apresentação na reunião, falam do que tá acontecendo, tem essa liberdade e tem esse direito e esse respeito de se posicionar mesmo dentro das reuniões dos conselhos nas unidades, como usuário que às vezes tá numa unidade, chegam, se colocam, a gente ouve e respeita, então todo gestor tem que ouvir também e respeitar e fazer acontecer aquilo que reivindicam. (E3)

Em casos pontuais, principalmente nos conselhos gestores, o relato de desconhecimento e de desrespeito ao regimento interno aparece como reflexo dos conflitos de interesses entre segmentos. (E4)

O relato de maior aproximação, diálogo, colaboração e troca de experiência entre usuários e trabalhadores, e no caso dos conselhos gestores, até com a gestão dos serviços, revela que a busca pela melhoria no atendimento, para além de atender as demandas dos usuários, impactaram em dissolver a visão que se tinha anteriormente a respeito do controle social, de que este viria para punir e retaliar trabalhadores e gestores.

Isto ocorre porque não seria possível conquistar um atendimento mais humanizado e digno, como buscam os usuários, se não fossem também melhoradas as estruturas nos equipamentos públicos, onde ocorrem os atendimentos, nos processos e nas condições de trabalho.

3.2.7 Principais desafios e propostas para superação

A relevância da participação e do controle social para a concretização dos princípios do SUS e para o fortalecimento da democracia e da cidadania é reconhecida, além de toda a literatura consultada, no contato com todos os sujeitos envolvidos nesta política. Contraditoriamente, tanto ao participar das reuniões quanto nos relatos dos entrevistados, percebe-se uma preocupação com um possível esvaziamento das instituições participativas.

Entre os diversos fatores que conduzem a essa visão, ganham destaque a baixa renovação dos conselheiros representantes dos usuários a cada eleição, conforme podem observadas no item 3.2.2, a idade dos conselheiros e a baixa frequência observada nas atas de reuniões dos conselhos gestores.

É fato que a dedicação aos processos democráticos pressupõe o enfrentamento de diversos desafios. Conhecer e entender estes desafios é o ponto de partida para sua superação. Neste sentido, diversos desafios, bem como algumas indicações de como superá-los foram elencados pelos entrevistados.

Para boa parte dos entrevistados a participação e o controle social são pouco estimulados e divulgados. Apontam a adoção pelo poder público, de realização de campanhas permanentes de divulgação, conscientização e formação sobre o assunto como imprescindíveis para o seu fortalecimento. Este pensamento é também sustentado por Rolim (2013, p. 141) ao referir que “o preceito constitucional

controle social na saúde deve ser proposto, estimulado e garantido pelos dirigentes da saúde. Esta proposição é um direito de cidadania”.

Considera-se que especialmente os períodos que antecedem as eleições dos conselhos, tanto o Conselho Municipal quanto os Conselhos Gestores dos serviços, são momentos privilegiados para esta ação, para tanto propõem divulgação ampla e com muita antecedência e realização de busca ativa entre os usuários. (E4, E5, E6).

É certo que boa parte destas ações de divulgação e conscientização poderia ser realizada utilizando-se espaços já existentes nos serviços de saúde, entre os quais são exemplos as atividades de promoção da saúde, como as rodas de conversa e os diversos grupos (diabéticos, gestantes, hipertensos, tabagistas, etc.).

Levando-se em consideração que as reuniões dos conselhos são abertas à participação de todos e todas independentemente de serem conselheiros, e que as reuniões são realizadas obedecendo a uma periodicidade (mensal, bimestral), sugere-se que o calendário de reuniões seja elaborado com antecedência, e mantido divulgado nas recepções dos serviços de saúde em cartaz ou banner com as datas das reuniões (E5). Isto contribuiria tanto para divulgação da existência do conselho, quanto para uma possível programação da agenda daqueles que se propusessem a participar.

Pressupõe-se para isso, que haja comprometimento por parte dos dirigentes dos serviços de saúde, que seriam os principais articuladores e mobilizadores dos demais trabalhadores na concretização desta proposta. No entanto, nota-se que existe desconhecimento da importância da participação e do controle social, assim como das obrigações do Estado em relação ao assunto, mesmo entre pessoas com alto nível de formação, e entre gestores e executores da política. Para os entrevistados:

Seria importante que o médico, por exemplo, ao se formar, saísse da faculdade com mais conhecimento sobre política pública e sobre o SUS. (E3, E9)

Acrescentam ainda que:

Sendo o SUS um patrimônio do povo brasileiro deveria ser inserido nas aulas de história. (E9)

Parece claro que estas sugestões se apresentam mais relacionadas aos aspectos mais amplos da política de saúde, especialmente por envolver a

intersetorialidade, uma vez que a formação de médicos e outros profissionais é de responsabilidade do Ministério da Educação, ainda assim fazem sentido quando se trata de ampliar o conhecimento e o comprometimento dos dirigentes e trabalhadores da saúde acerca do controle e da participação social e por consequência sua defesa.

Como resultado se esperaria a concretização de outras ações mais locais e fáceis tanto de serem executadas como de serem percebidas pelos usuários. Para os entrevistados, a participação dos gestores em todas as reuniões indicaria para os trabalhadores e usuários a ideia de comprometimento (E1).

Sugere-se ainda maior transparência por parte dos dirigentes dos serviços de saúde ao apresentar a problemática dos equipamentos de saúde (E1). Há o sentimento de que muitas coisas que impactam negativamente no atendimento, não são sequer apresentadas com clareza nas reuniões. Um dos motivos seria não deixar transparecer a fragilidade da política, o que representa um grande equívoco, tanto por desconsiderar o próprio controle social como parte do sistema, como por não reconhecer as contribuições que ele pode oferecer.

O desconhecimento e a falta de compromisso com o controle social por parte dos gestores da política impactam ainda em não concretização das deliberações do conselho, o que gera, em muitos casos, certo desânimo nos usuários que se sentem desrespeitados quando decisões tomadas caem no esquecimento ou são ignoradas.

Conforme relatado, isso ocorre, na maioria das vezes, porque a lei não impõe sanções no caso de não cumprimento das decisões tomadas nesses colegiados. Caso simbólico, foi a terceirização de três serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência da cidade sem consulta ao conselho, e apesar de insistentes denúncias e manifestações contrárias.

Ainda tratando-se da relação com a gestão, alguns pontos de vista são levantados pelos entrevistados, como a visão de que, a depender de quem é eleito para os governos, impacta em maior ou menor interesse do poder público em trabalhar com participação popular, (E3) e que isso se dá por que o controle torna mais complexa a gestão.

Outra questão relacionada que se identifica pelas entrevistas, é a quebra de vínculo causada pela troca dos responsáveis pela gestão dos serviços de saúde

pelas a cada mudança de governo (E6). Segundo relatado, depois de um tempo, dirigentes dos serviços de saúde se adaptam com o controle social e até encontram neste, colaboração para resolução de problemas tanto das estruturas quanto dos processos de trabalho, que impactam no atendimento. No entanto, as relações que se constroem com a convivência e discussões são quebradas a cada troca de direção.

O que eu vejo no conselho gestor. Ultimamente com toda essa mudança política, de governo, de uma maneira mais, como eu diria, até ditatorial eu sinto que às vezes o gestor tem um pouco de medo de fazer as reuniões mais abertas. (E6)

Mesmo o relato de que haveria desrespeito às leis e aos conselheiros, assim como a falta de feedback sobre os encaminhamentos das demandas debatidas nas reuniões (E5) poderiam ter relação com os fatores acima mencionados.

Percebe-se pela fala da maioria dos entrevistados que a mudança no pensamento político ideológico, mais do que a criação das leis, é o que mais impacta no fortalecimento da participação e do controle social em alguns momentos e em outros no seu enfraquecimento.

Agora nós chegamos no momento que é o pior de todos, né? Porque nós temos ai um governo de extrema direita, que já destruiu quase todos os conselhos. (E9)

Com relação ao Decreto presidencial que pretende diminuir o número de colegiados, há o entendimento de que ainda que o decreto em si não atinja todos os conselhos, as pessoas, com tendência a generalizar e a achar que a autoridade sempre tem razão, voltarão a olhar para as instancias participativas como algo ruim ou até criminoso. (E9)

Existe ainda a percepção de que há em certo grau o uso do conselho por parte dos dirigentes para legitimar ações da gestão. (E1). Ilustram essa percepção as frequentes propostas de projeto apresentados ao Ministério da Saúde que necessitam da aprovação do conselho e que chegam sem tempo hábil para análise mais profunda, sempre justificadas pela urgência de aprovação para que o município não deixe de receber determinado recurso.

Outro fator está relacionado à discrepância de preparo e conhecimento dos usuários em relação aos trabalhadores e gestores para discussão de assuntos que necessitam de maior conhecimento técnico. Estes últimos, sendo profissionais da

área estão sempre muito melhor preparados para defender suas posições, enquanto os primeiros ficam na dependência de orientações de terceiros ou sentem-se compelidos a tomar decisões com pouca certeza se o que estão fazendo é de fato o mais adequado.

Não há dúvidas de que somente ser a maioria dos membros nos colegiados, cuja composição paritária prevista na legislação garante que o número de usuários seja igual à soma do número de trabalhadores e gestores, não confere vantagem e nem sequer igualdade de condições para o exercício da fiscalização e do controle. É preciso que sejam investidos esforços na capacitação de conselheiros como parte do que a legislação denomina como garantia das condições para funcionamento dos conselhos.

Entre os usuários reconhece-se que há desconhecimento das pessoas até mesmo sobre a importância da participação e do próprio SUS. Entre os mais jovens, pouco se sabe sobre o que era a assistência à saúde antes do SUS. (E9)

[...] por que esses jovens não sabem como era antigamente. Você dependia da filantropia, você dependia de ter carteira assinada você dependia de se tratar com ervas, né? Então estamos falando de um período curto de 30 a 35 anos, então essas pessoas não viram as lutas nossos pais e aí é uma grande falha do SUS. O SUS tinha que ter sido inserido na educação. (E9)

Neste sentido, o Conselho Nacional de Saúde elaborou em 2005 as Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde, com base nas demandas apresentadas nas 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde. Estas diretrizes levam em consideração a relevância dos conselhos para a política de saúde e sua dinâmica de funcionamento caracterizada por interações e negociações entre os três segmentos que compõem o controle social e as diferenças que os contemplam.

Estas diretrizes têm como objetivo oportunizar aos conselheiros as condições de acesso às informações e aos conhecimentos sobre o SUS de forma a fortalecer sua atuação, e como estratégias, a descentralização, para atender as especificidades de cada local, e o caráter permanente contemplando os novos sujeitos a cada processo de renovação nos conselhos.

As diretrizes atribuem, ainda, aos órgãos governamentais (Ministério e Secretarias estaduais e municipais) a responsabilidade de oferecer todas as condições necessárias para sua realização, incluindo estruturas, recursos humanos

e produção de materiais didáticos, e às instituições participativas (conselhos nas esferas nacional, estaduais e municipais) a elaboração e deliberação sobre o plano de ação do processo de educação permanente, o que inclui a definição de conteúdos e parceiros necessários à sua concretização.

Entende-se com base nisto que a formação deve então fazer parte da estrutura a ser garantida pelos gestores para que haja qualidade da participação e do controle social. Sendo assim, a formação a ser promovida pela gestão é apontada como um dificultador da participação dos usuários. Isso porque, segundo estes últimos, assim como os usuários são os que melhor podem apontar as necessidades básicas da população em relação ao atendimento, também o são em relação ao conteúdo das capacitações. (E9)

O entendimento entre os usuários é de que não há como a gestão promover sozinha a formação de conselheiros de forma isenta. Isto fica claro quando apontam como um meio para ampliar e fortalecer a participação e o controle social que a Secretaria deveria consultar os usuários sobre temas de formação e submeter os planos de capacitação de conselheiros a aprovação destes, em outras palavras, criar mecanismo de elaboração participativa do plano de formação dos conselheiros. (E9).

Assim como em relação à formação, o tempo disponibilizado para o controle social, que, da parte dos usuários é sempre menor do que os outros segmentos, já que por ofício estão muito mais dedicados, é apontado entre os limitadores da participação (E1, E2, E3, E7). Relacionado a este, encontra-se os horários de realização das reuniões, quase sempre em horário dito comercial, o que inviabiliza a participação de muitos usuários.

Sugere-se, neste sentido, para equilíbrio das condições de participação uma flexibilização dos horários das reuniões oportunizando, assim, que usuários não tenham que abrir mão do seu direito de participar em função de ter que para isto abrir mão de outros compromissos (E6).

Outro fator que gera o desestímulo é ver que as mesmas questões são trazidas para as pautas de reuniões repetidas vezes, o que traduzem como baixa capacidade de resolução da participação social (E9).

Isso ocorre porque ao se dispor a participar de uma instituição que se propõe traçar estratégias para o desenvolvimento das ações que concretizam a política de saúde, os usuários criam expectativas de atendimento de suas necessidades e das necessidades das pessoas que representam.

O desestímulo chega a ser vista como imediatismo (E2, E3), já que em muitos casos os impactos da participação e do controle social se dão na política de saúde, na democratização do acesso, na humanização do atendimento e outras questões que, na maioria das vezes, só são observadas a médio e longo prazo.

Cabe avaliar se os conselhos não estariam sendo reduzidos a reivindicações imediatas em busca da satisfação de suas necessidades urgentes como referido por Cohn (2011). No entanto, não é sem razão que os usuários esperem por atendimento das suas necessidades, pois como afirma Cohn:

No caso dos conselhos gestores o Estado tem de ser capaz de responder às demandas apresentadas pelos conselheiros, se o funcionamento desta instância ocorrer segundo os objetivos originariamente definidos quando da sua instituição na Carta Magna: conselhos deliberativos e paritários. Se as demandas dos representantes dos segmentos organizados da sociedade não forem repetidamente atendidas, estes perdem legitimidade junto às suas bases, a não ser que já estejam cooptados pelo poder do Estado. (COHN, 2011, p. 17)

Aponta-se também como limitador do controle social o individualismo (E3). É preciso superar a ideia de participar para se beneficiar ou beneficiar os seus. Muitas pessoas abrem mão da participação pelo entendimento equivocado de que os problemas no sistema de saúde não os atingem diretamente, ou não exercem o controle efetivo para não se indisporem com a gestão com isso fecharem portas que lhes são caras.

[...] Eles não são solidários. É pequena maioria que é. Você percebe que nós temos muito “eu”, dentro da gente, o “nós”, fica pequeno... (E3)

Existe ainda a visão de que muitas pessoas fazem uso do conselho como trampolim, para se testar e se promover eleitoralmente e para assumir cargos na gestão e nas assessorias de parlamentares. (E3)

Até mesmo nome “Conselho Gestor” é motivo de confusão tanto do usuário que ocupa o papel de conselheiro gestor, como da gestão que passa a ver no usuário um concorrente ou opositor. (E9)

3.2.8 Autonomia dos usuários para pautar / tomar decisão

Conforme apreço ao longo deste estudo, a luta pelo direito a saúde é também a luta pela democracia e cidadania. Da mesma forma, na Política Nacional de Humanização do SUS, a participação e o controle social são vistos como a oportunidade de valorizar os sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores – no processo de produção de saúde e de ampliar sua capacidade de transformar a realidade em que vivem.

Esta visão é fundamentada na ideia de que cada sujeito, a partir do seu lugar de fala, é quem melhor pode analisar o contexto local e oferecer contribuições na busca de superação dos desafios que se apresentam na execução das políticas públicas tanto em nível local como no geral. Neste sentido, entendeu-se importante saber como os usuários observam a prática deste conceito no dia-a-dia dos conselhos gestores e do conselho municipal e o quanto associam a sua participação ao exercício da cidadania.

A análise que se faz tanto a partir das falas dos entrevistados quando das atas das reuniões é que os conselheiros nos conselhos gestores em Guarulhos são ativos, e mesmo com pouco conhecimento técnico, conforme relatado, sabem o que a população precisa (E3). A análise também leva a concordar com o relato do entrevistado que refere que “os conselheiros quando tem conhecimento mínimo do seu papel, conseguem pautar as reuniões” (E6).

Por outro lado, reconhece-se que são levados muitas vezes a apreciar pautas apresentadas de última hora pela gestão.

Em outra resposta foi referido que os conselheiros trazem as demandas e colocam em discussão, e fazem reivindicações e cobrança em cima daquilo que está faltando na “sua” UBS, mas ainda não estão preparados o suficiente para pautar essa discussão como uma falha da gestão, como uma falha da política pública (E9).

Quando um conselheiro gestor ou municipal identifique o problema, ela tenta dar uma resolução para aquele problema, pra que ele não traga para uma discussão mais ampla e não para que não seja percebido que aquilo ocorre praticamente em toda a rede. (E9)

Observa-se a partir destas afirmações que a defesa dos SUS como uma política pública para todos e todas, conquistada pela sociedade e existente para

garantir o acesso à saúde como um direito, e a luta pela sua consolidação e manutenção ainda não é exercida e forma plena.

3.2.9 Principais reivindicações

A motivação principal dos usuários para participarem dos conselhos e outras instituições participativas está sempre relacionada à busca da consolidação do sistema de saúde, da garantia do acesso e do atendimento com maior qualidade e humanização, ainda que nem sempre essa busca seja fundamentada no conhecimento acerca dos direitos conquistados e expressos na legislação.

A luta pela efetivação do direito à saúde é percebida nas falas dos pesquisados, especialmente quando se referem às questões observadas no dia-a-dia, como a reclamação em relação a falta de RH – especialmente de médicos - e de especialidades médicas, a distribuição adequada de medicamentos e insumos, o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, melhorias das estruturas físicas, disponibilização de equipamentos, sistemas e banda larga que permitam o bom funcionamento das unidades de saúde, que estão sempre em pauta nas reuniões (E4, E6, E7, E9).

Os dados da tabela a seguir, coletados na análise das atas de reuniões de um conselho gestor de UBS, apresentam os principais temas pautados no período de um ano e confirmam esta tendência.

Tabela 4: Principais temas pautados no Conselho Gestor

Assunto	Nº de vezes pautado
Fluxos de atendimento e processo de trabalho da UBS	7
Funcionamento do conselho (ritos, estruturas, frequência, horários das reuniões)	6
Quadro de RH da UBS	6
Manutenção do prédio da UBS	5
Divulgação das ações de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde	5
Reclamações de pacientes sobre atendimento. (Atrasos dos médicos, remarcações, informações erradas)	4
Demora para marcar consultas e exames (principalmente os especializados)	3
Equipamentos, sistemas e estruturas para os trabalhadores	3
Distribuição de medicamentos e insumos	3
Condicionantes de saúde	2
Ações de controle e prevenção de harbovirose (dengue, zica,	2

chicungunya e febre amarela)	
Conferência de Saúde	2
Estratégias para diminuição do absenteísmo na UBS	2

Em outras palavras, é perceptível que o controle social a partir dos conselhos gestores mantém o foco na resolução de problemas que afetam imediatamente as pessoas e o próprio controle social no nível local.

Há ainda a percepção de que o conjunto destas reivindicações, além de impactarem em melhora no acesso ao atendimento com qualidade, geram indicadores para a definição de diretrizes e ações visando a consolidação da política.

Já no conselho municipal, a discussão da política ocorre mais efetivamente, assim como a fiscalização das contas, a partir das reuniões do Conselho Coordenador do Fundo Municipal de Saúde que é uma das instâncias do Conselho Municipal.

Melhores estruturas que proporcionem um atendimento adequado, médicos e outros profissionais de saúde, acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, diminuição do tempo de espera nos pronto socorros, implantação de novas UBSs, também são frequentemente pautados no Conselho Municipal, especialmente trazidas pelos conselheiros que atuam nas duas instâncias ou que exercendo o papel de conselheiros municipais acompanham as discussões nos conselhos locais. (E2, E3).

A análise das atas das reuniões realizadas no período de 12 meses no Conselho Municipal mostra, pelos principais assuntos pautados, uma preocupação maior com as questões que afetam a política de uma forma mais geral.

Tabela 5: Principais temas pautados no Conselho Municipal de Saúde

Assunto	Nº de vezes pautado
Apresentação de dados da ouvidoria (em todas as reuniões ordinárias)	8
Apresentação de dados sobre Harbovirose (em todas as reuniões ordinárias)	8
Prestação de Contas ¹⁶	6

¹⁶ Destaque-se que no período de 12 meses, via de regra seriam realizadas 3 prestações de conta. Neste caso houve exigência do conselho de adequação e reapresentação de algumas prestações de contas.

Questionamentos sobre frequentes fechamentos de porta e reclamações sobre atendimento nos serviços (hospitais, PAs e UPAs) terceirizados	6
Funcionamento e rotinas do conselho	6
Conferência de Saúde. (Comissão organizadora, Regimento Interno, cobrança por recursos)	5
Indicação de conselheiros representantes dos trabalhadores e usuários para compor comissões de acompanhamento de contratos e convênios e serviços.	4
Questionamentos sobre reposição de RH (enfermagem, médicos, técnicos e outros) e encolhimento do Programa mais médicos.	4
Questionamentos sobre equipamentos quebrados (tomógrafo, cadeiras odontológicas, RX)	4
Indicação de Conselheiros para compor Grupos de trabalhos para acompanhar políticas específicas (DST Aids, saúde do Idoso, saúde dos trabalhadores do SUS)	4
Reformas e reparos em prédios dos serviços de saúde	3
Questionamentos sobre pagamentos por indenização de prestadores de serviços	2
Questionamentos sobre atraso em chamamento público para contratação de prestador de serviço	2
Deliberação sobre o Plano de credenciamento de novas Equipes de Saúde da família	1
Esclarecimentos da Secretária sobre seus projetos para a saúde no município ¹⁷	1
Aprovação do Relatório Anual de Gestão	1
Controle de infecção hospitalar e eliminação de tuberculose	1
Deliberação sobre uso do recurso de contrapartida das instituições de ensino que usam os serviços de saúde de município como campos de estágio	1
Deliberação sobre em qual equipamento de saúde instalar Tomógrafo recebido por doação	1
Aprovação do Plano de Contingência para surtos de Harboviroses	1
Apresentação sobre a Odontologia no município (número de atendimentos, condições de trabalho, faltas frequentes de materiais e insumos) feita pelos profissionais de Odonto.	1
Apresentação sobre dados de esporotricose	1
Questionamentos sobre pagamentos por indenização de prestadores de serviços	1
Apresentação da política de Saúde do Idoso	1
Habilitação de equipamentos de saúde para receber recursos do Ministério da Saúde	1
Apresentação das ações do CMS em 2018 (retrospectiva) e confraternização	1

Em outras palavras, percebe-se pela análise das principais reivindicações dos conselhos, municipal e locais, a importância e significados que cada uma das

¹⁷ Por solicitação do conselho por se tratar da terceira nomeação para secretário municipal no intervalo de 18 meses.

instâncias apresenta. Se no primeiro ocorre o debate e deliberação sobre as grandes questões, mais estruturantes dos serviços e da política, no nível local as mesmas questões são tratadas com o olhar de quem conhece a realidade local que se apresenta diferente para cada região.

Considerações Finais

Como demonstrado ao longo deste trabalho, as lutas pela construção de um sistema de saúde pública demandaram grande esforço dos movimentos sociais que conviveram ao longo do tempo com cenários hora favoráveis, hora adversos, se configurando em um processo de amadurecimento tanto da política quanto da própria participação.

Considera-se que o Sistema Único de Saúde, fruto da luta pela democratização do país e por melhores condições de vida, não está pronto, ele acompanha o movimento de uma sociedade em permanente construção. É perceptível que esse sistema, passa constantemente por avanços e ameaças de desmontes em virtude dos interesses, em especial do mercado, e dos impactos da política macroeconômica, e sua consolidação, assim como sua manutenção dependerá da continuidade desta luta, o que demanda, mais do que a criação de instâncias participativas, do fortalecimento destas, o que poderá significar a diferença no necessário diálogo entre as instituições do Estado e da sociedade civil.

Guarulhos acompanhou a dinâmica do país de luta por democracia, materializada na busca de acesso a políticas públicas em todas as áreas, destacando-se nos movimentos de luta por moradia e pela saúde pública, esta última com maior força. E foi a partir deste histórico de participação e luta persistentes que conquistou a instituição da participação e do controle social no conselho Municipal e nos conselhos gestores dos serviços de saúde.

Esse processo, além de ampliar os espaços democráticos, significou um reconhecimento da importância de incorporar o conhecimento que a população tem das especificidades locais para a definição das ações, o que proporcionou um grande aprendizado e empoderamento para os usuários que tendo os espaços instituídos passaram a se sentir legitimados na busca pela saúde coletiva.

No que se refere à relação da sociedade civil com Estado, a constituição dos conselhos proporcionou maior aproximação entre a população e os gestores, o que facilitou, não somente o encaminhamento de suas demandas, mas também intervir na definição das diretrizes para consolidação da política e das ações que as concretizam.

Resultou ainda em aprofundamento da relação entre usuários e trabalhadores do SUS, que passaram a se reconhecer parceiros de uma mesma luta, uma vez que a melhora no atendimento passa pela ampliação das equipes, estruturas e oferta de melhores condições de trabalho o que beneficia os dois lados.

As diretrizes que formam as bases para a consolidação da política são definidas a partir das demandas apresentadas pela população participante ou representada nos conselhos e nas conferências. Exemplo disto pode ser notado nos relatórios das últimas conferências municipais e nas atas dos conselhos, nos quais são encontradas reivindicações de implantação de serviços como Centros de Atenção Psicossocial em todas as regiões e traduzidas para o relatório na diretriz, que aponta para necessidade de reorganização da Rede de Atenção Psicossocial.

Assim, de forma ascendente, solicitação de profissionais, especialmente médicos, nos serviços de saúde indicam a necessidade de uma Política Nacional de Provisão de Médicos, ou ainda a reclamação por eventual falta de preparo de outros profissionais se transformam nas orientações para Política de Educação Permanente no SUS.

Além das contribuições acima mencionadas, destaca-se a importância da atuação dos usuários nos conselhos para a manutenção do caráter público da política, percebida principalmente na luta constante pela destinação de recursos mínimos para sua execução, na fiscalização da aplicação destes recursos e na posição sempre contrária às terceirizações dos serviços que são hoje os principais meios de tentativas de desmonte do SUS.

Nota-se, no entanto que a implantação dos conselhos, em especial dos conselhos gestores não são suficientes para garantir a participação, mesmo contando com amplo aparato legal, se não houver comprometimento dos dirigentes do Estado com a participação. É preciso que as pessoas indicadas para dirigir a política, assim como para gerenciar os serviços de saúde, sejam também elas, defensoras da participação e do controle social, além da persistência da sociedade organizada no movimento de saúde.

Seguindo o mesmo exemplo das contribuições para a política, sugestões simples são apontadas com vistas a manutenção e ampliação da participação dos usuários, como a manutenção nas recepções dos serviços de saúde de um banner

ou cartaz informando as datas de reuniões e dos processos de renovação dos conselhos, ou a simples mudança nos horários das reuniões.

Sugere-se, neste sentido, que sejam realizados investimentos em divulgação dos resultados obtidos pela participação ao longo dos tempos, bem como em campanhas de divulgação das formas e benefícios da participação e do controle social, como forma de diminuir, senão de superar a descrença na participação, a desmobilização e a dificuldade de composição e de renovação dos membros dos conselhos.

As ações de divulgação e sensibilização sobre a participação e o controle social devem ser permanentes, porém intensificadas nos períodos que antecedem os processos de eleição dos membros dos conselhos.

Por permanente entende-se que em todos os espaços e atividades do dia a dia dos serviços de saúde, o tema seja abordado, seja pelo convite direto à participação, seja pela divulgação de benefícios (grandes e pequenos) resultantes do envolvimento da população. Para isso é necessário que os dirigentes dos serviços de saúde sejam os principais agentes de estímulo dos demais trabalhadores.

A participação nas reuniões, a transparência nas informações, a incorporação nos processos de trabalho dos saberes construídos nos processos participativos e a adoção de ações sugeridas nas reuniões devem fazer parte das atribuições dos gestores.

Completando esse processo, a formação, consoante com as Diretrizes Nacionais para a Formação de Conselheiros, precisa ser realizada desde os primeiros dias de composição dos conselhos e continuada durante toda a sua duração, com vistas a capacitar os usuários para o exercício de um efetivo controle social e com vistas a qualificar as contribuições para a consolidação do SUS.

Por fim, não poderia encerrar este estudo sem mencionar que o momento em que o mesmo foi realizado é profundamente marcado por ameaças de retrocessos, tanto pelas tentativas de desmontes das políticas sociais, cujo financiamento reduzido pela política de fixação do teto de gastos já impacta em prejuízo a sua execução, quanto pelos ataques aos processos democráticos e participativos, o que afeta de forma especial os conselhos e conferências.

Esta realidade pode ser confirmada se observadas as condições em meio as quais ocorreu a 16ª Conferência Nacional de Saúde¹⁸. Contando com redução de recursos em relação às realizadas nos últimos anos, e com pouco apoio em vários estados e municípios, a conferência se configurou em um espaço de resistência e luta por democracia, para além da luta pela política e saúde.

Tudo isso reafirma a importância de ampliação e fortalecimento destas instâncias, para aprimoramento contínuo da política e principalmente para sua manutenção, como já ocorreu em tantos momentos.

¹⁸ A 16ª Conferência Nacional de Saúde foi a quarta conferência que participei - em duas como delegada e nas demais além de delegada contribuindo na organização - e a segunda que estive presente em todas as etapas. A primeira foi a 13ª em 2007. Indicada pelo Fórum de Saúde para acompanhar os trabalhos da comissão organizadora da etapa municipal, participei de quase todas as reuniões e pude contribuir para a discussão e elaboração do regulamento e para a organização e execução do processo tanto das miniconferências regionais – preparatórias da Conferência Municipal - como da Conferência Municipal da qual participei como delegada e como palestrante responsável pela contextualização do tema e dos eixos na abertura, com o objetivo de levantar questões disparadoras (provocações) para as discussões nas salas e para a elaboração das propostas para o município, estado e união. Fui leita delegada para compor a delegação que representaria o município na etapa macrorregional, e nesta, para as etapas estadual e Nacional. De uma forma geral, as conferências são sempre diferentes uma da outra por diversos aspectos (tecnológicos, temáticos, novos grupos representados, etc.). A 8ª + 8, teve, no entanto duas características que a faziam diferente de todas as outras das quais participei. A primeira, o clima de resistência e de luta, mais pela manutenção do SUS do que pela sua Ampliação. Assim entre discussões e propostas aprovadas se destacam a rejeição às privatizações de serviços de saúde e as que exigem a retomada ou manutenção de serviços e procedimentos que aos poucos estão sendo retirados da população, a garantia de financiamento adequado, em outras palavras o fim da fixação de teto dos gastos com a saúde (revogação da EC 95). Destaque-se que essa conferência foi realizada em um momento reconhecidamente marcado por ataques à democracia, ou no mínimo por desvalorização e desrespeito aos processos democráticos e tentativas de desqualificação das instâncias colegiadas, e por ataques ao próprio SUS materializados na redução de recursos e na proposta do atual governo de uma nova Política de Atenção Básica – PNAB além das alterações na Política de Provimento de Médicos (Mais Médicos). A segunda, a defesa do país frente a todos os retrocessos aos quais está sendo submetido. Neste sentido, temas como defesa do meio ambiente, agricultura familiar, todos os direitos de índios, negros, quilombolas, mulheres, LGBTI+, para além do direito à saúde povoaram as discussões e propostas aprovadas. O tema “Democracia e Saúde” da 8ª conferência ficou marcado na 8ª + 8 como “Saúde é Democracia”, reafirmando a necessidade de fortalecimento de todas as formas de garantia da participação e do controle social.

Referências Bibliográficas

ABERS, Rebecca, SILVA Marcelo Kunrath e TATAGIBALuciana. **Movimentos sociais e políticas públicas**. Lua Nova, São Paulo, 2018.

ABERS, Rebecca, SERAFIM Lizandra e TATAGIBALuciana. **Repertórios de Interação Estado-Sociedade em um Estado Heterogêneo**. DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 57, n 2, 2014.

ALENCAR, Joana; CRUXÊN, Isadora; FONSECA, Igor; PIRES, Roberto E RIBEIRO, Uriella. **Participação Social e Desigualdades nos Conselhos Nacionais**. Sociologias, Porto Alegre, ano 15, no 32, jan./abr. 2013.

AVRITZER, Leonardo. **Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático**. OPINIÃO PÚBLICA, Campinas, vol. 14, nº 1, Junho, 2008, p.43-64.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessada em março de 2018.

_____, **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm; Acessada em abril de 2018.

_____, **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990** - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm; Acessada em abril de 2018;

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

COHN, Amelia. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. 8 (I):9 – 18, 2003.

_____. **Participação social e conselhos de políticas públicas**. Amélia Cohn. Brasília, DF: CEPAL. Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 29. Escritório no Brasil/IPEA, 2011.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

CORTES, Soraya Vargas. **Instituições Participativas e acesso a serviços públicos nos municípios brasileiros**. In: Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação. organizador: Roberto Rocha C. Pires. Brasília: Ipea, 2011. p. 77.

DAGNINO, E. **Sociedade Civil, Espaços públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades**. In: DAGNINO, Evelina (org.) Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____, **Confluência perversa, deslocamentos de sentido, crise discursiva**. In: La cultura em las crisis latinoamericanas. Buenos Aires: Clacso, 2004.

DELGADO, Guilherme Cost., SCHWARZER, Helmut, QUERINO, Ana Carolina e LUCINI, Juana Andrade de. **A participação Social na Gestão Pública: Avaliação da Experiência do Conselho Nacional de Previdência Social (1991/2000)**. Texto para discussão nº 909. In: IPEA – Instituto de Pesquisas Avançadas. Brasília, setembro de 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa** - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, Maria da Glória. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004.

GUARULHOS, **Lei 5776 de 7 de janeiro de 2002** - Dispõe sobre instituição dos Conselhos Gestores de Saúde no Município de Guarulhos e dá outras providências. Disponível em: http://leis.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/05776/ei.pdf. Acessada em maio de 2018.

HOSOKAWA, Wagner. **Orçamento Participativo: Uma experiência de articulação com o Poder Local e a Democracia Participativa na cidade de Guarulhos (SP) 2001/2011**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

KEHZ, Nilce Helena de Paula. **Participação Social em Saúde: aspectos históricos e sociais relacionados a apresentação dos trabalhadores de saúde no Conselho Municipal de Saúde**. São Paulo, 2014.

LAVALLE, Adrián Gurza. **Participação: valor, utilidade, efeitos e causas**. In: Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação. organizador: Roberto Rocha C. Pires. Brasília: Ipea, 2011. p. 33.

MARANHÃO, Tatiana de Amorim, TEIXEIRA, Ana Cláudia Chaves. **Participação no Brasil: dilemas e desafios contemporâneos** In: ALBUQUERQUE, Maria do Carmo, (Org.) Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. – São Paulo: Instituto Pólis, 2006. 124p.

MILANI, Carlos R. S. **O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias**. In: Revista de Administração Pública - rap – Rio de Janeiro 42(3), p.551-79, maio/jun. 2008. p. 551-559.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual: Para entender o controle social na saúde**. Brasília Ministério da Saúde, 2013.

_____, **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. – 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

NEDER, Carlos; REALI, Mário. **Participação social foi fundamental na história recente do Brasil**. Disponível em:

<https://www.cartacapital.com.br/politica/participacao-popular-foi-fundamental-na-historia-recente-do-brasil-9671.html>. Publicado em 27/06/2014 04h25. Acessado em 11 de maio de 2018.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**, Ernani Cesar de Freitas. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROCHA, Enid. **A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios**. In: 20 anos da Constituição Cidadã:

avaliação e desafios da Seguridade Social. Flavio Tonelli Vaz, Juliano Sander Musse, Rodolfo Fonseca dos Santos (Coords.). Brasília: ANFIP, 2008.

ROLIM, Leonardo Barbosa. CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou. SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** In: Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. p. 139 -147;

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** R. Katál, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.

SILVA, Frederico Barbosa da et ali. **Políticas Sociais No Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias.** In: "Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo". Brasília: Ipea, 2005. Capítulo 8.

TATAGIBA, Luciana. TEIXEIRA, Ana Cláudia Chaves Teixeira. **Participação e Democracia: Velhos e Novos Desafios.** In: Civitas – Revista de Ciências Sociais, v. 6, n. 1, jan.-jun. 2006.

TAVARES, Célia Vilela, (Org.) **Desafios das cidades: desenvolvimento com participação e inclusão social.** – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>. Acessado em 18/03/2018.

WAMPLER, Brian. **Que tipos de resultados devemos esperar das Instâncias participativas.** In: Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação. organizador: Roberto Rocha C. Pires. Brasília: Ipea, 2011. p. 43

Sites

Caderno Econômico de Guarulhos.

<https://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/file/arquivos/CADERNO%20ECON%20C3%94MICO%205%C2%AA%20EDI%20C3%87%C3%83O%20R1.pdf>

História de Guarulhos. <https://www.guarulhos.sp.gov.br/historia>.

Acessada em maio de 2019.

RESOLUÇÃO n.º 333, de 4 de novembro de 2003. **Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.** Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf; Acessada em abril de 2018;

RESOLUÇÃO Nº 453, de 10 de maio de 2012. **Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.**

Disponívelem:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html.

Acessada em abril de 2018

Atlas do Desenvolvimento humano. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/3666