

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS SÃO BORJA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS (PPGPP)
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

PAULA FERNANDA DE SOUZA FRANÇA

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE
SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O CONSELHO E A 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE ALEGRETE/RS**

**LINHA DE PESQUISA:
ANÁLISE DE PROGRAMAS, PROJETOS E POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS**

**SÃO BORJA
2019**

PAULA FERNANDA DE SOUZA FRANÇA

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O CONSELHO E A 9ª
CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALEGRETE/RS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Pampa, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Alejandro Gugliano

**SÃO BORJA
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

F814i França, Paula Fernanda de Souza

A institucionalização da participação social nas políticas de saúde: um estudo sobre o Conselho e a 9ª Conferência municipal de saúde de Alegrete/RS / Paula Fernanda de Souza França.

113 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Pampa, MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019.

"Orientação: Alfredo Alejandro Gugliano".

1. Participação social. 2. Controle social. 3. Conselhos de Saúde. 4. Conferências de Saúde. I. Título.

PAULA FERNANDA DE SOUZA FRANÇA

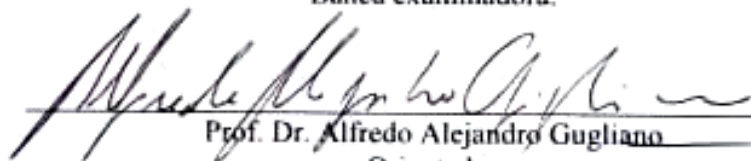
**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O CONSELHO E A 9ª
CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALEGRETE/RS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Pampa, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Alejandro Gugliano

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 26 de setembro de 2019.

Banca examinadora:



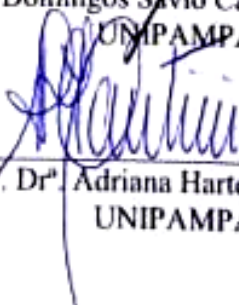
Prof. Dr. Alfredo Alejandro Gugliano
Orientador
UNIPAMPA - UFRGS



Prof. Dr. Angela Quintanilha Gomes
UNIPAMPA



Prof. Dr. Domingos Sívio Campos de Azevedo
UNIPAMPA



Prof. Dr. Adriana Hartemink Cantini
UNIPAMPA

AGRADECIMENTOS

Acredito que a meritocracia somente é efetivada com equidade quando as políticas públicas são de alcance a toda a população de um país. Não seria possível mais essa realização em minha vida se não fôssemos brindados com a criação de uma universidade pública, gratuita e de qualidade no quintal de nossa fronteira oeste. Por esse feito, agradeço às autoridades governamentais que estavam à frente de nosso país e estado no ano em que foi criada a Universidade Federal do Pampa e, também, aos que a mantiveram para um dia chegar o meu momento de receber esse título de pós-graduação: mestre. Entretanto, não seria possível se, ao meu lado, não estivessem as pessoas que mais amo no mundo: a minha família.

Meus filhos – Lorenzo e Bernardo: são os responsáveis pelos cabelos brancos que ora aparecem e pela minha vontade de continuar lutando para que tenham um futuro sem a necessidade de batalhas tão árduas e, até mesmo, sem renúncias de alguns sonhos para que outros se realizem.

Meu marido – Luciano: que aguentou todas as minhas crises de ansiedade, depressão e desespero. Foste um companheiro sem igual ao deixar de lado a concepção de que lugar de mulher é apenas em volta do cônjuge e me ajudou tantas vezes nas lidas domésticas e com os filhos. Suportou minhas ausências que variaram de horas até dias longe de casa (confesso que não foi fácil), ao te ver me aguardando ao retornar pra casa, renovava as minhas forças.

Minha mãe – Gessy (Chica): é difícil demonstrar, em poucas palavras, minha gratidão à mulher que abdicou de sua vida por mim. Que, mesmo sem alguém ao seu lado, sofrendo humilhações e descasos, se manteve no propósito de me permitir viver e crescer sem renunciar aos estudos. E hoje, mesmo após ser adulta, posso contar com tua ajuda ao reparar os guris enquanto temos que nos ausentar. Isso tudo superando os limites que a idade está começando a te apresentar. Representas e retribui o carinho que o vô Rube e a vó Zilda (*in memoriam*) tiveram ao ajudar a me cuidar.

Aos meus tios maternos – Elly, Antônio, Marcel e Aristides: que sempre tiveram uma palavra de orientação. Minhas tias – Hilda, Edi, Geni, Maria e Terezinha: que foram outras mães e como eu queria que todas estivessem aqui para comemorar em presença física comigo. Àqueles primos foram como irmãos: ao aceitar a companhia da prima que adorava incomodar e, mesmo após adultos, foram parceiros na ajuda para a realização desse sonho. Ao meu padrinho – Gildo de Freitas: líder comunitário e meu exemplo de determinação.

Aos meus colegas e seus familiares: Cibele Cantini, que abriu as portas de sua casa para que eu, uma estranha, tivesse onde pernoitar em São Borja durante os períodos de aula, me alimentou e me inseriu em tua vida como se fôssemos amigas de infância; à Denise Leão, pelas explicações, ensinamentos e risadas; Eduardo Assunção, outro baita colega que me recebeu em sua casa e tantas vezes me ajudou; Ismael Sanchotene, pelas caronas, risadas e alertas que me ajudaram não desacelerar; Rose Mendonça, primeira colega que me auxiliou, sentirei falta desse sotaque miscigenado e à Sabrina Nadalon pelas caronas, conversas e presentes. Carregarei vocês em meu coração por eu for. Vocês mostraram que não é preciso muito para sermos amigos, apenas um coração e mãos dispostos à ajudar.

À Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete/RS, na pessoa da Sra. Secretária Bianca Casarotto, que me recebeu e me conduziu tão bem durante a pesquisa, especialmente à Carolina Gargaro que foi uma “baita” companheira me repassando as informações necessárias para que eu completasse esse trabalho. Aos Conselheiros Municipais de Saúde de Alegrete/RS que sempre me acolheram e não foram diferentes desta vez. Não desmerecendo aos demais, com carinho, cito aqui os(as) senhores(as) Sérgio Soares, Ênio Machado, Nilo Romero, José Luiz Machado, Marina Castilhos e Aura Terezinha que me apoiaram pessoalmente e se mostraram amigos e são verdadeiros guerreiros na batalha diária em prol da efetivação do Controle Social em nossa cidade. À Ana Paula Silveira, secretária executiva do Conselho, meu agradecimento pelo auxílio e apoio nesse momento.

Aos meus ex-colegas da Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo que compreenderam as minhas ausências e puderam “segurar a barra” enquanto precisei estar ausente e, especialmente, ao Jesse Trindade que foi, não somente meu superior, mas um parceiro ao me incentivar e permitir que continuasse a minha trajetória. Ao Jorge Galarça, meu atual Coordenador, pela parceria.

Ao Professor Doutor Alfredo Alejandro Gugliano: agradeço todos os dias pela indicação do seu nome para ser o meu orientador. Obrigada por sua paciência, por ter acreditado em minha capacidade e, tantas vezes, por ter sido a mão que me segurou para eu não cair e desistir dessa etapa da minha vida. Espero que seus caminhos sejam sempre iluminados ao lado da sua família e que os nossos passos ainda se cruzem, pois é em trilhas de pessoas como o senhor que quero caminhar. Aos demais professores do PPGPP Unipampa Campus São Borja, pelo carinho e apoio, especialmente, na etapa final do mestrado.

Embora não seja possível citar todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho, expresso aqui os meus agradecimentos aos que nesse momento recordo e com escusas aos que a memória não rememorou.

“O preço a pagar pela tua não participação na política é seres governado por quem é inferior”.

Platão

RESUMO

A Saúde é defendida na Constituição Federal como direito social de todos e dever do Estado e em 1990 foi criado o SUS para organizar a saúde pública do Brasil baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade com serviços descentralizados e com a participação da comunidade. A institucionalização da participação social na gestão do Sistema aconteceu pela Lei nº. 8.142 de 1990 e outros regulamentos posteriores que normatizaram as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de representação. O trabalho busca assinalar os incentivos e obstáculos à participação da população junto ao Conselho Municipal de Saúde de Alegrete/RS e a pesquisa ocorreu no desdobramento das pré-conferências municipais e da 9ª Conferência Municipal de Saúde. Foi feito um levantamento documental sobre a atual estrutura da saúde pública da cidade e do Conselho (direção, entidades participantes, periodicidade de encontros, meios de divulgação, dentre outros) analisando o que a legislação vigente e estudos existentes apontam sobre o tema. Os conselheiros participaram através de questionário digital identificado o perfil e a atuação dos integrantes. Aos moradores das localidades em que aconteceram as pré-conferências municipais e aos que compareceram na Conferência Municipal foram aplicados questionários. Foi possível, ao analisar a estrutura legal e os objetivos do SUS, pressupor que os cidadãos brasileiros são favorecidos em desfrutar de um Sistema que atende às suas demandas, entretanto, este sofre com as dificuldades na manutenção financeira, uma vez que as atividades são prestadas de forma gratuita aos usuários, algo admirável e não visualizado em outros países. A cidade de Alegrete/RS possui a saúde pública estruturada, mas preocupa o fato do valor dos repasses federais ao município estar diminuindo em relação ao ano anterior. O CMS de Alegrete/RS está organizado e acessível, porém ainda é pouca a presença da população em suas atividades, na sua composição não constam algumas organizações públicas e sindicatos e seu quantitativo tem diminuído desde a institucionalização. A história das Conferências de Saúde demonstra a força que a população reunida em plenária possui sobre as decisões dos gestores públicos. Em Alegrete/RS, os dados elencado nas pré-conferências e na Conferência Municipal de Saúde demonstraram a diferenças sociais através dos dados demográficos como escolaridade, profissões e idades e que a população ainda não compreende totalmente o significado e a importância das Conferências de Saúde.

Palavras-Chave: Participação Social, Controle Social, Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde.

ABSTRACT

Health is defended in the Federal Constitution as the social right of all and the duty of the state and in 1990 SUS was created to organize public health in Brazil based on the principles of universality, equity and integrality with decentralized services and community participation. The institutionalization of social participation in the management of the System took place by Law no. 8,142 of 1990 and other later regulations that standardized the Conferences and the Health Councils as collegiate bodies of representation. The work aims to highlight the incentives and obstacles to the participation of the population with the Municipal Health Council of Alegrete / RS and the research took place in the unfolding of the municipal pre-conferences and the 9th Municipal Health Conference. A documentary survey on the current structure was made. public health of the city and the Council (management, participating entities, frequency of meetings, means of dissemination, among others) analyzing what the current legislation and existing studies indicate on the subject. The counselors participated through a digital questionnaire identifying the profile and performance of the members. Questionnaires were given to residents of the localities where the municipal pre-conferences took place and those who attended the Municipal Conference. It was possible, when analyzing the legal structure and objectives of SUS, to assume that Brazilian citizens are favored to enjoy a system that meets their demands, however, it suffers from difficulties in financial maintenance, once the activities are provided free to users, something admirable and not seen in other countries. The city of Alegrete / RS has structured public health, but worries that the value of federal transfers to the municipality is decreasing compared to the previous year. The CMS of Alegrete / RS is organized and accessible, but there is still little presence of the population in its activities, in its composition there are not some public organizations and unions and its quantity has decreased since the institutionalization. The history of the Health Conferences demonstrates the strength that the population gathered in plenary has over the decisions of public managers. In Alegrete / RS, the data listed in the pre-conferences and the Municipal Health Conference demonstrated social differences through demographic data such as education, professions and ages and that the population still does not fully understand the meaning and importance of Health Conferences.

Keywords: Social Participation, Social Control, Health Councils; Health Conferences.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Atividades realizadas para o levantamento de dados	13
Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas	24
Figura 2 – Fluxo de financiamento do SUS	45
Figura 3 – Ciclo do Planejamento e Execução das Políticas em Saúde	47
Figura 4 – Município de Alegrete/RS.....	50
Figura 5 – Atividades dos Conselhos de Saúde.....	55
Tabela 2 – Entidades componentes do CMS de Alegrete/RS em julho de 2019.....	61
Figura 6 – Normas base da 16ª Conferência Nacional de Saúde.....	73
Figura 7 – Fases e ações da 16ª Conferência Nacional de Saúde.....	74
Figura 8 – Quantitativo de participantes X moradores das regiões das Pré-Conferências Municipais de Saúde de Alegrete/RS	79
Figura 9 – Identificação geral de idades dos participantes da 9ª Conferência Municipal de Saúde	83
Figura 10 – Idade dos participante da 9ª Conferência Municipal de Saúde por segmento	83
Figura 11 – Participação Social como relação do Controle Social e da Participação Política .	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CGU – Controladoria-Geral da União
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPERS – Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul
DNS – Departamento Nacional de Saúde
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
ESF – Estratégias de Saúde da Família
EC – Emenda Constitucional
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PIB – Produto Interno Bruto
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços de Básicos de Saúde
RS – Rio Grande do Sul
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TCE-MG – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
TCU – Tribunal de Contas da União
TFD – Tratamento Fora Domicílio
UERGS – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	15
2.1 Contextualizando participação social ou popular, controle social e participação política	16
2.2 Políticas públicas e participação social	22
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL.....	29
3.1 A saúde pública no Brasil antes da Constituição de 1988.....	30
3.2 Sistema Único de Saúde – SUS: finalidades e financiamento	40
3.3 Características da saúde pública no município de Alegrete	49
4 CONSELHOS DE SAÚDE: CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL.....	52
4.1 Conselhos de saúde no Brasil.....	53
4.2 Conhecendo o Conselho municipal de Saúde de Alegrete	60
5 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	64
5.1 Conferências de saúde no Brasil	66
5.2 Analisando a participação social na 9ª Conferência municipal de saúde de Alegrete	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO APLICADO NAS PRÉ-CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	101
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CONSELHEIROS	102
ANEXO I – RELATÓRIO FINAL DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALEGRETE	103
ANEXO II – FOLDER DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	112

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal defende a saúde como direito social de todos e dever do Estado, garantida pela seguridade social e mediante políticas sociais e econômicas “que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Reafirmando, a Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990a) dispõe sobre as prerrogativas dessa promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e institui o Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil.

Tão importante quanto o reconhecimento desse direito e a criação de um sistema estabelecido nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do acesso à saúde, foi a inclusão da participação da comunidade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde como um dos princípios organizativos do SUS (BRASIL, 1990a), em resposta aos diversos movimentos sociais testemunhados desde os anos 70 no País. Junto às conquistas contempladas na época, foi promulgada a Lei nº. 8.142 (BRASIL, 1990b) que institui a participação da social na gestão do Sistema, regulamentando as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de representação.

O trabalho busca comprovar a importância da participação social para a consolidação de políticas públicas de saúde. A pesquisa teve como objetivo assinalar os incentivos e obstáculos à participação da população junto ao Conselho Municipal de Saúde de Alegrete/RS. A coleta de dados ocorreu no desdobramento das pré-conferências municipais de 11 a 21 de março de 2019 e da 9ª Conferência Municipal de Saúde nos dias 09 e 10 de abril de 2019 com o intuito de identificar o perfil da população que participa e como ocorre. Também, foi feito levantamento documental sobre a atual estrutura do conselho (direção, entidades participantes, periodicidade de encontros, meios de divulgação, dentre outros) e o que a legislação vigente e estudos realizados apontam sobre o tema. Os conselheiros participaram através de questionário digital que fora aplicado em momento posterior aos eventos supracitados para que fosse identificado o perfil e a atuação dos integrantes. Ao todo, a pesquisa transcorreu em cinco etapas conforme descritas na tabela 1.

A inquietação quanto ao assunto surge da constatação do esvaziamento dos espaços institucionais de participação dos diversos segmentos e atividades da gestão pública, sejam eles identificados como conselhos, conferências ou outros.

Para tratar desse tema, além da introdução, o estudo é apresentado em quatro partes. No capítulo 2, na primeira seção, são apresentados os conceitos e aplicações referentes ao

termo “participação social” e seus análogos “participação política” e “controle social”. A segunda seção procura explicar como a participação social está inserida nas teorias de políticas públicas e como que essas políticas podem ser influenciadas desde o seu entendimento como problema até a implementação e posterior avaliação.

Tabela 1 – Atividades realizadas para o levantamento de dados

	Jan/2019	Fev/2019	Mar/2019	Abr/2019	Mai/2019	Jun/2019
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Pesquisa Documental		X	X	X	X	X
Contato com os Conselheiros	X					
Aplicação Questionário I			X			
Análise dos resultados Questionário I			X	X		
Aplicação Questionário II				X		
Análise dos resultados Questionário II				X	X	
Aplicação Questionário III						X
Análise dos resultados Questionário III						X

Fonte: de própria autoria

O capítulo 3 retrata a atuação e preceitos referentes à saúde e ao SUS. A primeira seção exhibe o cenário anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, demonstrando os órgãos responsáveis pela saúde pública e as ações realizadas para eliminação e combate de epidemias, interligando aos movimentos sociais da época e ao processo de redemocratização do País. Seguindo a linha cronológica, a segunda seção apresenta o SUS como fruto dos movimentos sociais que ocorreram no final do século XX e como o tema Saúde fosse incluído na Constituição e pondera sobre a atual conjuntura do Sistema e os desafios enfrentados. Ao final deste capítulo, expomos sobre a saúde pública no município de Alegrete.

Os Conselhos de Saúde são retratados, no capítulo 4, como modelos de Controle Social em saúde no Brasil através da análise conceitual sobre o assunto e do contexto histórico do Conselho Nacional de Saúde, além de identificar as condições necessárias para a sua instituição e funcionamento. O Conselho Municipal de Saúde de Alegrete é apresentado ao final do capítulo juntamente com perfil dos conselheiros percebido a partir dos resultados da pesquisa realizada.

A institucionalização da participação social através das Conferências de Saúde é identificada no capítulo 5 por meio do referencial teórico sobre o tema e do histórico das Conferências Nacionais de Saúde que identifica como eram organizadas e como alcançaram o patamar em que são executadas atualmente. Ao final são apresentados os dados elencados junto às pré-conferências, na 9ª Conferência Municipal de Saúde de Alegrete/RS e no Relatório Final do evento.

Ao final do trabalho são apresentadas as considerações finais nas quais se discute a trajetória do SUS, dos Conselhos e das Conferências de Saúde, reforçando a importância da participação social para o fortalecimento das políticas públicas em nosso País.

2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Para que possamos compreender a importância e o contexto referente à participação social no Brasil temos que identificar os conceitos e a aplicabilidade do termo e de sinônimos como “participação popular”, “participação política” e “controle social”, que embora sejam nomenclaturas semelhantes e não haja uma definição consolidada, expressam circunstâncias em que a participação está incluída.

A partir dos anos 60, a expressão “participação” ganhou notoriedade por conta das constantes manifestações pela abertura de novas áreas de atuação, especialmente, entre estudantes universitários e de grupos que reivindicavam a implementação dos direitos previstos que, na prática, não eram acessíveis a todos. As organizações estatais demoraram a reagir ao novo perfil da sociedade e como resultado, teve-se uma deterioração da capacidade de resposta às demandas da população e um declínio da credibilidade dos órgãos públicos. A partir de então, surgiu um desejo crescente de participação democrática nas decisões estatais, associado à difusão das comunicações e da informática em que se possibilitou a transparência e o controle social das ações do Estado (SARAVIA, 2006; PATEMAN, 1992, p. 9).

É como se a civilização moderna, com seus enormes complexos industriais e empresariais e com seus meios eletrônicos de comunicação massiva, tivesse levado os homens primeiro a um individualismo massificador e atomizador e, mais tarde, como reação defensiva frente à alienação crescente, os levasse cada vez mais à participação coletiva (DÍAZ BORDENAVE, 1994, p. 7).

O Brasil se tornou um dos países mais participativos do mundo após o processo de redemocratização na década de 80. Dentre os princípios de participação na organização do Estado brasileiro, a Constituição definiu a participação da sociedade civil na deliberação sobre as políticas públicas, em especial a política de saúde. A discussão da participação social como componente essencial para a preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil liga-se diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado (AVRITZER, 2010, p. 151; VIANNA, CAVALCANTI e CABRAL, 2009, pp. 239-240).

A atuação da sociedade no sistema de saúde no Brasil ganhou uma nova dimensão a partir da institucionalização dessa participação em 1990¹, quando foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”, invertendo a lógica tradicional desse controle que era exercido exclusivamente pelos governos (CNS, 2013, p. 38; ROLIM, CRUZ e

¹ Nos aprofundaremos nos capítulos 3 e 4.

SAMPAIO, 2013, p. 142). A permissão do acesso aos processos de elaboração de políticas sociais somente foi estabelecida na Constituição que definiu a possibilidade de participação da população junto à administração pública, que foi regulamentada posteriormente pelas leis e regimentos que definiram a organização e a normatização das instâncias colegiadas para esse fim. A participação da comunidade como princípio do SUS, diz respeito à divulgação das informações “quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (BRASIL, 1990a).

2.1 Contextualizando participação social ou popular, controle social e participação política

O verbo participar tem como principais significados o ato de tomar ou fazer parte, compartilhar ou partilhar de algo e corresponde à união de indivíduos que possuam sentimentos ou pensamento equivalente. Pode ser segmentada em passiva e ativa e são definidas pela “distância entre o cidadão inerte e o cidadão engajado” (DÍAZ BORDENAVE, 1994, p. 22). Podendo ainda ser a incidência política de um sujeito nas questões que dizem respeito à vida concreta das pessoas e nos processos de tomada de decisão do Estado e dos governos (MORONI, 2010, p. 248). A noção de participação não possui um significado único e sua polissemia tem provocado um intenso debate na literatura especializada em ciência política, em movimentos sociais, em desenvolvimento e em política de saúde (CORTÊS, 2009, p. 106).

Por se tratar de um tema multidisciplinar, encontramos conceitos que ora se fundem, ora determinam uma aplicação específica. Nesse trabalho, o adjetivo “social” junto ao substantivo “participação” será amplamente utilizado e poderá ser substituído pelas palavras “popular” e “comunitária” e a participação social deve ser compreendida como aquela que acontece quando “os cidadãos são ouvidos no processo de tomada de decisão dos governantes, contribuindo para que essas políticas atendam ao interesse público” (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2015).

Diferentes alternativas têm sido adotadas para ampliar a participação popular na tomada de decisão na gestão pública e podem ocorrer através de fóruns, conselhos gestores de políticas públicas, Congresso da Cidade ou na elaboração do orçamento público. Ela pode ser vista como um meio de sanar problemas que ao indivíduo pode não ser possível a solução se contar somente com seus recursos e resolver conflitos (TAVARES, 2006; DÍAZ BORDENAVE, 1994, p. 12-13). Para tanto, Costa e Vieira declaram:

A inovação ocorrida no Brasil transforma a participação social em um dos mecanismos institucionais para a garantia dos direitos sociais e da proteção social contra os riscos e vulnerabilidades. (...) Nas intenções e sentidos originais, a participação social, concebida para a defesa dos direitos sociais, da proteção social e da democracia, está baseada na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com repercussão sobre a equidade nas políticas públicas e alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (COSTA e VIEIRA, 2013, p. 245)

A participação social está intimamente ligada à concepção de democracia, pois este é um regime que permite a população atue junto às instâncias de governo através da representatividade (COSTA e VIEIRA, 2013, p. 245). “Não há, a priori, um marco teórico no qual incluir o conceito de participação”, embora existam pesquisas na área da saúde com o objetivo de “situar teoricamente o conceito”. A partir do século XIX, é citada em teorias e modelos variados da democracia, ligada à representação política, cuja prática constante é considerada “requisito para preservação da liberdade”, também relacionada à vigência da democracia (VIANNA, CAVALCANTI e CABRAL, 2009, pp. 221-230). É importante que sejam instituídas condições para que:

(...) a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social em políticas públicas de saúde, pleiteando constituir um Brasil, como referência mundial, em boas práticas na área de fiscalização e controle social em saúde. (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p. 145)

A participação social está prevista em lei, mas necessita de um processo de permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, dependente de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p. 143). É imprescindível que ocorra para o acompanhamento da correta aplicação de recursos públicos, na fiscalização da execução orçamentária e dos resultados das políticas públicas, “exigindo da Administração a aplicação dos recursos da forma estabelecida nos orçamentos anuais” e tem à sua disposição as ouvidorias, disque-denúncias, os Tribunais de Contas, o Ministério Público, a Polícia e outros meios. “Portanto, é necessário ir além, como por exemplo, exigir a reestruturação e fortalecimento do controle interno a partir dos municípios” (TCE-MG, 2012, pp. 9-10). Assim:

A discussão da participação social como componente essencial para a preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil liga-se diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado (VIANNA, CAVALCANTI e CABRAL, 2009, pp. 239-240)

O termo controle é um neologismo que originou da língua francesa (*contrôle*) e, por isso, sempre encontrou resistências entre os cultores do vernáculo, mas que foi definitivamente incorporado por ser intraduzível e insubstituível. No seu significado vulgar ou técnico, incorporou-se definitivamente em nosso idioma já constando dos modernos dicionários da Língua Portuguesa nas suas várias acepções e como sofreu influência de diversas origens, os significados mais usuais são os de verificação, fiscalização, dominação, regulação e restrição (GRAU, 2013, p. 147; MEIRELLES, 2016, p. 795).

Existem diversos estudos e percepções sobre o tema na administração pública mas podemos o entender como monitoramento de processos, tais como normas e eventos, com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos, para detecção de situações de alarme que requeiram uma ação de avaliação detalhada e profunda (DENASUS, 2004, p. 96). Ou ainda, como a propriedade de vigilância, orientação e correção que um poder, órgão ou autoridade exerce sobre a conduta funcional de outro e apresenta-se de diversas formas, variando de acordo com a precedência ou modo de aplicação (MEIRELLES, 2016, pp. 795-797). A população participando da fiscalização dos serviços públicos, ajuda a melhorá-los em qualidade e oportunidade (DÍAZ BORDENAVE, 1994, p. 13).

O marco inicial do Controle na Administração Pública no País foi a criação da Lei nº. 4.320 (BRASIL, 1964) que concebeu as expressões Controle Interno e Controle Externo ao instituir as Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Posteriormente, foi reconstituída pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000) que estabeleceu as normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, prevendo sobre a transparência, controle e fiscalização em seu nono capítulo (TCE-MG, 2012, p. 10).

A função de controle na administração pública existe para que haja equilíbrio na relação entre Estado e sociedade, para assegurar que os órgãos atuem em consonância com os princípios constitucionais e a atividade governamental atenda à finalidade pública, à legislação e aos princípios básicos aplicáveis ao setor público. O Estado é “cercado de mecanismos de controle das atividades estatais, gerados pela necessidade de se resguardar a própria administração pública, bem como garantir os direitos sociais e individuais dos cidadãos” (CGU, 2012, p. 16; TCE-MG, 2012, p. 17).

O Controle interno é realizado pela própria entidade ou órgão que está sendo controlado e a Constituição (BRASIL, 1988) determina que ocorra nos três Poderes de Estado, pelos serviços de contabilidade ou órgãos equivalentes, e que os responsáveis por

esse controle, ao contatarem qualquer irregularidade, devem informar ao Tribunal de Contas. Essa verificação da legalidade dos atos de execução orçamentária pode ocorrer de maneira prévia, concomitante ou subsequente, por intermédio da prestação ou tomada de contas anual e, ainda, o “levantamento, prestação ou tomada de contas de todos os responsáveis por bens ou valores públicos” (BRASIL, 1964; MEIRELLES, 2016, pp. 798).

O Controle Interno integra a estrutura organizacional da Administração, tendo por função acompanhar a execução dos atos e apontar, em caráter sugestivo, preventivo ou corretivamente, as ações a serem desempenhadas. Além disso, note-se o caráter opinativo do Controle Interno, haja vista que o gestor pode ou não atender à proposta que lhe seja indicada, sendo dele a responsabilidade e risco dos atos praticados (TCE-MG, 2012, p. 17).

O Controle externo é realizado por um Poder ou órgão constitucional diferente do que está sendo fiscalizado, sendo exemplos as auditorias do Tribunal de Contas sobre a efetivação de determinada despesa do Executivo e a verificação a probidade da administração, a guarda e legal emprego dos dinheiros públicos, bem como o cumprimento da Lei de Orçamento realizada pelo Poder Legislativo (BRASIL, 1964; MEIRELLES, 2016, pp. 798).

O Controle Social acontece quando há o envolvimento da população na fiscalização das ações do Estado, exigindo que “o governo preste contas sobre o uso dos recursos públicos”, assim, a sociedade monitora e controla as ações da Administração Pública, configurando um “importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania” (BRASIL, 2015; CGU, 2012, pp. 16-17). Tal como explicado:

(...) Ao falar de controle social não se pretende apenas que se consigam implantar mecanismos que reduzam, eliminem ou previnam os desperdícios, os desvios e as malversações na aplicação dos recursos públicos. (...) Busca-se assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p. 142).

Deste modo, caracteriza-se em um sentido de vigilância e responsabilização e, ao mesmo tempo, possui a noção de efetividade e compromisso com a coisa pública (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p. 142). A preocupação pelo estabelecimento de um controle social forte e atuante no Brasil é maior em razão da extensão territorial do país e pela descentralização geográfica dos órgãos públicos integrantes dos diversos níveis federativos – União, estados, Distrito Federal e municípios e que é um complemento indispensável ao controle institucional realizado pelos órgãos que fiscalizam os recursos públicos. Ainda assim, alguns setores de assuntos de interesse aos brasileiros não possuem um mecanismo institucionalizado e público de participação, a exemplo da política econômica e das arenas de

decisão para definição de diretrizes do modelo de desenvolvimento brasileiro (CGU, 2012, pp. 16-17; MORONI, 2010, p. 250).

E, mesmo que não tenham alcançado níveis amplos de mobilização e organização nessas áreas, permitiram a disseminação das formas de participação nas mais variadas áreas, desde o planejamento à avaliação de políticas públicas em todos os níveis gestão, mostrando-se como o caminho mais adequado para o enfrentamento de problemas graves e complexos dos países em desenvolvimento (CORTÊS, 2010, p. 103; DÍAZ BORDENAVE, 1994, p. 14; FLEURY e LOBATO, 2010, p. 10; VASCONCELOS, 2010, p. 271). Somente com participação e luta social, será possível haver um enfrentamento positivo aos problemas de Saúde que atingem os brasileiros, independente do local em que estejam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pp. 07, 36).

Em suma, o controle social é a fiscalização enquanto a participação social é um “diálogo entre a sociedade e o governo no processo decisório das políticas públicas” (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2015) e pode ser exercido fora dos canais institucionais de participação através do acompanhamento das políticas públicas pela população em todos os níveis da federação (PÓLIS, 2008, p. 1). Para facilitar essa comunicação, a LRF determinou o acompanhamento e a avaliação, de forma permanente, por conselho de gestão fiscal para que fossem criados normas e padrões mais simples para os pequenos Municípios e necessários ao controle social, dentre outros objetivos (BRASIL, 2000). Isso por que:

A participação da sociedade debatendo em suas organizações, dialogando com o Estado e realizando o controle social é muito importante para garantir que as políticas atendam, de fato, às necessidades prioritárias da população, para melhorar os níveis de oferta e de qualidade dos serviços e também para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos (...) tornando-as mais adequadas às necessidades da coletividade e ao interesse público, e mais eficientes (PÓLIS, 2008, p. 2).

Não há uma linha bem definida em que podemos perceber se estamos na presença de um instrumento de controle social ou de participação social/popular, pois ainda é difícil o reconhecimento das funções que correspondem a uma ou a outra. Mas ambos são chaves para a governança democrática: “a participação social como um meio para democratizar a Administração Pública; o controle social para aumentar sua *accountability*”² (GRAU, 2013, pp. 299-300).

² Estudos recentes têm utilizado a noção de *accountability* para definir ou identificar a responsabilização por decisões e ações, mais apropriada para o controle contábil, financeiro e técnico da administração pública, não proveitoso a este trabalho.

Em relação à participação política, a Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH (ONU, 1948) defende a liberdade de opinião e expressão de todo ser humano, para que possa opinar, procurar, receber e transmitir informações por quaisquer meios e independentemente de fronteiras e legítima que:

Artigo XX

1. Todo ser humano tem direito à liberdade de reunião e associação pacífica.
2. Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação.

Artigo XXI

1. Todo ser humano tem o direito de fazer parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos.
2. Todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.
3. A vontade do povo será a base da autoridade do governo; esta vontade será expressa em eleições periódicas e legítimas, por sufrágio universal, por voto secreto ou processo equivalente que assegure a liberdade de voto. (ONU, 1948)

A democracia no Brasil se identifica por suas características formais como a existência de uma constituição, a separação dos poderes, eleições competitivas (tanto em âmbito legislativo como executivo) e liberdade política aos seus cidadãos. Nesse regime de governo é característico que o poder político não seja forçado nem excludente e que à população seja permitido o diálogo com o poder público e a sua autonomia. Ao contrário, o “receio à ampliação da participação política” configura como parte de “pensamento de raízes autoritárias” embora disfarçado de pensamento modernizador ou progressista-liberal. “Não se pode considerar democrático um pensamento político que, ao invés de incluir as pessoas nos processos políticos, busca impor o poder de uma minoria supostamente ilustrada” (CUNHA FILHO e GUIMARÃES FILHO, 2015, p. 21).

A participação política na democracia pode ser entendida a partir da descrição de Bobbio (1998, p. 323) que a definiu como uma manifestação “daquela liberdade particular” que, além do direito de expressar opiniões, reunir-se ou associar-se para influir na política do país, compreende ainda no direito de eleger representantes para o Parlamento e de ser eleito. Ainda, Sani (1998, p. 888-890) afirma que na terminologia corrente da ciência política, a expressão é geralmente utilizada para designar uma série de atividades, tais como o ato do votar, a militância em partido político, a participação em manifestações, discussão de acontecimentos políticos, a pressão exercida sobre um dirigente político, e ainda, o apoio a determinado candidato em campanha eleitoral, dentre outros. Ainda:

(...) se verifica que o substantivo e o adjetivo que compõem a expressão Participação política se prestam a interpretações diversas. Antes de tudo, a definição de atividade política nem sempre é unívoca; (...) Em segundo lugar, 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 à de protagonista de destaque (Sani, 1998, p. 888).

Igualmente, é o momento em que “todos podem exercer alguma influência política, desde que tomem consciência de que são seres humanos iguais aos outros”, que não se conformam com “as injustiças”, deduzindo que a participação política não é apenas participação eleitoral e, muitas vezes, é mais eficiente por outros meios. Na história da humanidade, desde milênios, existe uma luta constante para que a população possa participar das decisões políticas, porém, ainda existem tentativas por parte de um grupo elitizado em tomar as decisões que somente os favoreçam, embora as Constituições nos países procurem minimizar a ação desses (DALLARI, 1999, pp. 27-39). O autor conclui que:

A participação política é um dever moral de todos os indivíduos e uma necessidade fundamental da natureza humana. A participação intensa e constante de muitos é necessária para impedir que alguns imponham uma ordem injusta, que sempre acaba sendo prejudicial para todos (DALLARI, 1999, p. 36).

Para Sani (1998, p.890) a participação política está condicionada às estruturas ou ocasiões e são determinadas pelo ambiente em que o indivíduo se insere e variam de sistema para sistema ou dentro de um mesmo sistema. Nos regimes democráticos, as mais importantes ações estão ligadas aos mecanismos de competição entre as forças políticas e estão geralmente institucionalizadas nas normas que dizem respeito ao processo de renovação dos cargos públicos. Entretanto, assume a terminologia de mobilização quando ocorrem em sistemas autoritários e totalitários, uma vez são regimes de governo em que a participação é censurada, programada do alto e somente confiada a poucos.

Após os anos 2000, alguns países da América do Sul fortaleceram os arranjos institucionais de participação social na gestão pública, baseando-se na crença de que ao congregarem representantes da sociedade civil e dos governos seria ampliado “o controle social sobre as instituições estatais, ao mesmo tempo em que aumentariam a influência da sociedade na definição das prioridades governamentais” (SILVA, 2009, pp. 9-10).

2.2 Políticas públicas e participação social

A partir dos primeiros estudos voltados para entender e organizar a Administração Pública que, em meados dos anos 1960 nos EUA, estavam sendo formados profissionais voltados à “otimização de meios, mas não dos fins”, deixando de fora as discussões “próprias

da esfera política” que segundo o raciocínio da época, eram de responsabilidade dos políticos. O conhecimento baseado em administração e finanças não era o suficiente, necessitando o surgimento de “um novo tipo de especialista” para observar as ações do governo na sua totalidade, meios e fins e, assim, orientar as decisões governamentais (TRONCO, 2018, p. 20). Essas ponderações levaram ao início dos estudos sobre políticas públicas e:

Um dos grandes baratos do campo de Políticas Públicas é que ele nasceu mestiço - uma mistura de Sociologia, Ciência Política e Economia - e se comporta como um antropófago: (...) absorve o que há de mais interessante em cada uma delas. (...) está repleta de contribuições da Ciência Política, Administração e Economia, e nas seções sobre ferramentas metodológicas e pesquisas sociais há muita coisa compartilhada com a Estatística e as Ciências Sociais. (TRONCO, 2018, p. 15).

Os primeiros estudiosos defendiam que os intelectuais frente à Administração Pública deveriam usar a razão e a criatividade para guiar a sociedade “pelo caminho do bem-estar e para longe de um futuro nefasto. Esses heróis (...) seriam os analistas de políticas públicas” (TRONCO, 2018, p. 20). A abordagem introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública) como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo (SARAVIA, 2006; SOUZA, 2006).

No Brasil, o campo de estudo de Políticas Públicas é relativamente recente, uma vez que os primeiros relatos são posteriores aos anos 1990 e, em sua maioria, decorrentes da Reforma administrativa que ocorreu na época. Esses estudos, ainda esporádicos, analisaram as estruturas e instituições, bem como os processos de negociação das políticas setoriais específicas e seus efeitos, normalmente, carecendo de embasamento teórico em que há maior possibilidade de haver um grau de generalização dos resultados adquiridos (BRASIL e CAPELLA, 2016, p. 79; FREY, 2000, pp. 214-215).

Mesmo com a abundância de estudos na área, ainda não existe uma única ou a melhor definição sobre o que sejam as Políticas Públicas, mas as abordagens nos permitem compreender que “o todo é mais importante do que a soma das partes” e os indivíduos, as instituições, as interações, as ideologias e os interesses, embora diferentes, possuem a sua importância relativa nesses fatores (SOUZA, 2006).

Compreendemos as políticas públicas como toda a ação governamental seja por atividade ou não de um ente político ou gestor público. A participação social nesse trabalho analisa e avaliada considerando a abordagem do ciclo de políticas públicas (*policy cycle*), a partir do entendimento que a população pode estar presente em todos os momentos das

atividades governamentais podendo ser reconhecida como “ator(es) social(is)” que podem interferir nos rumos, desde o reconhecimento do problema, inserção e resolução como política.

Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: (TRONCO, 2018, p. 55).

O ciclo das políticas públicas defende as ações governamentais como resultantes de etapas interligadas que normalmente incluem: definição da agenda, definição das alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação, como ilustrado na figura 1 (TRONCO, 2018, p. 54). Na visão de Frey (2000, p. 226), essa abordagem deve ser composta pelos estágios: percepção e definição de problemas, *agenda-setting*, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação.

Saravia (2006, p. 32-35) explica que cada política pública passa por diversos estágios e em cada um deles, os atores, as coalizões, os processos e as ênfases são diferentes, sendo necessária uma distinção para cada um dos estágios, pois configuram campo para diferentes tipos de negociação. Para o autor, as fases do ciclo das políticas públicas interagem entre si e nem sempre observa a sequência sugerida, mas as etapas compreendidas em agenda, elaboração, formulação, implementação, execução, acompanhamento e avaliação estarão sempre presentes.

Bonat (2011, pp. 7-8) esclarece que cada uma dessas etapas é afetada por fatores diferentes e pode ser investigada em relação às constelações de poder, às redes políticas e sociais e a práticas político-administrativas. São conjuntos de ações discretas e inter-

relacionadas, em que os gestores públicos podem utilizar para alcançar os objetivos das políticas de seu governo (WU et al., 2014, p. 21) e:

A política pública começa quando a agenda é definida. A menos que um problema entre para a agenda do governo, nada será feito a respeito dele. Por qual modo uma questão passa a ser vista como um problema envolve processos sociais e políticos complexos, bem como circunstâncias mutáveis (...). Se não querem ser esmagados por esses fatores, os gestores públicos precisam de uma base sólida de conhecimento, forte capacidade analítica e uma estratégia bem elaborada, mas flexível (WU et al., 2014, p. 48)

Uma agenda governamental ou pública é definida quando o poder público decide que determinada, ou um conjunto de situações, deve ser entendida como um problema ou uma questão “pública” digna de sua atenção³ para que sejam mobilizados recursos para saná-las (TRONCO, 2018, pp. 55-56; WU et al., 2014, p. 30). Nessa etapa, o foco está:

(...) nos processos iniciais de identificação de problemas, na iniciação de políticas e no modo como esses processos afetam as atividades de criação de políticas públicas posteriores de responsabilidade dos governos. Os itens da agenda diferem bastante, dependendo da natureza das circunstâncias econômicas e sociais em que as pessoas vivem e os governos atuam (WU et al., 2014, p. 30).

Frey (2000, p. 227) explica que um fato pode ser identificado como um problema político pela contribuição dos grupos sociais ou políticos, administração pública, mídia e outras formas da comunicação política e social. Os atores bem organizados podem validar problemas de suas próprias agendas na agenda do governo, entretanto, a falta de motivação política, restrições orçamentárias ou desconhecimento do poder público sobre determinados temas, faz com que esse não ingresse na agenda pública, sendo necessária uma avaliação preliminar sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, bem como, uma avaliação das chances desse projeto de se impor na arena política (FREY, 2000, p. 227; TRONCO, 2018, pp. 55-56). Também:

(...) ativistas, litigantes ou eleitores, por vezes, podem trazer itens para a agenda de governo. No entanto, é mais comum que os itens da agenda surjam a partir de atores coletivos organizados, tais como grupos de interesse, organizações religiosas, empresas, sindicatos, associações, usinas de ideias (*think tanks*) ou outros tipos de organizações voltadas para a pesquisa de políticas públicas (WU et al., 2014, pp. 31-32).

Tronco (2018, p. 56) descreve que os fatores que podem transformar uma situação num problema são: catástrofes, por se tratarem de emergências que provocam ações imediatas

³ “E não simplesmente uma questão que afeta apenas algumas pessoas, ou uma ‘condição’ de segundo plano sobre a qual ele não pode fazer muita coisa e que, por isso, pode ser deixada de lado” (WU et al., 2014, p. 30).

do poder público; novos dados de pesquisa que demonstram sobre situações problemáticas e podem incitar a adoção de novas medidas; e a ação dos atores, especialmente influentes, que pressionam o governo para atender suas reivindicações. Assim, o governo escolhe qual de suas facetas irá atacar determinando pessoas e órgãos dentro do governo serão incumbidos da situação. Ainda:

Na sua acepção mais simples, a noção de “inclusão na agenda” designa o estudo e a explicitação do conjunto de processos que conduzem os fatos sociais a adquirir *status* de “problema público”, transformando-os em objeto de debates e controvérsias políticas na mídia (SARAVIA, 2006, p. 33).

Wu et al. (2014, p. 30) concordam que a definição de uma agenda pode estar intimamente ligada à ideia de que a criação de políticas públicas é orientada principalmente pelas ações de atores não governamentais, às quais os gestores do governo reagem. Assim, entenderíamos que a participação social ditaria as situações a serem transformadas em políticas para resolução de problemas de cunho e desejo da população, fortalecendo ainda mais a importância do envolvimento da sociedade junto à administração pública para ditar as demandas a ser atendidas. Mas os próprios autores em epígrafe acusam que existem evidências empíricas que comprovam que preocupações sobre certos problemas de políticas são, muitas vezes, criadas por membros dos governos, em vez de grupos sociais. E também:

Entre os grupos de interesse, os voltados para negócios são geralmente os mais poderosos, com uma capacidade inigualável de afetar as políticas públicas por meio de seu controle direto sobre investimentos e, portanto, indiretamente, sobre os empregos e a prosperidade econômica (WU et al., 2014, pp. 31-32)

Superada a etapa anterior, temos a definição das alternativas quando são elencadas as opções para resolução do problema reconhecido anteriormente, escolher a mais apropriada e a instância de decisão responsável decide sobre um “programa de compromisso” negociado antecipadamente entre os atores políticos mais relevantes. A realização de um diagnóstico da situação-problema e da capacidade de ação estatal permite uma melhor avaliação dos custos e efeitos, bem como o estabelecimento de prioridades. Nessa fase é possível que, além dos atores governamentais, o público-alvo da política seja incluído no processo por meio de métodos participativos (FREY, 2000, p. 227-228; SARAVIA, 2006, p. 33; TRONCO, 2018, pp. 56-57). A população pode ser consultada nessa etapa, expondo suas opiniões em audiências públicas ou conferências, por exemplo.

A fase da tomada de decisão pode ocorrer em concomitância com a etapa anterior e é quando a alternativa escolhida irá se tornar uma política pública. A escolha não se dá somente por critérios técnicos, mas políticos, pois os atores envolvidos na escolha “têm a ganhar com alguma das opções de ação e vão batalhar para que esta seja a vencedora, sem, por vezes, levar em consideração o bem-estar da sociedade” (TRONCO, 2018, p. 57).

A tomada de decisão é a fase de criação de políticas públicas que envolve a seleção de um curso de ação a partir de uma gama de opções, incluindo a de manter o *status quo*. Não é sinônimo de todo o processo de criação de políticas, embora por vezes seja discutida como se fosse (WU et al., 2014, pp. 77-78).

Esse estágio também pode ser compreendido como formulação, pois, além da seleção e especificação da alternativa mais conveniente, são definidos seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro (SARAVIA, 2006, p. 33).

Na implementação as decisões se traduzem em ações através do planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para executar uma política pública. A responsabilidade passa das mãos dos formuladores para os gestores públicos que deverão executar o programa nas suas localidades e, para esses, é uma das etapas mais difíceis e críticas do processo, pois qualquer deficiência na sua concepção ou quaisquer vulnerabilidades serão visíveis. (SARAVIA, 2006, p. 34; TRONCO, 2018, p. 57; WU et al., 2014, p. 97)

A implementação é um processo influenciado por muitas variáveis, tais como a capacidade técnica dos gestores locais, o entendimento do gestor sobre o seu trabalho, os imprevistos e a reação da população à política, podendo se mostrar inviável na prática. A prevenção de falhas nessa fase é mais difícil em nosso País por conta da diversidade de territórios em que as intervenções devem ser replicadas. Por se tratar de uma fase crucial, não pode ser negligenciada, pois as falhas de implementação são apontadas com principal causa da maioria dos fracassos ou insucessos de políticas públicas (TRONCO, 2018, p. 57; WU et al., 2014, p. 107). Por isso:

Diariamente, os gestores públicos são obrigados a viver com as consequências prejudiciais de várias deficiências nas políticas públicas e nos processos existentes (...). Embora as forças responsáveis por essas deficiências normalmente estejam fora do domínio de influência dos gestores públicos individuais (...). (WU et al., 2014, p. 117).

Tais acontecimentos podem ser corrigidos ou, até mesmo, evitados através da avaliação que pode oferecer uma linha crítica de defesa contra tais deficiências e pela

investigação sistemática da eficácia de políticas, programas e procedimentos. Essa etapa visa averiguar se a política cumpriu com os seus objetivos e calcular seus efeitos e pode ser realizada durante o processo implementação, servindo de investigação dos processos de gestão e fornecendo resultados preliminares (TRONCO, 2018, p. 58). Portanto:

A avaliação produz um juízo de valor sobre a política com base em resultados de pesquisa científica. Se a política funciona, a avaliação recomendará a sua manutenção; se ela possui problemas, o estudo apontará aonde eles estão e o que fazer para solucioná-los. Se a política não teve efeito, a avaliação recomendará a sua extinção (TRONCO, 2018, p. 58).

Na avaliação são questionados os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros podendo direcionar uma política pública a sua remodelagem ou conclusão, nesse último, por ter um resultado positivo, uma vez alcançado o seu objetivo, não mais precisará ser aplicada. Seu resultado negativo, indica a inviabilidade de sua continuação (FREY, 2000, pp. 228-229). Parada (2006, p. 69) define que uma política pública de excelência é aquela com fluxo de ação e de informações correspondente ao objetivo político definido de forma democrática e os que se desenvolvem no setor público com a frequente participação da comunidade e do setor privado.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL

A saúde é “um direito fundamental do ser humano” e é dever do “Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, conforme explicitado na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e na Constituição (1988). A DUDH (ONU, 1948) defende que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a sua saúde e bem-estar, os cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis e que lhe seja concedida segurança no caso de doença ou perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. Entretanto, nem sempre a saúde foi tratada como uma responsabilidade de Governo em nosso País (CONASS, 2011, pp. 10-11).

A **Constituição de 88**, ao assumir os direitos fundamentais, pretendeu a transformação da sociedade. Inspirada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, não se limitou a tratar dos direitos tradicionais – como a propriedade –, mas encampou direitos não patrimoniais, que precisam ser garantidos (CONASS, 2015, p. 33; **grifo nosso**).

A saúde pública, a educação, a previdência e a assistência social são apontadas como políticas públicas prioritárias defendidas pela Constituição, especialmente, por respeito à dignidade da pessoa humana e, conforme o STF, devem ser implantadas pelo Poder Público de forma efetiva (MEIRELLES, 2016, p. 436). Essa interpretação constitucional é de extrema importância para a efetivação do direito à saúde quando somada às demais normativas que estruturam a política pública (CONASS, 2015, p. 17).

Nesse capítulo abordaremos o cenário visualizado no Brasil antes da promulgação da Constituição de 88, demonstrando os órgãos responsáveis pela saúde pública e as ações realizadas para eliminação e combate de epidemias, interligando aos movimentos sociais da época e ao processo de redemocratização do País. Seguindo a linha cronológica, apresentamos o SUS como fruto dessas mobilizações, ponderando sobre a atual conjuntura e os desafios serem enfrentados diante das demandas e do seu financiamento. Por fim, apresentamos o município de Alegrete/RS e como está estruturada a saúde pública na cidade.

Será possível observar que a história política do país é repleta de mobilizações populares demonstrando a capacidade do povo brasileiro de se organizar e lutar por seus direitos, somente variando de forma e de intensidade de luta de acordo com os usos e costumes de cada época, como descrito por Silva (2009, pp. 10-11). As manifestações não aconteciam por meio dos canais oficiais, como os mecanismos eleitorais, mas por meio de rituais religiosos e grandes festas populares étnicas que refletiam a cultura local.

3.1 A saúde pública no Brasil antes da Constituição de 1988

Os primeiros relatos de organização da saúde pública no Brasil datam de meados de 1800, após a vinda da Corte Portuguesa. No Rio de Janeiro, capital do País na época, foi implantada a Junta de Higiene Pública, em que as instâncias médicas assumiram o controle das medidas de higiene pública após 1829 e foi regulamentada em 1850, cujas atividades se limitavam à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. Só tinham acesso aos serviços de saúde aqueles com condições financeiras para custear o atendimento e o tratamento recebido. Posterior à Proclamação da República, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários e, conforme previsto pela Constituição de 1891, os estados tinham a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento e educação (CONASS, 2011, pp. 10-11).

A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste (CONASS, 2011, pp. 10-11).

Tal cenário interferiu em relações internacionais, uma vez que os navios estrangeiros relutavam em atracar no porto do Rio de Janeiro por conta da situação. A cidade, ainda colonial, possuía ruas desordenadas e estreitas, com precário serviço de esgoto e de abastecimento de água e as residências não tinham condições higiênicas. Em 1902, o prefeito Pereira Passos deu início a uma reforma urbanística e higiênica da cidade, abrindo grandes avenidas, endireitando e alargando ruas e reformou o porto, mas tendo que derrubar centenas de casas, deixando muitos moradores sem teto (CARVALHO, 2002, p. 73; CONASS, 2011, pp. 10-11).

O Governo passou a realizar ações não somente em épocas de surto epidêmico com o apoio de sanitaristas que uniram-se para a criação de medidas protetivas que auxiliaram a reforma sanitária da época (CONASS, 2011, pp. 10-11). Primeiramente, Oswaldo Cruz⁴ auxiliou o combate ao mosquito transmissor da febre amarela, aproveitando o método recente aplicado em Cuba em que funcionários percorriam a cidade desinfetando ruas e casas, interditando prédios e removendo doentes. “Foram especialmente visados os cortiços,

⁴ “Além de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, entre outros, destacam-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições” (CONASS, 2011, p. 12).

conjuntos de habitações anti-higiênicas onde se aglomerava boa parte da população pobre. Muitos deles foram condenados à demolição” (CARVALHO, 2002, p. 73).

Em 1904, suscitou a revolta urbana mais importante, conhecida como a Revolta da Vacina. Foi o ano em que Oswaldo Cruz iniciou o combate à varíola que devia ser obrigatoriamente feito por meio de vacinação. Entretanto, políticos que se opunham ao governo iniciaram uma campanha de oposição à obrigatoriedade, apoiados pelos positivistas que alegavam que a vacina não era segura e que o Estado não poderia forçar à população a se imunizar. A oposição estendeu-se às camadas populares, organizadas no Centro das Classes Operárias. Aproximadamente 15 mil pessoas assinaram listas pedindo ao governo que suspendesse a vacinação (CARVALHO, 2002, p. 73).

Em 10 de novembro de 1904, a revolta popular explodiu por conta do anúncio de uma regulamentação muito rigorosa da lei, suscitando um conflito com as forças de segurança. O tumulto generalizou-se e, do dia 10 ao dia 18, os revoltosos mantiveram a cidade em estado de permanente agitação e receberam a ajuda de militares do Exército que também se rebelaram contra o governo (CARVALHO, 2002, p. 74). Com isso:

A ira da população dirigiu-se principalmente contra os serviços públicos, a polícia, as autoridades sanitárias, o ministro da Justiça. O governo decretou estado de sítio e chamou tropas de outros estados para controlar a situação. O saldo final da luta foram 30 mortos, 110 feridos e 945 presos, dos quais 461 foram deportados para o norte do país (CARVALHO, 2002, p. 74).

O autor pondera que essas revoltas físicas não tiveram participação ou apelo de políticos de oposição, somente se envolveu a população que se dizia insatisfeita com as medidas impositivas do Estado, eram “movimentos reativos e não propositivos”. Essa ação popular teve espontaneidade e dinâmica próprias e nesses rebeldes havia “um esboço de cidadão, mesmo que em negativo”. Ele conclui que:

Em todas essas revoltas populares que se deram a partir do início do Segundo Reinado verifica-se que, apesar de não participar da política oficial, de não votar, ou de não ter consciência clara do sentido do voto, a população tinha alguma noção sobre direitos dos cidadãos e deveres do Estado. O Estado era aceito por esses cidadãos, desde que não violasse um pacto implícito de não interferir em sua vida privada, de não desrespeitar seus valores, sobretudo religiosos. Tais pessoas não podiam ser consideradas politicamente apáticas (CARVALHO, 2002, p. 75).

As ações sanitaristas, superados os primeiros conflitos, não se limitaram à capital do País na época. Outros médicos sanitaristas levaram a campanha ao interior do território nacional que era constituído de miséria e doença e pedia atenção do governo. Os profissionais

envolveram-se, então, em campanha nacional a favor do saneamento do país como condição indispensável para construir uma nação viável (CARVALHO, 2002, p. 93).

Na década de 1920, a assistência social era prestada quase que exclusivamente pelas associações particulares e de irmandades religiosas oriundas da época colonial que ofereciam a seus membros apoio para tratamento de saúde, auxílio funerário, empréstimos e pensões para viúvas e filhos. Além disso, existiam as sociedades de auxílio mútuo, uma “versão leiga das irmandades e antecessoras dos modernos sindicatos”. Ambas funcionavam com “base contratual” e os benefícios eram proporcionais às contribuições desses membros. Os pobres podiam ser atendidos nas santas casas de misericórdia e instituições privadas de caridade (CARVALHO, 2002, p. 61). Ainda:

No campo, a pequena assistência social que existia era exercida pelos coronéis. Assim como controlavam a justiça e a polícia, os grandes proprietários também constituíam o único recurso dos trabalhadores quando se tratava de comprar remédios, de chamar um médico, de ser levado a um hospital, de ser enterrado (CARVALHO, 2002, p. 64).

A política previdenciária de saúde teve origem na criação das primeiras instituições de proteção social, as caixas de aposentadoria e pensões (CAPs), instituídas pela Lei Elói Chaves (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1923). O modelo de proteção social previsto na Lei e adotado pelas CAPs incluía benefícios previdenciários e assistência médica e farmacêutica, extensiva aos familiares. Além disso, para compensar a ausência de oferta de serviços no mercado, as instituições previdenciárias passaram a criar serviços próprios para atenção à saúde de seus segurados (FGV, 2019a).

Em 1930⁵ foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública e, em 1937, sua denominação passou a Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP além de ser definida a sua organização, atribuições e composição (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1937). A atenção era voltada para os denominados “pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, (...) todos aqueles que não se encontravam habilitados para usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e serviços previdenciários” (CONASS, 2011, p. 15). Nesta década, foram criados os institutos de aposentadoria e pensões (IAPs) que representou a mudança na postura do Estado em relação à política de proteção social, aos poucos assumindo como sua atribuição, participando como co-financiador e co-gestor (FGV, 2019a).

⁵ Através do Decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930.

A partir de 1945, com a industrialização crescente e a liberação da participação política dos trabalhadores através do voto, ocorreu um aumento significativo e progressivo da demanda por atenção à saúde (FGV, 2019a). Somente a partir do ano de 1953, pela Lei nº. 1.920, foi criada uma pasta ministerial destinada a atender as demandas de saúde da população, porém, ainda não era suficiente, pois os recursos ainda eram escassos e era comum a ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias no país, bem como elevadas taxas de morbidade, mortalidade infantil e mortalidade geral. Simultaneamente, crescia uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos (BRASIL, 1953; CNS, 2013, pp. 19-25).

Com desmembramento do MESP, o Ministério da Saúde assumiu as responsabilidades do DNS. Desenvolvia atividades voltadas mais às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como as campanhas de vacinação e controle de endemias, com o apoio dos estados e municípios, com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (BRASIL, 1953; MS, 2002, p. 11).

A Constituição de 1946 estendeu o direito de voto a todos os cidadãos com mais de 18 anos de idade, o tornando obrigatório, secreto e direto, mesmo que ainda proibisse o voto do analfabeto e os soldados das forças armadas. Essa abertura no processo eleitoral, de certa forma, permitiu maior apropriação dos espaços de mobilizações e participação por parte da população⁶ (CARVALHO, 2002, p. 145).

No Brasil, a partir da década de 60, ocorreu o rápido processo de urbanização e industrialização, a população das cidades se sobrepôs aos habitantes de zonas rurais trazendo consigo as transformações sociais que promoveram uma concentração de riquezas e de acesso seletivo aos serviços públicos, especialmente nas capitais e regiões metropolitanas⁷ (CARVALHO, 2002, p.211). Na época, os canais formais de manifestação e diálogo foram fechados, deixando os movimentos populares e organizados da sociedade sem alternativas consideradas lícitas para a canalização de suas insatisfações e demandas ao Estado (SILVA, 2009, p. 11). Além disso:

⁶ “Mais estranho do que haver eleições foi o fato de ter o eleitorado crescido sistematicamente durante os governos militares. A tendência iniciada em 1945 não foi interrompida, foi acelerada” (CARVALHO, 2002, pp. 169-170).

⁷ A “população passou de 22,7 milhões em 1960 para 42,3 milhões em 1980, quase o dobro. Particularmente dramático foi o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho. Enquanto o número de homens aumentou em 67%, o de mulheres cresceu 184%. Isso fazia com que, apesar da queda no valor do salário mínimo, que em 1974 era quase a metade do que valia em 1960, a renda familiar se mantinha estável ou mesmo aumentava devido ao número maior de pessoas que trabalhavam, sobretudo ao número de mulheres empregadas (CARVALHO, 2002, pp, 169-170).

Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Esse quadro seria agravado com a repressão política, que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas (CONASS, 2011, p. 16).

Em 1960⁸, a Lei Orgânica de Previdência Social – LOPS unificou a legislação referente aos IAPs e, posteriormente, foi aprovado o Regulamento Geral da Previdência Social⁹. Em 1964, instaurou-se o Regime Militar de governo que, para “aumentar o poder de regulação sobre a população e de suavizar as tensões sociais”, implantou um Sistema Nacional de Saúde “caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde”. De um lado, havia a medicalização da sociedade e a incorporação das modificações tecnológicas vindas do exterior, e, de outro, a estratégia sanitária tradicional, herdada da antiga estrutura das campanhas. “Predominava no cenário a medicina previdenciária, com seus braços privados, enquanto a saúde pública assumia caráter marginal” (CNS, 2013, p. 21; CONASS, 2011, p. 16).

Nas décadas de 60 e 70, a ausência política e a exclusão de milhões de pessoas do acesso a bens e serviços básicos provocaram descontentamento, impulsionando as manifestações coletivas por conta desse cenário brasileiro em que o acesso aos serviços públicos básicos era restrito e seletivo (CORTÊS, 2002, p. 24; SOBOTTKA, 2004). Os pleitos eleitorais diretos somente aconteciam nas casas legislativas para manter aberto o Congresso. As eleições de governadores foram suspensas a partir de 1966 até 1982 e para presidente da República não foram realizadas entre 1960 e 1989, “eram escolhidos pelos comandos militares, de acordo com a corrente dominante no momento no alto comando. Seus nomes eram levados ao Congresso para ratificação” (CARVALHO, 2002, p. 166).

Em 1966¹⁰, foram unificados os fundos de institutos de aposentadoria e pensões do setor privado (IAPs), criando o INPS, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social que ficou responsável pela concentração das contribuições previdenciárias e que passou a gerir as aposentadorias, pensões e a assistência médica dos trabalhadores formais. Desde o início, por conta das diretrizes adotadas, se evidenciava uma política de assistência médica com prioridade para a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços médicos próprios da previdência social. Com isso, a saúde pública “tornou-se uma

⁸ Através da Lei n.º. 3.807 de 26 de agosto de 1960.

⁹ Pelo Decreto n.º 48.959-A, de 10 de setembro de 1960.

¹⁰ Através do Decreto-Lei n.º. 72, de 21 de novembro.

máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia” (CONASS, 2011, p. 16; FGV, 2019b).

A unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, além de constituir uma tentativa de solução para a crise política, financeira e organizacional que a previdência vinha enfrentando desde o final da década de 1950, permitiria que esta se tornasse mais facilmente uma questão administrativa da competência do Estado (FGV, 2019b).

O INPS concedia benefícios pecuniários e assistência médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos do setor privado e aos funcionários públicos regidos pela CLT e seus dependentes. Os benefícios consistiam em aposentadorias (por invalidez, velhice ou tempo de serviço), pensões, auxílios (natalidade, doença, funeral etc.), abonos, pecúlios, salários-família, salários-maternidade e seguros por acidente de trabalho (FGV, 2019b).

Na década de 70, havia a predominância de uma comunidade de política formada por dirigentes públicos de órgãos como INPS, INAMPS e MS, que mantinham relações com a indústria farmacêutica, entidades de prestadores privados de serviços, empresas de medicina de grupo, e organizações de profissionais de saúde, particularmente da área médica, por meio do CFM, e de conselhos, associações e sindicatos médicos estaduais. O que propiciou a consolidação e expansão do modelo de organização dos serviços de saúde focada no fornecimento privado oferecido nos centros urbanos, embora financiado com recursos da Previdência Social, por ser controlada por mecanismos frágeis de regulação (CÔRTEZ, 2009, p. 109). Neste período, surgiram as primeiras manifestações importantes de articulação com os “atores estatais e sociais na defesa da universalização do acesso a serviços **da área da saúde**, combinada com a democratização política do país” e que a sociedade civil deveria ter “controle sobre o sistema de saúde” (CÔRTEZ, 2009, pp. 48-49; CÔRTEZ, 2010, pp. 103-104; **grifo nosso**).

Movimentos sociais, no caso brasileiro, demandaram novas práticas políticas que acabaram gerando formas de participação durante o processo constituinte. Essas novas formas geraram práticas ampliadas da democracia, tais como os conselhos, que têm sido práticas no Brasil **desde então** (AVRITZER, 2010, p. 154; **grifo nosso**)

O Brasil havia somava duas experiências autoritárias e apenas uma pequena experiência democrática bastante instável após a sua transformação em República. Os atores envolvidos com os movimentos populares urbanos lutavam pela igualdade de acesso ao espaço urbano e aos bens e serviços públicos e introduziram um discurso baseado na noção de direitos da cidadania a essas camadas sociais. Estudos destacam a ligação da participação

social à preservação de direitos universais, na construção da cidadania e ao fortalecimento da sociedade civil no processo de redemocratização no Brasil (AVRITZER, 2010, p. 154; FEDOZZI, 2010, p. 207; VIANNA, CAVALCANTI e CABRAL, 2009, p. 231).

O movimento da Reforma Sanitária, composto por acadêmicos e profissionais da área que formaram uma comunidade de política articulada que defendia a democratização gestão em saúde e do acesso aos serviços, propôs: a unificação de um sistema de saúde; a ampliação e o aumento de cobertura das ações sanitárias; incorporação das práticas da integralidade e equidade; e a garantia de participação permanente da sociedade na gestão do sistema. Buscava conciliar a produção do conhecimento à prática política e como “forma de oposição à política do Estado autoritário” (CONASS, 2011, p. 17-18). Foi responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização do serviço, ampliando assim, o conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do País. Foi quando começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil (CNS, 2019a).

A partir de 1974, quando o País ainda vivenciava o regime militar, conhecido por limitar as manifestações contrárias ao governo¹¹, surgiram as primeiras iniciativas para liberalizar o ambiente político para estimular o envolvimento da comunidade no setor saúde, cujos serviços destinavam-se à “parcela da população excluída do acesso a serviços de saúde previdenciários”, uma vez que a crise econômica havia reduzido a confiança no regime militar. Por vez, o governo procurou implantar uma política de redução à pobreza e expansão da cobertura previdenciária para “legitimar o regime autoritário e ampliar sua base social de sustentação” (CORTÊS, 2002, p. 26; CORTÊS, et al., 2009, p. 47).

Após a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974, ao INPS¹² restou a competência pela concessão de benefícios. A gestão financeira ficou sobre responsabilidade do IAPAS e a assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e para prestação de assistência à saúde aos seus associados que eram trabalhadores formais com carteira assinada e, conseqüentemente, contribuía para a previdência social. A assistência era feita com recursos para o custeio das unidades próprias do Instituto especialmente, para construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar e contratação de

¹¹ A liberdade de pensamento era cerceada pela censura previa a mídia e as manifestações artísticas, e, nas universidades, pela aposentadoria e cassação de professores e pela proibição de atividades políticas estudantis. (CARVALHO, 2012, p. 193).

¹² Em 1980, por conta de uma grave crise financeira caracterizada por um déficit crescente, a previdência social teve decretada sua falência virtual por setores do governo, incluindo o INPS. Também, foram descobertas diversas fraudes em benefícios pagos pelo Instituto a segurados da previdência social, que pioraram ainda mais a saúde financeira do órgão. Pela Lei nº 8.029 de 1990, foi extinto o INPS e criado o INSS para tratar dos assuntos previdenciários, já no governo Fernando Collor de Melo (FGV, 2019b).

serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários. (ALRS, 2017, p. 11; FGV, 2019a; MS, 2002, pp. 11-13).

Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber:

- Os que podiam pagar pelos serviços
- Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e
- Os que não tinham nenhum direito. (MS, 2002, p. 12)

Em 1975¹³, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, tendo como órgão supremo o Conselho de Desenvolvimento Social que era constituído pelos ministros da área social como Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Interior e Previdência Social, junto ao Ministro do Planejamento e sob orientação direta do presidente da República. A norma transformou o sistema espontâneo existente em um sistema organizado, ampliando as atribuições do MS, embora tenha acentuado a divisão entre as ações de saúde para os indivíduos e as ações de saúde de alcance coletivo. O Decreto n.º 79.056 (BRASIL, 1976) introduziu o conceito de atividades e medidas de interesse coletivo como atribuição primordial a ser cumprida pelo MS e estabeleceu a sua nova organização (CONASS, 2011, p. 157). Nesta época:

(...) quando a taxa de crescimento começou a decrescer, (...) o crédito do regime esgotou-se rapidamente. A classe média inquietou-se e começou a engrossar os votos da oposição. Os operários urbanos retomaram sua luta por salários e maior autonomia. Os trabalhadores rurais foram os únicos a permanecer governistas. As zonas rurais foram o último bastião eleitoral do regime. Mas, como seu peso era declinante, não foi capaz de compensar a grande força oposicionista das cidades. (CARVALHO, 2002, p. 192)

Ao final da década de 70, ocorreu o fim do conhecido “milagre econômico” que favoreceu uma crise em diversos setores, incluindo a previdência social que repercutiu no INAMPS. O início da nova década foi marcado por um movimento cada vez mais forte de constatação ao sistema de saúde governamental e as propostas estavam orientadas para a democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público e à descentralização do sistema de saúde (ALRS, 2017, p. 11; CONASS, 2011, p. 21). Nesse período:

(...) o país mergulhou em uma crise política, ideológica e fiscal provocada pela recessão, pelo desemprego, pelo aumento da dívida pública, pela queda da arrecadação e pela ineficiência dos serviços públicos, principalmente aqueles relacionados aos setores da saúde e da previdência. A exclusão de parte da população a condições de saúde era uma das

¹³ Pela Lei n.º. 6.229, de 17 de julho de 1975.

características que marcava o país. Várias epidemias, tais como meningite e febre amarela, assolavam o Brasil (CNS, 2013, pp. 21-23).

A partir do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, com as transformações na estrutura socioeconômica e no arcabouço político-institucional, surgiram “novos atores sociais e práticas político-culturais no contexto da ampliação e vitalização da sociedade civil e da esfera pública, indicando que, apesar da crise e da fragmentação social, formou-se um quadro fecundo de construção do espaço público brasileiro” (FEDOZZI, 2010, pp. 205-207). Também, aumentou o desejo da sociedade por uma participação democrática nas decisões estatais desde a sua implementação, o seu controle e os seus benefícios, impulsionado pelo acesso às novas formas de comunicação como a informática e pelo fortalecimento da transparência e do controle social das ações do Estado (SARAVIA, 2006, pp. 25-26).

O debate e as reivindicações sobre uma maior participação popular na gestão pública começaram a se expandir e ser consolidadas à medida que o Brasil passou a viver períodos de maior “abertura” política. Logo após sua posse como presidente em 1984, o general Ernesto Geisel deu indicações de estar disposto a promover um lento retorno à democracia e, conforme eram aplicadas as medidas de abertura, renasciam e surgiam movimentos de oposição (CARVALHO, 2002, p. 173).

A ampliação dos mercados de consumo e de emprego e o grande crescimento das cidades durante o período militar criaram condições para a ampla mobilização e organização social que aconteceram após 1974. O movimento pelas eleições diretas em 1984 foi o ponto culminante de um movimento de mobilização política de dimensões inéditas na história do País (CARVALHO, 2002, pp. 192-193).

O auge da participação popular se deu na tentativa pelas eleições diretas ainda em 1984, porém, a emenda que garantiria o pleito com a participação da população, foi derrotada no Congresso posteriormente (TAVARES, 2006). Em 1985, foi instalado um governo civil estabelecido por eleição indireta que procurou atender “às pressões e às demandas sociais estabelecendo novos pactos de entendimento com a sociedade” (CARVALHO, 2002, p. 199; CNS, 2012, p. 22; CORTÊS, 2002, p. 22).

Apesar do desapontamento com o fracasso da luta pelas diretas e da frustração causada pela morte de Tancredo Neves, os brasileiros iniciaram o que se chamou de “Nova República” com o sentimento de terem participado de uma grande transformação nacional, de terem colaborado na criação de um país novo (CARVALHO, 2002, p. 193).

Em 1986¹⁴ foi debatida a unificação do INAMPS e que a Previdência Social deveria atuar sobre o seguro social e, assim, foi aprovado a criação de um Sistema de saúde unificado. Começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, Em 1987, o INAMPS adotou uma série de medidas que culminaram com a instituição do SUDS, que tinha como princípios básicos: a univesalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. Tais ações foram motivadas pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e pela mobilização política do “Movimento da Reforma Sanitária”, que posteriormente conquistou a definição relativa ao setor da saúde na Constituição de 88 (MS, 2002, p. 13; CNS, 2013, p. 23; CONASS, 2011, pp. 22-23). Também:

A reivindicação por maior participação popular foi encaminhada para a Assembleia Constituinte por meio da proposta de garantia de iniciativa popular no Regimento Interno Constituinte (...) contendo mais de 400 mil assinaturas. (...) a sociedade pôde participar ativamente do processo de elaboração da atual Carta Magna, apresentando propostas ao texto constitucional (SILVA, 2009, p. 13).

Assim, com a promulgação da nova Constituição Federal, a democracia que fora reivindicada durante muitos anos passou a vigorar em seu sentido representativo mais forte por permitir a possibilidade de escolha de governantes pelos cidadãos e foram introduzidas outras formas de participação popular (TAVARES, 2006). A Constituinte foi um marco no processo de redemocratização e de consolidação da participação popular e essa passou a ser conhecida como a “Constituição Cidadã” em que são apresentados e defendidos direitos sociais produzindo “mecanismos de envolvimento das classes populares” (CORTÊS, 2002, p. 22; SILVA, 2009, p. 14b).

A constituição de 1988 catalisou, como parte do processo de redemocratização brasileira, um regime político no qual os cidadãos teriam papel ativo e protagônico na gestão pública, por meio da criação de Conselhos de Gestão, vinculado às políticas setoriais diversas. Essa iniciativa visava uma articulação orgânica entre a democracia formal representativa e dispositivos de democracia direta, os quais emanam de uma cultura política associativa. (BAQUERO, 2010, p. 138)

Portanto, os anos 80 e 90 no Brasil representam o período de transição em que finda o regime de ditadura militar e é implantado o regime democrático. Os movimentos sociais populares foram agentes de identidade própria e com capacidade de articulação para, através da participação, influenciar em pontos específicos a definição de políticas sociais

¹⁴ Trataremos sobre a 8ª Conferência Nacional de Saúde na seção 5.1.

(SOBOTTKA, 2004, p. 96). É possível perceber que no Brasil, vários direitos e políticas sociais foram conquistados por meio da mobilização social, partindo de um movimento da base social para o topo, demonstrando que a sociedade é reflexiva, resiliente e capaz de inovar (FERRAREZI e OLIVEIRA, 2013, p. 135). Com isso:

A comunidade viria a ter papel decisivo não apenas na construção do SUS, mas também na definição do modo como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema. A criação dos mecanismos de participação institucionalizados (...) insere-se em um processo geral (nacional e internacional), no qual a pressão de atores sociais por mais participação levou à gradativa abertura de órgãos e instituições estatais ao escrutínio público. (CORTÊS, 2010, p. 104).

A promulgação da nova Constituição auxiliou na construção de um “estado de bem-estar” em que foram introduzidos instrumentos de democracia direta, como os plebiscitos, referendos e iniciativa popular que são regulamentados pelo Congresso Nacional além dos mecanismos de democracia participativa, como os conselhos gestores de políticas públicas (MORONI, 2010, p. 250). Com a expansão da democracia, as responsabilidades do Estado se diversificaram e para promover o bem-estar da sociedade o governo necessita da formulação de políticas públicas para desenvolver uma série de ações e atuar diretamente em diferentes áreas, tais como saúde, educação e meio ambiente (LOPES e AMARAL, 2008, pp. 05-07).

O INAMPS foi transferido¹⁵ do Ministério da Previdência para o MS, permitindo a sua adequação para atendimento da determinação constitucional da construção do Sistema de Saúde universal (MS, 2002, p. 14). Sua extinção ocorreu em 1993¹⁶ e suas competências foram transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS (FGV, 2019a).

3.2 Sistema Único de Saúde – SUS: finalidades e financiamento

A Saúde está relacionada na Constituição como um dos direitos sociais e que deve ser disponibilizada pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas para a redução do “risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Ainda, o texto constitucional elucida que a concepção do SUS está em formular um modelo de saúde que atenda às necessidades da população, para o resgate o compromisso do Estado com o bem-estar social e à saúde coletiva, como um dos direitos da cidadania (CONASS, 2011, p. 25). Assim:

¹⁵ Pelo Decreto n.º 99.060, de 7 de Março de 1990.

¹⁶ Através da Lei nº 8.689, 27 de julho de 1993.

As posições assumidas quanto aos rumos do Sistema Único de Saúde (SUS) são fruto do amadurecimento do povo brasileiro na luta incessante em busca de melhores condições de vida; lastreiam-se no texto da Constituição de 1988 e nas leis específicas da organização do SUS (CNS, 1992).

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde gratuitos, que devem ser prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. O MS passa então a ter o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e de proporcionar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independente da condição social de cada um (ALRS, 2017, p. 25).

O SUS constitui, hoje, a mais importante e avançada política social em curso no País. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo serve como exemplo para as demais áreas sociais. Sua proposta de reforma do Estado, democrática e popular, aponta para a construção de uma sociedade fundada nos princípios da justiça social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 07).

Entre os seus objetivos estão: a identificação e divulgação dos fatores que condicionam e determinam a saúde, bem como a formulação de política de saúde destinada a promoção e execução de ações que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços e o amparo às pessoas por intermédio de ações assistenciais e de atividades preventivas (BRASIL, 1990a). O Sistema consolidou-se como a maior política de Estado do País, que promove a inclusão e justiça social e é fruto de uma permanente construção coletiva, em que se manifesta o melhor da tradição política brasileira: o diálogo, a composição e a busca do acordo (CONASS, 2011, p. 28) e, ainda:

É constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. (...) Porém, não é uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (CONASS, 2011, p. 24).

O Art. 7º da Lei 8.080 (BRASIL, 1990a) defende que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem ser

desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da CF (BRASIL, 1988) e de acordo com os seus princípios doutrinadores e organizativos. Além desses, devem obedecer aos princípios de:

- (...) III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; (...)
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; (...)
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; (...)
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990a)

Os princípios doutrinários ou ideológicos do SUS são os que conferem legitimidade ao Sistema e definem os rumos para a sua implantação e estão divididos em universalidade de acesso, equidade na assistência à saúde e integralidade da assistência. O princípio da universalidade prevê que todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS e o acesso universal, em nenhuma circunstância, pode ser restringido, devendo ser ofertado um conjunto de serviços sanitários e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais (CNS, 2018, p. 18; CONASS, 2011, p. 28).

O SUS deve abranger desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, além de oferecer consultas, exames e internações, utilizando de centrais informatizadas de vagas hospitalares e cirurgias, além de promover campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária, como a fiscalização de alimentos e registro de medicamentos. Ainda, deve disponibilizar o acesso a novas tecnologias da área e que à população são inacessíveis considerando a lógica do mercado, tais como exames diversos, transplantes, cirurgias e tratamentos odontológicos (ALRS, 2017, pp. 13-15). Como descrito a seguir:

Todos usam o SUS por meio de inúmeras redes de serviços e ações de promoção da saúde, de vigilância sanitária (controle e fiscalização da qualidade de produtos para o consumo humano, de portos e aeroportos etc.), da vigilância epidemiológica e controle de doenças (epidemias, endemias), de imunizações (produção, vacinações, etc.), de programas orientados para grupos populacionais e problemas específicos (Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde dos Trabalhadores), de redução de

danos, de assistência e reabilitação, de produção de insumos (vacinas, medicamentos, equipamentos e outros), de iniciativas e medidas para a educação em Saúde (CNS, 2011a)

Essa ampla gama de programas, serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, são efetivadas a partir de uma extensa e complexa rede de serviços e ações que conformam um sistema público, em instâncias (inter)governamentais e âmbitos organizacionais diversos. Essas políticas estão presentes e são efetivas na vida de todos os brasileiros e de muitos estrangeiros (CNS, 2011a).

De forma similar, o princípio da equidade é um princípio de justiça social e defende que o Sistema deve diminuir as desigualdades atendendo à população de acordo com suas necessidades distintas e suas peculiaridades, portanto a rede de serviços deve atentar às necessidades reais da população a ser atendidas e, “em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior” (CNS, 2018, p. 18). Assim todo cidadão é igual perante o SUS, também, considerando as necessidades coletivas e os riscos (TCU, 2010, p. 58). Por isso:

(...) o SUS é considerado um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo. As ações de saúde cobrem desde campanhas até procedimentos mais complexos. O fundamento do SUS é o conceito mais amplo da saúde, que envolve não apenas o tratamento de problemas de saúde, mas também, ações de promoção da qualidade de vida e a prevenção de doenças (TCU, 2010, p. 58)

O princípio da integralidade de assistência ocorre no SUS através do “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a), ou seja, através dessa integração de atividades, a população pode seja atendida em todas as fases de um tratamento, sendo esgotadas as possibilidades de solução para o problema de saúde apresentado. Ainda, esse pressupõe que haja uma combinação “com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (CNS, 2018, pp. 18-19). Assim, as ações envolverão desde as campanhas de vacinação até programas, palestras, exames, internações, dentre outros, levando em consideração todas as necessidades do indivíduo (TCU, 2010, pp. 58-59). Por conta disso:

O Brasil é reconhecido internacionalmente como uma referência no setor da saúde por causa dessas e outras iniciativas do modelo de saúde brasileiro. O setor deve ser visto ainda, como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento (CONASS, 2011, p. 29).

Já os princípios organizativos orientam o processo considerando os demais princípios com o fim de concretizar o SUS na prática e são regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação social¹⁷. A regionalização e a hierarquização dizem respeito à forma de organização e funcionamento do SUS, assim os serviços se organizam em redes de atenção, em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, e são planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. A regionalização, na maioria das vezes, depende um processo de articulação entre os serviços já existentes para garantir o acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso no tempo oportuno e de forma qualificada. Ainda, deve acompanhar os fluxos de encaminhamento e de retorno de informações do nível básico do serviço, que somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema (CNS, 2018, p. 19).

O princípio da descentralização político-administrativa e do comando único diz respeito à distribuição do poder e responsabilidades entre os três níveis de governo, como uma forma de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e condições de gestão, técnicas, administrativas, especialmente, em relação aos recursos financeiros para manutenção do Sistema. E para que esse princípio seja válido, deve ir de encontro com a concepção constitucional do mando único, que defende a autonomia e soberania de cada esfera de governo em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (CNS, 2018, pp. 19-20; MS, 2006, p. 07).

Para Tavares (2006), a descentralização também instituída na Constituição, está entre os fatores responsáveis pelo incentivo à participação popular na gestão pública e tem desempenhado um papel fundamental: os executores das políticas públicas se aproximam do público alvo atendido por tais políticas.

Embora toda a estrutura estabelecida nas normas e regulamento, o SUS ainda encontra obstáculos para a sua efetivação, uma vez que a Constituição impôs ao Estado o dever de se estruturar para proteger os novos direitos, especialmente, em relação à saúde pública. Porém, para que as políticas públicas realmente aconteçam, é necessário vínculo

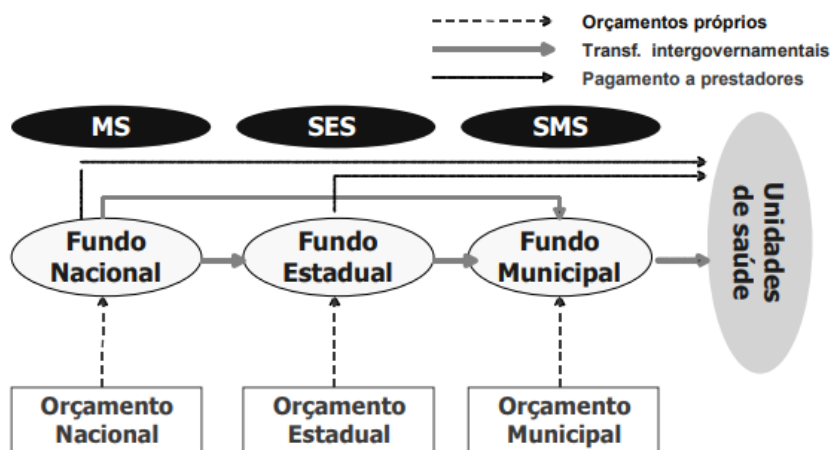
¹⁷ A participação da comunidade, institucionalizada e como princípio organizativo do SUS, será tratada nos capítulos 4 e 5.

financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias¹⁸ do Estado, fazendo com que o financiamento do SUS seja um dos principais desafios da gestão. Dificilmente há conformidade entre a “necessidade estatal de tomar concretas e reais as ações e prestações de políticas públicas em favor das pessoas” e as “dificuldades governamentais de viabilizar a alocação de recursos financeiros, sempre tão dramaticamente escassos” (CONASS, 2015, p. 33; MEIRELLES, 2016, pp. 436-437). Por isso:

Apesar de as estatísticas mostrarem o quanto o SUS é grandioso, sabe-se que garantir a sustentação de um sistema dessa magnitude não é tarefa fácil. Tanto que o cidadão brasileiro, não raro, se depara com retratos de uma situação completamente contrária à universalidade preconizada pela Constituição Federal de 1988: filas para atendimento, profissionais de saúde mal remunerados, indisponibilidade de medicação, falta de equipamentos (CNS, 2007, pp. 5-6).

O SUS é mantido por recursos oriundos do que é arrecadado para a seguridade social tendo em vista as metas e prioridades que são estabelecidas na LDO além de outras fontes como: serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema; e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (BRASIL, 1990a).

Figura 2 – Fluxo de financiamento do SUS



Fonte: MS, 2002, p. 21.

¹⁸ É necessário que sejam considerados dois princípios que ditam sobre a disponibilidade orçamentária do Estado: o princípio da reserva do possível em que “os recursos públicos necessários à efetivação de direitos sociais não são ilimitados”; e o princípio do mínimo existencial, que defende “um núcleo básico de direitos sociais e econômicos vinculados à noção de garantia da dignidade humana” que deveriam ser “sempre, e de imediato, tutelados”. (CONASS, 2015, pp. 5-6).

A figura 2 demonstra que o financiamento do SUS deve ocorrer de forma tripartite com recursos financeiros da União, estado e município (MS, 2002, p. 18). Os valores são transferidos a estados, Distrito Federal e municípios conforme a combinação dos critérios estabelecidos no Art. 35 da Lei 8.080 e segundo análise técnica de programas e projetos (BRASIL, 1990a):

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990a).

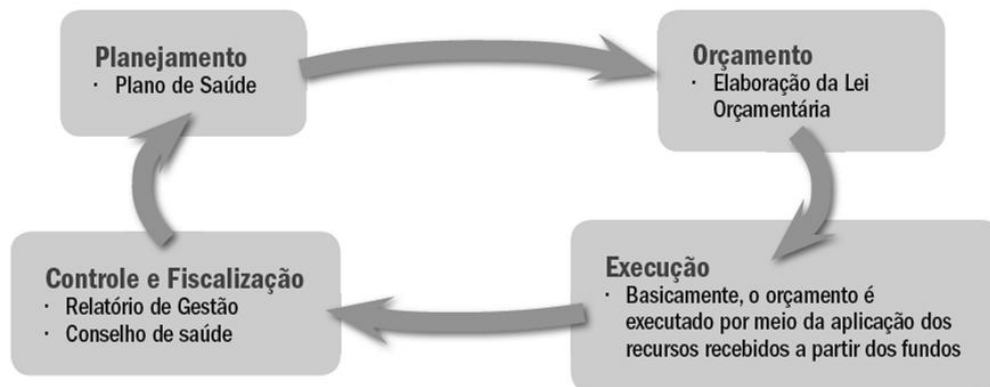
Os recursos devem ser movimentados por meio dos Fundos de Saúde que são unidades orçamentárias e gestora dos recursos destinados à área para que as ações e serviços que atendam aos objetivos e metas explicitados nos planos de Saúde de cada ente da Federação. Esses fundos foram estabelecidos como instrumentos de planejamento e controle para operacionalizar o custeio e o financiamento do SUS, para assim permitir um acesso universal, igualitário e gratuito e que sejam de responsabilidade específica ao setor (ALRS, 2017, pp. 18-19; DENASUS, 2004, p. 28). Além disso, são instrumentos para: Gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde; Planejamento, pois permite aos gestores visualizar os recursos de que dispõem para as ações e serviços de saúde; e Controle, ao facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, bem como despesas realizadas e recebimento de aplicações financeiras (DENASUS, 2004, p. 41).

Ao lado dos conselhos de saúde, dos Planos de Saúde e dos Relatórios de Gestão, os fundos de saúde representam um instrumento de gestão dos recursos do SUS destinados a financiar ações e serviços de saúde. A partir do acompanhamento dos fundos, os gestores podem fazer o planejamento de como o dinheiro deve ser gasto (e com que prioridade) (TCU, 2010, p. 66).

São integrantes do processo de planejamento, os Planos de Saúde, base para as atividades e programações de cada nível de direção do SUS formado pelas definições dos órgãos deliberativos em que são compatibilizadas as necessidades da política de saúde e seu financiamento terá que ser previsto na respectiva proposta orçamentária, conforme

demonstrado na figura 3. Ainda, expõe a situação social e sanitária, os objetivos, metas e prioridades da ação de governo em saúde, compatibilizando o quadro de metas, a programação pactuada e integrada, os resultados físicos e financeiros do âmbito em que estão inseridos (BRASIL, 1990a; DENASUS, 2004, p. 12).

Figura 3 – Ciclo do Planejamento e Execução das Políticas em Saúde



Fonte: TCU, 2010, p. 41

Além das transferências do FNS, que configura a maior parcela, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual. Os valores não podem ser aplicados às despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuem sobre determinantes sociais e econômicos, mesmo que incidam sobre as condições de saúde da população. É necessária a existência e o funcionamento dos órgãos de controle social para que os municípios possam receber os recursos federais (ALRS, 2017, pp. 18-19; BRASIL, 1990a; 1990b; MS, 2002, p. 18).

Os estados e o Distrito Federal devem aplicar na saúde o mínimo de 12% da sua arrecadação de impostos, deduzindo as parcelas transferidas aos municípios, que por sua vez, devem aplicar o mínimo de 15% da arrecadação dos seus impostos, de acordo com a EC 29¹⁹. Por conseguinte, os gestores municipais devem prestar contas dos recursos repassados e da sua aplicação aos Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas correspondentes ao seu âmbito de ação. O Relatório de Gestão é o instrumento de prestação de contas e de auxílio ao

¹⁹ Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde

controle (figura 3), produzido por técnicos das secretarias de saúde contendo informações sobre o cumprimento das metas definidas nos planos de saúde e os resultados obtidos pelos gestores, bem como as justificativas pelo cumprimento parcial ou pelo não-cumprimento de determinada meta prevista (ALRS, 2017, pp. 21-22, 27, TCU, 2010 p. 41).

A EC 86²⁰ estabeleceu que o orçamento repassado pela União para os municípios deveria ser de no mínimo 15% das receitas correntes líquidas. Entretanto, em 2016 a EC 95²¹ instituiu o Novo Regime Fiscal que “congelou” as despesas primárias, que incluem os investimentos em saúde, e definiu o gasto primário do governo federal a ser limitado por um teto definido pelo montante gasto no ano anterior, reajustado pela inflação acumulada, medida pelo IPCA por duas décadas. Em 2017, essas despesas se limitariam pela executada no ano anterior e corrigida em 7,2%. A partir de 2018, vigoraria o limite do exercício anterior, atualizado pela inflação do ano (ALRS, 2017, p. 13, 21).

O financiamento do SUS é um insuficiente, pois constitui um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo que visa proporcionar a promoção, proteção e recuperação da saúde, desde atenção primária, média à alta complexidade, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. Essa é uma das dificuldades a serem superadas para que aconteça de maneira universal e integral (CNS, 2007, pp. 5-6; DENASUS, 2004, p. 53).

Superando as dificuldades, o SUS ainda é a “mais importante e avançada política social em curso” no Brasil e uma conquista importante dos brasileiros resultado de lutas sociais que envolvem “movimentos populares, trabalhadores da Saúde, usuários, gestores, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais”. Seu “caráter público, universal, igualitário e participativo” serve de exemplo às demais áreas sociais, apontando para a construção de uma sociedade fundada nos princípios da justiça social, mas são necessárias políticas que atendam à população em meio às constantes mudanças sociais e históricas que vêm acontecendo no País (MS, 2006, pp. 07, 36).

²⁰ De 17 de março de 2015, que altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

²¹ Emenda Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Enquanto Projeto, foi denominada como “PEC da morte” pelos contrários às novas regras.

3.3 Características da saúde pública no município de Alegrete

De acordo com a Lei n.º 8.080, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem, além das responsabilidades expostas na seção anterior, organizar e coordenar o sistema de informação de saúde, elaborar normas e parâmetros para assistência em saúde, promoção da saúde do trabalhador, dentre outras, que somam vinte e uma atribuições. A direção do SUS nos municípios deve ser exercida pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e, além das atribuições comuns a todos os âmbitos, possui doze que lhe são determinadas pelo art.18 da mesma Lei. Dentre eles: a responsabilidade de planejar, organizar, controlar, avaliar gerenciar e executar as ações e os serviços públicos de saúde; executar os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde (BRASIL, 1990a).

As secretarias estaduais e municipais de saúde são responsáveis pela descentralização das responsabilidades e prerrogativas do SUS, para o desenvolvimento de ações que priorizem a prevenção e a promoção da saúde (ALRS, 2017, pp. 21-22, 27). Nos municípios que o SUS acontece de forma mais direta, através do atendimento à população. Quando não houver algum serviço de saúde que seus moradores necessitem, o gestor deve fazer um acordo, um pacto com outros municípios de sua região para sejam referência e atendam a referida demanda (TCU, 2010, p. 62).

Alegrete, ilustrada na figura 4, está localizada na fronteira oeste do Rio Grande do Sul e possui a maior extensão territorial do estado concentrando a maior área na zona rural que é utilizada, principalmente, para a produção de gado, arroz e soja. Possui dois distritos administrativos que são: 1º Distrito de Alegrete e 2º Distrito do Passo Novo. Os subdistritos correspondem ao: Itapororó; Durasnal; Vasco Alves; Inhanduí; Catimbau; Guassu Boi e São Miguel.

Em 2018, aproximadamente 75.000 pessoas residiam no município e, em 2017, o salário médio mensal entre os trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos. O PIB per capita alcançou R\$ 23.689,07, conforme dados de 2016. Além disso, 34% da população (mais de 25 mil pessoas) possuía rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo em 2010, data do último censo, configurando uma das menores taxas da região (IBGE, 2019; FEE, 2019). Em 2010, a cidade possuía o Índice de Desenvolvimento Humano na faixa de 0,7

a 0,799, considerado alto e similar à média estadual (ATLAS SOCIOECONÔMICO DO RS, 2019).

Figura 4 – Município de Alegrete/RS



Fonte: Google Maps (2019)

A Lei Orgânica defende que é competência do Município zelar pela saúde dos seus cidadãos, atendendo às necessidades e carências básicas da população, promovendo melhoria da qualidade de vida da população. Na Seção I do capítulo VI que trata da Saúde, reforça o compromisso, as atribuições e as competências defendidos pela Lei 8.080 e a Constituição (CÂMARA DE VEREADORES DE ALEGRETE, 2019). Na cidade funciona a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) que é composta por 11 municípios da fronteira oeste²², além do Hemocentro Regional (Hemoeste) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Oeste, que são unidades de saúde que atendem às cidades que compõem a Coordenadoria Regional em epígrafe (10ª CRS, 2019; CNES, 2019).

Dentre os 187 estabelecimentos, constantes no CNES em junho de 2019, 56 atendem aos usuários do SUS no município, seja por contrato ou por pertencer aos 48 que são de responsabilidade da administração pública. A secretaria municipal de saúde é responsável pela manutenção de: dezoito estratégias da saúde da família; três academias de saúde; um

²² Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana.

centro de especialidades médicas – CEMA – onde funcionam os serviços de fonoterapia e fisioterapia²³; serviço de atendimento móvel de urgência – Samu; unidade de pronto atendimento – Upa; três centros de atenção psicossocial – CAPS; laboratório municipal; plantão pediátrico; centro de especialidades odontológicas; serviço de assistência especializada em DST/HIV/AIDS; programa de agentes comunitários de saúde; vigilância sanitária e ambiental em saúde; residência terapêutica; Centro de Atendimento ao Educando – CAE; dentre outros serviços²⁴ (CNES, 2019).

Segundo dados disponibilizados no Portal da Transparência, em 2018, foi repassado o valor de R\$ 19.110.754,61 pela União para ser aplicada na saúde do município, uma média de R\$ 1.592.562,88, enquanto no primeiro semestre de 2019 foram repassados R\$ R\$ 9.258.848,47, uma média de R\$ 771.570,71. Esse valor é menor R\$ 820.992,18 em relação ao ano passado.

²³ O Cema deverá ser alocado junto ao Centro de Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (Cer II) que está previsto para ser inaugurado em outubro de 2019 (PORTAL ALEGRETE TUDO, 2019).

²⁴ À população são fornecidos medicamentos gratuitos através da farmácia municipal, que não é cadastrada no CNES.

4 CONSELHOS DE SAÚDE: CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

Hoje é possível que a sociedade atue junto ao governo desde a formulação até a implementação de políticas através do desempenho das funções de representante ou representado junto às instâncias de participação social em políticas de saúde que foram regulamentados após o processo de redemocratização do País e a consequente promulgação da Constituição de 88. A participação da comunidade é defendida no Art. 198 da Constituição (BRASIL, 1988) como uma diretriz e como um dos princípios organizativos do SUS pelo Art. 7º da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a). A Lei 8.142, dentre outros assuntos, dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS através das instâncias colegiadas – as Conferências e os Conselhos de Saúde – em cada esfera de governo que, pioneiros no Brasil, serviram de referência para outros setores das políticas sociais e se consolidaram como mecanismos de democracia participativa (BRASIL, 1990b).

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar conectado com o de democracia participativa, onde a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. É a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja, participando do poder decisório, e radicalizando na democracia (CNS, 2018, p. 20).

Os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde foram criados como um espaço em que a comunidade pode ser ouvida e acatada e devem atuar na “formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990b). A participação da população junto a eles é um direito defendido e ansiado pela legislação. Além de serem requisitos básicos para que os municípios possam receber os recursos federais repassados fundo a fundo, também reduzem do Ministério da Saúde a possibilidade de instituir unilateralmente as regras de funcionamento do SUS e funcionam como “contrapeso à concentração de autoridade conferida ao Executivo Federal” (ARRETCHE, 2004, p. 23; FNS, 2003, p. 34).

Os conselhos e as conferências de saúde (...) são fóruns institucionalizados, similares aos encontrados na Inglaterra, Itália, Estados Unidos ou Canadá. (...) No entanto, uma fonte de inspiração para a sua criação foi a proposta de participação comunitária preconizada pelos cuidados primários de saúde. (CORTÊS, 2002, p. 26).

Os conselhos gestores de políticas públicas são instrumentos para que aconteça o controle social sobre políticas setoriais nos níveis municipal, estadual e federal e são previstos

em lei com a competência de deliberar políticas e aprovar planos, fiscalizar as ações e a utilização dos recursos, aprovar ou rejeitar a prestação de contas feita pelo poder público e emitir normas (PÓLIS 2008, pp. 1-2). Assim, os cidadãos transferem poderes a seus representantes para que esses possam responder não apenas aos interesses pessoais, mas do coletivo (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p. 142). Assim:

Inovou-se no Brasil ao utilizar do envolvimento social como um dos mecanismos institucionais para a defesa de direitos sociais e da proteção social contra os riscos e vulnerabilidades, com base na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com repercussão sobre a equidade nas políticas públicas e alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (COSTA e VIEIRA, 2013, p. 245).

Carneiro (2006, p. 104) explica que os conselhos estão inseridos na área da governança democrática como canais institucionalizados de participação que permitem uma forma de relação entre o Estado e sociedade através de uma nova modalidade de controle público de co-responsabilização quanto ao desenho, monitoramento e avaliação de políticas. A introdução de mecanismos de participação foi mais intensa e precoce na área da saúde e por conta do processo bem-sucedido de descentralização da saúde estimulou o surgimento de outros tipos de Conselhos Regionais, Locais e Distritais de Saúde. Para os municípios, foram criados para auxiliar a prefeitura a utilizar bem o dinheiro público (CGU, 2012, p. 22).

Os conselhos de políticas públicas permitem a participação da população na gestão pública e no Brasil podem existir de diversas áreas, alguns com abrangência nacional e outros cuja atuação é restrita a estados e municípios. Os Conselhos de Saúde são enquadrados como deliberativos, pois suas decisões podem definir rumos às políticas em sua competência de ação (CGU, 2012, p. 21; CNS, 2013, p. 39; GRAU, 2013, pp. 183, 195-196).

Neste capítulo apresentamos os Conselhos como instituição de Controle Social em saúde no Brasil. A primeira seção conceitua os conselhos de saúde, explicando como devem funcionar e ser estruturados e apresenta o histórico do CNS. Na segunda seção, descreve como foram elencados os dados e retrata o CMS de Alegrete/RS.

4.1 Conselhos de saúde no Brasil

Os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente, pois somente podem ser extinto por outra lei federal e independente de decisões da gestão da União, do estado ou do município e deliberativos por reunirem-se para analisar ou resolver um assunto e chegar a um

acordo ou uma decisão, assim atuando na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde nos três âmbitos da administração pública brasileira. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b; TCU, 2010, p. 19). Sua função compreende em exercer o controle social, atuando junto ao planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde, conforme a figura 5 (CNS, 2013, p. 38). Foi por meio deles que:

A população (...) passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (CNS, 2013, p. 38).

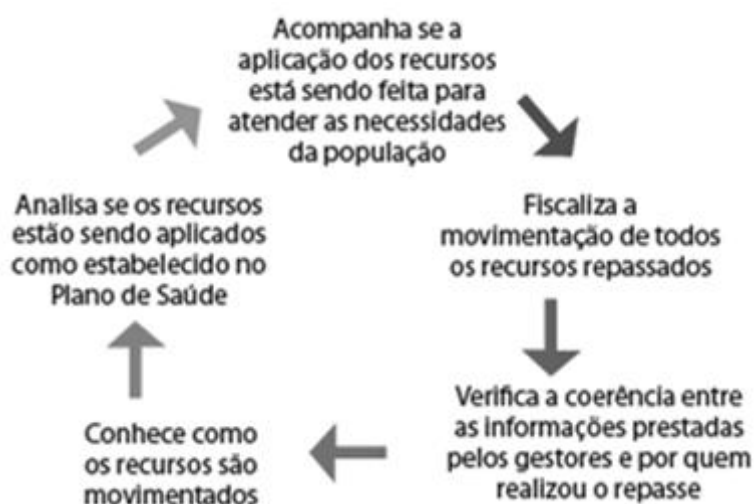
Seu colegiado deve possuir composição paritária de representantes para que não haja sobreposição de interesses sendo a que a maior parte (50%) deve pertencer ao segmento de usuários com representantes de associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias e dentre outros que devem estar comprometidos de forma direta ou indireta com os demais grupos, mas não pode ter qualquer vínculo empregatício na área de saúde. Além desses, 25% devem ser integrantes do governo no âmbito em que está instalado e de prestadores de serviços privados conveniados ao SUS ou filantrópicas escolhidos para tal função. Dos outros 25%, segmento dos trabalhadores da área de saúde, podem participar integrantes de sindicatos e conselhos profissionais (BRASIL, 1990b; CNS, 2013, pp. 41-44; TCU, 2010, p. 19).

Essas relações que têm como contexto a representatividade, a qualificação e a capacidade de formulação de seus membros, a visibilidade de suas propostas, a transparência de sua atuação, a permeabilidade e a comunicação com a sociedade vão definir em cada Conselho de Saúde a qualidade de sua ação (CNS, 2006b, p. 16).

Os conselhos de saúde são aliados da secretaria de saúde para a construção de sistema de saúde melhor para os que deles necessitam. “Todos devem se ajudar com o objetivo de ajudar a sociedade” (TCU, 2010, p. 29). Para seleção dos órgãos, entidades e movimentos sociais participantes de um Conselho, deve ser utilizada como critério “a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade” em que atua o órgão colegiado. Essa representação “deve ser distinta e autônoma” (MS, 2012; CNS, 2013, pp. 41-44). E quando no município não existem entidades, instituições e movimentos

organizados em número suficiente para compor o Conselho, deverá ser realizada uma eleição da representação em plenária, que deve ser promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática (MS, 2012).

Figura 5 – Atividades dos Conselhos de Saúde



Fonte: CNS, 2013, p. 64

Os conselhos foram instituídos para atender às diversas áreas temáticas e para incluir a sociedade no ciclo de políticas públicas, possibilitando formas de controle sobre as ações do Estado (FERRAREZI e OLIVEIRA, 2013, p. 131). São instâncias de exercício da cidadania, que permitem a participação popular na gestão pública, são peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais, uma ideia inovadora que permite que setores tradicionalmente excluídos possam influenciar no processo de produção das políticas públicas, e que, detêm de poder para interferir de forma direta nos modelos de atuação dos órgãos governamentais (CGU, 2012, p. 21; TATAGIBA, 2002, pp. 50-51, 55 e 71).

Entretanto, essa concepção sobre os Conselhos de Saúde somente foi estabelecida a partir da promulgação da Constituição e das normas posteriores que os regulamentaram. O CNS foi criado através da Lei nº 378 (BRASIL, 1937) apenas como órgão consultivo do MS em que eram tratados de assuntos internos e era composto por membros indicados pelo Ministério do Estado. Em 1954²⁵, passou a assessorar o Ministro da pasta na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde e teve alterações em seu quantitativo de

²⁵ Através do Decreto n.º 34.347.

integrantes até a década de 50 (CARVALHO, 2002, p. 145; CONASS, 2011, p. 157; CNS, 2013, pp. 16-17).

Na década de 1960, existiam os conselhos consultivos de saúde em algumas unidades federadas, como os Conselhos de Saúde e Bem-Estar Social (CONSABES), afetos à Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná (CONASS, 2011, p. 157). Em 1962²⁶, o CNS passou a ser órgão consultivo, assistindo ao ministro de Estado da Saúde “com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta” e, em 1970²⁷, a sua atuação foi ampliada e passou a ter o objetivo de examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde. Todos os conselheiros, sem exceção, ou eram técnicos do MS ou de outras esferas governamentais, ou representavam determinadas categorias profissionais. Não era permitida a representação de usuários e de profissionais de saúde (CNS, 2013, p. 20).

O CNS foi estabelecido como único órgão colegiado do Ministério da Saúde com o Decreto n.º 79.056 (BRASIL, 1976) e sua organização, atribuições e funções normativas foram regulamentadas em 1987²⁸ em que servia para assessorar o Ministro. Seus integrantes eram indicados pelo governo, “inclusive os sete representantes da sociedade civil – ‘personalidades de notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde’” (CNS, 2013, pp. 23-24).

Tendo em vista que os mecanismos de representação social não eram mais suficientes para garantir o exercício da democracia e os interesses dos cidadãos, criaram-se os conselhos de saúde. Previu-se na Constituição Federativa de 1988 a institucionalização de instâncias deliberativas na organização e funcionamento das políticas públicas, denominadas de Conselhos e Conferências de Saúde, cuja formação prevê usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p. 142)

O Decreto n.º 99.438 de 1990 definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, instituindo o atual regime de paridade entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Essa composição foi fruto de longa negociação do movimento social com o MS (CNS, 2019a). A Resolução n.º 33²⁹ aprovou o documento com “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde” em que é definida a participação comunitária e como deveriam ser compostos, afirmando a paridade e a composição entre os segmentos. Também, previa o

²⁶ Decreto n.º 847, de 05 de abril de 1962.

²⁷ Decreto n.º 67.300, de 30 de setembro de 1970.

²⁸ Decreto n.º 93.933, de 14 de janeiro de 1987.

²⁹ De 23 de dezembro de 1992.

apoio administrativo na sua estruturação e funcionamento, prevendo a dotação orçamentária própria e a sua competência dos órgãos.

São competências dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal o fortalecimento da participação e do Controle Social no SUS, através da mobilização e articulação com a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS (MS, 2012).

Além disso, o CNS teve muitas mudanças desde 1990 mesmo que, do ponto de vista legal, as funções tenham permanecido as mesmas, o seu papel e componentes modificaram-se. Entre 1990 e 1993, posicionava-se no centro da arena política setorial, nesse que foi o “conturbado período inicial de implantação do SUS, atores governamentais, sociais e de mercado disputavam principalmente ali a ampliação de sua influência sobre os rumos da política de saúde nacional”. Entretanto, deixou de ter uma posição estável e central no processo decisório a partir de 1993, passando a depender da maneira com que se estruturavam as relações entre os gestores federais de saúde e o grupo de conselheiros oriundos de entidades sociais que lideravam os trabalhos (CÔRTEZ, 2009, p. 202).

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura, e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades (CONASS, 2011, p. 27).

Em 2003, na Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária do CNS, foi aprovada a Resolução n.º 333³⁰ que estabeleceu as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, mantendo a composição dos conselhos de saúde proposta pela Resolução n.º 33 (CNS, 2019^a). A partir de 2006³¹, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e passa a eleger seu Presidente, cargo que era ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde.

A Resolução n.º 453 aprovou as “diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde” revogando as resoluções anteriores. O documento define que as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde devem ser acolhidas na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde pelo Poder Executivo em respeito aos princípios da democracia e, também, defende que a participação da sociedade organizada conforme a legislação “torna os Conselhos de Saúde uma instância

³⁰ De 04 de novembro.

³¹ Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006.

privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde” (MS, 2012).

Dentre outras, é previsto que os conselhos detenham autonomia administrativa e financeira, dotação orçamentária e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico, bem como possuam um Regimento Interno, que definirá como será o mandato dos conselheiros e estabelecerá regras para garantir a funcionalidade na distribuição das atribuições. O Plenário do Conselho de Saúde deverá se reunir, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, baseado no seu regimento e de livre participação do público. Devem ser organizadas e normatizadas por regimento próprio aprovados pelo Conselho. (BRASIL, 1990b; CNS, 2013, p. 41; MS, 2012; TCU, 2010, p. 23). As decisões devem ser publicizadas por meio de documentos, tais como resoluções, recomendações e propostas para que a comunidade local entenda a importância do seu trabalho e o valorize, pois esse apoio da comunidade é fundamental para o amadurecimento do conselho de saúde (TCU, 2010, pp. 29, 52).

O desempenho da função dos conselheiros não é remunerado por ser considerado como exercício de relevância pública, permitindo ao representante ser dispensado do trabalho sem prejuízo, em que o Conselho de Saúde deverá emitir “declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas”. Este integrante, no exercício de sua função, responderá pelos seus atos conforme legislação vigente. Para facilitar esse trabalho, os conselheiros podem ser divididos em grupos, para trabalharem em comissões (MS, 2012, TCU, 2010, p. 27).

Os conselhos de saúde reúnem pessoas com pensamentos diferentes uns dos outros, ideias que podem ter semelhanças e diferenças e sugestões que podem até mesmo ir contra sugestões de outros. Mas essas diferenças são muito importantes para que o conselho tenha uma visão geral da saúde, acolhendo diversas perspectivas, e possa tomar decisões com mais qualidade, sempre respeitando todas as opiniões (TCU, 2010, p. 22).

Para que desempenhem as suas atividades com responsabilidade, o conselho e os gestores da saúde devem contribuir para a formação de conselheiros para que sejam comprometidos com uma saúde em consonância com os direitos de cidadania de toda a população. “Os conselheiros têm que estar a favor da vida e da saúde, defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade” (CONASS, 2015, p. 117; TCU, 2010, p. 17). Para melhorar a sua função, é imprescindível que saibam:

Como o dinheiro transferido por meio dos fundos é movimentado pelos gestores e quais são os bancos e as contas utilizadas para esta movimentação. Esse tipo de acompanhamento pode contribuir para a diminuição do desvio dos recursos públicos e para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população (TCU, 2010, p. 71).

Isso porque cada conselheiro é representante de uma parte da sociedade e foi escolhido para apresentar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde (TCU, 2010, p. 29). O controle social, entendido como acompanhamento, fiscalização e controle das políticas públicas no SUS, possui papel fundamental na construção e no fortalecimento deste sistema universal. A participação popular, garantida na Constituição e incorporada pelo Sistema, possibilitou a construção de um novo cenário na saúde, mais democrático e acessível aos brasileiros e às brasileiras (CNS, 2011, p. 07). Muito se observou em relação ao crescente exercício das articulações e negociações entre as entidades e segmentos, na busca por avanços e conquistas a favor do SUS, da cidadania e do novo modelo assistencial e de gestão, e que ao mesmo tempo satisfaça, ainda que parcial e gradativamente, os interesses e reivindicações de cada segmento e entidade (CNS, 2002, p. 14). Assim:

Este exercício de busca vem caracterizando os Conselhos de Saúde como órgãos colegiados heterogêneos, plurais e conflituosos entre os segmentos e entidades, e ao mesmo tempo, tornando-os competentes e maduros para negociar interesses e conflitos a favor de conquistas parciais e gradativas do SUS, seus princípios e do novo modelo (CNS, 2002, p. 14)

Os Conselhos foram criados com a expectativa de que abrissem espaço para a participação de um grupo anteriormente excluído do processo político. Porém, estudos têm demonstrado a pouca efetividade desses em representar as classes populares (FERRAREZI e OLIVEIRA, 2013, p. 129). Contudo, as contradições e fragilidades apresentadas, os Conselhos têm sua importância, pois em um país como o Brasil, a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população e o público é tratado como posse de pequenos grupos de privilegiados. (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013, p. 142-143)

Dentre os principais obstáculos à efetivação do controle social pelos conselhos de saúde estão: a dificuldade de realizar e ampliar a participação, viabilização o envolvimento e o compromisso de atores centrais, tanto governamentais quanto não-governamentais, e a instituição de mecanismos de controle e deliberação efetivos. A superação desses empecilhos “dariam condições para que a dimensão igualitária e deliberativa do conselho pudesse, de fato, garantir maiores níveis de eficiência, efetividade e equidade nas políticas sociais” (CARNEIRO, 2006, p. 165).

Ainda, podem ser citados: a desigualdade entre os membros dos Conselhos de Saúde; a falta de autonomia e de poder de deliberação; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a falta de publicidade ou de publicização dessas instâncias; a baixa participação da população; a defasagem na escolha de temas para os debates; as pequenas relevâncias na formulação da política de saúde, assumindo um papel homologatório; a manipulação da agenda por parte dos gestores; a falta ou baixa representatividade de alguns conselheiros nas relações com seus representados; a tendência de profissionalização e falta de compreensão do seu papel por parte dos conselheiros. (SCOREL e MOREIRA, 2010, pp. 235-236; FLEURY e LOBATO et al., 2010; TATAGIBA, 2002).

4.2 Conhecendo o Conselho municipal de Saúde de Alegrete

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão permanente deliberativo, a quem cabe definir e controlar a implantação da política de saúde do município. Ele é o órgão máximo de decisão colegiada da política de saúde. E hoje no Brasil há um amplo canal de participação através do qual o ator social nos CMS pode gerar decisões sobre novas políticas públicas para ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde (AVRITZER, 2010, p. 151; FNS, 2003, p. 34). Assim, configura como um órgão fiscalizador e deliberativo em relação aos assuntos de saúde pública em que são analisadas as prestações de contas e relatório de gestão e todos os programas implantados pela Secretaria Municipal da Saúde. “Primeiro são analisados pela mesa e recomendados à plenária, para depois serem implantados” (ALEGRETE, 2019a).

Os dados sobre a atual estrutura (legislação, direção, entidades participantes, periodicidade de encontros, meios de divulgação, dentre outros) do Conselho Municipal de Saúde de Alegrete/RS foram obtidos por meio de levantamento documental da legislação disponibilizada em formato digital junto ao endereço eletrônico da Prefeitura e através de documentos disponibilizados pela Secretaria Executiva do CMS, nesse caso, sempre após solicitação por escrito e encaminhada para apreciação da mesa diretora. A pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico e as fontes podem ser diversificadas e dispersas. São considerados documentos não apenas escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno (GIL, 2002, pp. 45-47; 2008, pp. 51, 147).

Tabela 2 – Entidades componentes do CMS de Alegrete/RS em julho de 2019

SEGMENTO	ENTIDADES
Governo	- Secretaria Municipal de Saúde - 10ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS
Prestadores de Serviço	- Santa Casa de Caridade de Alegrete - Universidade da Região da Campanha – URCAMP
Profissional da Saúde	- Associação Médica de Alegrete - Associação dos Psicólogos - Associação Brasileira de Odontologia - Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviço de Saúde – SEESSA
Usuários	- Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Alimentação - Sindicato dos Trabalhadores Rurais – STR - União das Associações de Bairros de Alegrete – UABA - Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul - Sindicato dos Trabalhadores em Educação – CPERS/SINDICATO - Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Alegrete - Fórum Gaúcho de Saúde Mental - Sindicato dos Trabalhadores em Construção Civil - Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete – Aufamisma

Fonte: De própria autoria de acordo com informações repassadas pela Secretaria Executiva do CMS de Alegrete/RS em julho de 2019.

A Lei Orgânica de Alegrete/RS prevê a criação de conselhos municipais no Artigo 110 e seu Parágrafo Único e o CMS foi criado pela Lei Municipal nº. 2.074 (ALEGRETE, 1991), que posteriormente foi substituída pela Lei Municipal nº. 2.324 (ALEGRETE, 1992) e na época o Conselho era composto por vinte e quatro entidades e, atualmente, é composto por dezesseis, conforme a tabela 2 que retrata a atual composição das organizações membros. O Decreto Executivo Municipal nº. 128³² homologou o Regimento Interno do CMS.

Segundo o Regimento, o CMS deve ser estruturado com plenário, mesa diretora, comissões técnicas e especiais e secretaria executiva. A cada dois anos, deve ocorrer a eleição para escolha da mesa diretora³³ que será composta pelo presidente e vice, secretário geral e primeiro secretário. No dia 27 de junho de 2019, foi eleita a nova mesa diretora para o biênio 2019/2021, conforme ata 1119/2019, que será presidida pelo Sr. José Luiz Machado de

³² Informação repassada pela Secretaria Executiva do CMS de Alegrete/RS em junho de 2019.

³³ Com exceção do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde.

Andrade, representante do Sindicato dos Bancários e a vice-presidente é a Professora Aura Terezinha Rodrigues, representante do CPERS, ambos do segmento de usuários da saúde. O Secretário-Geral pertence ao Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Alimentação e o Primeiro Secretário é do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviço de Saúde.

O CMS possui sua sede junto à Sala de Inclusão Digital Professor Renato Jaques, instalada na SMS (ALEGRETE, 2008) e funciona de segunda à sexta-feira das 07h30min às 12h30min. As reuniões plenárias acontecem uma vez ao mês em caráter ordinário ou extraordinariamente quando necessitar. Possui as seguintes comissões de trabalhos instituídas: Saúde do Trabalhador, DST/HIV/AIDS, Fiscalização de Serviços, Técnica de avaliação de Projetos, Educação e Saúde, Comissão de Saúde Mental; Grupo de Trabalho e Acompanhamento das ações da UPA (ALEGRETE, 2019b).

Para identificar os conselheiros, foi elaborado um questionário digital (questionário III, apêndice II) com perguntas abertas e semi-estruturadas referentes ao perfil e atuação junto ao Conselho e repassado por e-mail aos representantes das entidades. O questionário é uma técnica de investigação composta por questões que são submetidas às pessoas para a obtenção de informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado e outros (GIL, 2008, p. 121). No caso específico, não se optou por entrevistas devido aos compromissos pessoais dos conselheiros.

Os representantes do seguimento usuário foram o que mais participaram dessa pesquisa, somando 66,7% e somente 11% pertenciam ao segmento governo. Foi constatado que a idade média dos integrantes está entre 30 e 70 anos cujo tempo de atuação varia de 2 meses à data de criação do CMS, sendo que o menor espaço é devido ao cargo que o membro desempenha, para o qual foi designado recentemente. Dentre os motivos para o seu ingresso como conselheiro, disseram terem sido escolhidos pelas entidades que representam quando o anterior se ausentou ou por conta de seu cargo e 55% disseram estar há mais de 21 anos trabalhando na organização.

Além do CMS, os participantes da pesquisa responderam também integrar outros conselhos, não necessariamente na área da saúde e metade disseram ser ou ter sido filiados a partidos políticos. Dos que responderam à pesquisa, 55% disseram ter comparecido à 9ª Conferência Municipal de Saúde. Quanto ao Regimento Interno do Conselho, 66,7% disseram que já o leram e apontaram que existem ressalvas a serem realizadas no documento.

Quando questionados se acreditam que “os Conselhos Municipais de Saúde são necessários”, é unânime a opinião positiva, complementada pelas respostas de quando foi perguntado “qual a importância da institucionalização da participação social nas políticas de saúde, através do Conselho Municipal?” em que disseram que o órgão garante direitos agindo como regulador e essa proximidade com a gestão da saúde permite a apresentação das demandas sociais. A opinião quanto à importância da participação da população junto ao CMS, lamentam que muitos não o conhecem e afirmam que as atividades devem ser mais publicizadas para estimular as pessoas a comparecer às reuniões para a defesa do SUS, discutir políticas locais de saúde e locação de recursos e refletir sobre a necessidade real dos usuários do SUS. Assim, os cidadãos podem opinar na implantação de programas, fiscalizar ações da Secretaria de Saúde e estar informado.

Os participantes compreendem que os possíveis motivos para que a população não frequente as instâncias como os Conselhos e Conferências de Saúde são: o desconhecimento, acreditando que é uma instituição com vínculos políticos e a acomodação da população; falta de divulgação de reuniões e eventos, barreiras sociais e de oportunidades. Outros identificam ainda a atual decepção com o que vêm ocorrendo no País, a corrupção, a “roubalheira” e o descumprimento dos planos de governos através dos entes políticos eleitos.

5 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As conferências estão inseridas nos processos de formação da agenda governamental uma vez que seus relatórios podem pautar diretrizes para a elaboração de planos de políticas públicas (FERRAREZI e OLIVEIRA, 2013, p. 132). Elas possuem a mesma condição de instâncias de controle social e de participação, embora com um caráter aparentemente mais político, uma vez que dados sugerem que muitas conferências causaram impacto no processo legislativo (GRAU, 2013, p. 300). Tal concepção se confirma quando:

Dependendo da área e do assunto, as deliberações das conferências podem ter mais efeito nas ações do Governo Federal. Temas menos polêmicos são mais fáceis de implementar, enquanto outros encontram resistências em diferentes espaços de discussão e representação política, como o Congresso Nacional (FERRAREZI e OLIVEIRA, 2013, p. 132).

As Conferências são consideradas espaços mais amplos de participação, onde representantes do Poder Público e da sociedade discutem e apresentam propostas para o fortalecimento e adequação de políticas públicas específicas. Algumas são regulamentadas por lei, tais como as conferências nacionais, estaduais e municipais da saúde e da assistência social. Outras são regulamentadas por decreto do Poder Executivo e existem aquelas que não possuem nenhum instrumento de institucionalização que obriga a sua realização (SILVA, 2009, p. 15). Os assuntos discutidos são registrados em documento próprio e as propostas, com valor deliberativo, devem ser cumpridas pelo poder público (CNS, 2013, p. 61).

São fóruns que reúnem a cidadania, especialistas, organizações sociais, entidades profissionais e empresariais, prestadores de serviços e agentes públicos de interesse comum que visam debater temas específicos e relevantes para apresentar proposta de criação ou melhorias nas políticas públicas. “São assembleias abertas de diálogo e de controle social” convocadas pelo Poder Público e, se alguma esfera governamental não as organizar, a sociedade organizada poderá fazê-lo (ESTADO DO RS, 2014, pp. 35-36).

Essa incorporação de novos atores às dinâmicas participativas das políticas públicas, por sua multiplicidade, cria possibilidades de mudanças na realização delas, fazendo com que sejam inseridos novos conhecimentos, padrões, ordens, tecnologias, abrindo espaço para que propriedades e temas emergentes apareçam na agenda. As organizações estatais devem se estruturar e criar mecanismos de gestão adequados para absorção desse potencial, além de

processar as propostas geradas pela democracia participativa e pela nova configuração social (FERRAREZI e OLIVEIRA, 2013, p. 137).

Uma vez que os municípios atuam como executores, para que as políticas nacionais e estaduais de saúde funcionem de fato, é necessário que os planos de saúde sejam elaborados de forma participativa, levando em consideração os resultados das conferências de saúde em que também são elaborados os objetivos, as metas do período com o apoio dos usuários e os beneficiários dos serviços públicos a serem alcançados (RS, 2014, p. 37; TCU, 2010, p. 39).

Assim, definida pela a Lei nº. 8.142 (BRASIL, 1990b), a Conferência de Saúde é uma reunião que deve acontecer a cada quatro anos para que representantes de vários segmentos sociais avaliem a situação de saúde e proponham diretrizes para a formulação da política de saúde e é convocada pelo Poder Executivo “ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”. As demandas da população aprovadas nas Conferências, quando concordantes com a legislação vigente, devem ser acolhidas pelo Poder Executivo respeitando os princípios da democracia (MS, 2012). Auxiliam na formação de uma consciência nacional sobre o direito à saúde e a importância do SUS e funciona como de suporte político para a implementação de ações que implicam redirecionamento do modelo de atenção (CONASS, 2009b, p. 49).

Através da realização das Conferências, é possível aprofundar a democracia do país pelo reconhecimento de novos atores (diversidade), inclusão de segmentos populares na seara política, ampliação da consciência de direitos da parcela excluída da população e pela criação de novos direitos. Assim, observa-se o potencial das lutas políticas dos segmentos sociais que representam as classes populares nos espaços institucionalizados de participação social, que auxiliam “trazendo elementos que podem ser enfatizados para a construção de um novo projeto hegemônico, que traga mais igualdade” (SILVA, 2009, p. 34).

Devida a complexidade do trabalho de construção de diretrizes nacionais, as Conferências Nacionais de Saúde são divididas em três etapas a serem realizadas pelo Conselho e/ou Poder Executivo correspondente ao âmbito em que acontecem. São realizadas em um processo ascendente, desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando na Conferência Nacional de Saúde (CONASS, 2011, pp. 27, 34)

As fases municipais³⁴ servem para analisar as propostas locais de saúde, abstrair situações particulares e identificar questões gerais que sirvam de orientação para todo o país, e

³⁴ Algumas cidades realizam etapas distritais que se tratam de prévias da etapa municipal e serão comentadas na próxima seção.

também são eleitos os delegados de cada segmento para representar o município nas etapas estaduais, que por sua vez, seguem o mesmo padrão de atividades em preparação ao desfecho final. Na etapa nacional são analisadas e votadas as propostas e diretrizes das fases anteriores “sob a perspectiva do direito à saúde, pública e de qualidade, como direito do povo brasileiro (CNS, 2019b; CONASS, 2009, p. 34).

Esse delicado equilíbrio entre especificidade e generalização é o desafio que deve ser enfrentado pelos participantes das conferências nacionais ao elaborar o rol de recomendações, para que o relatório tenha efetividade como direcionador da política de saúde (CONASS, 2009, p. 34)

Admitindo a relevância institucionalização da participação social através das Conferências de Saúde, na próxima seção são estudadas as Conferências Nacionais de Saúde que aconteceram no Brasil e os temas que foram discutidos em cada edição, expondo como alcançaram o patamar em que são executadas atualmente. Ao final são apresentados os dados elencados junto às pré-conferências, na 9ª Conferência Municipal de Saúde de Alegrete/RS e no Relatório Final do evento.

5.1 Conferências de saúde no Brasil

As Conferências Nacionais de Saúde foram inicialmente estabelecidas pela Lei 378 (BRASIL, 1937) com o objetivo de facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde e orientar na execução de serviços locais e outros. Assim:

Eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre. Estavam previstas para ser realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941, foram convocadas (CONASS, 2011, p. 159)

A Primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada de 10 a 15 de novembro de 1941³⁵ na cidade do Rio de Janeiro, que na época era a capital do País, quando a saúde ainda estava sob os cuidados do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Teve como tema central “Situação Sanitária e Assistencial dos Estados” e foram abordados os temas: Organização sanitária estadual e municipal; Ampliação e sistematização das campanhas

³⁵ Inicialmente estava agendada para acontecer: no primeiro semestre de 1941 (Decreto nº. 6.788/1941), depois foi prevista de acontecer de 22 a 29 de junho (Portaria Ministerial nº. 73/1941) e, na segunda quinzena de setembro do mesmo ano.

nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1941; CNS, 2012, p. 18). Em 1950, foi realizada a Segunda Conferência, voltada para a “legislação referente à higiene e à segurança do trabalho” da qual não existe relatório ou outro documento oficial.

A terceira edição somente foi realizada em 1963³⁶, treze anos após a última edição, por conta da preocupação do Ministro da Saúde, Sr. Wilson Fadul, em realizar uma “análise realista das dificuldades enfrentadas, dos erros cometidos, das vitórias assinaladas na luta contra os males que afligem a população brasileira”, um dos “objetivos primaciais da reunião projetada” (CNS, 1963). Dela puderam participar representantes oficiais dos serviços públicos das três esferas de Governo, entidades científicas e órgãos integrados nos programas de desenvolvimento econômico-social. Foram tratados temas referentes aos problemas de saúde e assistência com enfoque para: situação sanitária da população brasileira, apreciação geral do problema; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde; e fixação de um plano nacional de saúde (CNS, 1963).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde (...) foi o último evento na experiência democrática. Os principais pontos (...) eram a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde, intenção revelada no temário da Conferência e explicitada nos discursos do presidente da República, João Goulart, e do ministro da Saúde, Wilson Fadul (CONASS, 2011, p. 16).

O destaque nessa edição foi pelo seu ineditismo em discutir a descentralização da saúde em que foram definidas as atribuições das três esferas de governo em relação às atividades sanitárias, bem como estabelecidas as bases de um primeiro plano nacional de saúde realmente abrangente. Também, foi um momento de grandes contribuições do sanitarista Mario Magalhães da Silveira, hoje considerado um dos precursores das ideias que deram origem à Reforma Sanitária e ao SUS (CNS, 2013, pp. 20-21).

A Quarta Conferência foi realizada em 1967³⁷ com o tema “Recursos Humanos para as Atividades em Saúde” que tratou da formulação de sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação do pessoal para o

³⁶ Foi convocada pelo Decreto nº. 52.301, de 24 de Julho de 1963.

³⁷ Foi convocada pelo Decreto nº. 58.266, de 27 de abril de 1966.

desenvolvimento das atividades de saúde. Nela se reuniram autoridades e professores universitários, autoridades e profissionais de saúde. Na abertura do evento, o Ministro Leonel Miranda enfatizou a importância do estudo que seria realizado na Conferência, destacando que nenhum Governo pode esperar resultados auspiciosos do planejamento de saúde, se não voltar sua preocupação, cumulativamente, a formar os recursos humanos disponíveis, demonstrando a preocupação com a humanização dos serviços prestados na saúde pública (CNS, 1967).

A Quinta Conferência aconteceu 1975³⁸ e, pela primeira vez, em Brasília/DF, com discussões voltadas para: Implementação do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias; e Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais (CNS, 1975). A implementação das medidas propostas foram inviabilizadas pelo golpe militar de 1964, mas suas deliberações alimentaram debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta (CONASS, 2009b, p. 13).

Dessa participaram: membros do CNS e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados ao MS; representantes de cada um dos demais Ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social; diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas; Secretários de Saúde de cada unidade do País; e delegados de outros órgãos públicos de saúde, inclusive de autarquias, entidades para estatais e particulares que quisessem fazer representar (CNS, 1975).

Em 1977, aconteceu a Sexta Conferência³⁹ com a participação de membros do CNS, de dirigentes de órgãos e entidades e de funcionários designados diretamente subordinados ou vinculados ao MS; representantes de cada um dos demais ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social; diretores de dois serviços de saúde da Forças Armadas e demais igualmente convocados na quinta edição. Nessa trataram: da situação atual do controle das grandes endemias; da operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; da Interiorização dos serviços de saúde; e da Política Nacional de Saúde (CNS, 1977).

A Sétima⁴⁰ edição teve como tema central a “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos” com a finalidade de discutir sobre a implantação e o desenvolvimento do PREV-Saúde. O Programa não foi implementado por conta do seu custo político,

³⁸Convocada pelo Decreto nº. 75.409, 25 de fevereiro de 1975.

³⁹Convocada pelo Decreto nº. 79.318, 01 de março de 1977.

⁴⁰Inicialmente, foi convocada pelo Decreto nº. 84.016 para o final de 1979, entretanto foi transferida para março de 1980, de acordo com o Decreto nº. 84.232 de 1979.

provocado por resistências diversas originadas no INAMPS, mas representou a primeira tentativa de resposta mais profunda à crise institucional e financeira da saúde. A proposta era de, além da unificação e descentralização do setor, ampliar a participação social. Participaram os mesmos segmentos e entidades representadas na edição anterior (CNS, 1980; 2013, p. 25).

Assim:

(...) já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor (CONASS, 2009, p. 15).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo governo da Nova República, ocorreu entre 17 e 21 de março de 1986 e é considerada uma das principais mobilizações da época, sobretudo na área da saúde, em que pela primeira vez contou com o envolvimento da sociedade civil que participou dos debates sobre políticas e programas de governo, apresentando propostas e permitindo o surgimento de ideias. Foi possível a realização de pré-conferências nos estados que propiciou a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, fato até então inédito, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto. Também, incentivou a propagação do movimento sanitário (ALRS, 2017, p. 12; CONASS, 2011, p. 22; CNS, 2013, pp. 23, 26-27; CORTÊS, 2009, pp. 19-20; MS, 2006, p. 07).

Foram apresentadas propostas de cunho social e político e seu relatório final serviu de subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde", resultando na criação do SUS, portanto, é considerada a "Constituinte da Saúde". (CONASS, 2011, p. 22; CNS, 2013, pp. 26-27; CORTÊS, 2009, pp. 19-20; MS, 2006, p. 07). Os temas centrais para discussão foram: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial. O Relatório Final expõe sobre a preocupação em realizar uma Reforma Sanitária no País e quanto à recusa em estatizar órgãos privados para atender à população e foi proposto o fortalecimento e a expansão do setor público e a separação da saúde e Previdência. "O relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento" (CNS, 1986, p. 3). Posteriormente:

Na Semana de 9 a 14 de agosto de 1992, Brasília transformou-se no centro das atenções de todo o Brasil: realizava-se, finalmente, a tão aguardada e tantas vezes adiada IX

Conferência Nacional de Saúde (IX CNS) e esperava-se também a conclusão dos trabalhos da CPI, que apurou os desmandos e a corrupção do governo, com a divulgação do seu Relatório Final (CNS, 1992).

A Nona Conferência Nacional de Saúde⁴¹ teve como tema central “Saúde: Municipalização é o Caminho” em que foram tratados os temas específicos: sociedade, governo e saúde; implantações do SUS; controle social; e outras deliberações e recomendações. Foi debatida a Saúde como qualidade de vida e foram reafirmados o texto constitucional e o SUS, através de discussões sobre o financiamento do Sistema, a reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS e do controle social. Na ocasião, foi assinada a “Carta da IX CNS à sociedade brasileira” que debateu sobre as crises do Estado e do Governo, somada ao modelo de desenvolvimento econômico proposto que gerou a ingovernabilidade do País, inviabilizando as políticas sociais (CNS, 1992).

Para reforçar o processo de democratização no País, foi recomendada a reprodução dos Conselhos em “outros setores de ação governamental – previdência, educação, assistência social, habitação, saneamento”, pois o setor da saúde depende “dos resultados também desses setores da vida nacional e (...) a possibilidade de seu avanço fica condicionada ao avanço desse conjunto” (CNS, 1992).

A décima Conferência Nacional de Saúde aconteceu de 2 a 6 de setembro de 1996⁴². Foram tratados os temas: saúde, cidadania e políticas públicas; gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde; financiamento da saúde; recursos humanos para a saúde; e atenção integral à saúde (CNS, 1996). Nela houve uma desavença entre os participantes e o MS por conta da publicação da portaria relativa à Norma Operacional n. 01/06 no dia da abertura da Conferência e sem que o conteúdo fosse negociado previamente e sem a validação “naquela instância colegiada de representação social” (CONASS, 2009, p. 20), demonstrando o dinamismo da plenária participante.

No ano 2000, de 15 a 19 de dezembro, aconteceu a Décima Primeira edição, cujo tema central foi “Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. O Eixo I discutiu sobre os dez anos da institucionalização do Controle social, avaliando a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde. O Eixo II tratou do financiamento e responsabilidades das três esferas político-administrativas

⁴¹ Inicialmente foi convocada pelo Decreto nº 99.045 para ser realizada de 6 a 10 de agosto de 1990, entretanto foi transferida para 17 e 21 de junho de 1991 pelo Decreto nº. 99.945 de 1990.

⁴² Foi primeiramente convocada pelo Decreto nº. 1.727 de 1995 que definiu a realização de 12 a 16 de agosto de 1996, mas a data foi substituída pelo Decreto nº. 1.841 de 1996.

para garantir o acesso, qualidade e humanização à saúde com controle social. O modelo assistencial e de Gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social foi discutido no Eixo III (CNS, 2001).

Essas duas últimas Conferências aconteceram durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso que foi criticado nos dois Relatórios Finais por sua política de “Estado Mínimo” para políticas sociais, que foi entendida como agravadora da situação da saúde no País por conta dos ajustes fiscais e privatização em que são retomadas medidas econômicas e administrativas semelhantes ao visto antes da Constituição de 88 (CNS, 1996; 2001).

A 12ª Conferência Nacional, com o tema central “Saúde: direito de todos e dever do Estado. A Saúde que temos e o SUS que queremos”, aconteceu de 07 a 11 de dezembro de 2003, antecipada ao ano de posse do novo governo – do Presidente Lula – para que fossem articuladas as “mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade”. Pela primeira vez que as propostas aprovadas nas Conferências Estaduais serviram como base para as discussões. Os eixos temáticos foram: Direito à saúde; A Seguridade Social e a saúde; A intersectorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e a saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde (CNS, 2004).

Silva (2009, p. 7) explica que as conferências, não somente na área da saúde, foram impulsionadas no período de 2003 a 2006, como resultado do projeto democrático-participativo do governo da época. Foram realizadas com mais frequência e com “expressivo contingente de pessoas e movimentos sociais envolvidos” nas diferentes esferas em que aconteceram, conquistando a inclusão de temas locais nos debates a nível nacional. Tal afirmação pode ser comprovada pelo texto introdutório do Relatório Final da 12ª Conferência, o qual tem por título “Aqui é permitido sonhar”, que elogia a posse de Luiz Inácio Lula Silva à presidência do País, asseverando que “a participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta” (CNS, 2004).

Entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007 foi realizada a 13ª Conferência Nacional com o tema central “Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento” e, pela primeira vez, coordenada pelo presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde. Os eixos temáticos foram: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde (CNS, 2008; CONASS, 2009, p. 21).

A Décima Quarta Conferência Nacional ocorreu entre os dias 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011⁴³ com o tema central “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro” com o eixo: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS” (CNS, 2011). As discussões foram norteadas pela concepção de que o SUS é utilizado por todos, considerando a amplitude e abrangência das ações e serviços do SUS, mas que ainda era visível a noção de um SUS restrito aos seus serviços assistenciais, notadamente hospitalares e de pronto-atendimento. O objetivo foi identificar ações para disseminar o entendimento sobre o direito humano e social à Saúde e constituir maior legitimidade e sentido de pertencimento para com as políticas públicas de Saúde, para tanto, foram estudados os avanços e desafios para: garantia do acesso e acolhimento com qualidade e equidade; participação da comunidade; e, gestão pública do SUS.

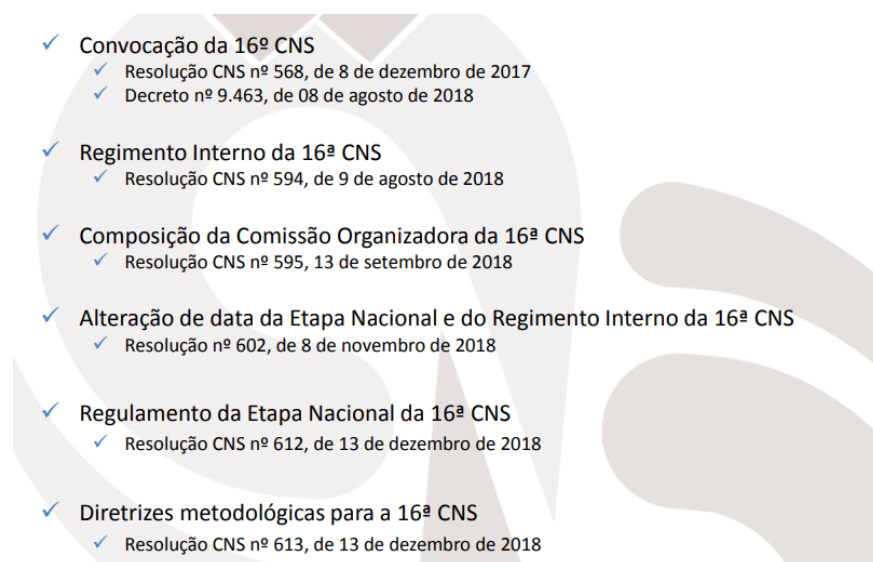
A Décima Quinta Conferência foi realizada de 23 a 26 de novembro de 2015 com o tema central “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Nela foram tratados assuntos para a superação das desigualdades entre diferentes populações e regiões e para que haja organização e humanização nos serviços de saúde para atender as necessidades dos usuários que desdobrou-se nos temas: direito à saúde e à qualidade de vida; garantia de acesso à atenção integral em saúde; políticas públicas e populações específicas; dentre outros. O tema “Reformas democráticas e populares do Estado” foi o eixo transversal da conferência, debatido por todos os grupos de trabalho na etapa nacional, seguido dos eixos temáticos: Direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; Participação e controle social; Valorização do trabalho e da educação em saúde; Financiamento do SUS e relação público-privado; Gestão do SUS e modelos de atenção à Saúde; Informação, educação e política de comunicação do SUS; Ciência, tecnologia e inovação no SUS (CNS, 2016).

O Secretário-Executivo da edição em entrevista explicou que “ao falar em ‘cuidar bem das pessoas’, o tema sai de um debate sobre princípios e chega ao dia a dia da rede”, a todos que utilizam do SUS. Que é necessário haver um “fluxo completo incluindo acolhimento, resolução da demanda e acompanhamento do indivíduo”. Também, para que fosse reafirmada a “Saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento da nação” apontando assim, estratégias de reforma estrutural do Estado (RADIS, 2015, pp. 10-11).

⁴³ Foi convocada pelo Decreto Presidencial de 03 de março de 2011.

A Décima Sexta Conferência Nacional aconteceu de 04 a 07 de agosto de 2019 em Brasília-DF e foi intitulada de 8ª + 8 com o propósito de resgatar e atualizar os eixos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tanto que as discussões retomaram o que foi apresentado em 1986. O tema da atual edição foi “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, em que o Eixo I tratou sobre a “Saúde como Direito”, o Eixo II sobre a “Consolidação dos Princípios do SUS” que foi dividido nas propostas: I – Consolidação dos Princípios Programáticos do SUS; e II – Consolidação dos Princípios de Gestão do SUS. O terceiro eixo tratou sobre o “Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS” (CNS, 2018). Os regulamentos dessa edição estão ilustrados na figura 6.

Figura 6 – Normas base da 16ª Conferência Nacional de Saúde



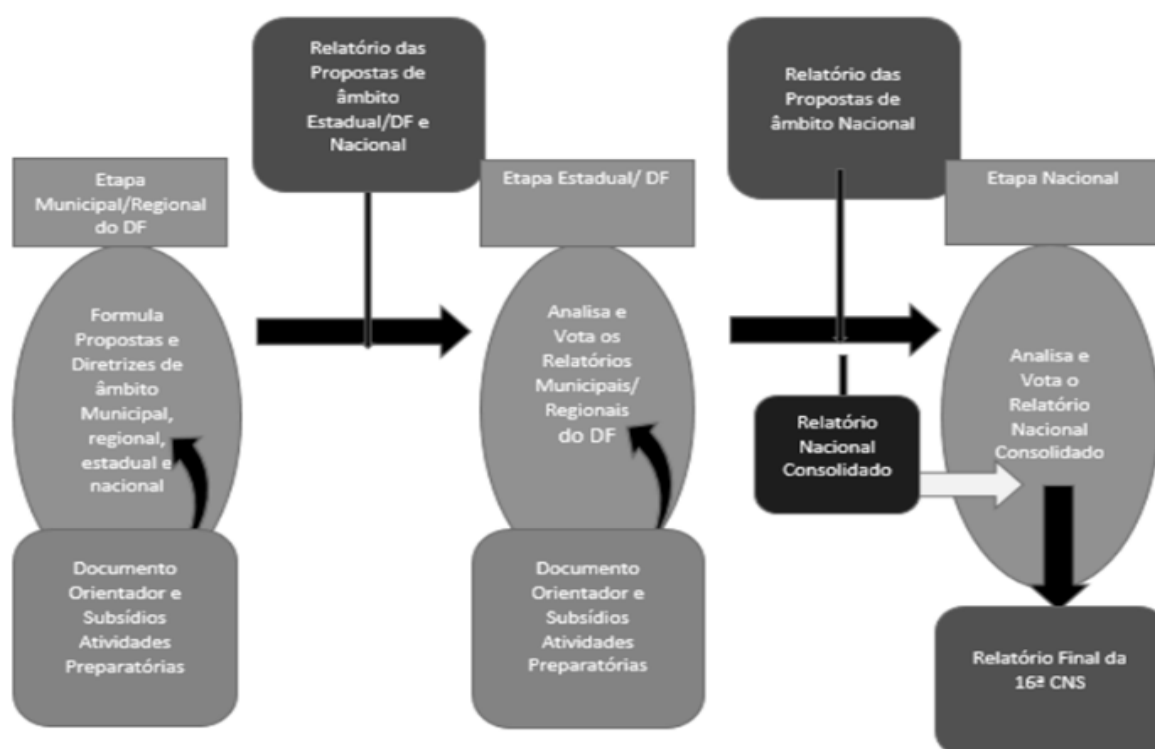
Fonte: CNS, 2019b.

Foi organizada pelo CNS, realizada pelo MS e reuniu cerca de cinco mil pessoas de todo o país “para traçar, de forma democrática, as diretrizes para as políticas públicas de saúde no Brasil” (CNS, 2018b). Por recomendação de Conferências anteriores e em preparação à atual edição, o CNS realizou atividades com temáticas específicas, tais como seminários, simpósios, conferências livres e reuniões das comissões intersetoriais. De maneira simultânea à programação oficial, foram realizadas atividades autogestionadas⁴⁴ sobre

⁴⁴ Atividades político-culturais que são estruturadas de forma autônoma e podem ter formato de debates, oficinas, seminários, rodas de conversa, e organizadas por movimentos sociais, institutos, sindicatos, dentre outras organizações sociais. Nela é vedada a promoção de atividades de governos ou partidos políticos, podendo estes participar como convidados de movimentos ou organizações sociais (FORUM SOCIAL MUNDIAL, 2018).

diversidades regionais e populacionais, identidade de gênero, representatividade rural e urbana, entidades e movimentos de jovens e idosos, pessoas com deficiência e com necessidades especiais. O público ainda pôde assistir atividades culturais como apresentações musicais e teatrais, cinema, dança, rodas de conversa, poesia, atividades lúdicas e contação de histórias (CNS, 2018).

Figura 7 – Fases e ações da 16ª Conferência Nacional de Saúde



Fonte: CNS, 2019.

As etapas antecessoras à Conferência Nacional deveriam ocorrer no âmbito municipal de 02 de janeiro a 15 de abril de 2019⁴⁵ e nos estados e Distrito Federal entre os dias 16 de abril e 15 de junho do mesmo ano (ver figura 7). Para orientar as etapas antecessoras e a edição nacional, foi elaborado o documento orientador de apoio aos debates⁴⁶ que apresenta um referencial teórico denso, oriundo do resgate de documentos oficiais e produções acadêmicas sobre a temática discutida, da retomada de produções de Conferências

⁴⁵ Decreto nº. 9.463 de 2018.

⁴⁶ Aprovado pela Resolução CNS nº. 594 de 2018.

anteriores e fragmentos dos discursos de Sergio Arouca⁴⁷ durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2018b).

Durante a atual edição da Conferência foi realizada uma pesquisa pioneira, intitulada “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde” desenvolvida pela Comissão de Relatoria com o objetivo de mapear o perfil dos mais de cinco mil conferencistas. Os dados foram obtidos por cem pesquisadores de diversas universidades brasileiras, estudantes de graduação ou pós-graduação, que realizaram entrevistas e observaram as ações que constituíram a programação. Deverão servir de recordação e fonte de pesquisa para outros projetos de pesquisa sobre o amplo processo participativo que a conferência envolve, pois serão disponibilizados nas páginas do CNS à medida que os dados forem sendo trabalhados (CNS, 2019c).

As deliberações aprovadas na atual Etapa Nacional deverão subsidiar a estruturação da proposta do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2020-2023. Dentre os assuntos debatidos, as discussões se concentraram na defesa da democracia e do SUS como garantia aos direitos humanos e constitucionais, assim como solicitam a revogação, dentre outros: da EC nº. 95/2016⁴⁸; da MP nº. 867/2018 que desestrutura o Código Florestal Brasileiro (Lei nº 12651/12); das Leis nº. 13.429 e 13.467/2017, que regulamentam a terceirização no serviço público e do Decreto nº. 9.507/2018 que dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autarquias e fundações e empresas públicas e sociedades de economia mista controladas pela União; da Nota Técnica do MS nº. 11/2019, as Portarias GM/MS nº 3.588/2017 e nº 3.659/2018 e do PL nº. 37/2019 visando o fortalecimento da política de atenção integral à saúde mental dos brasileiros através dos CAPSs, na iniciativa de redução de danos e outros serviços na lógica antimanicomial (CNS, 2019d).

Solicitam o arquivamento do PL 6.922/2002, conhecido como PEC do Veneno e as portarias que liberam o uso dos agrotóxicos na produção agrícola que são proibidos em outros países. Recomendam a expansão de programas e ações que auxiliem na divulgação do SUS e que aproximem os usuários aos serviços prestados e o fortalecimento da aplicação de leis e normas que regulamentem os serviços médicos e farmacêuticos privados, tendo ou não contrato com a administração pública (CNS, 2019d).

⁴⁷ Médico sanitário e político brasileiro que, por sua produção científica e a liderança conquistada referente à construção do SUS, tornou-se referência mundial.

Arouca procurou debater e apresentar propostas associadas, predominantemente em questões das áreas da saúde e da ciência e tecnologia.

⁴⁸ Ver seção 3.2 desse trabalho.

Embora a relevância das proposições apresentadas nas dezesseis Conferências Nacionais de Saúde já realizadas, não garantem a conversão em políticas públicas, somente apontam o caminho que a política de saúde deve trilhar e a situação desejada no futuro, mas não descrevem as ações e funções da gestão. Além disso, existe um complexo processo de construção de agendas e consensos em torno de interesses heterogêneos. Essa fragmentação de demandas e os conflitos entre posições se repetirão em outros espaços e esferas, tornando a continuação mais longa e dependente de articulações com comunidades de políticas e atores que ocupam espaços formais e informais de participação. Considerando o escasso financiamento do Sistema, é necessário o estabelecimento de prioridades para indicar o que é mais relevante sem desconsiderar os demais e assim também auxiliar a análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental (CONASS, 2009, pp. 33-34; FERRAREZI e OLIVEIRA, 2013, p. 134). Infelizmente:

(...) as conferências correm o risco real de se tornarem inócuas, com efeito reduzido ou mesmo nulo em termos do direcionamento da política de saúde (...). O verdadeiro desafio é chegarmos a um modelo de organização e funcionamento das conferências em que a participação social promova e sustente a permanente renovação da relevância pública da saúde em favor do fortalecimento do sistema público de saúde no Brasil (CONASS, 2009, p. 49).

As dificuldades precisam ser reconhecidas e enfrentadas para concretizar seu potencial de espaço público resistente, que “mantém interconectividade com o processo decisório de políticas públicas” (SILVA, 2009, p. 32). As Conferências devem se apoiar novos métodos democráticos de organização e de condução dos trabalhos permitindo a expressão da pluralidade, das necessidades de grupos minoritários e a formação de maiorias em torno de diretrizes verdadeiras para a política de saúde (CONASS, 2009b, p. 49).

5.2 Analisando a participação social na 9ª Conferência municipal de saúde de Alegrete

As conferências de saúde têm sido menos estudadas que os conselhos, embora os trabalhos coincidam ao afirmarem seu caráter democratizador da gestão em saúde no SUS (CORTÊS, 2010, p. 124). Como, após reunião com os conselheiros, foi constatada que seria realizada a atual edição da Conferência Municipal de Saúde de Alegrete/RS, optou-se por identificar a população participante e o quanto compreendiam de sua função para o controle e participação social. Por conta do extenso território do município, de 11 a 21 de março do mesmo ano, aconteceram prévias da Conferência Municipal junto aos bairros e localidades

rurais do município, como forma de descentralização e onde a população do município pôde apresentar suas demandas na área (ALEGRETE, 2019b). Tal feito auxilia na máxima de que:

É preciso valorizar **as Conferências de Saúde** e é responsabilidade dos gestores do SUS garantir que a discussão se dê em seu estado ou município de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, a partir de pré-conferências em bairros, regiões ou distritos, e que, dessas reflexões, surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde (TCU, 2010, p. 15).

Como método de coleta de dados, foi escolhida a aplicação de questionários: aos moradores das localidades em que aconteceram as pré-conferências municipais (questionário I – Apêndice D); e aos participantes da Conferência Municipal de Saúde (questionário II – Anexo I). Os dois foram entregues no início de cada etapa e recolhidos ao final⁴⁹, para que os interessados tivessem tempo suficiente para responder às questões. As respostas obtidas pelos questionários possibilitaram a tradução dos objetivos da pesquisa e proporcionaram dados suficientes para descrever as características da população pesquisada (GIL, 2008, p. 121).

Tabela 3 – Pré-conferências de Saúde de 2019 de Alegrete/RS

Data	Horário	Local de realização	Abrangência/Localidades	Regiões
11/03/2019	18h30min	Piquete Alegretense, em frente à Escola Waldemar Borges	Capão do Angico, Santos Dumont, Segabinazzi, Doutor Romário, Saint Pastous, Favila, Nossa Senhora da Conceição Aparecida, Encruzilhada* e Ulisses Guimarães.	Região I, Zona leste
12/03/2019	18h30min	Centro de Avivamento da Igreja de Deus	Centenário, Ibirapuitã, Oswaldo Aranha, Promorar, Honório Lemes, Ayrton Senna, Ayrton Senna II, Nilo Soares Gonçalves, Getúlio Vargas, Nova Brasília, Balneário Caverá e Catimbau*	Região 2, Zona Leste/Ibirapuitã
13/03/2019	18h30min	Sede da Associação dos Moradores do bairro Inês	Lara, Atlântida, Inês, Vila Grande, Fênix, Fronteira Oeste, Anita Garibaldi, Kennedy, Jardim Planalto, Maria do Carmo, Olhos D'Água, Gamino, Piola, José de Abreu, Renascer e Novo Lar, Alberto Grande	Região 3 Sul
14/03/2019	18h30min	Escola Municipal Ibirapuitã	Vila Nova, Canudos, Ruy Ramos e Tancredo Neves	Região 4 Norte
18/03/2019	9h	Escola André Figueira (Pólo do Durasnal)**	Durasnal, Jacaquá*, Parové*, Queromana* e Várzea Verde*.	Região 8

⁴⁹ O questionário II, ele foi anexado ao folder elaborado como material de apoio e entregue no credenciamento da 9ª Conferência Municipal de Saúde aos participantes.

18/03/2019	18h30min	Escola Princesa Isabel	Santo Antônio, Macedo, Boa Vista, Restinga, Vila Isabel, Joaquim Fonseca Milano, Pinheiros*, Quilombos* e Vasco Alves*.	Região 5 Oeste/Regalado
19/03/2019	18h30min	Escola Emílio Zuñeda	Vera Cruz, Sepé Tiarajú, Vila Grande, Emílio Zuñeda, Prado, Progresso, Saudade e Liberdade.	Região 6 Extremo Oeste
20/03/2019	9h30min	Escola Murilo Nunes de Oliveira (Pólo da Conceição)	Conceição*, Mariano Pinto*, Rincão do 28*, Jacaraí*, Inhanduí*, Guassu-Boi* e Itapororó*.	Região 9
20/03/2019	18h30min	Centro Administrativo Municipal José Rubens Pillar	Cidade Alta, Porto dos Aguateiros, São João, Assunção, Medianeira e Independência	Região 7 Cidade Alta
21/03/2019	14h	CTG Quero-Quero (Passo Novo)	Vila do Passo Novo*, Assentamento Novo Alegrete*, Assentamento Unidos pela Terra* e Rincão de São Miguel*	Região 10

*Localidade da zona rural.

** Inicialmente prevista para ocorrer junto ao CTG Oswaldo Aranha, entretanto, foi alterada para a EMEB João André Figueira (Pólo do Durasnal).

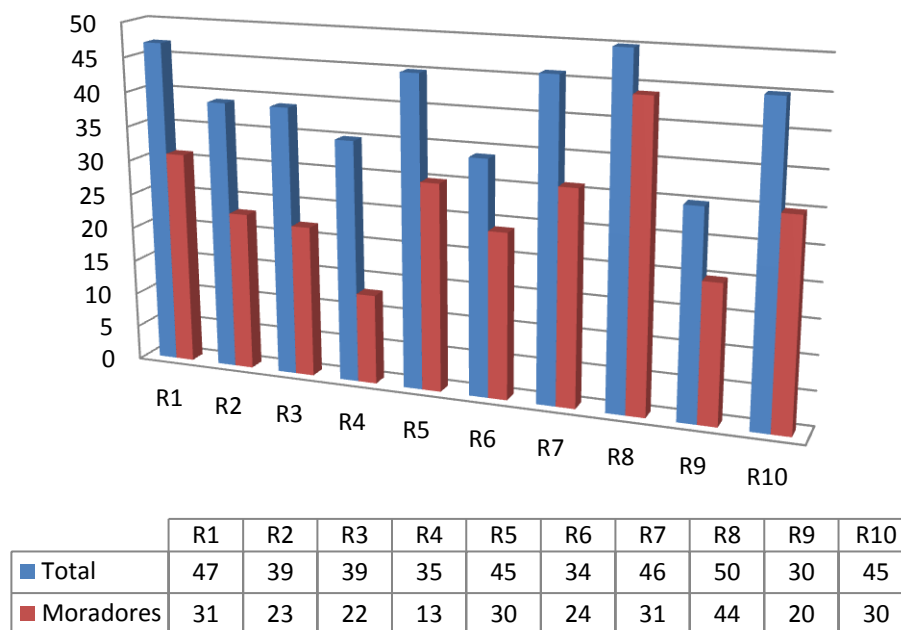
Fonte: de própria autoria, baseada em informações da Prefeitura do Alegrete (2019).

Ao todo, foram realizadas dez pré-conferências municipais de saúde e, para melhor tabulação dos dados, foram numeradas conforme como mostra a tabela 3. Na ocasião, foram entregues questionários, conforme a apêndice I, somente aos moradores das localidades atendidas em cada reunião, eliminando os servidores responsáveis pela realização do evento e os visitantes. Os participantes não eram obrigados a responder e não foram influenciados em suas respostas, mesmo que alguns procurassem auxílio quando não compreendiam o que estava sendo questionado.

Conforme a figura 8, no total, participaram 410 pessoas, sendo que somente 268 eram moradores das regiões em que foram aplicados os questionários, uma média de 26,8 pessoas por etapa. Considerando que a população alegretense estimada em 2018 pelo IBGE (2019) era de 74.153 pessoas, compareceram 5% desse total. Ainda em relação ao total de residentes da cidade, apenas 3% dos participantes são moradores das localidades em que ocorreram as pré-conferências.

Foram respondidos 152 questionários, uma média de 15 por etapa. A região com mais presença de moradores foi a Região 8, junto à Escola Murilo Nunes de Oliveira (Pólo da Conceição), que corresponde às localidades da zona rural. Os participantes dessa etapa da pesquisa tinham entre 17 e 79 anos, que equivale à variação encontrada nos que responderam na pré-conferência da região 5 que aconteceu no Pólo do Durasnal, a maior concentração esteve entre 30 e 49 anos, com 66 pessoas, seguidos de 50 pessoas com mais de 50 anos.

Figura 8 – Quantitativo de participantes X moradores das regiões das Pré-Conferências Municipais de Saúde de Alegrete/RS



Fonte: De própria autoria

Quanto ao grau de escolaridade dos participantes, 51 participantes disseram ter o ensino médio completo, principalmente, por conta da participação concentrada de agentes comunitários de saúde e visitantes do PIM que são cargos que exigem que o ocupante tenha essa escolaridade, no mínimo. Somente 04 pós-graduados participaram da pesquisa e uma pessoa não alfabetizada, que solicitou a outro para que preenchesse o questionário e era morador(a) da Região 8. Esse caso corrobora com Gil (2008, p. 122) que expõe como limitação do questionário como técnica de pesquisa a possível exclusão de pessoas que não sabem ler e escrever, sendo que as maiores dificuldades nesse quesito foram encontradas em regiões rurais.

Considerando todas as etapas, 40 participantes eram servidores das Unidades de Saúde (25 ACSs, 4 visitantes do PIM, 2 estagiários e 9 outros profissionais do serviço público) e moradores das regiões em que aconteceram as pré-conferências, seguidos de 26 donas de casa (ou do lar). Ainda, participaram professores, aposentados, produtores rurais, pedreiros, estudantes, motoristas, militares, administradores e vendedores.

Dos participantes, 84 disseram que às vezes comparecem aos eventos que são promovidos pelo Conselho e 28 afirmaram que não participam. Quando questionados sobre

como souberam das pré-conferências, dentre as opções já estabelecidas no questionário, 52 pessoas disseram que foi por conta da função que desempenham, pois receberam convocação da Secretaria Municipal de Saúde para participar, seguida da opção “Informação de Amigos” que somaram 27 participantes e “Convite de conselheiros” escolhido por 15. Dentre as opções que não estavam disponíveis para múltipla escolha, foram apontados os convites recebidos pelas escolas em que aconteceram as etapas, de agentes comunitários de saúde, por telefone ou programas de rádio⁵⁰, dos líderes comunitários, dos servidores das Unidades de Saúde e pela página institucional da Prefeitura. Disseram participar das pré-conferências para demandar em relação à saúde e para estar informado, representar a sua unidade de saúde ou comunidade e reconhecer a importância da sua participação e, ainda, os que se interessaram pelo assunto que poderia ser discutido.

A maioria (94 participantes) acredita que os eventos do Conselho Municipal de Saúde são devidamente divulgados e sugerem como opções para maior divulgação: reuniões de funcionários, utilização de carro com alto falante, cartazes no comércio, redes sociais e a própria página institucional, ampla divulgação pela internet, panfletos, convocação de diretorias, programas de rádio, comunicar com mais antecedência, imprensa, televisão, ir até os bairros ou informar pelos presidentes de bairro e ACS, jornais e portais de notícias locais. Alguns sugerem a colocação de cartazes em Unidades de Saúde e escolas. Outros criticam que apenas profissionais da área acabam sabendo dos eventos.

Somente uma pessoa discordou da importância das Conferências de Saúde, sem justificar. Entre as justificativas para as respostas positivas estão: a comunidade deve participar e demandar sobre o assunto; a população pode reivindicar, dar sugestões, opiniões e debates sobre os problemas que enfrenta; e promove a aproximação entre cidadãos aos órgãos públicos, para que esses conheçam as demandas das comunidades, bem como, do Conselho Municipal de Saúde da comunidade que representa. Alguns até sugerem a realização de eventos como as pré-conferências mais vezes ao ano e diretamente nos bairros.

Sobre a confiança de que a sua participação possa reverter em resultados positivos para a comunidade em que mora, três participantes disseram não acreditar nessa concepção, afirmando que a população está descrente de que surtam resultados pelo seu envolvimento e que depende mais dos gestores públicos. As 146 pessoas que confiam nos resultados afirmam que já houve conquistas e que, através de conversas, apoio e, principalmente, ouvindo a comunidade, os problemas podem ser resolvidos e sempre trará bons resultados na área da

⁵⁰ Foram citados os programas de rádio da União das Associações de Bairro de Alegrete - UABA e do Sindicato Rural de Alegrete – STR, em que a população apresenta reivindicações das suas comunidades.

saúde. A comunidade será beneficiada e que pode ser um intermediário, levando aos seus locais de moradia e trabalho, esclarecimentos quanto aos seus direitos. Outros estão cientes da importância do que é definido na plenária será para o benefício dos usuários da saúde.

Somente sete participantes disseram ter cargo no Conselho Municipal de Saúde. Destaca-se a participação do presidente do Conselho na época e de outros conselheiros, dentre eles, ex-presidentes. Em relação à questão “você se sente representado pelos conselheiros de Saúde de seu município?”, 110 pessoas responderam positivamente, pois crêem que a situação da saúde em Alegrete está boa em comparação às outras cidades e fazem um bom trabalho no controle social. Os demais que não se sentem representados dizem: que não há retorno de reivindicações; que poderiam divulgar melhor as decisões e o seu trabalho; que acham o conselho é pouco atuante e que há pouco envolvimento com a comunidade, fazendo com que a população desconheça a atuação e quem são eles.

Ao analisar as justificativas, foi constatado o equívoco ao acharem que o Conselho seria a Secretaria Municipal de Saúde, pois dentre as justificativas estão expressões como “Pelo cartão do SUS ser por zona” e “Creio que a situação da saúde em Alegrete, mas deveria ser em mais vezes está boa em comparação às outras cidades”.

Também, foram questionados sobre a existência de alguma demanda que tenha sido atendida pelo Conselho Municipal de Saúde e os participantes mostraram-se divididos. Entretanto, pode ter ocorrido equívoco na interpretação da questão que sugere duplo sentido, uma vez que alguns assinalaram “não” por nunca necessitaram reivindicar algo em relação à saúde. E na relação das demandas atendidas, alguns descreveram as demandas que possuíam no ato da pesquisa. Novamente concorda com Gil (2008, p. 122) que o questionário impede o auxílio ao participante e pode fazer com que este não entenda corretamente as instruções ou perguntas. Portanto, tais questões foram adaptadas para a aplicação no questionário da 9ª Conferência Municipal de Saúde.

De acordo com o Relatório Final das pré-conferências (ANEXO II), praticamente em todas as pré-conferências, além do pedido de resolução dos problemas de infraestrutura em bairros e unidades de saúde, foram requisitadas: a contratação de novos médicos (das variadas especialidades) e conseqüente aumento de números de consultas; contratação de agentes comunitários; farmácia em período integral e descentralizada ou instalada nas ESFs; programas voltados ao combate ao uso de drogas; alteração do formato de agendamento de consultas e de exames. Os participantes de localidades rurais demonstraram estar preocupados com a necessidade de deslocamento até a cidade para agendar exames e consultas. Também, foi recomendada a ampliação de atendimentos voltados à saúde mental e do número de ACSs

aos moradores de zonas rurais (Ver Relatório final da pré conferências da Região 8 no anexo II).

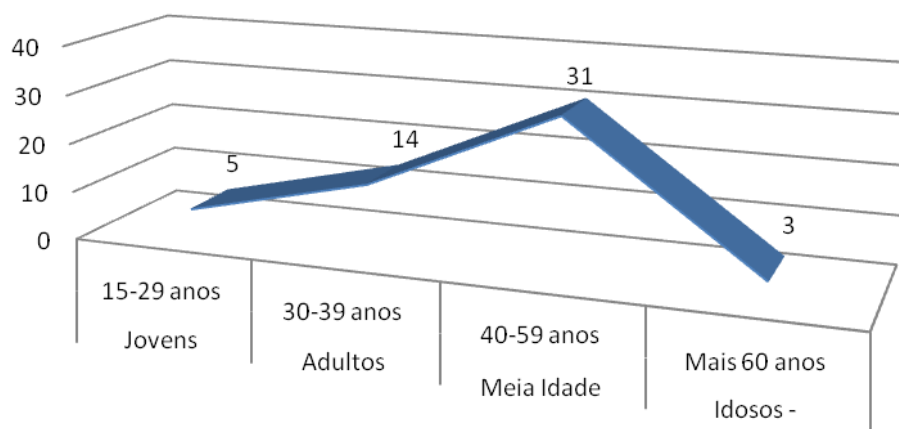
No geral, as reivindicações referiram-se: aos problemas de gestão das Unidades de Saúde; criação de estratégias da família que atendam a população que mora em locais de invasões; avaliação dos serviços de saúde pública; implantação de terceiro turno de atendimento; ampliação de leitos psiquiátricos; ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, parasitas como carrapatos e ao abandono de animais domésticos, assim como a conscientização da população quanto ao descarte do lixo; e financiamento tripartite para o transporte de paciente em tratamento do transporte fora de domicílio. Reforçaram o desejo de que sejam elaboradas reuniões junto à comunidade com mais frequência e o aja mobilização contra as leis que lesam o repasse de recursos ao município.

A 9ª Conferência Municipal de Saúde do município foi realizada nos dias 09 e 10 de abril de 2019, no auditório da UERGS unidade Alegrete. Dela participaram ao total 144 pessoas divididas em: oito do segmento governo, dois dos prestadores de serviço, 105 profissionais de Saúde e 29 usuários. A Conferência foi dividida em três momentos, conforme a programação do Anexo I.

O primeiro período ocorreu na noite do dia 9 e compareceram 121 pessoas, divididos em oito representantes do segmento governo, dois prestadores de serviço, 84 profissionais de Saúde e 27 usuários. No segundo turno, compareceram 134 pessoas, sendo 100 profissionais de Saúde, 25 usuários e os demais do segmento governo e prestadores de serviço. A quantidade de profissionais de saúde que participaram foi significativa por conta da convocação emitida pela Secretaria Municipal de Saúde para comparecerem no evento, tal como ocorreu nas pré-conferências.

No terceiro turno da Conferência, foram divididos os Grupos de Trabalho de acordo com os eixos temáticos apresentados e debatidos nas palestras apresentadas nos primeiros períodos, seguindo o documento orientador da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2019b). Nessa fase, compareceram 125 pessoas e dessas, 94 eram profissionais de saúde e 24 usuários. Setenta questionários foram respondidos e desses participantes, 45 representavam o segmento dos profissionais de saúde, 05 do seguimento governo, 03 prestadores de serviço em saúde e 17 usuários. Do total, 4 disseram ser conselheiros municipais de saúde.

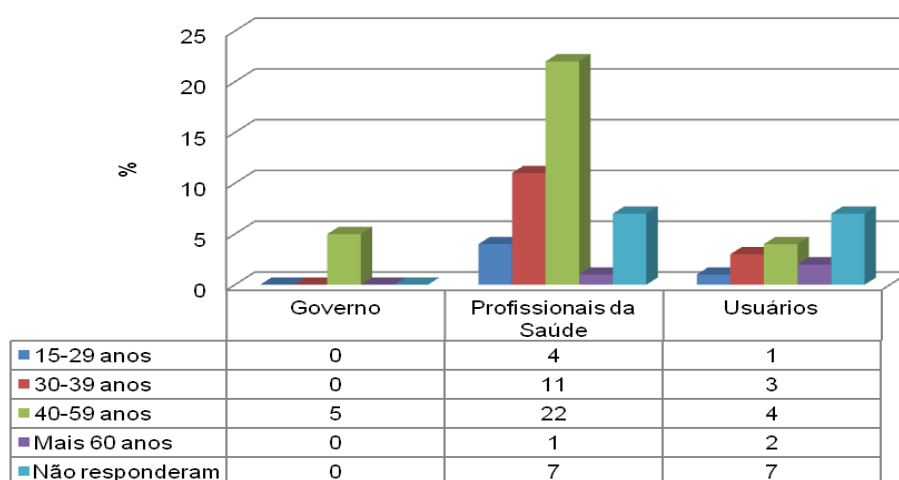
Figura 9 – Identificação geral de idades dos participantes da 9ª Conferência Municipal de Saúde



Fonte: Própria autoria

Os participantes da Conferência tinham entre 17 e 67 anos, como exposto na figura 9, idades margens do segmento “usuários”, e a maioria tinha entre 40 e 59 anos, com a maior concentração no segmento “governo”, conforme a figura 10. Em relação à escolaridade, 64% dos participantes disseram estar cursando ou ter concluído o ensino médio e/ou o curso superior e não compareceram pessoas com ensino fundamental incompleto ou não alfabetizadas.

Figura 10 – Idade dos participante da 9ª Conferência Municipal de Saúde por segmento



Nota: os participantes do segmento “prestadores de serviço” não informaram suas idades.
Fonte: de própria autoria.

Assim como nas pré-conferências, destacou-se a presença dos ACS e Visitadores do PIM, que somaram 37,88%. Dentre as profissões declaradas estão: assistente social, servidor(a) público(a) municipal, professor(a) ativo(a) e aposentado, psicólogo(a), dentista, empresário(a), enfermeiro(a), técnico em enfermagem, aposentado(a), auxiliar administrativo, bancário aposentado, cirurgiã(o) dentista, contador, doméstico(a), educador(a) físico, estagiário(a), médico(a) veterinário(a), merendeiro(a), pedreiro, produtor(a) rural, policial civil, médico(a).

A maioria (53,6%) disse que soube da Conferência por conta da “função que desempenha”, o que se assemelha à situação identificada nas pré-conferências. Os demais foram comunicados via e-mail, redes sociais como *facebook*, programas de rádio, cartazes e/ou folhetos, convite de conselheiros, informações de amigos, convite de sindicatos e docentes e, também, por grupos de rede social (*whatsapp*) do trabalho. Não foram assinaladas as opções “Página Institucional da PMA (Prefeitura)” e “Portais de notícias locais (*Internet*)”.

Quando questionados sobre a divulgação do evento, a maioria dos participantes (66,7%) disse que o evento foi devidamente divulgado. Os que não concordaram, sugeriram a divulgação 30 dias antes e que os servidores municipais, a comunidade, as escolas, clubes e entidades tradicionalistas poderiam auxiliar na tarefa, bem como, deveria ser enviado material de divulgação às ESFs e a colocação de cartazes em pontos de ônibus. Também foram citados: carro de som para propagandas, redes de televisão aberta e a colocação de banca no calçadão da cidade para entrega de folders, como parceiros para difusão.

Dos que responderam, 61,4% participaram das pré-conferências municipais e comentaram sobre a incompatibilidade de seus horários com a programação, afirmando que foram pouco divulgadas e que, na sua opinião, foi pouca a participação dos usuários. Em relação aos eventos que são promovidos pelo Conselho Municipal de Saúde, somente 18,2% disseram que comparecem “sempre” aos eventos, praticamente a metade dos que assinalaram a opção “não participo”, que somaram 36,4%.

A maioria (95,2%) concorda que sua participação na 9ª Conferência Municipal de Saúde pode expressar resultados positivos para o segmento que representa, pois reconhecem que o conhecimento obtido no evento pode ser multiplicado no seu local de atuação, para ser divulgadas aos usuários, embora entendam que a realidade de algumas áreas seja diferente. Outros concordam que o debate pode auxiliar na defesa do SUS e na consolidação de direitos e políticas públicas, uma vez que “nas Conferências são discutidas as políticas de saúde para todo município, toda discussão colhe frutos mesmo que em longo prazo” e foram “ouvidos e anotados nossos pedidos”. Concluem que, “se todos participarem, as coisas mudam”.

Os que não concordam com a questão levantada, dizem não acreditar na possibilidade de retorno do atual governo federal para as demandas apresentadas na Conferência, embora entendam que esse pensamento é pessimista.

As propostas apresentadas na edição municipal, conforme relatório disponibilizado no Anexo II, dizem respeito à defesa do SUS e fortalecimento do controle social através da manutenção, ampliação e revisão de programas de saúde já existentes, realização de concurso público para suprir a falta de pessoal, organização de Plano de Carreira e a ampliação de incentivos aos servidores de contato direto com os usuários e garantir o cumprimento de carga horária de médicos e trabalhadores em saúde, humanização e qualificação do serviço. Além disso, defendem o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e da reforma antimanicomial, incorporando a atenção à zona rural e servidores.

No documento, é recomendada a revogação das ECs 86 e 95, Contrarreforma Trabalhista e Terceirização, e entrega do Pré-sal. Ainda, sugere que sejam cobradas dívidas das grandes empresas por parte do Governo Federal, haja fiscalização mais intensa sobre o uso de agrotóxicos em núcleos residenciais e conglomerados rurais e que seja incentivado o uso de biológicos para o combate de pragas. Também demonstra o anseio pelo retorno dos programas Mais Médico e Farmácia Popular Pública e reforço da Política de Assistência Farmacêutica e da fiscalização de valores de medicamentos na rede privada, bem como a presença de farmacêuticos na rede de atenção básica. Recomendam a defesa de direitos de gêneros e raças, de maneira a diminuir o preconceito e as violências sexuais, obstétricas e domésticas.

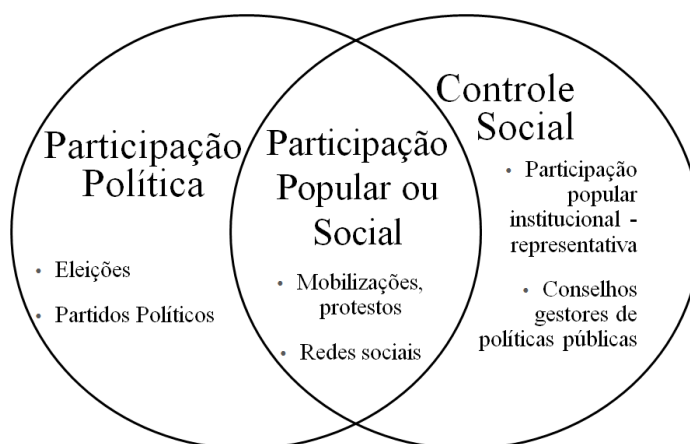
As reivindicações também dizem respeito: à criação de hospital público estruturado e equipado e uma autarquia descentralização e da regionalização da atenção à saúde, ambos em cada região de saúde e com gestão estadual Profissionalização da gestão do SUS; que recursos da saúde pública sejam operados dentro dos Fundos de Saúde e não nos respectivos órgãos fazendários; fixação dos repasses de recursos financeiros proporcionais aos aumentos de custos do município; financiamento para manutenção do transporte de pacientes em TFD; inclusão na LRF da obrigatoriedade de quitação de créditos dos estados com os municípios em transições de governos; e reforço dos sistemas de informação do SUS. Dentre outras demandas referentes às outras áreas do serviço público municipal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No esforço de compreender o tema, nos deparamos com inúmeras literaturas sobre participação e controle social influenciados por preceitos e teorias que envolvem a ciência política e a administração pública. Também foi possível observar o entrelaçamento das opiniões demonstrando a complexidade, as repetidas assimilações e os paradoxos que envolvem o assunto.

Como produto do apanhado das literaturas que versam sobre o tema, a participação social pode ser conceituada como a participação política em que não há necessidade, mas pode ser fruto de vinculação às intuições políticas, onde a população tem a oportunidade de demandar, fiscalizar e, até mesmo, impedir a formulação e implementação de políticas públicas nos diferentes âmbitos da administração pública. Todo o ato de participação social é, de certa forma, um ato político e uma ação de controle social, como demonstra a figura 11⁵¹.

Figura 11 – Participação Social como relação do Controle Social e da Participação Política



Fonte: de própria autoria.

Com o referencial teórico também é possível entender que, embora a participação da comunidade como controle social ou ferramenta para o planejamento e organização da administração pública no País esteja prevista na Constituição Federal e existam mecanismos legais que permitem, ainda há certo distanciamento dos cidadãos junto às decisões estatais. Os

⁵¹ Diferente, mas não oposta à ideia de Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p. 141) que utilizaram o termo Controle Social para definir as múltiplas expressões utilizadas corriqueiramente para caracterizar a participação popular na gestão pública de saúde.

autores investigaram esse fenômeno e apontam algumas constatações que se fundem com os resultados dessa pesquisa.

Como política pública, a participação social atua ao permitir o acesso da comunidade à gestão através da institucionalização de instrumentos legais para esse fim. Também, integra as teorias sobre democracia como um dos quesitos para que se efetive enquanto regime político de governo e no ciclo das políticas públicas atua desde quando a população se apropria do direito de apresentar um problema, ao fazer com que seja reconhecido (definição de agenda) e ao intervir em uma ação governamental criada para eliminar a questão que não apresenta os resultados esperados (controle social).

A Saúde no Brasil, especialmente a pública, tem sido tema de estudos e debates, não somente no campo acadêmico, desde o surgimento das primeiras epidemias, é prezado e debatido nas arenas políticas. O breve histórico exposto aqui revela a resistência inicial da população em compreender a importância do trabalho que estava sendo realizado e que, posteriormente, propiciou a organização da saúde pública do País. As expressões participação, controle social, democracia e Constituição no Brasil continuamente estão relacionadas por conta de suas trajetórias transcorrerem de maneira simultânea no século passado e refletir nas práticas atuais.

O estudo também demonstra que as décadas 80 e 90 foram períodos de uma série de mudanças promovidas por movimentos sociais, que propiciaram a troca de um governo autoritário pelo (re)ingresso da democracia e posterior promulgação da nova Constituição Federal. Havia assim a esperança de que, uma vez implantado o regime que permite manifestações, a escolha de representantes e o controle das ações governamentais pelos cidadãos, seriam sanados os principais problemas enfrentados pela população.

Com a defesa constitucional da Saúde como um direito e ao analisar a estrutura legal e os objetivos do SUS, pressupõe-se que os cidadãos brasileiros são favorecidos em desfrutar de um Sistema que preza por princípios como a universalidade, equidade e integralidade do serviço. Entretanto, assim como outras políticas públicas do País, sofre com as dificuldades na manutenção financeira, uma vez que as atividades são prestadas de forma gratuita aos usuários, algo admirável e não visualizado em outros países. Essa barreira é maior em governos que defendem a intervenção mínima da economia do País em políticas sociais.

Ao observar a estrutura da saúde pública da cidade de Alegrete/RS, podemos pressupor que esta possui uma ampla rede de atendimento à população, entretanto, não nos cabe analisar aqui o quantitativo de pessoal em atividade, nem compararmos os recursos que chegam ao município para prestação do serviço com a demanda, mas entendemos que os

desafios são grandiosos. Algo que chama atenção e demonstra a capacidade de articulação dos gestores para conquista de estruturas que atendem às cidades da região em seu território, é a instalação no município da Coordenadoria Regional de Saúde, do Hemocentro e do CEREST que são órgãos estaduais. Alguns dos participantes da pesquisa realizada na Conferência Municipal de Saúde, elogiaram a situação atual do município em comparação a outros quando se trata de saúde pública.

Preocupa o fato do valor dos repasses federais ao município estar diminuindo a menos da metade do ano anterior, sendo que as despesas costumam aumentar anualmente, especialmente por taxas como a inflação. Com certeza é reflexo da legislação que prevê congelamento nos orçamentos ou supressão de programas do Ministério da Saúde. Fica a dúvida: “até quando o município vai conseguir manter o mesmo nível de serviços prestados?” ou “ainda estão sendo prestados serviços tal como no ano anterior?”.

Quanto aos Conselhos e as Conferências de Saúde, percebe-se que eles se correlacionam pela dependência de ação entre ambos e a execução deles sofre influência expressa do regime político em que está inserido, especialmente em relação à estrutura e objetivos. A pesquisa revela que o CMS de Alegrete/RS está devidamente estruturado e acessível à população e esta deve se apropriar do espaço, pois, conforme observado na pesquisa junto às pré-conferências e na Conferência Municipal de Saúde, ainda é pouco a presença, uma vez que menos de 1% (um por cento) da população municipal compareceu nos eventos supracitados.

Também, a maioria dos participantes da Conferência disse que não participam ou vão pouco às atividades do Conselho e, lamentavelmente, os que compareceram no evento e nas suas etapas antecessoras estavam cumprindo com a convocação da Secretaria de Saúde devido às suas funções ou cargos públicos. Os próprios Conselheiros Municipais não tiveram uma representação significativa nas etapas estudadas, compareceram integrantes da mesa diretora e alguns representantes de profissionais da saúde. Tal cenário comprova a constatação empírica do esvaziamento dessas instituições.

Em relação ao CMS, a principal indagação surge quando se explora a sua composição e não constam universidades públicas (ou seus grupos de representação estudantis) e sindicatos de servidores públicos federais e municipais, além do quantitativo ter diminuído de 24 para 16 entidades, desde a institucionalização na década de 90. Ao menos, os conselheiros reconhecem a importância do Conselho e preocupam-se com a parte da população que ainda não conhece o órgão, mas entendem que as atividades precisam ser mais divulgadas.

A história das Conferências de Saúde demonstra a força que a população reunida em plenária possui sobre as decisões dos gestores públicos, mesmo nas edições que foram realizadas em regimes políticos contrários às demandas apresentadas nos relatórios finais. Em Alegrete/RS, as pré-conferências de Saúde demonstraram as diferenças sociais através dos dados demográficos como escolaridade, profissões e idades e que a população ainda não compreende totalmente o significado e a importância das Conferências de Saúde (não somente pelas respostas, mas também pelas demandas apresentadas).

Outro fato a ser observado é o desejo da população em ser ouvida, tanto que alguns sugerem a realização das Conferências duas vezes ao ano. Mas como envolve recursos humanos e financeiros (considerando deslocamento, agendamento de local, dentre outros), a ideia poderia ter resultados frustrantes e ser desacreditada. Contudo, podem ser pensadas atividades como audiências públicas e reuniões comunitárias no intervalo entre as Conferências, sem o objetivo final da criação do Plano de Saúde, que podem ser utilizadas como termômetro e ferramentas de modelagem dos serviços prestados. Assim, contribuirão para o aumento da confiança da população nos instrumentos de participação popular, desde que as demandas sejam apresentadas e atendidas.

Quanto à divulgação dos eventos, as sugestões dos participantes são plausíveis, algumas não oneram ao poder público e podem ser utilizadas. Por exemplo: foi possível observar que a página do CMS no *site* institucional da Prefeitura está desatualizada, não constam dados ou relatórios sobre a Conferência Municipal e não foi comentada a participação dos delegados municipais nos níveis estadual e federal. Poderiam criar perfil ou página em redes sociais de alcance aos cidadãos. Outro ponto a ser analisado é quanto aos horários de realização dos eventos e a possibilidade de utilizar ferramentas de vídeoconferências que permite a transmissão e participação da comunidade sem a necessidade de deslocamento. Um acerto foi a realização das pré-conferências em escolas, nos turnos paralelos às aulas e consultas médicas, possibilitando aos moradores das regiões comparecer sem prejudicar as suas atividades.

Os participantes da Conferência Municipal disseram acreditar que a sua participação poderia gerar resultados positivos ao seu segmento e isso é satisfatório, revela que, mesmo com a existência de barreiras políticas, econômicas e de gestão, acreditam na discussão como passo ao acesso integral aos serviços públicos, principalmente, à população mais pobre. Também dizem acreditar no trabalho dos conselheiros municipais.

Os objetivos propostos no estudo foram alcançados uma vez que se confirmou que as políticas públicas são fortalecidas com o controle social e a participação da população permite

que as demandas sejam reconhecidas pelos gestores e inseridas na agenda governamental. Entretanto, um dos maiores problemas enfrentados é a falta de um financiamento adequado ao SUS e, portanto, é fundamental que a população faça valer o seu direito e se aproxime das instituições de participação social, não somente através da escolha de representantes, mas também acompanhando de perto as ações dos conselheiros e da gestão pública.

Foi possível evidenciar que a realidade atual é diferente, não somente pelo amadurecimento das ideias concebidas em outrora ou pela influência das tecnologias digitais que permitem a disseminação de informações em fração de segundos. Após 30 anos, o cenário político brasileiro pós primeira década do século XXI tem configurado como um divisor de água em que se questiona a democracia para a resolução de problemas sociais e, conseqüentemente, dos instrumentos de participação da comunidade nas decisões da administração pública. É necessário que qualquer tentativa de resolução seja devidamente estudada levando em conta as características próprias de cada região do nosso imenso País. E mais ainda, que os direitos sejam defendidos sem que nenhum cidadão seja lesado, especialmente, por interesses particulares. O SUS é grandioso, a saúde é fundamental e nós brasileiros merecemos e devemos lutar mais, nos apropriar dos espaços institucionais de participação e controle social.

REFERÊNCIAS

10ª CRS – COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE. **10ª CRS (Alegrete) - Secretaria da Saúde**. Disponível em <<https://saude.rs.gov.br/10-crs-alegrete>>. Acesso em: 09 Jun. 2019.

ALEGRETE. **Conselho Municipal de Saúde**. Disponível em <<https://www.alegrete.rs.gov.br/?bW9kdWxvPTE3OCZtZW51PTQzOSZhcjF1aXZvPW1vc3RyYXNlY2FvLnBocCAgICAgICAgICAgICAgICZtdWRhdGVtcGxhdGU9dGVtcGxhdGUvdGVtcGxhdGVfcG9ydGFpczEucGhwJmlkX3NlY2FvPTI=>>>. Acesso em: 09 Jun. 2019a.

ALEGRETE. **Decreto nº. 643**, de 23 de dezembro de 2008. Denomina Sala de Inclusão Digital do Conselho Municipal de Saúde localizado no Prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em <<https://www.alegrete.rs.gov.br/leis/2-643-2008.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

ALEGRETE. **Decreto nº. 635**, de 05 de setembro de 2019b. Homologa a Resolução nº 004/2019, do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em <<https://www.alegrete.rs.gov.br/leis/2-635-2019-1.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2019.

ALEGRETE. **Lei nº. 2.074**, de 12 de junho de 1991a. Cria o Conselho Municipal de Saúde – CMS – e o Fundo Municipal de Saúde – FMS- e dá outras providências.

ALEGRETE. **Lei nº. 2.324**, de 29 de dezembro de 1992. Substitutivo a Lei nº 2.074/91, Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em <<https://www.alegrete.rs.gov.br/leis/1-2324-1992.PDF>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

ALEGRETE. **Secretaria de Saúde divulga o cronograma das Pré-Conferências de Saúde**. Disponível em <<https://www.alegrete.rs.gov.br/?bW9kdWxvPTQmbWVudT01NCZhcjF1aXZvPW1vc3RyYW5vdGljaWEucGhwJmNvbnQ9OTEwMSZtdWRhdGVtcGxhdGU9dGVtcGxhdGUvdGVtcGxhdGVfcHJlZmVpdHVyYTIucGhwICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgICAgIA==>>>. Publicado em 20 fev. 2019. Acesso em: 25 fev. 2019b.

ALRS, ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde : um direito de todos**. Comissão de Saúde e Meio Ambiente. 3ª ed. Porto Alegre: 2017.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo: Perspec, 2004. Vol.18, n.2, pp.17-26.

ATLAS SOCIOECONÔMICO DO RS. **Índice de Desenvolvimento Humano - IDH e IDHM**. Disponível em <<https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/indice-de-desenvolvimento-humano-idh-e-idhm>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

AVRITZER, Leonardo. **Associativismo e participação na saúde**: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. *In*: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

BAQUERO, Marcello. **Democracia, participação e capital social no Brasil hoje**. *In*: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política**. Trad. João Ferreira; Brasília: Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998.

BONAT, Juliana Helena. **Avaliação de Políticas Públicas**: uma revisão teórica. Trabalho de conclusão de Especialização em Sociologia Política. Universidade Federal do Paraná, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº. 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências – Lei de Responsabilidade Fiscal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 04 ago. 2019

BRASIL. **Lei nº. 1.920**, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº. 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm>. Acesso em: 04 ago. 2019

BRASIL. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL, Felipe Gonçalves; CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, v. 25, n. 1, 2016, p. 71-90.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. **Consulta Estabelecimento**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

CÂMARA DE VEREADORES DE ALEGRETE. **Lei Orgânica do Município de Alegrete**. Disponível em <<https://www.alegrete.rs.leg.br/leis/Lei-Organica-Municipal/RSS>>. Publicado em: 13 maio. 2019. Acesso em: 05 ago. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto nº. 4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Lei Elói Chaves. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>>. Acesso em: 15 Jul. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto nº. 6.788**, de 30 de Janeiro de 1941. Convoca à 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-6788-30-janeiro-1941-331348-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto nº. 79.056**, de 30 de Dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 Jul. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Lei nº. 378**, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 15 Jul. 2019.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. **Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização**. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). Políticas públicas; Brasília: ENAP, 2006.

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde**, 1963. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Anais da IV Conferência Nacional de Saúde**, 1967. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório final da V Conferência Nacional de Saúde**, 1975. Disponível em

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde**, 1977. Disponível em

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório final da 7ª Conferência Nacional de Saúde**, 1980. Disponível em

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**, 1992. Disponível em

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, 1996. Disponível em

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000**: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **A Prática do controle social**: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **12.ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Financiamento da Saúde: novos desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_13confere/roteiro.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Documento orientador para os debates da 14ª Conferência Nacional de Saúde**, 2011. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Orientações para Conselheiros Nacionais de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Resolução nº. 507**, de 16 de março de 2016. Publica as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Reso507.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Documento orientador de apoio aos debates**. Aprovado pela Resolução CNS nº. 594 de 2018. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **História do CNS**. Disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2019a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Apresentação da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/images/apresentacao/geral_sobre_16cns.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Projeto pioneiro do controle social na saúde reunirá pesquisadores de todo o Brasil**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/index.html#tabs1-h>>. Publicado em: 26 de jun. 2019c. Acesso em: 16 ago. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Relatório Nacional consolidado. 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em

<http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019d.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para entender a gestão do SUS. Brasília : CONASS, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Direito à Saúde**. Coleção Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO – CGU. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. **Controle Social** – Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Coleção Olho Vivo: Brasília/DF, 2012

CORTÊS, Soraya Vargas. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários**: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 18-49.

CÔRTEZ, Soraya Vargas, org. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. **Conselhos e conferências de saúde**: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. *In*: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CÔRTEZ, Soraya Vargas; et al. **Conselho Nacional de Saúde**: histórico, papel institucional e atores estatais e societários. *In*: CORTÊS, Soraya Vargas, org. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. **Participação e controle social em saúde**. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.

CUNHA FILHO, Marcio Camargo; GUIMARÃES FILHO, Paulo Andre Caminha. **Participação social e democracia**: o debate em torno do sistema nacional de participação social (decreto nº 8.243/2014). VII CONSAD – Congresso de Gestão Pública: Brasília, 2015.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é participação política**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA – DENASUS. **Manual de auditoria na gestão dos recursos financeiros do SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

DÍAZ BORDENAVE, Ruan E. **O que é participação**. 8ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária**: democracia deliberativa e efetividade. *In*: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ESTADO DO RS. **Sistema Estadual de Participação** – construção e desafios. Sistema Estadual de Participação Popular e Cidadã. Porto Alegre, dezembro/2014.

FEDOZZI, Luciano Joel. **Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação**. *In*: FLEURY, Sonia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FEE – Fundação de Economia e Estatística. **Detalhe - COREDES - Perfil Socioeconômico**. Disponível em <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Fronteira+Oeste>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

FERRAREZI, Elisabete; OLIVEIRA, Clarice G. **Reflexões sobre a emergência da participação social na agenda das políticas públicas**: desafios à forma de organização burocrática do Estado *In*: EVANS, Mark; FERRAREZI, Elisabete; OLIVEIRA, Clarice G.; GRAU, Nuria Cunill (autores); ANTERO, Samuel A.; SALGADO, Valéria Alpino Bigonha (orgs.). *Participação Social: textos para discussão*. Brasília-DF: IABS, 2013.

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL. **Inscrição de Atividade Autogestionada**. 2018. Disponível em <<http://forumsocialportoalegre.org.br/inscricao-de-atividade-autogestionada/>>. Acesso em: 05 ago. 2019

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS – FGV. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Disponível em <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 27 Jul. 2019a

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS – FGV. **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**. CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Disponível em <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>> 27/72019b

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. Brasília : Ministério da Saúde, 2003.

FLEURY, Sonia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas públicas**, nº 21, Jun, 2000. p. 211-259.

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

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOOGLE MAPS. **Alegrete**. Disponível em <<https://www.google.com/maps/place/Alegrete+-+RS/@-29.7593918,-57.0072088,8z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x95aab9d849cf9f53:0xbe7893a3a918a33c!8m2!3d-29.7445673!4d-55.9358581>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

GRAU, Nuria Cunill. **Modelos de controle e de participação sociais existentes na administração pública federal**. In: EVANS, Mark; FERRAREZI, Elizabete; OLIVEIRA, Clarice G.; GRAU, Nuria Cunill (autores); ANTERO, Samuel A.; SALGADO, Valéria Alpino Bigonha (orgs.). **Participação Social: textos para discussão**. Brasília-DF: IABS, 2013.

IBGE, 2019; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **IBGE | Brasil em Síntese | Rio Grande do Sul | Alegrete | Panorama**. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alegrete/panorama>>. Acesso em 09 junho 2019.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro** - atualizada até a Emenda Constitucional 90, de 15.9.2015. São Paulo: Malheiros, 2016.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. **Participação e controle social**. Disponível em <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e-participacao-e-controle-social>>. Publicado em: 01 Jul. 2015. Acesso em: 09 Jul. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O sistema público de Saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo : Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apresentação. **Painel de Indicadores do SUS**, Brasília, Ano I, nº. 1, ago, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº. 453**, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012rep.html>. Acesso em: 12 jun. 2019.

MORONI, José Antonio. **O Direito à participação no Governo Lula**. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. UNIC/Rio/005, Janeiro, 2009.

PARADA, Eugenio Lahera. Política y Políticas Públicas. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.). **Políticas públicas**, Brasília: ENAP, v. 1, p. 67-96, 2006.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Tradução Luiz Paulo Rouanet. — Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PÓLIS – Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais. Controle social das políticas públicas. **Repente: Participação Popular na Construção do Poder Local** Pólis, nº. 29, Agosto, 2008

PORTAL ALEGRETE TUDO. **Empresa diz que entrega do CER II será em outubro** - Portal Alegrete Tudo. Disponível em <<https://alegretetudo.com.br/empresa-diz-que-entregado-cer-ii-sera-em-outubro/>>. Publicado em: 01 jun. 2019. Acesso em: 05 ago. 2019.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Detalhamento de Recursos Transferidos por UF e Município** – Alegrete/RS. Disponível em <<http://www.portaltransparencia.gov.br/transferencias/consulta?paginacaoSimples=true&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&de=01%2F01%2F2018&ate=31%2F12%2F2018&municipio=20760&funcao=10&colunasSelecionadas=linkDetalhamento%2Cuf%2Cmunicipio%2Ctipo%2CtipoFavorecido%2Cacao%2ClinguagemCidada%2CgrupoDespesa%2CelementoDespesa%2CmodalidadeDespesa%2Cvalor&ordenarPor=mesAno&direcao=desc>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

Radis. **Controle social**: Um tema, múltiplos sentidos. Bruno Dominguez, Fiocruz, nº 154, Jul, 2015.

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

SANI, Giacomo. **Participação política**. In: BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política**. Trad. João Ferreira; Brasília: Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998.

SARAVIA, E. **Introdução à teoria da política pública.** *In:* SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.). Políticas públicas. Brasília: ENAP, v. 1, p. 21-42, 2006.

SILVA, Enid Rocha Andrade da. **Participação social e as conferências nacionais de políticas públicas:** reflexões sobre os avanços e desafios no período de 2003-2006. Rio de Janeiro: Ipea, 2009.

SOBOTTKA, Emil A. Orçamento participativo : conciliando direitos sociais de cidadania e legitimidade do governo. **Civitas.** V. 4. n° 1. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 95-109.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias.** Porto Alegre, ano 8, n° 16. jul/dez, 2006, p. 20-45.

TATAGIBA, Luciana **Os conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil.** *In:* DAGNINO, Evelina (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TAVARES, Paulo de Tarso SantAnna. **Os modelos de participação popular no estado do Rio Grande do Sul :** as experiências do orçamento participativo (OP) e do processo de participação popular (PPP). Porto Alegre, 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. **Orientações para conselheiros de saúde.** Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS – TCE-MG. **Cartilha de Orientações sobre Controle Interno.** TCE-MG: Belo Horizonte, agosto de 2012

TRONCO, Giordano B. **O guia de políticas públicas para estudantes e gestores.** Porto Alegre: Jacarta Produções, 2018

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Para além do controle social:** a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. *In:* FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebras, 2010.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando?. **Sociologias.** 2009, n.21, pp.218-251.

WU, Xun. **Guia de políticas públicas:** gerenciando processos. Trad. por Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap, 2014.

**APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO APLICADO NAS PRÉ-CONFERÊNCIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS SÃO BÓRJA
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS



Data: ____/____/____ Região:
 Idade: Escolaridade:
 Profissão:
 Possui Cargo/Função no Conselho de Saúde? (....) Não (....) Sim. Cite qual:
 Nome (se preferir):

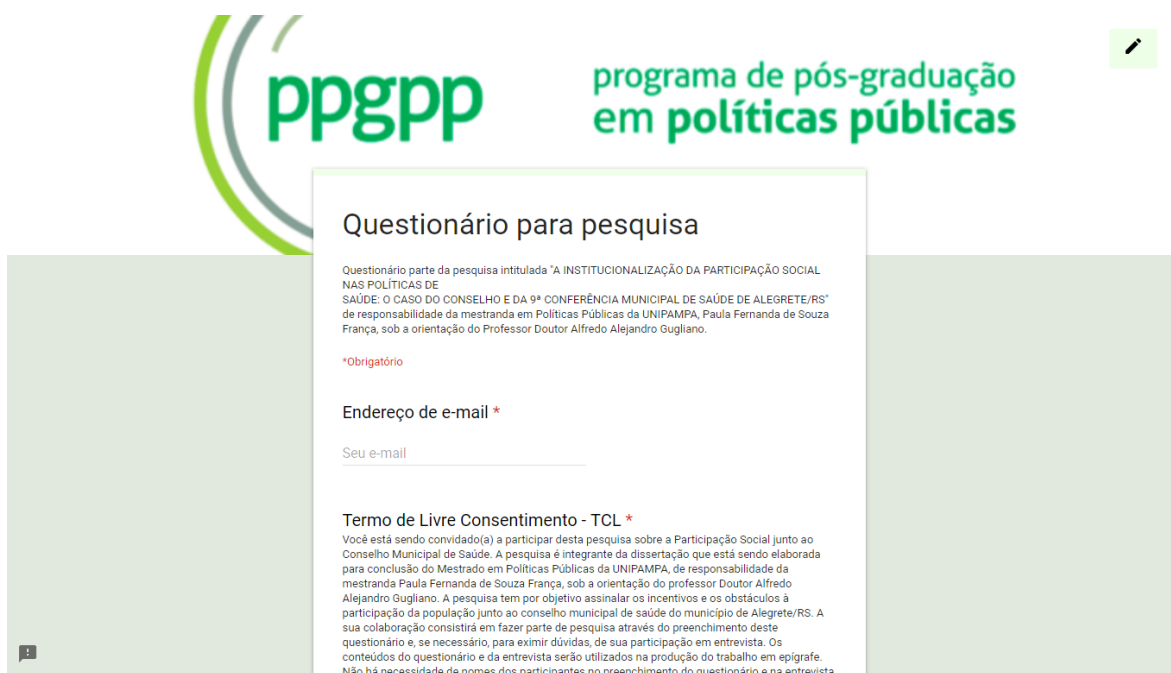
1. Como tomou conhecimento desse evento?
 (...) Função que desempenha (...) E-mail (...) Redes Sociais (...) Cartaz/folheto
 (...) Convite de conselheiros (...) Informação de amigos
 (...) Outros, qual(is)?
2. Você acha que os eventos realizados pelo Conselho de Saúde de sua cidade são divulgados corretamente? (....) Não (....) Sim. Justifique e/ou sugira novos meios de divulgação:
3. Com que periodicidade você costuma participar das atividades desse Conselho de Saúde? (....) Não participo (....) Às vezes (....) Sempre
4. Porque decidiu participar desse evento?.....

5. Qual a sua opinião em relação à importância das Conferências de Saúde?
 (....) Necessárias (....) Desnecessárias. Justifique:
6. Você acredita que a sua participação possa trazer resultados positivos para a comunidade em que você mora?
 (....) Não (....) Sim. Justifique:
7. Você se sente representado pelos conselheiros de Saúde de seu município?
 (....) Sim (....) Não. Justifique:
8. Alguma demanda da sua comunidade foi atendida pelo seu contato com o Conselho de sua cidade? (....) Sim (....) Não.
 Faça um breve relato, por favor:
9. Observações:

Rubrica ou Assinatura

Data: ____/____/____

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CONSELHEIROS



ppgpp programa de pós-graduação em políticas públicas

Questionário para pesquisa

Questionário parte da pesquisa intitulada "A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DO CONSELHO E DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALEGRETE/RS" de responsabilidade da mestranda em Políticas Públicas da UNIPAMPA, Paula Fernanda de Souza França, sob a orientação do Professor Doutor Alfredo Alejandro Gugliano.

***Obrigatório**

Endereço de e-mail *

Seu e-mail _____

Termo de Livre Consentimento - TCL *

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa sobre a Participação Social Junto ao Conselho Municipal de Saúde. A pesquisa é integrante da dissertação que está sendo elaborada para conclusão do Mestrado em Políticas Públicas da UNIPAMPA, de responsabilidade da mestranda Paula Fernanda de Souza França, sob a orientação do professor Doutor Alfredo Alejandro Gugliano. A pesquisa tem por objetivo assinalar os incentivos e os obstáculos à participação da população junto ao conselho municipal de saúde do município de Alegrete/RS. A sua colaboração consistirá em fazer parte de pesquisa através do preenchimento deste questionário e, se necessário, para eximir dúvidas, de sua participação em entrevista. Os conteúdos do questionário e da entrevista serão utilizados na produção do trabalho em epígrafe. Não há necessidade de nomes dos participantes no preenchimento do questionário e na entrevista

**ANEXO I – RELATÓRIO FINAL DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
ALEGRETE**

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
RELATÓRIO FINAL DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE – ALEGRETE/RS –
APROVADO NA PLENÁRIA DO DIA 10.04.2019**

TEMA CENTRAL – DEMOCRACIA E SAÚDE

DIRETRIZ: “Saúde abrange o direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...). Sérgio Arouca, 1986.

PROPOSTAS:

- 1) Garantir junto ao governo Estadual e Federal a manutenção e ampliação de Programas importantes como Saúde Mental, Estratégia de Saúde da Família, Tabagismo, Redução de Danos, Oficinas de Saúde Mental na Atenção Básica, Recursos para financiamento dos serviços em 3º turnos ou 24 horas, combate ao mosquito aedes aegypti e doenças decorrentes de vetores e outros agentes biológicos;
- 2) Revisão dos critérios para concessão de medicamentos especiais por parte do Governo Estadual, com a proposta de aumentar validade dos laudos médicos;
- 3) Garantir que o princípio constitucional “*que todo o poder emana do povo e em seu nome será exercido*” seja respeitado, sendo inaceitável a perda de direitos de cidadania. Assim, exigimos o Referendum Popular Revogatório das medidas que atentaram contra os direitos do povo brasileiro, tais como: EC 86, EC 95, Contrarreforma Trabalhista e Terceirização, entrega do Pré-sal;
- 4) Defender a Constituição Cidadã de 1988, principalmente na manutenção do Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e no pluralismo político; no fortalecimento e preservação dos seus princípios, direitos fundamentais, sociais e individuais, e liberdades garantidas; na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de garantia do desenvolvimento nacional, de erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, além da promoção do bem de todos. Nesse sentido, ainda, garantir a inviolabilidade do direito à vida; garantindo a presença da saúde em seu sentido amplo, banindo a manipulação, inclusive intelectual, permitindo a integralidade e o empoderamento do povo;

EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO

DIRETRIZ: Saúde é um bem-estar físico, psíquico, social, afetivo que significa que as pessoas e comunidades tenham mais do que ausência de doença, ou seja, que tenham também direito à habitação, ao trabalho, ao salário e aposentadoria dignos; ao ar, água e alimentos com boa qualidade; à educação crítica; à informação verdadeira; e ao meio ambiente saudável. Para garantir a saúde, é fundamental defender o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana.

PROPOSTAS:

- 1) Distribuição de material informativo sobre doenças infectocontagiosas, sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência para pais, professores e alunos jovens;

- 2) Fortalecer e implantar o acompanhamento domiciliar, no âmbito da Atenção Básica, e a internação domiciliar;
- 3) Abertura de concurso público para suprir falta de servidores nos âmbitos da atenção básica e saúde mental;
- 4) Fortalecer o COAPES;
- 5) O retorno do percentual de 25% da previdência social para acompanhantes de pessoas com necessidades especiais;
- 6) Lutar pelo pacto federativo para equalização de melhor distribuição de recursos em especial os gerados pelo próprio município;
- 7) Imediata implantação da coleta seletiva;
- 8) Qualificação do cuidado em saúde mental e aos dependentes químicos com a implementação do Programa SAMU Mental;
- 9) Cobrança das dívidas das grandes empresas por parte do Governo Federal;
- 10) Fiscalização mais intensa sobre o uso de agrotóxicos em núcleos residenciais e conglomerados rurais;
- 11) Incentivo ao uso de biológicos para o combate de pragas;
- 12) Aquisição de sede própria para a equipe do CAPS ad;
- 13) Aplicar modelo cubano na humanização do atendimento de pacientes e de suas necessidades, com acolhimento, respeito e empatia;

EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

DIRETRIZ: Garantir a universalidade de acesso, integralidade de assistência, equidade, gratuidade através de um modelo de atenção resolutivo com uma gestão unificada, regionalizado e hierarquizada.

PROPOSTAS:

I – Consolidação dos Princípios Programáticos do SUS

- 1) Ampliar e fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, aplicando o princípio da referência e contra referência, garantindo:
 - a) a promoção da saúde, com a integralidade da atenção e assistência, por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
 - b) a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
 - c) a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) que interajam com a RAS.
 - d) Fortalecer a política de saúde no campo/zona rural garantindo o financiamento para AB e saúde mental;
- 2) Ampliar, fortalecer e implementar a Política de Assistência Farmacêutica, garantindo o acompanhamento farmacoterapêutico e a disponibilidade dos medicamentos das listas padronizadas dos componentes básico, estratégico e especializado, com a transversalidade do Uso Racional dos Medicamentos e de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde.
- 3) Assegurar a presença de profissionais de saúde em quantidade adequada e com a devida formação em cada território, de acordo com suas particularidades e necessidades. Na mesma linha, a Atenção Básica deve contemplar profissionais com formação em Medicina de Família e Comunidade.
- 4) Garantir que haja hospital público estruturado e equipado, em cada região de saúde, com gestão estadual, 100% SUS, ampliando a oferta de leitos (AIHS e UTI), de procedimentos e exames, com fluxos de referência e contra referência ampliando e fortalecendo as redes de atenção à saúde, tendo como base as necessidades regionais.
- 5) Garantir a reforma antimanicomial através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental

em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território e portaria vigentes. Ainda, garantir a execução da Política Nacional referente à saúde mental no sistema prisional, assegurar a Política de saúde mental na Atenção Básica e reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas.

- 6) Defender a saúde, a vida, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, visando: acabar com a violência sexual, obstétrica e doméstica, diminuir a mortalidade materna, planejamento reprodutivo, atendimento em situação de aborto e inclusão da abordagem de gênero na formação dos profissionais de saúde.
- 7) Combater o racismo estrutural e institucional, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

II– Consolidação dos Princípios de Gestão do SUS:

- 1) Efetivar os princípios da descentralização e da regionalização da atenção à saúde de forma que garanta a universalidade e integralidade, nas ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, definindo os serviços e efetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde para todo o cidadão, independente do território. Criar uma autarquia, por região de saúde, vinculada a uma autarquia nacional, sob controle social, singular e intergovernamental, tripartite na gestão e financiamento, com adesão voluntária de União, Estados e Municípios em territórios, bases e redes de serviços regionais, para atuar na atenção e cuidados integrais à saúde, com estratégias de serviços de promoção, proteção, recuperação e apoio ao autocuidado na atenção básica, na média e alta complexidade.
- 2) Garantir um Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple:
 - a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia;
 - b) jornada máxima de 30 horas semanais;
 - c) dedicação exclusiva;
 - d) política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos;
 - e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira;
 - f) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade;
 - g) isonomia de vencimentos aos servidores de todos os níveis de complexidade e esferas de governo;
 - h) abolir todas as formas de precarização e terceirização dos serviços públicos pelo setor privado.
- 3) Defender, incondicionalmente, o SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado contra todas as formas de privatização e precarização da saúde pela revogação das leis que deram origem às Organizações Sociais, às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, às Fundações Estatais de Direito Privado, à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e suas subsidiárias, e aquelas que permitem e/ou preveem as Parcerias Público- Privadas;
- 4) Denunciar e combater a proposta de Cobertura Universal de Saúde, pois são apenas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população por não garantir a cobertura integral, universal e equânime e que visa acabar com o SUS;
- 5) Instituir a efetiva profissionalização da gestão do SUS em todos os níveis, com os cargos ocupados por profissionais de carreira concursados, com formação e perfil necessários para atenderem às necessidades do SUS e da população brasileira;
- 6) Garantir que os recursos da saúde pública estejam no Fundo de Saúde, em cada esfera de governo, e não nos respectivos órgãos fazendários;

- 7) Integrar, aprimorar e aperfeiçoar os diversos sistemas de informação do SUS, unificando em uma única base de dados, garantindo suporte técnico e manutenção adequada que agregue as diversas informações existentes, tais como: cartão SUS, prontuário eletrônico, dados de empregos, funções, dados previdenciários, entres outros, consolidando um Sistema de Informatização Nacional, para melhor articulação da rede de saúde;
- 8) Garantir que todas as políticas de saúde sejam aprovadas previamente pelo controle social correspondente;
- 9) Ampliar e fortalecer a participação do farmacêutico na rede de cuidados da atenção básica para prestar acompanhamento farmacoterapêutico e serviços farmacêuticos, promovendo o uso racional de medicamentos e garantindo a informação para profissionais e usuários, por meio de ações individuais e coletivas humanizando o atendimento;
- 10) Garantir a manutenção e reafirmar o papel estratégico e fundamental, ampliando a atuação da Escola de Saúde Pública para proporcionar a educação permanente para:
 - a) os trabalhadores do SUS;
 - b) para o Controle Social, sob orientação do Conselho Estadual de Saúde.

EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

DIRETRIZ: Garantir a saúde como um direito constitucional, assegurando que o sistema público de saúde receba os recursos financeiros suficientes para uma saúde universal de qualidade, segundo as necessidades da população.

PROPOSTAS:

- 1) Alterar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) Port. 2436/2017, para que seja obrigatório a inclusão de ACS nas equipes de ESF;
- 2) Alterar os Regimes de contratação (regimes jurídicos) ACS;
- 3) Revogar a parte da lei de responsabilidade fiscal que inclui o gasto com pessoal da saúde nos limites por ente federado por inconstitucionalidade, já que a saúde é dever do Estado;
- 4) Reafirmar e manter os incentivos ao programa mais médicos, na luta pela sua manutenção e ampliação
- 5) Garantir a fixação dos repasses de recursos financeiros proporcionais aos aumentos de custos dos município, estabelecendo um indexador pré definido;
- 6) Garantir e realinhar as políticas de repasses de acordo com as despesas municipais;
- 7) Ampliar e reforçar o Programa de Residência Médica e Multiprofissional;
- 8) Ampliação de oficinas na atenção básica como reforço da política de saúde mental na zona rural;
- 9) Garantir repasses financeiros para transporte em saúde (TFD);
- 10) Ampliar as políticas de saúde mental junto aos trabalhadores da saúde e educação que possuem contato direto com os usuários dos serviços;
- 11) Cumprimento de carga horária de médicos e trabalhadores em saúde;
- 12) Ampliação de políticas de saúde mental;
- 13) Retorno da Farmácia Popular Pública;
- 14) Reforço na fiscalização de valores de medicamentos na rede privada;
- 15) Inclusão na lei de responsabilidade fiscal da obrigatoriedade de quitação de créditos do Estado com municípios em transições de governos;
- 16) Ampliação de incentivos à servidores de contato direto com os usuários;

MOÇÕES

MOÇÃO 01

Nós reunidos na 9º Conferência Municipal de Saúde de Alegrete, reivindicamos a

derrubada da EC 95 que congelou o orçamento da Saúde em 20 anos, para que tenhamos uma distribuição justa de recursos para os municípios, bem como a construção de um grande pacto federativo onde os recursos de impostos arrecadados nos municípios possam retornar em no mínimo 50% para os municípios.

MOÇÃO 02

Nós participantes e delegados(as) manifestamos apoio a lei Estadual de Cuidados Paliativos no RS, proposta pela Deputada Stella Farias, sancionada pelo Governador Eduardo Leite, e solicitamos sua efetiva implementação imediata.

A cada dia cerca de 500mil pessoas necessitam a esta atenção no Brasil e 80% deste número corresponde a pessoas com câncer, segundo dados do INCA 2014.

Esta realidade exige uma resposta qualificada e humanizada da Política Pública de Saúde.

MOÇÃO 03

Nós Participantes e Delegados da 9º Conferencia Municipal de Saúde de Alegrete, vimos através desta moção, apoiar e reafirmar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em especial quanto ao direito, de todo individuo à vida, à liberdade, à igualdade perante a lei e ao direito de todos viverem sem discriminação e qualquer espécie e o direito de usufruir e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam.

Defendemos a Constituição Cidadã de 1988, a democracia de forma intransigente e irrestrita.

MOÇÃO 04

A 9º Conferencia Municipal de Saúde de Alegrete reconhece a importância sócia da AUFAMISMA – ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS, FAMILIARES E MILITANTES DA SAÚDE MENTAL DE ALEGRETE, entidade fundada em 20 de Novembro de 1988, por: Usuários, Trabalhadores de Saúde e Familiares da Saúde Mental, com objetivo de promover a defesa dos direitos de todos os cidadãos Alegretenses acometidos de sofrimento mental e atuar na proposição de formas de qualificar a rede de cuidados, dialogando com as demais políticas e gestões públicas e privadas para que sejam qualificadas todas as ações da atenção e promoção, contribuindo com a Saúde Mental e a Saúde de Alegrete especialmente quando fez uma parceria e muito afeto com todos os segmentos, lançando o Projeto Fluir Alegrete em 07 de Abril de 2014, com objetivo principal de incentivar à redução da auto- medicação, uso excessivo psicofármacos e a popularização das Terapias Integrativas e Complementares no SUS (hoje no Caps II) que são praticas naturais de cuidado que vem sendo realizadas por Terapeutas Voluntários de Ioga, Reiki, Meditação, Musicoterapias, Massagem Terapêutica, Fitoterapia, Danças Circulares Sagradas, e somando-se ao respeito ao conhecimento dos antigos curandeiros de todas as culturas, também a promoção da Política de Educação Popular em Saúde através das ações das Benzedeiras e Benzedeiros que tanto ajudam a melhorar o estado geral das pessoas, como despertarem a capacidade de fé e incentivo ao cuidado.

Nestes cinco anos de atuação, o Projeto Fluir Alegrete prestou atendimento voluntário a em torno de cinco mil pessoas e que agora entende que chegou as hora de levar este cuidado sensível à toda rede de cuidados através da Política Municipal de Praticas Integrativas e Educação Popular em Saúde de Alegrete.

MOÇÃO 05

Nós, participantes da 9º Conferência Municipal de Saúde de Alegrete, através da menção feita pela Aufamisma – Associação de usuários, familiares e Militantes de Saúde Mental de Alegrete, reconhecemos e cumprimos a todos usuários, gestores, trabalhadores e familiares envolvidos na Grande Vitória da Saúde Mental de Alegrete que em 18 de Julho de 2019 completa 30 anos de compromisso com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo chegada até aqui à partir de muito diálogo e sensibilização de toda comunidade, a estruturação de Serviços Sólidos , como no caps II (o antigo serviço de Atenção Integral à Saúde Mental de Alegrete), Caps I, Caps ad, Serviço Residencial Terapêutico, 20 leitos em Saúde Mental na Santa Casa de Caridade, Oficinas de Saúde

Mental na Atenção Básica, 3º turno, Programa de Redução de Danos, Programa de Promoção de Saúde Mental Descentralizado e todas as ações voluntárias através das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, vimos dizer que está consolidado o cuidado em liberdade e que Hospício Nunca Mais!!!

MOÇÃO 06

Nós, participantes da 9ª Conferência Municipal de saúde de Alegrete afirmamos ao Governo do Estado do RS e Governo Federal que temos um movimento social de saúde mental forte e consciente de seus objetivos e que neste momento viemos requerer que ambas as instâncias possam colocar na Coordenação Estadual de Saúde Mental e Coordenação Nacional de Saúde Mental, pessoas comprometidas com a reforma Psiquiátrica Brasileira em curso, a garantia do cuidado em Liberdade, que trabalhe para estruturar e ampliar as Redes de atenção em Saúde Mental, desde o cuidado preventivo nas Unidades Básicas de Saúde até o cuidado mais intensivo, através das Internações Psiquiátricas em hospitais Gerais, passando pelo fortalecimento das Unidades Especializadas e Comunitárias representadas pelo Caps – Centro de Atenção Psicossociais e demais mecanismos estruturados ao longo dos mais de 30 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

DELEGADOS ELEITOS

Segmento dos Usuários:

Titulares:

Sérgio Augusto Soares - Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil
 Márcia Aparecida Gonçalves do Amaral - Aufamisma
 José Luiz Machado de Andrade - Sindicato dos Bancários
 Nilo Francisco Romero - Sindicato das Indústrias da Alimentação
 Aura Terezinha Fernandes Rodrigues - CEPRS Sindicato
 Marcolino Airton Alende - UABA

Suplentes:

Lisandra Lemes Severo - Associação Moradores Conceição
 Enio Mendes Machado - UABA

Segmento dos Trabalhadores em Saúde:

Titulares:

Luiz Alberto Marchesan Fernandes - ABO Regional Alegrete
 Maria de Fátima Castro Mulazzani - 10ª CRS
 Jucelaine Machado de Almeida - SindSaúde

Suplente:

Maria Conceição Duarte Soares - SindSaúde

Segmento Governo e Prestador de Serviço:

Titulares:

Carolina Mendonça da Silveira Gargaro - Secretaria de Saúde - Gestão
 Nadia Regina Gindri Mileto - Secretaria de Saúde - Saúde Mental
 Liana Figueiró Teixeira - Secretaria de Saúde - NASF

Suplente:

Luciana Fátima dos Santos Chies - Secretaria de Saúde - Atenção Básica

RELATÓRIO FINAL DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

1ª PRÉ-CONFERÊNCIA - Região 1 Extremo Leste

Abrangência (bairros): Capão do Ângico, Santos Dumont, Segabinazzi, Dr. Romário, Saint Pastour, Favila, Palma, Nossa Senhora Conceição Aparecida, Encruzilhada, Ulisses Guimarães.

Reivindicações:

- Colocação de Bueiros no entorno da ESF;
- Consertos dos sanitários;
- Serviços de dedetização;
- Contratação de novos agentes comunitários e médicos, principalmente ginecologistas e pediatras;
- Políticas públicas aos casos de drogadição;
- Melhor instrução quanto aos atendimentos;
- Necessidade de farmácias 24 horas;
- Implantação de grades no entorno da ESF;
- Criação de conselhos gestores das Unidades de Saúde;
- Ampliação do serviço de saúde mental na zona rural;
- Avaliação da rede elétrica (uso limitado de aparelhos);
- Gestão da escala de férias dos médicos e do cumprimento de horários;

2ª PRÉ-CONFERÊNCIA - Região 2 Leste/Ibirapuitã

Abrangência (bairros): Centenário, Ibirapuitã, Oswaldo Aranha, Prómorar, Honório Lemos, Ayrton Senna, Ayrton Senna II, Nilo Soares Gonçalves, Getúlio Vargas, Nova Brasília, Balneário Caverá e Catimbau

Reivindicações:

- Reposição de mais médicos e agentes comunitários através de concursos públicos;
- Necessidade de mais fichas para consulta;
- Descentralização da Farmácia Municipal para o Centro Social Urbano;
- Avaliação de uma estratégia da família para a população que mora em invasões;
- Implementação de atividades para jovens e crianças a fim de afastá-los do risco de drogadição;
- Elaboração de senso com a população para avaliar os atendimentos;
- Atendimento da comunidade rural reforçado por mais agentes comunitários;

3ª PRÉ-CONFERÊNCIA - Região 3 Sul

Abrangência (bairros): Lara, Atlantida, Inês, Alberto Grande, Fênix, Fronteira Oeste, Anita Garibaldi, Kennedy, Jardim Planalto, Maria do Carmo, Olhos D'Água, Gamino, Piola, José de Abreu, Renascer e Novo Lar.

Reivindicações:

- Admissão de mais médicos;
- Implantação de terceiro turno;
- Serviços de dedetização;
- Conserto das linhas telefônicas danificadas;
- Desburocratização no agendamento de exames;
- Construção de banheiro externo;
- Mobilização contra ações legislativas que lesem o repasse de recursos para o município;
- Ampliação de leitos psiquiátricos e fortalecimento de ações em saúde mental;
- Combate aos mosquitos transmissores de doenças como a Dengue;

4ª PRÉ-CONFERÊNCIA - Região 4 Norte

Abrangência (bairros): Vila Nova, Canudos, Ruy Ramos e Tancredo Neves.

Reivindicações:

- Necessidade de odontólogos, neurologistas, ginecologistas, pediatras e fonoaudiólogas infantis;
- Construção do calçamento em torno da unidade de saúde;
- Ações de combate a parasitas;
- Reposição de médicos concursados no lugar daqueles que se aposentaram;
- Financiamento do transporte fora de domicílio de maneira tripartite;

5ª PRÉ-CONFERÊNCIA

Abrangência (bairros): Durasnal, Jacaquá, Parové, Queronono e Várzea Verde.

Reivindicações:

- Construção de uma estrutura fixa de saúde para o atendimento;
- Aquisição de um novo veículo para o deslocamento das equipes;
- Ampliação quanto ao número de agentes comunitários;

6ª PRÉ-CONFERÊNCIA - Região 5 Oeste/Regalado

Abrangência (bairros): Santo Antônio, Macedo, Boa Vista, Restinga, Vila Isabel, Joaquim Fonseca Milano, Pinheiros, Quilombos e Vasco Alves;

Reivindicações:

- Medidas em relação aos animais abandonados transeuntes nos bairros;
- Necessidade de ampliar o número de agentes comunitários;
- Realocação de médicos nas unidades de saúde;
- Ampliação de fichas e mudança na marcação das consultas para o turno da tarde;
- Difusão de exames preventivos às mulheres;

7ª PRÉ-CONFERÊNCIA - Região 6 Extremo Oeste

Abrangência (bairros): Vera Cruz, Sepé Tiarajú, Vila Grande, Emílio Zuñeda, Prado, Progresso, Saudade e Liberdade.

Reivindicações:

- Serviço de limpeza dos pátios das unidades de saúde e elaboração de um projeto de conscientização da comunidade quanto ao descarte correto do lixo;
- Ampliação do número de agentes comunitários;
- Consulta com ginecologista uma vez na semana para não gestantes;
- Criação do terceiro turno nas unidades de saúde;
- Medidas em relação aos animais abandonados transeuntes no bairro;
- Elaboração de reuniões da saúde com mais frequência junto a comunidade;

8ª PRÉ-CONFERÊNCIA

Abrangência (bairros): Conceição, Mariano Pinto, Rincão do 28, Jacaraí, Inhanduí, Guaçu Boi e Itapororó.

Reivindicações:

- Inclusão de um farmacêutico na unidade e distribuição dos medicamentos no momento da consulta;
- Marcação de exames como ecografia fora dos dias de agendamento, somente para área rural, devido a dificuldade de mobilidade;
- Disponibilização da agenda dos médicos da ESF Itinerante, para que possam continuar o tratamento com o mesmo médico.
- Sugestão que a limpeza e manutenção da unidade seja feita por um morador específico, de maneira a remunerá-lo.
- Proposta de que o atendimento dos moradores rurais seja feito nas unidades urbanas mais próximas, conforme a sua localidade.

9ª PRÉ-CONFERÊNCIA - Região 7 Cidade Alta/Aguateiros

Abrangência (bairros): Cidade Alta, Porto dos Aguateiros, São João, Assunção, Medianeira e Independência.

Reivindicações:

- Proposta de que a marcação de consultas seja modificada da manhã, para o dia anterior, à tarde.
- Reposição de agentes comunitários, para suprir demanda.
- Sugestão da utilização de escolas estaduais que não venham a funcionar ou prédio da guarda municipal para alocação da nova ESF Cidade Alta.

10ª PRÉ-CONFERÊNCIA

Abrangência (bairros): Passo Novo, Assentamento e Rincão de São Miguel.

Reivindicações:

- Construção de rampa de acessibilidade coberta na unidade.
- Reforma da unidade, para corrigir as rachaduras que podem significar riscos aos usuários;
- Ampliação da unidade, para implantação de refeitório, sanitário com chuveiro para equipes e sala de reuniões para encontros e oficinas.
- Aquisição de gerador de energia para abastecer o posto devido ao grande número de episódios de interrupções de fornecimento de energia pela distribuidora regional;
- Ampliação do número de agentes comunitários;
- Solicitação de serviço de internet próprio, somente para unidade.
- Novo equipamento de raio X odontológico;
- Necessidade de mais médicos, principalmente dentistas, cardiologistas, ginecologistas e pediatras.

ANEXO II – FOLDER DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREENCHA, DESTAQUE E ENTREGUE AO FINAL DO EVENTO

Nome (se preferir):
 Segmento a que pertence:
 (...) Governo (...) Profissionais da Saúde
 (...) Usuários (...) Prestadores de Serviço
 Idade:
 Escolaridade:
 Profissão:.....
 Possui Cargo/Função no Conselho de Saúde? (...) Não
 (...) Sim. Cite qual:
 Você participou das pré-conferências municipais que
 aconteceram de 11 a 21 de março?
 (...) Sim (...) Não. Comente:

Como tomou conhecimento desse evento?
 Escolha somente uma opção
 (...) Função que desempenha
 (...) E-mail
 (...) Redes Sociais – ex.: facebook
 (...) Programas de rádio
 (...) Cartaz/folheto
 (...) Convite de conselheiros
 (...) Informação de amigos
 (...) Página institucional da Prefeitura
 (...) Portais de notícias locais (internet)
 (...) Outros, qual(is)?

Você costuma participar das atividades do Conselho
 Municipal de Saúde?
 (...) Não participo (...) Às vezes (...) Sempre

Você acha que a 9ª Conferência Municipal de Saúde
 de Alegrete foi devidamente divulgada?
 (...) Sim (...) Não.
 Sugere novos meios de divulgação? Qual(is)?

Realização:



PREFEITURA DE ALEGRETE

Secretaria de Saúde

(55) 3961 1032

secretaria.saude.alegrete@gmail.com



Conselho Municipal de Saúde

(55) 3961 1062

conselho-saudealegrete@hotmail.com



Material elaborado em conjunto com o
 Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
 - UNIPAMPA



9ª Conferência Municipal de Saúde

“Democracia e Saúde”

9 e 10 de abril de 2019
Auditório UERGS

ALEGRETE/RS

Verso

Você sabia?

Instituídos pela Lei nº 8.142 de 1990, as Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, por convocação do Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (municipal, estadual ou federal), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder em cada esfera do governo.

Em Alegrete, o Conselho Municipal de Saúde tem sede na Rua Bento Gonçalves, 592, bairro Cidade Alta.

Faça valer o seu direito, participe!

PROGRAMAÇÃO

09/04/2019 – Terça (18:30 às 21:00)

18:00 – Credenciamento
 18:30 – Abertura Oficial
 19:00 – Aprovação do Regulamento
 19:40 – Credenciamento de Delegados
 20:00 – Palestra – Eixo Temático I “O Controle Social na Garantia do Direito à Saúde” - Paula Fernanda França – Mestranda em Políticas Públicas UNIPAMPA
 20:40 – Abertura para Debate
 21:00 – Encerramento

10/04/2019 – Quarta (08:00 às 11:30)

08:00 – Credenciamento
 08:30 – Palestra – Eixo Temático II “Financiamento do SUS” - Paulo Azeredo – FAMURS
 09:20 – Abertura para Debate
 09:50 – Palestra – Eixo Temático III “Consolidação do SUS” - Planificação da Atenção à Saúde – uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde – Emerson Borba Alves
 10:40 – Abertura para Debate
 10:50 – Divisão de Grupos de Trabalho
 11:30 – Encerramento

13:30 – Apresentação das Diretrizes e propostas
 15:00 – Ajustes e Aprovação do Documento Orientador
 16:00 – Eleição dos Delegados
 17:00 – Encerramento

Assinale o número conforme a sua opinião em relação ao quesito, considerando que quanto maior a nota, maior o grau de satisfação:

SOBRE O EVENTO:

Localização (1)(2)(3)(4)(5)
 Estrutura física (1)(2)(3)(4)(5)
 Divulgação (1)(2)(3)(4)(5)
 Organização (1)(2)(3)(4)(5)
 Coffe-break (1)(2)(3)(4)(5)
 Carga horária (1)(2)(3)(4)(5)
 Pontualidade (1)(2)(3)(4)(5)
 Material disponibilizado (1)(2)(3)(4)(5)

SOBRE OS PALESTRANTES

Selecione quais você assistiu
 () Eixo Temático I “O Controle Social na Garantia do Direito à Saúde” - Paula Fernanda França – Mestranda em Políticas Públicas UNIPAMPA
 () Eixo Temático II “Financiamento do SUS” - Paulo Azeredo – FAMURS
 () Eixo Temático III “Consolidação do SUS” - Planificação da Atenção à Saúde – uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde – Emerson Borba Alves

Agora, dê sua nota quanto ao conhecimento a comunicação, didática e relevância do tema do(s) palestrante(s) de quem você assistiu.
 (1) (2) (3) (4) (5)

Você acredita que a sua participação apresentará resultados positivos para o segmento ao qual você pertence? (...) Não (...) Sim. Justifique:

Comentários, críticas e elogios:

.....

.....