

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANDRÉIA VIEIRA DE SOUZA**

**CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: SEU ENVOLVIMENTO NA  
CONFERÊNCIA E ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS  
2008/2**

**ANDRÉIA VIEIRA DE SOUZA**

**CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: SEU ENVOLVIMENTO NA  
CONFERÊNCIA E ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Tânia Regina Krüger

**FLORIANÓPOLIS  
2008/2**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

## AGRADECIMENTOS

Este é o momento de manifestar gratidão a todos que de uma forma ou de outra auxiliaram na construção deste trabalho, em especial:

Deus, por me guiar neste caminho e dar forças para enfrentar as dificuldades encontradas.

Universidade Federal de Santa Catarina, ao Departamento de Serviço Social, aos mestres pelo conhecimento transmitido ao longo da minha vida acadêmica.

Meus pais, Júnior (in memoriam) e Aurora pela dedicação e comprometimento durante a minha caminhada e nos momentos difíceis que precisamos superar.

A minha filha Kalisy e meu filho Rodrigo, pela compreensão dos momentos de ausência em suas vidas e por contribuírem para o término deste trabalho.

Meus irmãos, Eva e André, por apoiar e confiar nos meus propósitos, cada um de sua forma, mas sempre de igual importância.

Carlos Eduardo, pelo amor e companheirismo, por partilhar os momentos difíceis, e por ter se dedicado em compartilhar as angústias e vitórias.

A professora Tânia Regina Krüger, pelo seu conhecimento e comprometimento durante a elaboração desse trabalho.

Ao Serviço Social do Hospital Universitário pela oportunidade de estágio.

A minha supervisora de estágio no HU, Francielle Lopes Alves, pela dedicação e contribuição na minha aprendizagem durante a formação.

A minha colega de estágio Fernanda, pelo apoio e sua amizade e aos colegas da turma que também tiveram sua parcela de contribuição.

Agradeço a todos, por estarem juntos neste processo e em compartilhar esta grande conquista.

**Obrigada!**

*“Talvez o ser humano não seja somente o ser social, como alguns sociólogos nos querem fazer crer, mas seja também estar ativamente trabalhando contra essas forças sociais que querem reduzir nossa vida social a um mínimo. Talvez não fôssemos humanos se esta tarefa pudesse ser feita de uma só vez. É, precisamente, a necessidade permanente de lutar que dá à vida humana um significado perene.”*

*Johan Galtung*

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo conhecer como o Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande constrói suas propostas para a Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis e como acompanha a implementação das propostas que constam no Relatório Final da Conferência. Os Conselhos Locais de Saúde são o espaço de participação mais próximo da comunidade e é o espaço primeiro onde as necessidades dos usuários podem se manifestar. A expressão das necessidades dos usuários se manifestando no espaço do Conselho Local de Saúde em tese tem o potencial de se articular com os outros níveis de participação que são deliberativos da política de saúde, no caso o Conselho Municipal de Saúde. Realizando, desse modo, aproximações com a democracia direta e uma democracia representativa vinculada as suas bases sociais. Com base nestes pressupostos se procurou conhecer como o Movimento Sanitário e o SUS vêm se referenciando ao tema da participação local e como as reivindicações para criação dos Conselhos Locais de Saúde vêm aparecendo nos Relatórios das Conferências Nacionais, Estaduais de Santa Catarina e Municipal de Florianópolis. No caso desta pesquisa, se situou brevemente o Conselho Local de Saúde, dando ênfase através de pesquisa documental e de entrevistas ao conhecimento de como o Conselho Local se organizou e como participou da VII Conferência Municipal de Saúde e como vem acompanhando a implementação das propostas aprovadas no plenário e que constam no Relatório Final. Este estudo nos apresenta indicações de que a participação do Conselho Local nas Conferências é frágil e que o acompanhamento da implementação de suas propostas é quase nulo.

**Palavras chaves:** participação, controle social, conselhos de saúde, conferências de saúde, política de saúde.

## ABSTRACT

The present work of course conclusion has as objective to know as the Local Advice of Health of the quarter Great Bag constructs its proposals for the Municipal Conference of Health of Florianópolis and as he follows the implementation of the proposals that consist in the Final Report of the Conference. The Local Advice of Health are the space of participation next to the community and are the first space where the necessities of the users can be disclosed. The expression of the necessities of the users if revealing in the space of the Local Advice of Health in thesis has the potential of if articulating with the other levels of participation that are deliberative of the health politics, in the case the City council of Health. Carrying through, in this manner, approaches with the direct democracy and a representative democracy tied its social bases. On the basis of these estimated if looked for to know as the Sanitary Movement and the SUS comes if referenciando to the subject of the local participation and as the claims for creation of the Local Advice of Health come appearing in the Reports of the National, State Conferences of Santa Catarina and Municipal de Florianópolis. In the case of this research, if it briefly pointed out the Local Advice of Health, giving emphasis through documentary research and of interviews to the knowledge of as the Local Advice if it organized and as he participated of VII the Municipal Conference of Health and as he comes following the implementation of the proposals approved in the plenary assembly and that they consist in the Final Report. This study in them it presents indications of that the participation of the Local Advice in the Conferences is fragile and that the accompaniment of the implementation of its proposals is almost null.

**Keywords:** participation, social control, health councils, conferences on health, health policy.

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 01</b> – Número de Unidades de Saúde no município de Florianópolis .....	40
<b>Tabela 02</b> – Composição do CLS do Saco Grande - Gestão 2007-2009 .....	46
<b>Tabela 03</b> – Número de entrevistados do CLS do Saco Grande conforme a idade.....	49
<b>Tabela 04</b> – Número de entrevistados do CLS do Saco Grande conforme a escolaridade ....	50
<b>Tabela 05</b> – Número de entrevistados do CLS do Saco Grande conforme a ocupação.....	50
<b>Tabela 06</b> – Número de mandados que os entrevistados exerceram no CLS do Saco Grande	50



## LISTA DE SIGLAS

ACIC – Associação Catarinense de Integração ao Cego  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
ACM – Associação Catarinense de Medicina  
ACOLJOGOC – Associação Comunitária do Loteamento João Gonzaga da Costa  
APROCOM – Associação Pró-comunidade do Monte Verde  
APROCRUZ – Associação Pró-comunidade do Caminho da Cruz  
AMSOL – Associação de Moradores do Sol Nascente  
COMOSG – Conselho de Moradores do Saco Grande  
CIB – Comissões Intergestores Bipartite  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CLS – Conselho Local de Saúde  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
DF – Distrito Federal  
EBM – Escola Básica Municipal  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FSSG – Fórum Social do Saco Grande  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
PDA – Programa Docente Assistencial  
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SENAI/CTAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial/Centro de Tecnologia em Automação e Informática  
RDA – Rede Docente Assistencial  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
ULS – Unidade Local de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 A CONSTRUÇÃO DO SUS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b> .....	14
<b>1.1</b> O Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980 .....	14
<b>1.2</b> A política de saúde nas décadas de 1990 e 2000.....	19
<b>1.3</b> A participação social via Conselhos e Conferências de Saúde .....	26
<b>1.4</b> A participação através do Conselho Local de Saúde.....	32
<b>2 O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE</b> .....	42
<b>2.1</b> O Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande .....	42
<b>2.2</b> O Conselho Local de Saúde do Saco Grande e a realização da VII Conferência Municipal de Saúde em Florianópolis.....	44
<b>2.2.1</b> A pesquisa documental.....	44
<b>2.2.2</b> As entrevistas.....	48
<b>2.2.3</b> Quanto à organização do CLS do Saco Grande na VII Conferência.....	52
<b>2.2.4</b> Quanto à participação do CLS do Saco Grande na VII Conferência.....	54
<b>2.2.5</b> Quanto ao acompanhamento do CLS do Saco Grande das propostas aprovadas na VII Conferência .....	56
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	62
<b>APÊNDICE A</b> (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) .....	68
<b>ANEXOS</b> .....	69
<b>Anexo A</b> (Mapa Territorialização do Centro de Saúde Saco Grande) .....	70
<b>Anexo B</b> (Ata da Reunião do CLS do dia 06/07/2000) .....	71
<b>Anexo C</b> (Regimento Interno do CLS) .....	72
<b>Anexo D</b> (Moção de repúdio do CLS) .....	73
<b>Anexo E</b> (Roteiro de Entrevista) .....	74
<b>Anexo F</b> (Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC) .....	75

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso pretende se somar aos estudos sobre a participação social e controle social nos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde. O objetivo deste estudo foi analisar como o Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande constrói suas propostas para a Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis e como acompanha a implementação das propostas que constam no Relatório Final da Conferência.

As motivações que levaram a realizar este trabalho foram a partir da disciplina de Serviço Social e Seguridade Social: Saúde, da 5ª fase e da experiência de Estágio Curricular Obrigatório I e II, realizado nos períodos de 2008/1 e 2008/2 no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU), nas Unidades da Clínica Médica I e Unidade de Terapia Intensiva. Com a disciplina de Saúde foi possível uma aproximação dos espaços dos Conselhos de Saúde, através da participação nas reuniões do Conselho Municipal e Estadual de Saúde. O estágio no Hospital Universitário possibilitou o interesse em conhecer melhor a política de saúde e de como os espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde podem interferir nesta política, visando à ampliação do acesso dos usuários aos serviços prestados nos mais diferentes centros de saúde.

Desta forma, para uma maior compreensão do tema foi realizada uma pesquisa no Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande. A pesquisa proposta faz parte de um projeto de pesquisa maior de autoria e coordenação da Professora Tânia Regina Krüger, com o título: “Proposições da VII Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis e a atuação dos Conselhos Locais de Saúde”<sup>1</sup>. O objetivo geral da pesquisa compreende analisar como os Conselhos Locais de Saúde constroem suas propostas para a Conferência Municipal de Saúde e como acompanham a implementação das propostas aprovadas e que constam no Relatório Final da Conferência. Os locais onde a pesquisa está acontecendo compreende os Conselhos Locais de Saúde dos bairros Ingleses e Fazenda do Rio Tavares. O Conselho Local do bairro Saco Grande também fazendo parte do estudo está contemplado na elaboração deste trabalho.

Através da pesquisa foi possível indicar alguns elementos sobre a forma do processo político-participativo do Conselho Local tanto no âmbito da comunidade, quanto da relação com o poder público.

---

<sup>1</sup> Este projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFSC), na data de 17 de dezembro de 2007, com parecer consubstanciado - Projeto nº 357/07.

A realização das Conferências de Saúde acontece no âmbito municipal, estadual e nacional e é um dos requisitos formais para a descentralização dos serviços de saúde. Elas institucionalizaram com a incorporação das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988 e são regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990<sup>2</sup>.

Os estudos sobre Conferências de Saúde ainda são muito reduzidos, não encontramos referências sobre o tema pré-conferências e são raros os estudos sobre Conselhos Locais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde são o espaço de participação mais próximo da comunidade e é o espaço primeiro onde as necessidades dos usuários podem se manifestar. A expressão das necessidades dos usuários se manifestando no espaço do Conselho Local de Saúde, em tese, tem o potencial de se articular com os outros níveis de participação que são deliberativos da política de saúde, no caso o Conselho Municipal de Saúde. Realizando, desse modo, aproximações com a democracia direta e uma democracia representativa vinculada as suas bases sociais. Com base nestes pressupostos se procurou conhecer como o Movimento Sanitário e o SUS vêm se referenciando ao tema da participação local e como as reivindicações para criação dos Conselhos Locais de Saúde vêm aparecendo nos Relatórios das Conferências Nacionais, Estaduais de Santa Catarina e Municipal de Florianópolis. No caso desta pesquisa, se situou brevemente o Conselho Local de Saúde, dando ênfase através de pesquisa documental e de entrevistas, ao conhecimento de como o Conselho Local se organizou e como participou da VII Conferência Municipal de Saúde e como vem acompanhando a implementação das propostas aprovadas no plenário e que constam no Relatório Final.

Na primeira seção realizamos o resgate da trajetória do Movimento da Reforma Sanitária a partir da década de 1970 e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Após, é realizada uma contextualização da conjuntura de saúde no Brasil nas décadas de 1990 e 2000. Em seguida se apresentou alguns conceitos de participação social, procurando perceber como ela era concebida e reivindicada na época da Reforma Sanitária e como vem se materializando após a regulamentação do SUS via Conselhos e Conferências de Saúde.

Após, foi feita uma tentativa de conceituar e caracterizar o que são os Conselhos Locais de Saúde e como eles foram sendo reivindicados nestes 20 anos de SUS. A partir desse

---

<sup>2</sup> As Conferências Nacionais de Saúde foram criadas pelo governo Getulio Vargas em 1937. Entre 1941 e 1980 aconteceram as sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde que contavam apenas com a participação dos representantes do governo, da medicina previdenciária, da medicina privada e filantrópica. Conferências mais democráticas, abertas a participação de usuários e trabalhadores da área começam acontecer nas três esferas de governo após a regulamentação do Sistema Único de Saúde em 1990 (Krüger, 2005).

ponto é realizado um estudo sobre Relatórios Finais das Conferências de Saúde, procurando destacar as proposições sobre os Conselhos Locais nas esferas municipal, estadual e nacional e informações sobre a regulamentação do Conselho Municipal de Saúde no município de Florianópolis.

A segunda seção abordará a localização do bairro Saco Grande, informações sobre a Unidade Local de Saúde e aspectos da trajetória do Conselho Local. Com os resultados da pesquisa se caracterizou o perfil dos entrevistados, se identificou como o Conselho Local se organizou para participar da VII Conferência Municipal, como se deu a sua participação e por último a explanação sobre as ações do Conselho Local referente ao acompanhamento das proposições aprovadas que constam no Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde. A apresentação destes dados da pesquisa é acompanhada de reflexões com o objetivo de qualificar o processo participativo e de controle social exercido pelo Conselho Local de Saúde pesquisado.

Por fim, faremos considerações gerais sobre o tema do trabalho.

## 1 A CONSTRUÇÃO DO SUS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

### 1.1 O Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980

A partir de meados dos anos de 1970 até 1980, a conjuntura é marcada pelos governos militares, democratização do país, desencadeamento da crise estrutural do capital e um alto déficit do Estado. Este é o espaço que surge o ideário da redemocratização do Estado e na área da saúde o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária<sup>3</sup>, que reivindicava uma política de saúde universal, participativa, descentralizada e hierarquizada.

O Brasil vinha de um processo ditatorial, com a evolução da crise econômica, de um Estado conservador que pouco deixou de concreto para a população brasileira. No entanto, a política de saúde nesta década vai contar com a participação de novos grupos e sujeitos preocupados com as condições de vida da população e tendo como intuito realizar uma ampla discussão para reverter este quadro, onde a sociedade civil é a principal protagonista. Segundo Mendes (1980, p. 26) “a partir da metade da década de 1970, com o fim do milagre econômico, começou a delinear-se um quadro econômico marcado por dificuldades no panorama internacional e no quadro nacional”, esta realidade obriga o Estado a realizar uma abertura política gradual. As políticas sociais desta época eram de pouca abrangência e compensatórias, procurando amenizar a crise. Esta época também se caracterizou inflacionária e com o aumento dos índices de pobreza do país.

Então com o aumento da crise econômica do país pós-milagre, com o descontentamento da sociedade brasileira decorrente da falta de expressão política e a expansão das precárias condições de vida da população, vamos perceber que a sociedade vai ganhando mais espaço e começa a reivindicar mudanças, principalmente com relação ao setor da saúde. “Os movimentos populares em saúde se originaram nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou nas favelas localizadas dentro mesmo dos grandes centros urbano-industriais” (GERSCHMAN, 1995, p. 52). Além desses movimentos, outros foram surgindo em outras localidades do país, expandindo à medida que avançava o processo de

---

<sup>3</sup> Para Eleutério Rodriguez Neto (2003:24 apud KRÜGER 2005), o Movimento Sanitário remonta a década de 1960, sobretudo na III Conferência Nacional de Saúde, mas identifica como seu início, o ano de 1976, a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) e com a publicação da Revista Saúde em Debate, há uma continuidade e consistência progressiva do Movimento.

democratização. Para Carvalho (1995, p. 24) “[...] o agravamento das carências sociais nos grandes centros, associado ao afrouxamento do regime autoritário, possibilitou a eclosão de uma série de movimentações populares de caráter reivindicatório”.

Os sujeitos envolvidos no movimento popular em saúde começam a se organizar através das associações comunitárias e reivindicam melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgoto, moradia, transporte, entre outros. Este processo de organização e reivindicação, para Gerschman (1995), tratou-se de uma primeira fase no surgimento destes movimentos, que começaram a proliferar na década de 1970 e que denominou de fase reivindicativa. Houve também a participação de médicos, profissionais da saúde e agentes de saúde. Esta fase estabelece: “um momento inicial na constituição do movimento popular em saúde em torno de reivindicações pontuais nas quais atribuía-se ao Estado a responsabilidade pela falta de assistência médica, postos de saúde e hospitais” (GERSCHMAN, 1995, p. 53).

O Projeto da Reforma Sanitária vai se formatar através da participação popular e das lutas da população por saúde, o Movimento vai sendo incorporado por novos atores sociais: os movimentos populares em saúde mencionados anteriormente, órgãos governamentais e o próprio Movimento Sanitário, composto por intelectuais da área da saúde, profissionais, agentes de saúde das dioceses, entidades representativas do setor médico, sindicatos, partidos políticos, entre outros. Segundo documento do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) “Cresce a um só tempo a mobilização popular contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida” (CEBES, 2008, p. 11).

Além das péssimas condições de vida da população, a assistência médica vai apresentar um precário atendimento com a formação de enormes filas e a falta de acesso a remédios.

Cresce também, e mais especificamente, a irritação da população contra as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebem. Crescem, finalmente, as reclamações e reivindicações sindicais contra os convênios e contratos com as empresas médicas (CEBES, 2008, p. 11).

A partir desse caos apresentado na área da saúde, vai culminar no espaço acadêmico um pensamento crítico em relação à saúde da população e ao próprio sistema de saúde em questão. Este movimento vai contribuir para a formação da base político-ideológica da Reforma Sanitária e a propagação do Movimento Sanitário na medicina. Com isso vamos ter a medicina comunitária, que vai ser estendida a população e resultar em importantes trocas

entre a população, os profissionais e os agentes de saúde, fortalecendo assim o Projeto da Reforma Sanitária.

Já no início da década de 1980 vamos continuar presenciando crises financeiras, desta vez a da Previdência Social, que também segue com um crescente déficit operacional e que vai culminar mais expressivamente no ano de 1981, em decorrência das políticas econômicas recessivas.

De fato, a crise nas políticas de seguridade, mais especificamente na esfera da previdência e da saúde, ocorreu num momento em que a sociedade brasileira passava a conviver com a deflagração da crise da dívida externa, com o esgotamento do crescimento econômico nutrido pelo milagre e com um novo processo de organização da sociedade, por meio da ação sindical e partidária (MOTA, 1995, p. 138).

E neste contexto de crise e expressão ampliada na sociedade de vários Movimentos Sociais que o Ministério da Saúde convoca a VII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1980. A convocação da Conferência foi uma estratégia do próprio governo em delinear novas alternativas com relação ao sistema de saúde, com ênfase nos serviços básicos de saúde e também uma resposta aos movimentos populares que exigiam mudanças para o setor. A conferência teve pouca participação dos movimentos populares emergentes, mas com a presença de técnicos da área de saúde pública, representantes da medicina privada e previdenciária.

O Estado trata de adaptar-se de forma a proporcionar não apenas a possibilidade de atendimento dessa ou daquela demanda específica, mas de incorporar em termos institucionais e permanentes mecanismos que possam melhor sintonizá-lo com a diversidade de interesses e demandas presentes na sociedade (CARVALHO, 1995, p. 47).

O Movimento da Reforma Sanitária, através das iniciativas de redemocratizar a relação Estado-Sociedade, com a proposta de universalização e descentralização dos serviços de saúde, apresenta uma contundente crítica ao governo.

O CEBES serviu de veículo para a discussão das propostas, executou uma função organizativa dos profissionais da saúde e de espaço das mais variadas posições políticas. De acordo com Arouca (1987, p. 41):



A reforma sanitária pressupõe a criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe a nível da União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando, assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde.

As propostas elencadas durante a movimentação dos sujeitos envolvidos no Movimento da Reforma Sanitária na saúde foram coroadas com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, Brasília (DF). Esta contou com um maior número de sujeitos envolvidos abrangendo vários segmentos da sociedade. Seu processo teve início com Conferências Municipais e Estaduais, estabelecendo uma ampla discussão dos seus temas. Para iniciar o debate na VIII Conferência Nacional de Saúde, Arouca (1987) apresentou o conceito de saúde construído nas lutas do Movimento de Reforma Sanitária:

[...] saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é um direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo (AROUCA, 1987, p. 35).

Este conceito traz a tona que saúde não é somente: hospitais, medicamentos, postos de saúde, mas encontra-se intrínseca na vida da população brasileira que reivindicava acesso a saúde e aos demais direitos sociais.

O debate realizado na VIII Conferência Nacional de Saúde “contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados” (BRAVO, 2000, p. 109). A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o evento consagrador da Reforma Sanitária, suas proposições levantadas pelos Movimentos Sociais Urbanos e Partidos Políticos articularam o debate, ampliando com outras entidades da sociedade civil. Este processo de abertura possibilitou que a discussão chegasse até o Congresso Nacional. Foi possível identificar duas frentes presentes na Constituinte, a primeira representava os interesses de grupos empresariais (setor privado) juntamente com as indústrias farmacêuticas e a segunda as entidades representativas populares que congregavam a Reforma Sanitária. Bravo (2000, p. 110) ressalta que:

O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do Movimento Sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica.

A Constituição Federal de 1988 avançou no campo dos direitos sociais e contribuiu na afirmação das reivindicações do Movimento Sanitário. Segundo Mendes (1980) no que se

refere à Saúde na Constituição alguns aspectos fundamentais foram conquistados, o conceito de saúde articulado com as políticas sociais e econômicas, o entendimento da saúde como direito social universal, a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública, a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade, e por último a integração da saúde no sistema de Seguridade Social.

Diante do que foi exposto, o Movimento Sanitário propagou uma nova visão sobre a política de saúde, agora com um caráter politizado e incluso na agenda governamental. Também conseguiu viabilidade no plano político-institucional estabelecendo fatores determinantes da saúde e da doença como o meio físico (ambiente, habitação, saneamento, etc.), o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, alimentação, educação, etc.).

O sentido de participação incorporado pelos sujeitos envolvidos no Movimento da Reforma Sanitária na época da redemocratização deu-se através de reivindicações que visavam à melhoria social na área da saúde. Desta forma, através das reivindicações, o Movimento da Reforma Sanitária conquistou espaços importantes na sociedade e ao mesmo tempo pressão sobre o Estado. “A participação passa a ter o sentido explícito de luta e contestação” (CARVALHO, 1995, p. 23).

Podemos salientar também que a participação no Movimento da Reforma Sanitária se caracterizou em uma perspectiva de crítica ao sistema hegemônico. Segundo Carvalho (1995, p. 49) o Movimento da Reforma Sanitária:

Vivenciou e produziu reflexões sobre as experiências de participação comunitária e participação popular, tornando-se mais recentemente o portador coletivo e obstinado da proposta da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde, como elemento estratégico do processo da reforma da saúde.

A partir dessas reflexões e experiências de participação dentro do Movimento da Reforma Sanitária, que antes se restringia mais nas reivindicações dos serviços de saúde e com o processo da Constituinte, esta participação ganha um caráter mais político e se amplia para o conjunto do Estado e da sociedade, interferindo na dinâmica social do país. A participação neste momento tem como grandes bandeiras o Estado democrático, o direito a saúde e o espaço para a população participar na tomada de decisões sobre as políticas sociais. Para Carvalho (1995, p. 22) é “[...] nesse plano que se definem seus objetivos: a

democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e igualitário aos serviços e também pelo acesso ao poder”.

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular ou de aproximação da comunidade, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde (CARVALHO, 1995, p. 23).

A Constituição Federal de 1988 ampliou os direitos de cidadania dos trabalhadores e foi um marco na história da saúde pública brasileira, através de seu Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. O Artigo 198 da Constituição, que trata das ações e serviços públicos de saúde é 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; e III – participação da comunidade” (BRASIL, 2001, p. 117).

A participação da sociedade no processo de redemocratização foi muito reivindicada, tanto que é colocada como uma condição para o novo sistema de saúde. De acordo com o que foi citado acima a participação é uma das diretrizes do SUS, através do Artigo 198 da Constituição. Só mais tarde se regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS com a Lei nº. 8.142/1990, esta contemplou também a questão de transferência de recursos entre os governos para a área da saúde (BRASIL, 2007a). Como podemos ver, a participação da comunidade é uma diretriz constitucional e sua operacionalização vai acontecer através dos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo.

## **1.2 A política de saúde nas décadas de 1990 e 2000**

Os anos 1990 e 2000 estão atrelados ao projeto neoliberal, que distorce as conquistas da Constituição Federal de 1988, gerando o aumento do desemprego e por consequência a pobreza no país. Segundo Bravo (2001a, p. 29):

A conjuntura hiperinflacionária foi o caldo cultural que preparou a adoção das políticas neoliberais no Brasil, como, em geral, nos vários países da América Latina. A estabilização da moeda era pré-requisito para atingir o crescimento econômico. As medidas de ajuste adotadas agravaram a situação precária de emprego no país, cujo declínio no setor industrial é marcante.

O projeto neoliberal vem com toda a força e a privatização é a alternativa viável e compensadora, quando o Estado mostra uma perda com relação a sua representação política, apresenta crise econômica e uma vultosa dívida externa e interna a ser paga. Conforme Bravo (2001a, p. 29) nesta nova lógica “[...] o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que possam ser controladas pelo mercado”. Esta é a lógica imposta pelo capital com relação às ações do Estado, transferindo a responsabilização para o mercado na prestação dos serviços como: saúde, educação, saneamento, entre outros. Estes aspectos afetam o processo de construção e os rumos da Seguridade Social Brasileira, apresentando uma mercantilização da saúde e o caráter privado da previdência social. Para Mota (1995, p. 119):

As mudanças nos sistemas de seguridade social ganham destaque no conjunto das reformas de cunho neoliberal, surgidas nos anos 80 e 90, tendo como principais formuladores os organismos financeiros internacionais, os empresários vinculados ao grande capital e a burocracia estatal a eles associada.

As conquistas democráticas realizadas pelos trabalhadores juntamente com o Movimento Social Brasileiro na década de 1980, citado anteriormente, apresentou a perspectiva para a redemocratização do Estado, trazendo novas regras para os municípios, um novo eixo de gestão para o país na execução das políticas sociais. Mas, como bem vimos, este projeto de redemocratização do Estado vai contra a hegemonia burguesa, que se utiliza de uma política de ajuste com a contenção dos gastos e defendendo um Estado com menos responsabilidade na área social, nesta lógica do Estado mínimo, a ele cabe fornecer os serviços básicos para a população que não tem poder de consumo, e os serviços de alta complexidade são bancados pelo setor privado. Assim, o setor privado supre as necessidades daqueles que podem pagar pelos serviços. Já o projeto de redemocratização do Estado, luta do Movimento Sanitário, reivindica um Estado voltado para a sociedade, responsável pelas políticas sociais, democrático e de direito e a saúde pautada na integralidade e equidade nas suas ações.

Dessa forma está explicitada a disputa entre os dois projetos que possibilitam a formação de espaços contraditórios, com obstáculos a redemocratização do Estado, obstáculos estes econômicos, culturais e políticos, recheado de um amplo jogo de interesses que vai culminar numa forte relação de poder e pressão em ambos os setores.

A interferência dessa forte relação de poder começa aparecer nas políticas sociais a partir de 1990, com as explícitas características da tensão entre as conquistas constitucionais e a luta dos Movimentos Sociais por redemocratização do Estado, mas com a forte presença da contra-reforma neoliberal. Segundo Behring e Boschetti (2007, p. 152): “uma contra-reforma que foi possível a partir de algumas condições gerais, que precedem os anos 1990: a crise econômica dos anos 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país”.

As políticas sociais, nos anos de 1990 e 2000, vão apresentar uma tendência geral de restrição e redução de direitos, a desculpa é da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais em meras ações pontuais e compensatórias para o enfrentamento da crise econômica do país. Para Behring e Boschetti (2007, p. 156):

As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a *privatização*, a *focalização* e a *descentralização*.

Não podemos esquecer que as políticas sociais além de garantir acesso a bens e serviços públicos, são mecanismos que servem de realização dos direitos e da cidadania, ampliação do consumo de bens básicos, aumento da demanda agregada e geração de emprego no setor público e privado. Só que na implantação das políticas sociais vamos presenciar uma contradição que de acordo com Behring e Boschetti (2007, p. 155) “[...] é uma estratégia de extração de superlucros e supercapitalização, com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública, onde se incluem saúde, educação e previdência [...]”.

Destacando a saúde, este setor é o que vai mais sofrer os impactos do projeto neoliberal, o Estado reduz os recursos financeiros para esta política, fazendo jus aos ajustes econômicos. Com estes fatores, a política de saúde começa a perder o seu caráter integrador e os serviços prestados começam a ser focalizados. O Estado investe mais nos setores básicos da saúde, por fim não se tem a resolutividade nos atendimentos prestados para a população. Para Noronha e Soares (2001, p. 446) a política de saúde acaba por cair:

[...] numa visão focalista onde o 'local' é privilegiado como o único espaço capaz de dar repostas supostamente mais 'eficientes' e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão 'comunitária' onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar [...]

Estas responsabilidades sociais, em última instância sendo devolvidas para as famílias, mostram o afastamento do Estado, indo na contra mão da Constituição Federal de 1988.

A conjuntura de reformas e contra reformas dos anos 1990 e 2000 é regida pela lógica do Estado mínimo e da privatização, salientado no início do texto, indicando a presença de dois projetos societários em disputa, além daquelas características o projeto neoliberal vai se pautar na democracia restrita e corporativista. Já o projeto das classes que vivem do trabalho, visam uma democracia participativa, na abertura de espaços de representação coletiva e controle social sobre o Estado.

Segundo Bravo (2001a, p. 30), a democracia restrita defendida pelo projeto neoliberal tem como principais estratégias na proposta das políticas sociais e visam a:

[...] parceria entre setor público e setor privado; transformação de instituições públicas (educação, saúde, ciência e tecnologia) em Organizações Sociais; ênfase nos modelos gerenciais; substituição dos Conselhos Paritários por Conselhos Curadores; terceirização dos recursos humanos (exemplo: cooperativas de mercado).

Já o projeto das classes trabalhadoras que visam à democracia participativa, Bravo (2001a, p. 30) ressalta que as políticas sociais precisam ter:

[...] a democratização da gestão; o controle social das políticas públicas via sociedade civil, cuja experiência significativa são os Conselhos de Políticas Sociais e de Direitos; o orçamento participativo; a universalização do acesso; a descentralização; o financiamento efetivo e a melhoria da qualidade dos serviços.

Nos governos de Fernando Henrique Cardoso e de Lula os direitos previstos constitucionalmente não foram nem uniformizados e nem universalizados. Mas vamos perceber diversas contra-reformas, como a da previdência de 1998, 2002 e 2003, as duas primeiras do governo Fernando Henrique Cardoso e a última no governo Lula.

[...] restringiram direitos, reforçaram a lógica do seguro, reduziram valor de benefícios, abriram caminho para a privatização e para a expansão dos planos privados, para os fundos de pensão, ampliaram o tempo de trabalho e contribuição para obter a aposentadoria (BOSCHETTI, 2007, p. 13).

Boschetti (2007, p. 13) também ressalta algumas características do Sistema Único de Saúde a partir desses governos:

Os princípios do Sistema Único de Saúde, como descentralização, participação democrática, universalização e integralidade das ações estão sendo diluídos pela manutenção cotidiana de uma ‘cesta básica’ que não assegura nem mesmo os atendimentos de urgência. É notória e fartamente noticiada a falta de medicamentos e as longas filas de espera.

No atual governo presenciamos a Seguridade Social Brasileira com um caráter regressivo e restritivo, permitindo apenas o desenvolvimento de mecanismos compensatórios, que vão focalizar as políticas sociais nas camadas mais pobres da população, não alterando a desigualdade social do país. Ao analisar o governo, percebemos que sua política econômica favorece os interesses do capital financeiro nacional e internacional:

[...] (garantindo elevada rentabilidade mediante a manutenção de elevadas taxas de juros e viabilizando um lucro bancário recorde) e do *agribusiness*, por outro, implementou uma série de programas e iniciativas, direcionada aos segmentos mais pobres da população brasileira e àqueles até excluídos de algumas políticas (MARQUES e MENDES, 2007, p. 16, grifo do autor).

A população brasileira teve um ganho real significativo com a universalização do acesso a saúde, através implantação da nova política de saúde e do próprio SUS, de acordo com os princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988. O SUS é o resultado de esforços para superar a lógica excludente de acesso e de integração da saúde pública com a assistência médica.

Contudo, precisamos reafirmar que o SUS não é só assistência médica e que a atenção à saúde no Brasil está ligada a realidade da população, levando em conta o seu nível social e sanitário. Também podemos evidenciar a grandeza deste sistema através do Artigo 200 da Constituição que traz as competências e atribuições:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

- III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho (BRASIL, 2001, p. 117).

Santos (2008) ressalta que o SUS é o maior projeto de inclusão social nas últimas duas décadas, os avanços no sistema foram possíveis em decorrência da descentralização de competências, com a ênfase voltada para a municipalização, além da criação e funcionamento das Comissões Intergestores (tripartite nacional e bipartites estaduais), dos fundos de saúde para o repasse de recursos entre as esferas governamentais e o funcionamento dos Conselhos de Saúde. Alguns números do Sistema Único de Saúde em 2006:

95% dos municípios com 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, entre os quais 92%, com 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2006: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 300 milhões de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 360 milhões de exames laboratoriais, 2 milhões de partos, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo (SANTOS, 2008, p. 02).

Porém, com a conjuntura mostrada até agora, se pode resumir que o SUS enfrenta dificuldades. Que de acordo com Campos (2006, p. 144) “apesar do crescimento do orçamento público para a saúde nos últimos quinze anos, estamos longe de atingir um montante de recursos suficiente para estabilizar o sistema – e também a qualidade [...]”.

Freitas (2007) ressalta que o subfinanciamento do SUS é um fato concreto que impossibilita o oferecimento de mais serviços públicos, conforme as necessidades da população. E que o setor privado continua sendo beneficiado pelo governo, pois não se tem a prioridade de disputar os serviços públicos de saúde com o setor privado. Nesta direção, Freitas (2007, p. 68) destaca que:



O quadro de desfinanciamento da saúde pública coloca o Brasil em ‘estado de choque’, gerando intensa repressão de demanda, com congestionamento nos prontos-socorros, precarização da atenção básica preventiva e predomínio de intervenções tardias e o retorno de doenças consideradas extintas.

Com isso vamos presenciar a ampliação da saúde privada via planos de saúde para a classe média e uma desvalorização do SUS, que é visto pela população como um sistema ruim e que é voltado para as classes empobrecidas. O processo de implantação do SUS na década de 1990 consolidou o funcionamento do sistema privado de forma independente do sistema público. Mas, como bem sabemos a Constituição define no seu Artigo 199, § 1.º:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2001, p. 117).

Contudo, presenciamos algumas implicações para a completa implementação do SUS, segundo Menicucci (2006, p. 60), de fato, no país não existe um sistema único, mas um sistema de saúde dual, que podemos definir:

O primeiro deles é o público-estatal, no qual o acesso é universal, gratuito e igualitário, a partir de uma concepção de direito a saúde consagrado constitucionalmente. O outro é o segmento privado, no qual o acesso se dá a partir do poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, caso em que o acesso a assistência é intermediado e financiado, total ou parcialmente, pelo empregador.

Para Menicucci (2006) neste processo, o acesso é privilegiado ao usuário que possui planos privados, mas também por outras diferenciações, como renda, ocupação e localização geográfica, este é o reflexo da história da expansão da cobertura privada e pública nos grandes centros urbanos.

Frente às dificuldades apresentadas Menicucci (2006) ainda vai trazer outra situação presente na sociedade, as Fundações Estatais, através do Projeto de Lei Complementar 92/2007 apresentado pelo executivo no Congresso Nacional em 13/07/2007, que visa à criação de Fundações Estatais (instituição sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado). Seu desempenho estaria voltado para áreas que são chamadas não exclusivas do Estado, como saúde, cultura, educação, assistência social, comunicação social.

Pode-se afirmar, entretanto, que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo, dão seqüência a contra-reforma do Estado iniciada na gestão de FHC, encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado [...] (BRAVO e MENEZES, 2007, p. 13).

Portanto, precisamos enfrentar o desafio de se buscar a construção de uma ordem social democrática e realizar a articulação entre interesses, necessidades básicas, demandas sociais, com base na constituição de direitos. Conforme Cohn (1996, p. 317-318):

Trata-se, enfim, de pensar as políticas públicas e a desigualdade social em termos de sua re-articulação econômica, assumindo como central a dimensão da cidadania, do controle público sobre as ações do Estado, o que significa pensá-las no interior de um projeto para a própria sociedade.

A implementação do SUS numa conjuntura de contra-reformas onde se prioriza a focalização e a privatização, em nada tem fortalecido o Projeto Democrático Popular que fundamentou a Reforma Sanitária e o SUS. Precisamos retomar algumas reflexões importantes na implementação da diretriz de participação da comunidade. Para Correia (2005, p. 228) “[...] a importância dos mecanismos democráticos de participação não pode ser ignorada numa realidade como a brasileira, onde o que é público é tratado com descaso”. Assim, na seqüência será apresentado um pouco do processo participativo no SUS via Conselhos e Conferências de Saúde.

### **1.3 A participação social via Conselhos e Conferências de Saúde**

Em um primeiro momento precisamos entender o que é participação Gohn (2005, p. 30) a define como:

Um processo de vivência que imprime sentido e significado a um grupo ou movimento social, tornando-o protagonista de sua história, desenvolvendo uma consciência crítica desalienadora, agregando força sociopolítica a esse grupo ou ação coletiva, e gerando novos valores e uma cultura política nova.

A autora ainda afirma que não se refere a qualquer tipo de participação, mas a uma forma específica que leva à mudança e à transformação social.

Para Gohn (2003, p. 13) “O entendimento dos processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas nos conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira [...]”. Este resgate dos processos de participação, vai nos remeter às lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e cidadania. “Nesse sentido, a participação é, também, luta por melhores condições de vida e pelos benefícios da civilização” (GOHN, 2003, p. 14). Segundo Bobbio, Matteucci e Pasquino:

[...] os direitos sociais (direito ao trabalho, a assistência, ao estudo, a tutela da saúde, libertação da miséria e do medo), maturados pelas novas exigências da sociedade industrial, implicam, por seu lado, um comportamento ativo por parte do Estado, ao garantir aos cidadãos uma situação de certeza (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1998, p. 354).

A palavra participação, conforme a época e a conjuntura histórica, vai apresentar a associação a outros termos, como: democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, solidariedade e exclusão, etc.

Conforme Gohn (2003, p. 14) podemos analisá-la segundo três níveis básicos: o conceptual, o político e o da prática social.

O primeiro apresenta um alto grau de ambigüidade e varia segundo o paradigma teórico em que se fundamenta. O segundo, dado pelo nível político, usualmente é associado a processos de democratização (em curso ou lutas para a sua obtenção), mas também poder ser utilizado como um discurso mistificador em busca da mera integração social de indivíduos, isolados em processos que objetivam reiterar os mecanismos de regulação e normatização da sociedade, resultando em políticas sociais de controle social. O terceiro as práticas, relaciona-se ao processo social propriamente dito; tratam-se das ações concretas engendradas nas lutas, movimentos e organizações para realizar algum intento. Aqui a participação é um meio viabilizador fundamental.

No Dicionário de Política organizado por Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 888): “[...] o termo participação se acomoda também a diferentes interpretações, já que se pode participar, ou tomar parte nalguma coisa, de modo bem diferente, desde a condição de simples espectador mais ou menos marginal a de protagonista de destaque”. Segundo Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998) a participação política pode ter três formas distintas: a presencial forma menos intensa e marginal; a participação ativa, na qual o indivíduo desenvolve uma série de atividades a ele delegadas de forma permanente; e a participação política, em que o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

A participação no Brasil até meados do século XX estava presente nos valores como: a família, a comunidade, o indivíduo. Tinha um caráter moralista e higienista e procurava manter o consenso entre os sujeitos sociais (KRÜGER, 2008).

No Brasil a história da participação esta vinculada as características da formação capitalista e da nossa cultura política: colônia de exploração, modernização conservadora, latifúndio, formação hipertardia, corrupção e exclusão das massas populares (KRÜGER, 2008, p. 2).

Dessa forma precisamos levar em consideração a realidade histórico-social e a relação Estado-sociedade para entendermos a história da participação no Brasil. Para Carvalho (1995, p. 24) “Participação tem o sentido de resistir à exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo”. Esse sentido de participação foi usado no processo de redemocratização e institucionalização das políticas sociais na década de 1980 no Brasil, contudo os movimentos sociais tiveram ganhos significativos.

[...] no caso brasileiro, a participação social se institucionaliza na esteira do processo de democratização do país, dirigido a transformar o Estado, superando seu caráter politicamente autoritário e socialmente excludente (CARVALHO, 1995, p. 28).

Então, com o processo de redemocratização do Estado que passa a recuperar e integrar as reivindicações populares, através da legitimação dos movimentos sociais e na tentativa de equilibrar a sua relação com a sociedade, vamos presenciar o início de abertura para a participação no Brasil.

Com o processo de implementação da Reforma Sanitária no país a participação popular e a própria mobilização dos sujeitos envolvidos veio contribuir na institucionalização dos Conselhos de Saúde. A participação foi contemplada através das reivindicações do Movimento Sanitário que exigia melhores condições de vida, de saúde e de atendimento a doença, mas que as prioridades nascem de espaços com participação social. A participação institucionalizada via Conselhos e Conferências da sociedade civil na política de saúde vai estabelecer a intervenção da sociedade organizada, que passa a exercer o controle social sobre as ações do Estado com relação à formulação da política de saúde e gestão do gasto público. Portanto, temos formalmente um espaço que pode possibilitar uma participação ativa da sociedade, com vistas a interferir na tomada de decisões sobre a política de saúde.

Após esta breve caracterização sobre participação, vamos tratar dos Conselhos e Conferências de saúde, enquanto instrumentos de participação institucionalizados na área da Saúde. Segundo Correia (2007, p. 125). “A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações [...]”.

Historicamente a categoria controle social é vista como controle do Estado ou do capital sobre a população, ou seja, no sentido de reprimir a população. Mas, o “sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais” (BRAVO, 2001b, p. 78).

Através da Lei nº 8.142/1990, o Conselho de Saúde é paritariamente: “[...] composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários [...]” (BRASIL, 2007a). Podemos salientar que o Conselho de Saúde vai atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde de acordo com sua instância, além do controle dos aspectos econômicos e financeiros. Os Conselhos de Saúde funcionam nos três níveis de governo: nacional, estadual e municipal. Nas mesmas esferas funcionam Conselhos das demais políticas sociais como: da mulher, criança e adolescente, assistência social, trabalho e renda, agricultura, entre outros.

Outro ponto importante a ser mencionado é a efetivação do controle social via Conferências de Saúde. Segundo Bravo (2001b, p. 80) “As Conferências de Saúde são eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação”. A autora ressalta que as deliberações das Conferências são norteadoras da implantação da política de saúde, por fim, seu caráter é influenciar os debates e decisões no espaço dos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde tem o caráter propositivo e no § 1.º do Artigo 1.º da Lei nº 8.142/1990 define:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes [...] (BRASIL, 2007a).

Com os Conselhos de Saúde vamos ter a abertura para a participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade civil e imprimir o seu caráter permanente e deliberativo.

Os Conselhos devem ser visualizados como *locus* do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas (BRAVO, 2001c, p. 47, grifo do autor).

Ou seja, são espaços que contribuem para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, além da defesa de uma política pública de saúde pautada na integralidade, onde ênfase é a melhoria da qualidade dos serviços prestados para a população. Bravo (2001c, p. 49) complementa que através dos Conselhos de Saúde: “[...] concebe-se o controle social não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração da política [...]”.

Podemos afirmar que os Conselhos de Saúde são importantes, pois materializam a relação entre Estado e Sociedade na efetivação de um espaço de atuação política, contribuindo desta forma para discussão e ampliação da política pública de saúde. O controle social realizado através dos Conselhos de Saúde além de fazer parte do processo de descentralização da política de saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais.

Conforme Correia (2007), além disso, podemos observar que muitos Conselhos foram criados apenas para este propósito, enquanto outros são manipulados a partir de sua composição, através da ingerência política dos seus gestores, reduzindo a atuação dos Conselhos apenas para efetivar o repasse de recursos.

O Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados. Desta forma, constituem-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos imanentes ao processo de acumulação do capital, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde (CORREIA, 2007, p. 127).

Segundo Correia (2007, p. 127) “este espaço não é neutro, pois, nas tomadas de decisões manifestam-se conflitos em torno de projetos de sociedade contrapostos”. Correia (2000, p. 63) define que os Conselhos de Saúde “[...] podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia”.

De fato para Labra (2005, p. 353) “Os Conselhos de Saúde configuram um riquíssimo fenômeno político, institucional, social e cultural [...]”. A autora ressalta que os

Conselhos de Saúde no SUS é uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais.

Frente à estas considerações é possível afirmar que o controle social através dos Conselhos e Conferências de saúde possibilita “denunciar a apropriação privada do que é público e/ou re-alocar recursos pré-determinados no Orçamento da União” (CORREIA, 2007, p. 135).

Este processo é um grande avanço para a conjuntura do país, porém, estes mecanismos podem se constituir em instrumentos de gestão ou de resistência à reprodução ampliada da acumulação do capital, quando este favorece a aplicação do fundo público em detrimento do financiamento da classe dominante (CORREIA, 2007).

Os Conselhos e Conferências de saúde são instrumentos para determinar as ações dos gestores públicos, pois aprovam planos, projetos, relatórios financeiros, entre outros. Numa realidade brasileira em que o público é tratado com descaso, os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes, em sua maioria, ainda está nas mãos dos gestores, tratando-os com sigilo como se fossem privados, o papel dos Conselhos e Conferências possuem uma grande relevância pública (CORREIA, 2007).

Os Conselhos precisam enfrentar alguns desafios com relação à dinâmica utilizada, que por muitas vezes adota a concepção de democracia restrita ao aparelho de Estado, atribuindo aos Conselhos à lógica de controlar os conflitos, são espaço de consenso e mecanismo de viabilização das ações do Estado com o consentimento da população, ainda, nota-se a apropriação dos Conselhos pelos gestores, um número expressivo de sujeitos políticos participando de diversos Conselhos, reduzindo, assim, a participação efetiva da sociedade (BRAVO, 2001c).

Outro ponto abordado por Bravo (2001c) vai se relacionar com a disputa de projetos na sociedade. Neste caso, a disputa dos Conselhos é a gestão democrática das políticas sociais, mas para tal destacam-se algumas estratégias a serem viabilizadas: como a capacitação dos conselheiros numa perspectiva crítica e propositiva, rearticulação dos Conselhos Comunitários de Saúde, realização de pré-conferências e a mobilização das entidades dos profissionais de saúde para participarem dos Conselhos, com isso possibilitando a democratização das informações relativas à saúde.

Contudo, existem também outras limitações para a efetivação do controle social na saúde, tanto por parte dos usuários como dos gestores. Segundo Correia (2007), com relação aos gestores, estes não viabilizam transparência das informações, os recursos do Fundo de Saúde são manipulados, há a ingerência política na escolha dos conselheiros e o

controle sobre a aprovação de propostas elencadas pelo Conselho de Saúde. Com relação aos usuários, vamos ter a falta de organicidade entre os representantes e representados, a não defesa de um projeto comum, desconhecimento de seu papel sobre a realidade da saúde e, por último, a defesa de interesses próprios de cada segmento, com a fragmentação das propostas.

Apesar dos enfrentamentos necessários dentro dos espaços dos Conselhos, notamos expansão desses instrumentos de participação por todo o território brasileiro, como espaço de controle democrático. Conforme Behring e Boschetti (2007, p. 184) isto “não significa que houve uma redemocratização efetiva do Estado brasileiro, mas que este é um processo em curso e em disputa, com potencialidades democráticas [...]”.

A organização dos Conselhos de Saúde esta sendo exercido de acordo com a última Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333, de 04 de Novembro de 2003, porém ainda mantém o que propôs a Resolução nº 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde e consoante as recomendações da X e da XI Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: “a) 50% usuários; b) 25% trabalhadores de saúde; c) 25% governo, prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos” (BRASIL, 2007b).

Segundo a Resolução nº 333/2003 “a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde” (BRASIL, 2007b). Essa diretriz inclui uma longa lista de variadas representações que, segundo as especificidades locais, poderão ter assento no Conselho de Saúde.

Após estas contextualizações tratar-se-á sobre os Conselhos Locais de Saúde, que foram reivindicados como um espaço de aprofundamento dos mecanismos de participação, de modo a levar o debate das decisões sobre a política e dos serviços de saúde mais próximos do usuário.

#### **1.4 A participação através do Conselho Local de Saúde**

Na Lei nº 8.142/1990, não está previsto a constituição de Conselhos Locais, mas no § 5º da mesma lei “As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho” (BRASIL, 2007a). Com isto temos a abertura para o exercício do



controle social em outros espaços, além das três esferas de governo levando em consideração a especificidade de cada região. Assim os Conselhos Locais de Saúde podem ser estratégias e braços do Conselho Municipal nas várias localidades de um município, com objetivo de ampliar os canais de participação.

Os Conselhos Locais de Saúde normalmente tem se organizado nos bairros em torno de uma Unidade Local de Saúde. No entanto, a existência de uma Unidade de Saúde não é a condição necessária para a organização de um Conselho Local. A sede do Conselho Local normalmente também tem sido a Unidade de Saúde. Como visto a organização dos Conselhos Locais de Saúde não está prevista na Lei 8.142/1990, que regulamenta a diretriz da participação da comunidade, mas a participação em nível local também foi bandeira do Movimento Sanitário. Os Conselhos Locais de Saúde como espaços mais informais e menos burocratizados começam a se constituir em maior número nos anos 2000 e se estruturam a partir de Resoluções dos Conselhos Municipais de Saúde envolvendo profissionais de saúde que atuam no bairro, lideranças sociais diversas, representantes de escolas, clubes e usuários sem uma vinculação institucional.

Os Conselhos Locais de Saúde podem viabilizar maior aproximação do Conselho Municipal de Saúde com o bairro, no que se refere à questão da participação, elaboração das proposições para a política de saúde e este também pode contribuir/influenciar nas decisões tomadas pelo Conselho Municipal.

A existência de Conselhos Locais pode facilitar com que os Conselhos Municipais de Saúde conheçam melhor a realidade da saúde de seu município, assim é possível um maior controle social sobre os serviços prestados a população. Para Gontijo (2003, p. 01):

[...] é necessário avançar mais no processo de construção do novo sistema efetivando a participação e a co-responsabilidade das comunidades com a produção de saúde. O incentivo à criação dos Conselhos Locais se coloca como alternativa viável e democrática para o avanço deste processo.

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986 realizou-se em pleno processo de redemocratização do país, com a participação efetiva de vários segmentos da sociedade, marcou as lutas e a consolidação do SUS (BRASIL, 1986). No Relatório Final no tema II: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, especificamente no item nº 25 podemos encontrar a proposição sobre a constituição de Conselhos Locais:

Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida (BRASIL, 1986, p. 18).

A proposição sobre Conselho Local de Saúde é contemplada na VIII Conferência Nacional de Saúde, mostrando que alguns Conselhos já podem estar fazendo uso destes espaços para a organização e implementação da gestão participativa.

A IX Conferência Nacional de Saúde em agosto de 1992 realizou-se numa conjuntura de insatisfação social, este período foi marcado pelo *impeachment* do então presidente Fernando Collor. As propostas da IX Conferência ficaram em torno do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1992). No Relatório Final algumas proposições sobre os Conselhos de Saúde, foram encontradas no item nº 6.1: “Garantir a implantação dos Conselhos de Saúde nos diversos níveis, no máximo até seis meses após a publicação deste Relatório” (BRASIL, 1992, p. 33), sem referências específicas aos Conselhos Locais, mas com indicações sobre Conselhos Gestores de Unidade.

A X Conferência Nacional de Saúde de 02 a 06 de setembro de 1996 procurou reafirmar o SUS, fazer crítica e protesto a política neoliberal do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e o debate por alocação de recursos para a saúde. No Relatório Final na parte referente o Controle Social no SUS, item nº 112:

Os Conselhos e os Gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação, os quais devem ter asseguradas, pelos gestores do SUS, todas as informações necessárias para a análise e deliberação das questões (BRASIL, 1996, p. 42).

No item nº 112.1 propõe também a constituição de “Conselhos Distritais e Regionais” (BRASIL, 1996, p. 42). Como podemos perceber não menciona especificamente a constituição de Conselhos Locais de Saúde, seguindo a mesma lógica da Conferência anterior.

Com relação a XI Conferência Nacional de Saúde de 15 a 19 de dezembro de 2000, tivemos o debate sobre o agravamento da falta qualidade de vida da população em decorrência da política neoliberal do governo com a aplicação de ajustes fiscais. A Conferência trabalhou para a afirmação do público e combate a mercantilização da saúde. No Relatório Final no que se refere sobre Controle Social os participantes da Conferência ressaltam: “Os Conselhos Municipais de Saúde são os mecanismos de controle social que

mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos” (BRASIL, 2000, p. 44 e 45). Porém precisam de autonomia, pois de acordo com os participantes “são comuns os ‘Conselhos Cartoriais’, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários comprometendo a autonomia política” (BRASIL, 2000, p. 45, grifo do autor). Nota-se também a proposição de constituição de Conselhos Regionais de Saúde de caráter consultivo que para algumas cidades podem representar este o início de organização local.

A XII Conferência Nacional de Saúde de 07 a 11 de dezembro de 2003, denominada *Conferência Sérgio Arouca*, teve como objetivo discutir propostas que viabilizassem a formulação do Plano Nacional de Saúde para o governo, sendo então presidente Luís Inácio Lula da Silva. As propostas deram ênfase na reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS. No Relatório Final, nas diretrizes gerais, especificamente sobre o controle social e gestão participativa, item nº 4 propõe: “Incentivar a formação e estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, apoiar e dinamizar suas ações, viabilizando a participação dos Conselhos Locais em Conferências, Fóruns de Saúde e outros eventos semelhantes” (BRASIL, 2003, p. 103). Também encontramos proposições no item Conselhos de Saúde nº. 17:

Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde com dotação orçamentária e estimular a criação dos Conselhos Locais de Saúde, por meio de seminários e palestras, nos Conselhos, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros, usuários e gestores, apoiados pelas secretarias municipais de saúde, assegurando autonomia estrutural, eleições democráticas das entidades representativas dos segmentos, a paridade conforme a Resolução CNS nº. 333/2003, bem como eleições de todos os membros das mesas diretoras (BRASIL, 2003, p. 107).

Na XII Conferência as proposições deram uma maior abertura da efetivação da participação através de Conselhos Locais, onde a comunidade vai discutir e elencar proposições para a política de saúde de seu município.

A XIII Conferência Nacional de Saúde de 14 e 18 de novembro de 2007, de acordo com o Relatório Final dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 realizaram suas Conferências Municipais, isto equivale a 77% dos municípios do país, para os participantes um avanço para o Controle Social (BRASIL, 2007c). O tema discutido na Conferência: *Saúde e Qualidade de Vida, políticas de Estado e Desenvolvimento*, no Eixo III – A participação da sociedade na efetivação do direito humano a saúde, destaca-se a proposição sobre Conselhos Locais:

Incentivar a criação por lei, em todo o país, de Conselhos Locais e Distritais de Saúde, com apoio e supervisão das três esferas de governo, como instâncias de controle social, recomendando a participação efetiva de usuários e trabalhadores no seu processo de implantação e desenvolvimento (BRASIL, 2007c, p. 162).

Com relação à III Conferência Estadual de Saúde<sup>4</sup> de Santa Catarina, que se realizou de 10 a 12 de novembro de 2000, no Relatório Final, item nº 14 do tema I, sobre participação popular e controle social encontramos: “Articulação do Conselho Municipal de Saúde com outros Conselhos existentes no município e entre os diversos Conselhos Locais de Saúde” (SANTA CATARINA, 2000, p. 01). Em seguida no item nº 16: “Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, realizem planejamento participativo, incluindo o orçamento do Fundo Municipal de Saúde, com a participação efetiva dos Conselhos Locais de Saúde” (SANTA CATARINA, 2000, p. 01). Nas propostas sobre o tema Qualidade, no seu item nº 6, ressalta também: “Que os Conselhos Locais, Regionais e Municipais fiscalizem o cumprimento do Plano Municipal de Saúde, realizando plenárias anuais para avaliação do mesmo” (SANTA CATARINA, 2000, p. 03).

A IV Conferência Estadual de Saúde de 24 a 26 de outubro de 2003, também elencou algumas proposições sobre Conselhos Locais. O Relatório Final no que refere à gestão participativa, o item nº 20 destaca: “Realizar a eleição dos Conselhos Municipais de Saúde em fórum específico por segmento e que seja garantido no mínimo um assento nos Conselhos Municipais para representante dos Conselhos Locais de Saúde”. Outra proposição importante esta relacionada em “Garantir no orçamento do Conselho Municipal de Saúde (Fundo Municipal de Saúde) uma verba para manter os Conselhos Locais de Saúde e promover as atividades que estimulem a participação popular” (SANTA CATARINA, 2003, p. 26 e 27).

Em Florianópolis já foram realizadas sete Conferências Municipais de Saúde<sup>5</sup>, a primeira aconteceu de 07 a 09 de abril de 1995, com o tema: *O Nascer, Viver e Morrer*:

---

<sup>4</sup> Ao realizar a pesquisa sobre as Conferências Estaduais de Saúde, o único Relatório disponível encontrado no site: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) foi o da IV Conferência Estadual. O Relatório da III Conferência Estadual foi disponibilizado pela professora Tânia R. Krüger. Com o intuito de resgatar mais informações realizei uma visita no Conselho Estadual de Saúde para assim buscar outros Relatórios, mas não foi possível o acesso, sendo que um responsável ficou de retornar a informação caso conseguisse fornecer o material. Destaca-se que o Relatório da V Conferência Estadual de Saúde realizada em setembro de 2007 ainda não está disponibilizado ao público.

<sup>5</sup> Com relação às demais Conferências Municipais não foi possível acessar seus Relatórios, então se realizará uma breve caracterização dos Relatórios Finais da I, VI e VII Conferência Municipal. O Relatório da I Conferência Municipal foi disponibilizado pela professora Tânia Regina Krüger, os demais através do site do Conselho Municipal de Saúde: [www.pmf.sc.gov.br/saude/conselhomunicipal/](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselhomunicipal/). Ao entrar em contato com o Conselho Municipal, para ter acesso aos outros Relatórios das Conferências Municipais, fui informada que o material é de difícil acesso, pois, se encontra no arquivo morto e é necessário procurar.

*repensando a Saúde em Florianópolis*. A iniciativa foi do Conselho Municipal de Saúde. Segundo o coordenador da I Conferência Municipal de Saúde o senhor Júlio César Marchi: “A convocação teve um grande eco na comunidade e, na abertura da Conferência, tivemos a presença de aproximadamente duzentos e trinta pessoas de diferentes segmentos sociais” (FLORIANÓPOLIS, 1995, p. 6). Outros temas foram debatidos como: avaliação da realidade de saúde do município, financiamento, controle social e participação popular, entre outros. No Relatório Final desta Conferência, com relação ao controle social, no item nº 2, evidenciou a proposta de “incentivar à formação de Conselhos Locais de Saúde” (FLORIANÓPOLIS, 1995, p. 19).

A VI Conferência Municipal de Saúde realizou-se de 25 a 27 de setembro de 2003, contou com a participação de 457 pessoas, entre delegados, participantes, convidados e comissão organizadora. O processo de organização da Conferência contou com comissões para realizar as pré-conferências locais e regionais, este processo iniciou em maio de 2003 e finalizou em setembro de 2003. Com relação ao controle social, algumas proposições foram definidas, como a criação de fóruns de discussão nos Conselhos Locais e Regionais de Saúde, a destinação de recursos financeiros para a assessoria aos Conselhos Locais, incentivo e formação nas comunidades para a criação de Conselhos Locais e por último a constituição de Conselhos Gestores, aglutinando os Conselhos Locais, visando fortalecer o controle social (FLORIANÓPOLIS, 2003).

A VII Conferência Municipal de Saúde teve duas etapas, a primeira de 13 a 15 julho de 2006, que se intitulou *Em defesa do SUS: um Pacto pela Integralidade* e a segunda complementar em 17 de agosto de 2007. A VII Conferência aconteceu num período de mudança na gestão do SUS para os municípios brasileiros, através da Portaria do Ministério da Saúde nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde<sup>6</sup>, consolida o SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. O município de Florianópolis através da VII Conferência na etapa de 2006, procurou discutir a implementação do Pacto pela Saúde. Além dos procedimentos assistenciais da atenção básica no município deu-se início gradativo dos serviços de média e alta complexidade em pactuação com a Secretaria de Estado da Saúde, sendo que a adesão ao Pacto ocorreu em 20 de julho de 2007, através do documento nº 066/CIB/2007 (FLORIANÓPOLIS, 2008a).

---

<sup>6</sup> Pacto pela Saúde contempla três dimensões – Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam à consolidação do SUS e maior equidade social, buscando superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da qualificação da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2008b).

A etapa complementar da VII Conferência Municipal, agosto de 2007 discutiu e elaborou propostas sobre o tema central da XIII Conferência Nacional de Saúde: *Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento*.

Com relação ao controle social e participação, a VII Conferência Municipal propõe no que se refere à responsabilidade do município: apoiar os processos de mobilização social, realizar Conferências Municipais de Saúde, discussões sobre o controle social nos espaços regionais, apoiar o processo de formação de conselheiros de saúde, implementar a ouvidoria municipal e prover condições materiais e físicas para o funcionamento dos Conselhos Locais (FLORIANÓPOLIS, 2008a).

Notamos que as proposições das Conferências no âmbito nacional são dispersas no que se refere aos Conselhos Locais, podendo ser o fator pelo qual, não tenha uma maior abrangência desses espaços nos municípios brasileiros e as pesquisas sobre o tema restritas e tímidas.

A IV Conferência Estadual de Santa Catarina mostrou-se mais próxima da proposta de efetivar os Conselhos Locais, dando suporte para o seu funcionamento.

Das sete Conferências Municipais realizadas estudamos Relatórios de três e pudemos perceber que deram ênfase na efetivação dos Conselhos Locais, mostrando a importância das discussões no âmbito local sobre a política de saúde, além de perceber o papel fundamental da comunidade em levantar informações necessárias para o planejamento e implementação da política de saúde no município.

Para continuar a contextualização sobre Conselho Local, julgamos importante uma breve caracterização do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis e em seguida alguns aspectos referente à organização do espaço do Conselho Local de Saúde no município.

O Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis foi criado a partir da Lei Municipal nº. 3291 de 1º de setembro de 1989. A respectiva lei define também as atribuições ao Conselho Municipal, sendo um órgão deliberativo, no seu Artigo 2º: “O Conselho Municipal de saúde, tem por finalidade definir a Política Municipal de Saúde, em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional e Estadual de Saúde” (FLORIANÓPOLIS, 1989).

Posteriormente esta lei sofreu alterações, primeiro pela Lei nº. 3970 de 14 de janeiro de 1993 e após com a Lei nº. 5749 de 22 de setembro de 2000. As alterações ocorridas na Lei nº. 3291/1989 até o momento foram importantes para a organização do Conselho Municipal, definindo a participação do Conselho nos aspectos econômicos e financeiros da

Política Municipal de Saúde e atribuindo um número maior de competências ao Conselho (FLORIANÓPOLIS, 2008c).

O Regimento Interno do Conselho Municipal, instituído em 1993, sofreu duas alterações, sendo uma em 2006 e a última em agosto de 2007. O Conselho Municipal de acordo com o seu Regimento Interno funciona através de sessões ordinárias, uma vez por mês, e ou sessões extraordinárias. O Regimento Interno determina que sua composição será conforme o Artigo 4º: “composto por representantes 13 entidades-membros que pertence ao segmento dos usuários, e de 13 entidades-membros pertencentes aos segmentos do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde” (FLORIANÓPOLIS, 2008d).

O Regimento Interno também menciona as Câmaras Técnicas, são órgãos que tem por objetivo assessorar o Conselho em matérias cuja especificidade, importância ou urgência assim o justifiquem, ou que atenda a determinações legais, estão definidas em Câmara Técnica de Atenção à Saúde e de Gestão e Administração de Saúde. As Câmaras contribuem para uma maior apreciação dos conselheiros em determinadas decisões, trazendo informações complementares relevantes aos referidos temas (FLORIANÓPOLIS, 2008d).

Sobre os Conselhos Locais de Saúde o Regimento Interno do Conselho Municipal contempla no seu Artigo 31º: “Os Conselhos Locais de Saúde são órgãos consultivos e propositivos do SUS, vinculados ao Conselho Municipal de Saúde, e suas demandas serão encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde”. Determina ainda que serão organizados de acordo com a Resolução do Conselho Municipal e deverão manter atualizados sobre sua estrutura e funcionamento, observando a paridade conforme a Lei nº. 8.142/1990 (FLORIANÓPOLIS, 2008d).

O Conselho Municipal de Saúde fazendo uso da Lei nº. 3970/1993 e da Lei nº. 5749 de 22 de setembro de 2000 sancionou através da Reunião Extraordinária nº. 33 a Resolução nº. 010/2008 que determina: Criação, implantação e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Florianópolis, revogando a Resolução de nº. 01/2000.

Conforme a Resolução nº. 010/2008 o Conselho Local de Saúde tem caráter resolutivo e propositivo, suas decisões devem ser encaminhadas para o Conselho Municipal, que por este último ter um caráter deliberativo poderá tomar providências junto da Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho Local será composto de 50% de usuários e 50% de trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Quanto ao número de conselheiros, deve ter o mínimo de oito Conselheiros titulares e no máximo dezesseis, sendo que para cada titular, deverá ter um suplente (FLORIANÓPOLIS, 2008e).

O espaço político-participativo do Conselho Local de Saúde pode representar segundo Carvalho (1995, p. 107) “[...] a criação de possibilidades inéditas de emergência de novos atores, na esteira e sob a inspiração do processo mais geral que se desenvolve nas esferas Estadual e Federal dos Conselhos”. O Conselho Local representa o processo de constituição e efetivação da participação da comunidade no controle social e na interferência das decisões do poder público sobre suas reivindicações.

As eleições de conselheiros locais devem ser divulgadas na comunidade, qualquer morador pode participar como também profissionais da Unidade de Saúde. A Resolução nº 010/CMS/2008 determina ainda que a cada dois anos seja realizada uma nova eleição. Referente às reuniões, devem ser mensais e abertas para a comunidade, o local, data e horário são definidos pelos conselheiros (FLORIANÓPOLIS, 2008e).

Segue algumas atribuições e competências do Conselho Local, conforme texto modelo de Regimento Interno do Conselho Local, elaborado pelo Conselho Municipal de Saúde:

- a) tomar conhecimento dos problemas de saúde da população do seu bairro;
- b) organizar a população para que lhe sejam garantidas melhores condições de saúde;
- c) proporcionar meios de informação para os usuários da Unidade Local de Saúde, de interesse da saúde coletiva, bem como, das atividades desenvolvidas pelo SUS;
- d) despertar o interesse dos moradores do bairro, a fim de obter a sua participação ativa e consciente na identificação e busca de soluções para os problemas de saúde;
- e) representar a população perante as autoridades competentes, dentro de suas atribuições e por delegação dos seus pares;
- f) acompanhar e avaliar as atividades da Unidade de Saúde do bairro e os serviços prestados à população;
- g) participar do planejamento das ações locais de saúde;
- h) ajudar na implementação do Plano Municipal de Saúde e participar ativamente do planejamento e realização das pré-conferências de saúde, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2008e).

Para brevemente caracterizar a estrutura dos serviços de saúde em Florianópolis apresenta-se a tabela a seguir:



**Tabela 01** – Número de Unidades de Saúde no município de Florianópolis:

<b>Tipo de Unidades de Saúde</b>	<b>Número de Unidades</b>
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	03
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	01
Centro de Saúde	42
Centro de Saúde (atendimento até as 22h)	06
Policlínica	04
Laboratório	01
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	02
Centro de Controle de Zoonoses	01
Farmácia Escola UFSC/PMF	01
<b>Total</b>	<b>61</b>

**Fonte:** Tabela elaborada pela autora, dados obtidos através do site da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis em novembro de 2008.

Com relação ao número de Conselhos Locais de Saúde o município de Florianópolis conta com 19 CLS já instituídos, 08 estão em formação/reestruturação e 21 a constituir. Segue as Unidades Locais de Saúde dos referidos Conselhos Locais de Saúde instituídos: Agronômica, Armação Pântano do Sul, Barra da Lagoa, Campeche, Carianos, Centro, Coloninha, Estreito, Fazenda do Rio Tavares, Itacorubi, Ingleses, João Paulo, Morro das Pedras, Ponta das Canas, Pântano do Sul, Rio Tavares, Rio Vermelho, Saco Grande e Tapera (informação verbal) <sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Informação fornecida pela secretaria (Flavia Wiethorm de Oliveira) do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, durante visita nesta instituição, em 26 nov. 2008.

## 2 O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

### 2.1 O Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande

Primeiramente será localizado o bairro Saco Grande na cidade de Florianópolis. Ele está situado na porção centro-norte da Ilha de Santa Catarina, fazendo divisa com a margem da rodovia SC 401, tendo uma via principal de acesso ao bairro que é a Rodovia Virgílio Várzea, estando entre os quilômetros 1 e 5 da respectiva rodovia (MAIER, SOUZA e TRELHA, 2007). O bairro Saco Grande tem uma população de 12.484 residentes, de acordo com o censo do IBGE de 2000, estimativa 2008 (FLORIANÓPOLIS, 2008f).

A Unidade Local de Saúde (ULS) do Bairro Saco Grande atende uma população que abrange cinco áreas conforme a sua territorialização: Morro do Janga, Morro do Balão, Vila Cachoeira, Sol Nascente, Parque da Figueira. Em (ANEXO A) o mapa. O horário de atendimento da Unidade é das 8h às 12h e das 13h30min às 22h. Os serviços prestados pela unidade compreendem as seguintes áreas: Clínica Geral, Básico de Enfermagem, Programa Capital Criança, Vacinação, Teste do Pezinho, Pediatria, Preventivo do Câncer, Ginecologia, Serviço Odontológico, Psicológico, Homeopático, Equipes de Saúde da Família e o Programa da Rede Docente Assistencial<sup>8</sup> - RDA (FLORIANÓPOLIS, 2008f).

Através do RDA tem-se o Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde da Família<sup>9</sup>, curso de especialização nas áreas da medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia, psicologia e serviço social (FLORIANÓPOLIS, 2008g).

O Conselho Local de Saúde do Bairro Saco Grande foi criado em 05 de dezembro de 2002. Sua normatização se deu a partir da Resolução nº. 01, de 11 de maio de 2000<sup>10</sup>, do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis (SACO GRANDE, 2002).

---

<sup>8</sup> Em 1997, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), buscando atender as disposições da Lei Orgânica de Saúde que tratam da formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde, firmaram um convênio para instituir o Programa Docente Assistencial (PDA), estão articulados estagiários de cursos da UFSC e do Centro de Ciências Humanas que envolvem a formação de profissionais na área da saúde (ALVES, 2004).

A partir de maio 2006 iniciou uma nova reestruturação do Programa de Articulação Docente Assistencial, então passou a ser denominada Rede Docente Assistencial (RDA), em março de 2007 ficou definido o novo regimento (FLORIANÓPOLIS, 2008g).

<sup>9</sup> O trabalho de Residência em Saúde da Família na UBS do Saco Grande teve início em junho de 2002 com uma equipe de dez profissionais (ALVES, 2004).

<sup>10</sup> Esta Resolução foi substituída pela Resolução nº 010/CMS/2008, com a necessidade de adequação às diretrizes da Resolução nº 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2008e).

A partir de maio de 2000 com a participação das lideranças de entidades do bairro, moradores, ACS, profissionais da Unidade Local de Saúde, teve início as discussões sobre a formação do Conselho Local de Saúde. Contou com o apoio da coordenação da Unidade Local de Saúde, Secretaria Municipal e Conselho Municipal de Saúde. O processo de formação deu-se através de reuniões com a comunidade para esclarecer as normas de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e sobre a Resolução nº. 01 de 11/05/2000, que tratava dos Conselhos Locais de Saúde (SACO GRANDE, 2000).

A primeira reunião aconteceu nas dependências do Conselho de Moradores do Saco Grande (COMOSG), conforme a Ata da reunião do dia 09 de maio de 2000, contou com a presença de vinte e seis pessoas, entre elas representantes da ULS (enfermeiras, agentes comunitários de saúde (ACS) e uma médica), moradores do bairro Monte Verde e Saco Grande, representantes de entidades como da Associação Catarinense de Integração ao Cego (ACIC), Associação de Moradores do Loteamento João Gonzaga da Costa (ACOLJOGOC), Associação Pró-comunidade do Monte Verde (APROCOM), Associação de Moradores do Sol Nascente (AMSOL) e do COMOSG, entre outros. Durante a reunião foi levantada duas propostas, a primeira: cada entidade reuniria a comunidade para a escolha de um representante e enviaria este nome por escrito para a coordenadora da ULS, a segunda: os representantes das entidades presentes já seriam os escolhidos e seria enviado também à coordenadora da ULS, o nome deste titular e seu suplente. Após realizaram a votação da proposta, sendo vencedora a segunda. Então, em seguida foi definida a data das próximas reuniões sobre a implantação do Conselho Local de Saúde (SACO GRANDE, 2000 – Livro de Atas Reunião 09/05/2000).

Realizaram-se ainda mais duas reuniões, uma que deu continuidade a anterior com o objetivo da formação e organização do Conselho Local de Saúde e a última para a convocação da comunidade e entidades para a escolha de representantes do Conselho Local, esta contou com a participação de dez entidades da comunidade, conforme a Ata da reunião do dia 06/07/2000 (ANEXO B). Até a homologação do Conselho Local de Saúde em 2002 os representantes de entidades do bairro, moradores, profissionais de saúde e coordenação da Unidade Local de Saúde deram continuidade às reuniões do Conselho Local, nestas reuniões eram trazidas demandas do bairro, quanto a sua melhoria e também com relação aos serviços prestados pela Unidade Local de Saúde.

A homologação do Conselho ocorreu no dia 05 de dezembro de 2002, conforme citado anteriormente, neste dia estavam presentes vinte e uma pessoas, também contou com a presença de algumas entidades: APROCOM, COMOSG, E.B.M Donícia Maria da Costa,

estavam presentes moradores, enfermeiras, médicos, ACS. Nesta reunião foi realizada a votação da primeira diretoria do Conselho Local de Saúde (SACO GRANDE, 2002 – Livro de Atas Reunião 05/12/2002).

A partir do primeiro semestre do ano de 2003, o Conselho Local começou a receber o assessoramento do Serviço Social através do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Alves (2004, p. 76) destaca: “[...] a necessidade de aproximação dos profissionais de Serviço Social junto ao CLS, seu fortalecimento como instância de controle social, a assessoria quanto ao planejamento de suas ações [...]”.

O Regimento Interno do Conselho Local de Saúde<sup>11</sup> foi aprovado no dia 15 de maio de 2003 (ANEXO C), conforme a Ata da reunião de aprovação do Regimento, que contou com a presença de vinte e quatro pessoas, entre elas representantes de entidades como: AMVIC, APROCOM, COMOSG, E.B.M Donícia Maria da Costa, também estavam presentes moradores, ACS, enfermeiras e uma estagiária de Serviço Social (SACO GRANDE, 2003 – Livro de Atas Reunião 15/05/2003).

## **2.2 O Conselho Local de Saúde do Saco Grande e a realização da VII Conferência Municipal de Saúde em Florianópolis**

### **2.2.1 A pesquisa documental**

A proposta de estudo deste trabalho pretende analisar como o Conselho Local de Saúde do Saco Grande constrói suas propostas para a Conferência Municipal de Saúde e como acompanha a implementação das propostas e que constam no Relatório Final da Conferência. É importante salientar que através desta pesquisa será possível identificar de que forma esta acontecendo o processo político-participativo no Conselho Local, pois, sabemos que é um espaço privilegiado que pode fortalecer a democracia participativa.

---

<sup>11</sup> A área de abrangência do Conselho Local do bairro Saco Grande, conforme o seu Regimento Interno inclui o Monte Verde (SACO GRANDE, 2003).

Através da pesquisa também será possível qualificar o contexto de elaboração das propostas para a Conferência Municipal de Saúde e os mecanismos do Conselho Local, acompanhar ou cobrar do gestor a implementação das propostas aprovadas na plenária da Conferência.

Inicialmente para dar conta de responder o objetivo da pesquisa realizamos uma pesquisa documental nos arquivos do Conselho Local de Saúde do Saco Grande. A pesquisa encontrou como documento privilegiado de dados o Livro Ata do Conselho Local de Saúde e a partir dele que procuramos conhecer como este Conselho se organizou para a VII Conferência Municipal e como vem acompanhando a efetivação de suas propostas.

Como o Conselho Local começou efetivamente a funcionar no ano de 2003 quando estava em curso a VI Conferência Municipal de Saúde, optou-se por destacar aspectos que aparecem nas Atas sobre esta plenária.

A VI Conferência Municipal de Saúde realizou-se de 25 a 27 de setembro de 2003. Conforme a Ata da reunião do Conselho Local de Saúde do dia 07 de agosto de 2003, evidenciamos a organização do Conselho Local para participar desta Conferência. A secretaria do CLS informa sobre uma reunião que vai acontecer dia 13 de agosto às 19h no Itacorubi, para organizar a pré-conferência de saúde da Regional Leste. Não fica estabelecido na Ata da reunião quem vai participar (SACO GRANDE, 2003 – Livro de Atas Reunião 07/08/2003).

Na reunião do CLS do dia 04 de setembro de 2003, um conselheiro comenta que: *“a representação do CLS na pré-conferência é de muita responsabilidade”*. Percebe-se que não é feita votação ou indicação de quem vai participar da pré-conferência (SACO GRANDE, 2003 – Livro de Atas Reunião 04/09/2003). Na reunião do CLS do dia 02 de outubro de 2003, durante os informes a coordenadora do CLS solicita que os participantes da VI Conferência Municipal de Saúde repassem as informações sobre a mesma. Então, uma Conselheira coloca: *“a Conferência foi uma decepção, pela desorganização”*. Outra, conselheira complementa que *“o ponto forte da Conferência Municipal de Saúde foi à realização das pré-conferências, onde foram encaminhadas as propostas das Regionais de Saúde”*. Em seguida mais uma complementação de uma conselheira: *“não é apenas a reunião do nosso CLS que falta a participação, também na Conferência Municipal de Saúde acontece o mesmo”*. Outro ponto levantado nesta reunião é a *“pouca participação de homens no CLS e inclusive nas Associações”* (SACO GRANDE, 2003 – Livro de Atas Reunião 02/10/2003).

Desde a sua criação, período corresponde de 2002 a 2008, o Conselho Local de Saúde do Saco Grande já realizou cinco eleições da sua mesa diretora e para recompor o quadro de conselheiros (titulares e suplentes) <sup>12</sup>.

A última eleição para uma nova gestão do Conselho Local de Saúde, compreendendo 2007-2009, ocorreu em 18 de junho de 2007 e esta sendo representado pelos seguintes segmentos, conforme tabela abaixo:

**Tabela 02 – Composição do Conselho Local de Saúde - Gestão 2007-2009:**

<b>Usuários</b>	<b>Governamental</b>
<b>ACIC</b> Titular: Gerdfried Tribess Suplente: Beatriz de Oliveira Odilon	<b>Prestadores de Serviço:</b> Arvore da Vida Titular: Elishitamy Suplente:
<b>AMSOL</b> Titular: Luciana dos Santos Suplente: João Batista Gomes de Morais	<b>Prestadores de Serviço Escola Municipal</b> <b>Donícia Maria da Costa</b> Titular: Rosilene Amorim dos Anjos Suplente: Débora da Silva Inácio
<b>COMOSG</b> Titular: Rosangela Amorim dos Anjos Suplente: Maria Regina do Nascimento	<b>Gestores – ULS</b> Titular: Marly de Aquino
<b>Pastoral da Saúde</b> Titular: Rosa Izelma Sozo Suplente: Janete Pery Amaral	<b>Profissionais</b> Titular: Ricardo Camargo Vieira Suplente: Marcela Ceci Dohms
<b>Moradora</b> Titular: Angelita de Oliveira Martins (Monte Verde)	<b>Profissionais</b> Titular: Igor Tavares Chaves Suplente: Leandro Molina
<b>Moradora</b> Titular: Danúbia Adriana (Morro do Balão)	<b>Profissionais – ACS</b> Titular: Suplente:
<b>Totais</b>	<b>Representantes dos usuários: 10</b>
	<b>Representantes Governamentais: 08</b>

**Fonte:** Livro de Atas de Reunião do Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande /Florianópolis de 18 junho de 2007.

A primeira etapa da VII Conferência Municipal de Saúde aconteceu nos dias 13, 14 e 15 de julho de 2006. Conforme a Ata da reunião do CLS de 15 de maio de 2006<sup>13</sup> destacou-se a organização do Conselho Local para participar da Conferência. A coordenadora da ULS informa sobre a realização da pré-conferência de saúde no dia 27/05 às 13h no auditório da ULS do Saco Grande e que para isto o Conselho deve se reunir e trazer propostas para a pré-conferência, esta, por sua vez irá levantar propostas de interesse regional para a Conferência que será realizada em julho (MARTINI, 2006). Em seguida, a coordenadora

<sup>12</sup> Informação da Coordenadora eleita para gestão de 2007-2009 – Rosangela Amorim dos Anjos.

<sup>13</sup> A Ata de 15 de maio de 2006, não foi encontrada nos livros de Atas do Conselho Local de Saúde, o acesso a esta Ata foi possível através dos anexos do Trabalho de Conclusão de Curso de Débora Martini. “Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde: a contribuição do Serviço Social”. Florianópolis. DSS/ UFSC, 2006.2.

define que no dia 22/05 às 18h haverá a Plenária Local para levantar sugestões para a pré-conferência regional e esclarece que a Regional Leste levará cinquenta e sete delegados dentre eles: vinte e nove usuários, cinco prestadores de serviço, nove gestores e quatorze trabalhadores de saúde. No final da reunião fica estabelecido que os conselheiros irão participar da Plenária Local de Saúde (22/05), da Pré-conferência Regional de Saúde (27/05) e da Conferência Municipal de Saúde que acontecerá nos dias 13, 14 e 15 de julho de 2006<sup>14</sup> (MARTINI, 2006).

Com relação às demais Atas das reuniões do CLS do ano de 2006 não se constatou assuntos relacionados à VII Conferência Municipal de Saúde.

Dando continuação, no mês de julho de 2007, conforme a Ata da reunião do Conselho Local tendo como pauta: apresentação do Relatório dos trabalhos desenvolvidos pelo Serviço Social correspondente ao ano de 2006 e início de 2007, eleição da mesa diretora do Conselho Local para a gestão 2007-2009<sup>15</sup> e as demandas da comunidade. O processo de eleição da nova mesa diretora foi realizado através de indicações e inscrições dos conselheiros interessados e em seguida votação (SACO GRANDE, 2007 – Livro de Atas Reunião 17/07/2007).

Nesta mesma reunião os conselheiros trazem para a discussão a VII Conferência Municipal de Saúde, com a data prevista para 17 de agosto de 2007 (etapa complementar). Durante a reunião os conselheiros vêem a necessidade de adiantarem a reunião ordinária do Conselho do mês de agosto, para assim poder realizar a discussão dos temas que serão abordados na Conferência Municipal. Também é discutida a possibilidade de realizar uma oficina para ACS, trazendo para eles qual é o papel do Conselho Local, sensibilizando os mesmos sobre a importância desse espaço (SACO GRANDE, 2007 – Livro de Atas Reunião 17/07/2007).

A reunião do Conselho Local do dia 13 de agosto de 2007 teve como pauta: as demandas da comunidade e os serviços prestados pela ULS. Nesta reunião é identificado um comentário sobre a VII Conferência Municipal de Saúde, etapa de 2006: *“foi uma Conferência fechada, sem espaço”*.

Após alguns questionamentos, um conselheiro representante dos profissionais comenta: *“seria importante ter algo para levar à Conferência Municipal”*. Assistente Social

---

<sup>14</sup> Através da pesquisa realizada constatou-se que três conselheiros não lembram sobre a organização do CLS para participar da VII Conferência Municipal de Saúde.

<sup>15</sup> A mesa diretora ficou composta: coordenador – Rosângela Amorim dos Anjos, vice-coordenador – Ângelita de Oliveira Martins, secretário – Rosilene Amorim dos Anjos e vice-secretário – Luciana dos Santos (SACO GRANDE, 2007 – Livro de Atas Reunião 17/07/2007).

Débora, que presta assessoria ao Conselho via Residência Multiprofissional de Saúde da Família, informa que a Conferência Municipal será das oito horas da manhã até à tarde, tendo como local a Associação Catarinense de Medicina (ACM) e como tema: *Saúde e Qualidade de Vida*. Após, ressalta a programação da VII Conferência Municipal, trazendo um comentário: “há Conferências, mesas redondas e pouco espaço para a sociedade se colocar”. Outra conselheira representante dos usuários diz que “é um pacote pronto”. Em seguida, outro conselheiro representante dos profissionais, coloca: “não há objetivo de fazer levantamento de propostas e votação de delegados é simplesmente escutar, debater”. Então, após algumas discussões, é deliberado quem vai participar da Conferência, quando quinze pessoas se disponibilizam a participar. Também é tirado na reunião que será feita uma moção de repúdio (ANEXO D), ficando marcado para se encontrarem na ACM com cópias da moção para ser entregue aos participantes da VII Conferência Municipal de Saúde – etapa complementar. (SACO GRANDE, 2007 – Livro de Atas Reunião 13/08/2007).

A reunião do Conselho Local de Saúde do dia 17 de setembro de 2007, após a VII Conferência Municipal (etapa complementar) de acordo com a Ata desta reunião, além das discussões sobre o andamento das demandas da comunidade, os conselheiros comentaram sobre a Conferência Municipal que “a participação popular ainda não foi dada a abertura” (SACO GRANDE, 2007 – Livro de Atas Reunião 17/09/2007).

Durante a leitura dos livros de Atas de 2007 e 2008 não foi possível identificar nenhum comentário sobre o Relatório Final compreendendo as duas etapas da VII Conferência Municipal, também não identificamos nenhuma preocupação com o acompanhamento da efetivação por parte do Conselho Local de Saúde em relação às propostas aprovadas nesta Conferência.

### **2.2.2 As entrevistas**

Após o conhecimento do histórico do Conselho Local de Saúde do Saco Grande via a sua documentação iniciou-se o segundo momento da pesquisa empírica, a realização de entrevistas.

O critério utilizado para selecionar os entrevistados partiu do princípio dos mesmos terem participado da VII Conferência Municipal de Saúde e contemplando os representantes de acordo com os diferentes segmentos presentes no Conselho Local. Dando



início à pesquisa, entrei em contato com a ULS através de ligação telefônica para verificar a presença de algum conselheiro na unidade e assim conseguir mapear outros conselheiros para realizar a pesquisa. Então, fui informada que a coordenadora do Conselho Local é a senhora Rosângela Amorim dos Anjos, e que a encontro no COMOSG. Com a coordenadora consegui o contato dos demais conselheiros, inicialmente já mapeados no estudo das atas do Conselho Local de Saúde.

Durante a pesquisa tive dificuldades de entrevistar os conselheiros que representam o segmento governamental, sendo que a maioria tem horários diferenciados e para encontrá-los na ULS foi difícil, e quando lá estavam não podiam me receber, pois estavam em atendimento aos usuários e o tempo disponível era muito curto. Dos mapeados para a entrevista tive uma recusa de um conselheiro do segmento governamental.

As entrevistas foram com roteiro semi-estruturado (ANEXO E), contemplando o perfil do entrevistado seguido de questões abertas. A intenção era gravar as entrevistas, mas os entrevistados se opuseram, dizendo não ser necessário, também é importante salientar que os entrevistados foram receptivos para a realização da entrevista. A realização da pesquisa seguiu os preceitos éticos e possui parecer favorável junto do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (ANEXO F), também foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) para realizar a pesquisa (APÊNDICE A).

Foram entrevistados nove pessoas, oito são do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto à representação por segmento os entrevistados estão distribuídos da seguinte forma: dos usuários totalizam seis (cinco representam entidades e um morador), do segmento governamental são três (dois profissionais da saúde e um prestador de serviço). Segue abaixo, tabelas que melhor ilustram os sujeitos incluídos na pesquisa, conforme idade, escolaridade e ocupação.

**Tabela 03** – Número de entrevistados do CLS do Saco Grande conforme a idade:

<b>Idade</b>	<b>Entrevistados</b>
20 a 30 anos	03
31 a 40 anos	-
41 a 50 anos	01
51 a 60 anos	02
61 a 70 anos	03
71 ou mais	-
<b>Total</b>	<b>09</b>

**Fonte:** Pesquisa da autora

**Tabela 04** – Número de entrevistados do CLS do Saco Grande conforme a escolaridade:

<b>Escolaridade</b>	<b>Entrevistados</b>
Ensino Fundamental Incompleto (1º grau)	02
Ensino Fundamental Completo (1º grau)	-
Ensino Médio Incompleto (2º grau)	-
Ensino Médio Completo (2º grau)	01
Ensino Superior Completo (3º grau)	04
Pós-graduação <i>Latu Sensu</i> (Especialização e/ou MBA)	02
<b>Total</b>	<b>09</b>

**Fonte:** Pesquisa da autora

**Tabela 05** – Número de entrevistados do CLS do Saco Grande conforme a ocupação:

<b>Ocupação</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Entrevistados</b>
Autônomo	Comércio	01
Empregado	Servidor Público Municipal	03
Empregado	Servidor Público Estadual	01
Aposentado	Servidor Público Municipal	01
Aposentado	Servidor Público Federal	01
Aposentado	Por tempo de serviço	02
<b>Total</b>		<b>09</b>

**Fonte:** Pesquisa da autora

Em relação à idade dos entrevistados a faixa etária está relativamente distribuída, mas é possível destacar o envolvimento de jovens adultos que se apresentam no auge de sua vida produtiva e intelectual, também temos as pessoas que estão iniciando a terceira idade, que vem com uma bagagem de conhecimento e experiências importantes para a troca de informações entre conselheiros. Quanto à escolaridade seis dos nove entrevistados possuem nível superior completo. Isto nos dá um indicativo da possibilidade da qualificação intelectual e política dos membros do Conselho. Temos também um número significativo de servidores públicos, isto pode estar relacionado à centralidade do setor público na participação do espaço do Conselho Local de Saúde.

Outro ponto abordado é referente a quantos mandados que os conselheiros já exerceram no Conselho Local de Saúde, segue a tabela abaixo:

**Tabela 06** – Número de mandados que os entrevistados exerceram no CLS do Saco Grande:

<b>Nº de Mandados Exercidos</b>	<b>Nº de Entrevistados</b>
01	03
02	04
03	02
<b>Total</b>	<b>09</b>

**Fonte:** Pesquisa da autora

A maioria dos entrevistados já possui uma experiência significativa no Conselho Local de Saúde, no entanto, nenhum dos nove entrevistados é ou foi conselheiro municipal de saúde. Durante a pesquisa foi possível identificar que a maioria dos conselheiros que atuam no Conselho hoje, são os mesmos que iniciaram com a instituição do Conselho Local em 2002, teve pouca mudança. Parece que a comunidade do Saco Grande também se mostra pouco envolvida com as atividades do Conselho Local, dado pelo número reduzido de pessoas nas reuniões.

Do mesmo modo nenhum entrevistado participa de outro Conselho de direito ou política social. A participação em entidades ou movimentos sociais por parte dos entrevistados merece destaque: dos nove entrevistados, cinco participam do Fórum Social do Saco Grande (FSSG), dois em Conselho Comunitário, dois na Pastoral da Saúde, dois na Pastoral da Criança, um no Instituto Carijó e um participa do Colegiado da Unidade Local de Saúde.

Em relação à participação dos entrevistados na VII Conferência Municipal, todos participaram da primeira etapa em 2006 e seis da segunda etapa em 2007. Apenas um entrevistado além de participar da VII Conferência, participou de duas anteriores, da V e VI Conferência.

Quanto a possuírem plano privado de saúde dos nove entrevistados, seis não possuem, enquanto três informam possuir plano privado. Neste ponto é importante destacar que a política de saúde no Brasil levou a constituição de dois sistemas (público e o privado), que se expressam na rede de serviços prestados à população, sendo que o acesso de um é pelo poder de compra ou pelo acesso privilegiado no mercado de trabalho, enquanto o sistema público, o acesso a assistência a saúde é universal, gratuito e igualitário, a partir de uma concepção de direito à saúde, estabelecido constitucionalmente. O que vamos presenciar é uma assistência médica diferenciada. O Estado por sua vez, ao mesmo tempo em que regula as ações das empresas de planos privados de saúde, também precisa realizar a intervenção do direito constitucional à saúde. Vale questionar até que ponto este Estado atua para uma saúde pública e de qualidade, ou está em detrimento do desenvolvimento do mercado privado.

### **2.2.3 Quanto à organização do Conselho Local de Saúde do Saco Grande para participar da VII Conferência Municipal de Saúde**

As respostas dos entrevistados sobre a organização do Conselho Local de Saúde do Saco Grande para participar da VII Conferência Municipal de Saúde são diferenciadas, por exemplo: seis dos entrevistados relataram que houve reuniões e discussões específicas sobre o assunto, enquanto outros dois entrevistados informaram que apenas foi comentado na reunião do Conselho Local, se alguém quisesse se disponibilizar em participar, o convite ficou em aberto, um entrevistado não lembra sobre o processo.

Quatro entrevistados relataram que aconteceu a realização de uma reunião ampliada sobre a Conferência, outros três informaram que se realizou reunião ampliada somente no espaço do FSSG<sup>16</sup>. Desses três dois também comentaram sobre a pré-conferência da Regional Leste, da qual representantes do CLS do Saco Grande participaram. Um entrevistado relatou que não teve reunião ampliada sobre o assunto e o último não lembra sobre o processo. Nas respostas dessa questão nenhum entrevistado falou sobre pré-conferência no bairro.

Podemos perceber nestas respostas a fragmentação do processo político-participativo dos conselheiros nas reuniões do CLS. Isto vai interferir nas tomadas de decisões dos conselheiros e ainda na participação dos mesmos durante as atividades que envolvem o Conselho Local como: pré-conferências, conferências, seminários, reuniões, entre outros. Também é preciso entender como é a dinâmica das reuniões do Conselho Local, até que ponto os conselheiros conseguem ter acesso a todas as informações necessárias para discutir e se inteirar das questões presentes no Conselho Local. Segundo Bordenave (1983) para entender a participação, talvez seja necessário entender o seu contrário, a não participação, isto vai nos levar ao fenômeno da marginalidade, para a autora significa ficar às margens de um processo sem nele intervir. Então, os resultados obtidos em relação à organização do CLS para participar da VII Conferência Municipal de Saúde, isto nos remete a pensar que os mesmos

---

<sup>16</sup> O Fórum Social do Saco Grande foi criado em setembro de 2005 a partir da iniciativa do SENAI/CTAI e da Associação Catarinense de Integração ao Cego (ACIC). Tinha como objetivo inicial resgatar o Colegiado de Entidades do bairro Saco Grande e, na perspectiva do SENAI/CTAI, desenvolver uma ação de responsabilidade social no bairro. Atualmente, o FSSG é um espaço público organizado, composto por ONGs, associações de moradores, grupos organizados, pastorais sociais, entidades governamentais (entre elas o Departamento de Serviço Social da UFSC) e cidadãos do bairro Saco Grande, tendo como objetivo incentivar a participação e o controle social na busca pela efetivação de direitos sociais bem como se articular às lutas mais amplas na cidade (MARTINI, 2006, p. 64 e 65).

ficaram a margem, isto é, fora do processo sem poder intervir nele ou quando participaram destas reuniões no período anterior a Conferência, não memorizaram estas discussões.

Os entrevistados foram questionados se o Conselho Local elaborou algum documento e enviou para a Comissão Organizadora da VII Conferência Municipal e obtivemos as seguintes respostas:

*Não lembro (Entrevistado 01).*

*Acredito que sim, deve ter sido feito (Entrevistado 02).*

*Acho que não foi feito nada escrito (Entrevistado 03).*

*Não sei, mas deve ter sido preparado alguma coisa (Entrevistado 04).*

*Foi feito uma moção, documento, mas não foi aceita pelo gestor (Entrevistado 05).*

*Foi elaborado um documento (Entrevistado 06).*

*Foi feito documento com as propostas. Eles selecionaram as propostas, chegando lá a aprovação já havia sido feita, fizeram antes e depois a tal Conferência (Entrevistado 07).*

*Foi feito documento durante uma reunião do CLS (Entrevistado 08).*

*Foi elaborado, deve ter sido enviado (Entrevistado 09).*

Diante do que foi exposto podemos salientar que as respostas não são unânimes quanto à elaboração de algum documento, inclusive se o mesmo foi enviado a Comissão Organizadora da VII Conferência Municipal. Também alguns entrevistados não lembram sobre o processo e não sabem dizer que documento foi feito, três afirmam que foi elaborado um documento, mesmo assim a maioria das respostas dos entrevistados são incertas. Nenhum dos entrevistados lembrou do ocorrido na reunião de maio de 2006, conforme apresentado no item 2.2.1, foi esta reunião que definiu a data da Plenária Local de Saúde e informou a data da Pré-conferência Regional como momentos preparatórios para a etapa municipal. Estas respostas pouco precisas dos entrevistados nos permite indagar como foi o debate da reunião em maio de 2006, como os conselheiros nele se envolveram e, por fim, como a ata está refletindo a dinâmica de decisões do Conselho?

### 2.2.4 Quanto à participação do Conselho Local de Saúde do Saco Grande na VII Conferência Municipal de Saúde

Este item trata de conhecer como foi a participação do Conselho Local de Saúde do Saco Grande na VII Conferência Municipal e se este levou propostas para defender na Plenária. Dos entrevistados três relataram que foram levadas propostas e dois não lembram sobre o assunto. Segue abaixo algumas respostas:

*Não teve abertura para participação dos profissionais na Conferência Municipal, levando somente a coordenação do Conselho Local e algumas pessoas da comunidade, ficando por fora do processo (Entrevistado 03).*

*As propostas foram feitas, tivemos discussões, a discussão acabou ficando na mão dos gestores, dos organizadores e palestrantes. Não teve muita abertura para a comunidade e usuários (Entrevistado 06).*

*Levamos propostas, a administração se reuniu, eles escolheram o que entraria no dia de escolher as propostas, isto é só. Chegamos lá já estavam definidas as propostas então era só escolher entre elas (Entrevistado 07).*

*Houve propostas, mas não foram aceitas (Entrevistado 05).*

Novamente encontramos algumas respostas evasivas e incertas, mas os entrevistados destacam a falta de abertura para a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo. De acordo com as respostas os conselheiros, mesmo sem conseguir lembrar de quais propostas enfatizam que levaram questões para ser discutidas na Conferência, mas não tiveram espaço para apresentá-las e discutí-las. Dois entrevistados referem à centralização das propostas por parte dos gestores. O propósito da VII Conferência Municipal de Saúde de ser um espaço de participação e controle social, tendo como perspectiva a ampliação da democracia, acabou ficando descaracterizado.

Segundo Correia (2000, p. 68) as Conferências:

Constituem-se em canais democráticos e participativos que, além de abrirem espaço para a avaliação, discussão e proposição, no âmbito local, por quem faz, administra e usa os serviços de saúde, permitem a articulação das questões locais com os determinantes gerais da política de saúde. Congregam forças em torno das propostas e lutas para o enfrentamento dos problemas estruturais e conjunturais do setor.

As propostas elencadas nas Conferências de Saúde, apesar de estas não terem o caráter deliberativo, devem orientar a organização e o desenvolvimento da política de saúde

nas esferas municipal, estadual e nacional, além de representar uma avaliação do SUS, constituindo um espaço de legitimação da política de saúde. Porém, para acontecer esta legitimação é necessária uma abertura efetiva da participação da comunidade e quando esta também consiga ocupar este espaço com condições para debater e negociar suas propostas.

Outro ponto levantado aborda quantas pessoas do bairro e do Conselho Local de Saúde participaram das duas etapas da VII Conferência Municipal. Obtivemos as seguintes respostas:

*Na primeira etapa em 2006, não lembro, mas na segunda etapa mais ou menos umas vinte pessoas (Entrevistado 01).*

*Pouca gente, muito pouco mesmo (Entrevistado 02).*

*Acho que mais ou menos umas cinco (Entrevistado 03).*

*Teve alguns participantes, mas poucos (Entrevistado 04).*

*Do Conselho Local, umas nove pessoas, da comunidade umas trinta pessoas (Entrevistado 05).*

*Na primeira etapa mais ou menos umas dez pessoas, na segunda não participei (Entrevistado 06).*

*Um cinco pessoas ao todo (Entrevistado 07).*

*Mais ou menos umas dez pessoas (Entrevistado 08).*

*Mais ou menos umas oito pessoas (Entrevistado 09).*

Por respostas muito diferentes e imprecisas, podemos apenas destacar que o Conselho Local de Saúde do Saco Grande esteve presente na Conferência Municipal. A inexistência deste número de participantes na ata do Conselho Local, bem como a ausência da relação dos participantes junto ao Relatório Final das duas etapas da Conferência nos deixa impossibilitados de fazer qualquer comentário.

Salientamos que a participação não é um fenômeno isolado e a intensidade de participação em determinados espaços vai se estabelecer a partir da construção das relações sociais entre os sujeitos. Para Ammann (1978, p. 27) “a intensidade da participação social poder ser ampliada ou reduzida em decorrência de condições propiciadas a nível societal e ainda por razões que se colocam na área da conscientização”. Ammann (1978) ressalva que a participação se constitui num processo dialético e na prática cotidiana, além de exigir condições para a sua consolidação.

Porém é importante destacar a visibilidade das atividades do Conselho Local de Saúde do Saco Grande, em relação a sua função, o papel dos conselheiros, atuação, organização, enfim do processo político-participativo dentro deste espaço. Ammann (1978, p. 35) destaca: “Somente informada pode a população fazer um julgamento claro sobre a validade das oportunidades e dos instrumentos postos à sua disposição, utilizá-los, ou, inclusive, rejeitá-los, se os considera ineficientes ou inadequados”. Através da informação é possível também realizar uma leitura da realidade, contribuindo para a conscientização dos sujeitos e os motivando ao processo participativo.

Precisamos levar em consideração que o processo participativo também pode estar relacionado com a cultura política dominante presente na sociedade, pois sabemos que esta pode interferir nas relações entre Estado e sociedade civil. Com base em Alvarez, Dagnino e Escobar (2000, p. 29) podemos suspeitar que os “procedimentos burocráticos e tecnocráticos de tomada de decisões ofereceram um fundamento adicional para restringir ainda mais a definição de política e seus participantes”.

### **2.2.5 Quanto ao acompanhamento do Conselho Local de Saúde do Saco Grande das propostas aprovadas na VII Conferência Municipal de Saúde**

Respondendo um dos objetivos centrais desta pesquisa, perguntamos aos entrevistados como o Conselho Local vem acompanhando a implementação das proposições de políticas e serviços contemplados no Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde. Segue as respostas abaixo:

*Não sei dizer se esta existindo hoje acompanhamento, até o ano passado não tinha nenhum (Entrevistado 01).*

*Com certeza deve ter alguém acompanhando, além disso, já realizamos este ano, duas reuniões ampliadas com os Conselhos Locais de Saúde de várias regiões como do Estreito e de Florianópolis, uma faz uns quatro meses e a outra antes das eleições. Nos encontros estamos nos organizando, para assim conseguir reivindicar as nossas necessidades da comunidade em conjunto somos mais fortes (Entrevistado 02).*

*Não tem acompanhamento (Entrevistado 03 e 04).*

*Não lembro (Entrevistado 05).*



*Não tem este acompanhamento, tivemos uma capacitação na UFSC, um fórum que ficou mais sobre os agentes de saúde e sobre o Plano Municipal de Saúde não foi falado nada, seria importante que a capacitação abordasse sobre o papel dos conselheiros, assim ficariam mais interessados e acompanhando todo o processo (Entrevistado 06).*

*Não tenho certeza, mas deve existir um acompanhamento (Entrevistado 07).*

*O CLS não tem controle sobre as propostas (Entrevistado 08).*

*Sim, estão acompanhando (Entrevistado 09).*

Das respostas sobre o acompanhamento do Conselho Local de Saúde em relação à implementação das propostas aprovadas na Conferência, três entrevistados foram categóricos em afirmar que não há este acompanhamento, três não tem certeza, mas, acreditam que alguém deve acompanhar, um não lembra e um menciona que estão acompanhando. As respostas continuam imprecisas, mesmo as que indicam que existe algum acompanhamento não sabem qualificar a forma.

Correia (2000) trata a participação social na perspectiva do controle social sobre os recursos públicos da saúde. A participação social é garantida constitucionalmente dentro do SUS, porém para esta participação acontecer é necessário garantir meios para sua efetivação, que vão desde estudos, assessoria técnica, capacitação dos conselheiros, visibilidade das ações e do papel do Conselho Local na comunidade. Com isso, podemos ampliar condições que possibilitem a construção de um espaço democrático de forma a instigar nos sujeitos envolvidos a transformação de necessidades individuais para interesses e necessidades coletivas.

Também foi questionado se o Conselho Local de Saúde acompanha a implementação das propostas aprovadas na VII Conferência via pauta do Conselho Municipal ou metas do Plano Municipal de Saúde. Segue as respostas obtidas:

*Parece que tem uma conselheira que acompanha a pauta do Conselho Municipal de Saúde, sobre o Plano Municipal não sei dizer se existe acompanhamento (Entrevistado 01).*

*Os profissionais da saúde e os próprios conselheiros devem acompanhar, não sei dizer sobre o Plano Municipal (Entrevistado 02).*

*Não acompanha, creio que seja por não ter uma cadeira no Conselho Municipal, assim não participa do processo, o Conselho Local não passa pelo Conselho Municipal, tentam resolver as situações direto com o gestor. O Conselho não discute o Plano Municipal de Saúde (Entrevistado 03).*

*Não tenho certeza, então não posso te responder (Entrevistado 04).*

*Alguma coisa, mas temos um desgaste, pois as coisas ficam na mão do gestor. Já organizamos um Fórum de Conselhos Locais, fizemos a primeira reunião, estavam presentes 14 Conselhos Locais, em torno de umas 34 pessoas. Pretendemos continuar realizando as reuniões. Não se tem muito acompanhamento do Plano Municipal, mas através da união dos Conselhos Locais, vamos conseguir um assento no Conselho Municipal de Saúde (Entrevistado 05).*

*Não acompanho, outros conselheiros traziam a pauta para informar, discutir durante as reuniões do CLS, alguns profissionais também traziam alguma coisa. Mas o CLS fica o tempo todo na defensiva, precisa estar brigando sempre. Os outros profissionais envolvidos estão sempre na defensiva e alguns conselheiros na defesa, existe uma contradição, ausência da participação da comunidade, não se mostra a importância do CLS, só fachada. Agora estão tentando articular com outros CLS, reunião, se só fica na discussão e nada. Não tenho contato com o Plano Municipal (Entrevistado 06).*

*Estão começando a acompanhar, havia um conselheiro que trazia a pauta. Sobre o Plano Municipal, é feito através do Fórum Social, mas não dentro do Conselho Local (Entrevistado 07).*

*Sim, acompanho, em principal a saúde do bairro e da comunidade em geral. Sobre o Plano Municipal, mais ou menos (Entrevistado 08).*

*Não sei dizer, talvez sim, talvez não (Entrevistado 09).*

Sobre as respostas em relação ao acompanhamento por parte do Conselho Local de Saúde da implementação das propostas aprovadas na VII Conferência, via pauta Conselho Municipal ou via Plano Municipal de Saúde. Dos nove entrevistados quatro responderam que não é feito o acompanhamento das propostas aprovadas, três não souberam responder e dois com respostas duvidosas. Tanto através da pauta do Conselho Municipal e das metas do Plano Municipal, não se percebe o efetivo acompanhamento das propostas aprovadas na VII Conferência Municipal pelo Conselho Local de Saúde.

Dos nove entrevistados três ressaltaram que para realizar a discussão e acompanhamento do Plano Municipal é necessário ter um assento no Conselho Municipal. As respostas mostram que o Conselho Local não está tendo acesso e nem discute o Plano Municipal de Saúde.

É importante salientar que os Conselhos e Conferências de Saúde apresentam uma correlação de forças, em determinados momentos conseguem incorporar suas demandas na agenda pública e interferir na mesma. Enquanto isso, o Estado procura fazer desses espaços um mecanismo de consentimento entre as classes sociais e favorecer o domínio da classe dominante. Correia (2007, p. 117) ressalta:

O controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistência à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

Então, podemos perceber que o processo político-participativo da sociedade civil nos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde possuem diversos aspectos, quanto à representatividade, a democracia, o tipo de participação exercida, trajetória histórica, relações políticas, sociais, culturais e de poder.

Durante a leitura das Atas das reuniões do Conselho Local foi possível identificar que o papel do Conselho Local de discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde acaba se pautando com questões imediatas ao funcionamento da ULS, não deixando tempo para discutir o Plano Municipal de Saúde e muito menos a pauta do Conselho Municipal de Saúde. Observa-se também a centralização das informações por alguns conselheiros do segmento governamental, dificultando a participação efetiva dos demais conselheiros representantes dos usuários. Além disso, podemos salientar outro fator que pode interferir no processo político-participativo do Conselho Local, é a relação com a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a ULS, esta reproduz e estabelece um sistema burocratizado e hierárquico para com o Conselho Local.

A concentração de poder decisório em altos escalões da hierarquia burocrática institucional não é fato novo na história das instituições médicas ou de quaisquer instituições brasileiras. O fato novo a assinalar é talvez que esse poder burocrático tem nova face, a face tecnocrática dos recursos humanos treinados em administração pública e em planejamento. Esses novos donos são antes de tudo técnicos, porta-vozes de uma racionalidade neutra, científica, apolítica, portanto verdadeira. Seu conhecimento novo, técnico, programador, esquemático, supõe-se acima das paixões da luta por interesses grupais ou de classes (LUZ, 1986, p. 16).

Demo (1986) ressalta que participar é conquistar o espaço de participação, aí incluídos os meios para se conseguir, para manter e ampliar estes espaços, a participação não anda por aí, mas precisa ser constantemente construída.

Portanto, o Conselho Local é um espaço de conquista e precisa estar em diária construção da participação, procurando superar o assistencialismo, bem como o conservadorismo institucional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso “Conselho Local de Saúde: seu envolvimento na Conferência e acompanhamento da política de saúde” contribuiu para uma maior aproximação do tema sobre a participação social no Brasil. O Movimento da Reforma Sanitária, através da luta da população por saúde e melhores condições de vida, através de suas reivindicações vai contribuir para o surgimento do Sistema Único de Saúde. É importante destacar que através do Movimento da Reforma Sanitária vai culminar o conceito ampliado de saúde e se efetivar através do processo da Constituinte de 1988, e a participação vai apresentar um caráter político.

Toda a luta do Movimento da Reforma Sanitária foi para que o controle social exercido pela participação da população consiga reverter o caráter focalizado das políticas sociais e imprima o caráter universalista de atendimento às necessidades sociais. Mas, precisamos avançar mais na área do controle social, com o intuito de que os espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde venham se tornar espaços onde a participação seja ativa.

O exercício da participação ativa nos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde sofre interferência da conjuntura vigente na sociedade, como a questão política e econômica. No entanto, é um dos desafios a serem enfrentados para que o processo democrático se efetive.

Uma implicação que se faz necessária é o conhecimento por parte dos conselheiros acerca da natureza, potencialidades e limites do Conselho Local de Saúde, contribuindo para a ampliação do espaço democrático, interferindo para a construção de uma gestão transparente, descentralizada e participativa. Portanto, precisamos fortalecer estes espaços com práticas e comportamentos pautados na democracia participativa.

O processo político-participativo presente no espaço do Conselho Local de Saúde precisa construir possibilidades de resistência à participação passiva e a não-participação, que vai resultar em ações pouco significativas e sem interferência nas decisões sobre a política de saúde. Portanto, é necessária a construção de uma participação ativa, que vise integrar ações coletivas dentro do espaço do Conselho Local. A partir dessas ações será possível estabelecer um maior envolvimento e sensibilização da prática da participação articulada com os espaços deliberativos e propositivos do município de Florianópolis.

Com as entrevistas, ficou explícita a pouca participação dos conselheiros e da própria comunidade do Saco Grande nas reuniões do Conselho Local, apresentando também a falta de interação entre os representantes dos diversos segmentos e com indicações de uma participação fragmentada.

Com relação ao objetivo da pesquisa, podemos observar que o Conselho Local não está acompanhando as propostas implementadas que constam no Relatório Final da VII Conferência e o processo de construção das propostas para a Conferência não possui um caráter efetivo.

Como sugestão para o Conselho Local de Saúde, percebo a importância de uma maior organização de sua documentação, visibilidade das atividades do Conselho Local no bairro Saco Grande. Outro ponto a ser destacado é a permeabilidade dos gestores em acatar as demandas do Conselho Local de Saúde.

Julgamos importante que o Conselho Local se prepare para participar das Pré-conferências e Conferências Municipais de Saúde, estando a par da organização e sobre os temas em debate. A Secretaria Municipal de Saúde precisa viabilizar a capacitação dos conselheiros locais, através do Conselho Municipal e assim contribuir para a abertura da participação de novos sujeitos no espaço do Conselho Local. Outro ponto a ser destacado é a articulação das informações e discussões do Conselho Municipal de Saúde com o Conselho Local, isto poderia acontecer através de e-mails, onde as informações não ficariam restritas a uma única pessoa.

Com a assessoria do Serviço Social é possível ampliar a autonomia da sociedade civil nos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde e contribuir para a efetivação de uma participação ativa e consciente.

O tema deixa possibilidades de estudo e certamente não encerra aqui o seu debate.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, S. E; DAGNINO, E; ESCOBAR, A. O Cultural e o político nos Movimentos Sociais Latino-Americanos. In: ALVAREZ, S. E; DAGNINO, E; ESCOBAR, A. (Org). **Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-americanos: novas leituras.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000. p. 15-60.

ALVES, F. L. **Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas:** inserção e os desafios no trabalho do Assistente Social nos Conselhos de Saúde. 2004. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Centro Sócio-econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

AMMANN, S. B. **Participação Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978. (Tese de Mestrado à Universidade de Brasília, em 1976).

AROUCA, A. S. S. Democracia é Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde:** Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, p. 35-42, 1987.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social:** fundamentos e história. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 213 p., (Biblioteca básica de serviço social). 2 v.

BOSCHETTI, I. O futuro das políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálisis,** Florianópolis, n. 1, 2007. p. 13-14. 10 v.

BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de Política.** 11. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1909-1998. 1.330 p. 1: 674 v.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil (1988).** Senado Federal, Brasília, 16. ed. p. 117-118, 2001.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no SUS.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. p. 29-30.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. p. 148-154.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986**. Brasília. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992**. Brasília. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório da X Conferência Nacional de Saúde de 1996**. Brasília. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde de 2000**. Brasília. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)>. Acesso em: 26 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório da XII Conferência Nacional de Saúde de 2003**. Brasília. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em: 26 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório da XIII Conferência Nacional de Saúde de 2007c**. Brasília. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns\\_M.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf)>. Acesso em: 26 out. 2008.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Brasília: UNB/CEAD, 2000. **3. m, p. 105-115**.

\_\_\_\_\_. A Saúde na Década de 1990. In: BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C; ARAÚJO, P. S. **X. Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001a. p. 29-32.

\_\_\_\_\_. Participação Social e Controle Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio.** Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001b. p. 77-84.

\_\_\_\_\_. Gestão Democrática na Saúde: O potencial dos Conselhos. In: PEREIRA, P. A. P. (Org). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001c. p. 43-63.

\_\_\_\_\_; MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, M. I. S. (Org). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007. p. 13-20.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E et al, (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. cap. 5, p. 88-109.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 87, 2006. p. 132-146.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 136 p., (Dissertação de mestrado defendido na Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz no ano de 1994).

CEBES, A Questão Democrática na área da Saúde. In: FLEURY, S; BAHIA, L; AMARANTE, P. (Org.). **Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: CEBES, 1980-2008. p. 11-13. (Reimpressão - Documento do CEBES publicado na edição n. 9).

COHN, A. Saúde e Cidadania: Análise de uma Experiência de Gestão Local. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o Público e o Privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996. cap. 5, p. 315-327.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 164 p.

\_\_\_\_\_. O Controle Social das Políticas públicas: limites e desafios para o Serviço Social. In: CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 3, p. 221-231.



\_\_\_\_\_. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E et al. (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. cap. 6, p. 111-138.

DEMO, Pedro. **Participação é Conquista**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 176 p.

FLORIANÓPOLIS. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei nº 3291, de 1º de setembro de 1989**. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho\\_municipal](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal)>. Acesso em: 06 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. I Conferência Municipal de Saúde. In: **Saúde para todos**. Ed. Especial. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 1995. 50 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde de 2003**. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho\\_municipal](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal)>. Acesso em: 05 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde de 2007**. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho\\_municipal](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal)>. Acesso em: 05 nov. 2008a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Plano Municipal de Saúde 2007-2010**. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho\\_municipal](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal)>. Acesso em: 26 nov. 2008b.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei nº 5749, de 22 de setembro de 2000**. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho\\_municipal](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal)>. Acesso em: 06 nov. 2008c.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Municipal de 2007**. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho\\_municipal](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal)>. Acesso em: 05 nov. 2008d.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução nº 010, de 18 de março de 2008**. Disponível em:  
<[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho\\_municipal](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal)>. Acesso em: 05 nov. 2008e.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude>>. Acesso em: 28 nov. 2008f.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Rede Docente Assistencial**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em: 28 nov. 2008g.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálisis**, Florianópolis, n. 1, 2007. p. 65-74. 10 v.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 189 p.

GONTIJO, C. C. F. Construindo a participação comunitária. In: **VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**: Anais, São Paulo: ABRASCO, 2003. 8 v. n° 1602. p. 01-05.

GOHN, M. G. **O Protagonismo da Sociedade Civil**: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. São Paulo: Cortez, 2005. 120 p., (Coleção questões da nossa época). 123 v.

\_\_\_\_\_, **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 120 p., (Coleção questões da nossa época). 84 v.

KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Recife: UFPE/PPGSS, 2005. (Tese de Doutorado).

\_\_\_\_\_. Os Fundamentos da participação popular no Brasil. In: **Seminário 20 Anos da Constituição Brasileira**: direitos sociais em disputa, 2008, Florianópolis. Mesa 5, p. 01-09.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: Dilemas, Avanços e Desafios. In: LIMA, N. S. P et al. (Org). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 353-383.

LUZ, M. T. **As instituições Médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986. (Biblioteca de Saúde e sociedade, 4. v).

MAIER, M; SOUZA, A.V; TRELHA, L. C. **Relatório Final sobre a Associação dos Moradores do Parque da Figueira**. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálisis**, Florianópolis, n. 1, 2007. p. 15-23. 10 v.

MARTINI, D. **Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde**: a contribuição do Serviço Social. 2006. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Centro Sócio-econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MENICUCCI, T. M. G. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, 2006. p. 58-75.

MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org). **Distrito Sanitário**: o processo social das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: ABRASCO, 1980. p. 19-91.

MOTA, A. E. A seguridade social em tempo de crise. In: MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995. cap. III, p. 117-157.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de Saúde no Brasil nos anos 90. **ABRASCO**, Rio de Janeiro, n. 2, 2001. p. 445-450. 6. v.

SACO GRANDE. Conselho Local de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Livro de Atas de Reuniões nº 01**. Florianópolis, 2000 a 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Local de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Livro de Atas de Reuniões nº 02**. Florianópolis, 2006 a 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Local de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Local de Saúde**. Florianópolis, 2003. 4 p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. III Conferência Estadual de Saúde. **Relatório das Propostas aprovadas na plenária (íntegra)**. Florianópolis, 2000. 29 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório IV Conferência Estadual de Saúde de 2003**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/conferencia/relat%F3rio.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2008.

SANTOS, N. R. **Encruzilhada nos Rumos do SUS: considerações**. IDISA, São Paulo, 11 p. Jan. 2008. Disponível em: << <http://www.idisa.org.br/site/download/encruzilhada.doc>>>. Acesso em: 06 dez. 2008.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**ANEXOS**

“A” – Mapa Territorialização do Centro de Saúde Saco Grande

**“B”** – Ata da Reunião do CLS do dia 06/07/2000

“C” – Regimento Interno do CLS



**“D”** – Moção de repúdio do CLS

## “E” Roteiro de Entrevista

**“F”** – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC